

Article

« Les centres de crise et les services en santé mentale : l'expérience du Sud-Ouest de Montréal »

Normand Péladeau, Céline Mercier et Line Couture

Santé mentale au Québec, vol. 16, n° 2, 1991, p. 267-288.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032238ar>

DOI: 10.7202/032238ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Les centres de crise et les services en santé mentale: l'expérience du Sud-Ouest de Montréal

Normand Péladeau*
Céline Mercier*
Line Couture*

À partir des données obtenues dans le cadre de l'évaluation d'implantation du centre de crise L'Autre Maison, cet article se propose de présenter les services offerts par le centre et d'examiner son intégration aux autres ressources du milieu. Par la suite, une analyse détaillée de la nature des crises ayant motivé le recours au centre de crise permet de confirmer le caractère essentiellement social de ces crises. La présentation des résultats est suivie d'une discussion de portée plus large sur la formation des intervenants œuvrant dans le domaine de l'intervention de crise, sur l'organisation des services en santé mentale et sur les programmes de prévention visant à éviter l'apparition d'une crise.

Certains événements de vie peuvent entraîner un bouleversement du fonctionnement psychosocial de l'individu. Pour les personnes vivant des problèmes de santé mentale, ces situations de crise conduisent souvent à l'urgence psychiatrique et, dans certains cas, entraînent une hospitalisation. L'ampleur du phénomène est telle que la crise psychosociale est reconnue comme un facteur contribuant grandement à l'engorgement des urgences psychiatriques et au phénomène de la porte tournante (Dorvil, 1986; Harris et Bergman, 1984; Spitzer et Sicotte, 1985).

Dans un contexte de désinstitutionnalisation, le développement de services pour répondre à la crise représente une alternative à l'hospita-

* Normand Péladeau et Céline Mercier sont respectivement agent de recherche et chercheure à l'Unité de recherche psychosociale du Centre de recherche de l'hôpital Douglas. Quant à Line Couture, elle est sociologue et coordonnatrice générale du centre L'Autre Maison.

lisation. Une telle mesure vise soit à prévenir l'hospitalisation d'une population sans antécédents psychiatriques (Caplan, 1989), soit à maintenir dans le milieu les personnes ayant déjà été hospitalisées en psychiatrie. Ces services prennent une diversité de formes: centres d'écoute téléphonique, centres de crise avec hébergement sur place, en appartements supervisés ou en famille d'accueil, équipes volantes qui se déplacent dans le milieu pour intervenir à l'endroit même où se produit la crise.

En 1986 et 1987, six centres de crises ont été mis sur pied sur l'île de Montréal avec pour objectif principal de réduire l'engorgement des urgences des hôpitaux et de limiter le recours à l'hospitalisation. Leur création repose sur deux postulats: l'intervention de crise est ponctuelle et momentanée, et elle s'articule sur un dispositif plus permanent de services; la crise est d'ordre psychosocial plutôt que médical et ne requiert pas une intervention en milieu hospitalier.

Cet article se propose d'examiner comment ces deux postulats peuvent s'actualiser dans la réalité. À partir des données obtenues lors de l'évaluation de l'implantation de l'un de ces centres de crise, celui du Sud-Ouest de Montréal (Péladeau et Mercier, 1989), il s'agit d'examiner: a) les services offerts par le centre et l'intégration de celui-ci aux autres ressources du milieu, et b) la nature des crises qui ont motivé le recours au centre de crise.

Le centre de crise du Sud-Ouest

En opération depuis le 1^{er} juin 1987, le centre de crise du Sud-Ouest, aussi dénommé *L'Autre Maison*, est situé dans un secteur à haute densité de population, caractérisé par un fort pourcentage de personnes à faible revenu. On y trouve aussi une importante concentration de personnes ayant vécu une hospitalisation psychiatrique en raison de la présence, dans le secteur, d'un hôpital psychiatrique.

Le centre de crise inscrit dans sa philosophie d'intervention la concertation étroite avec les ressources du milieu et une approche centrée sur la personne en situation de crise. Les objectifs du centre de crise sont plus spécifiquement: 1) de répondre aux besoins d'adultes en situation de crise; 2) de désengorger les urgences des hôpitaux; 3) d'éviter les hospitalisations; et 4) de faciliter l'accès aux ressources existantes.

À l'ouverture, l'équipe se compose de neuf personnes à temps plein soit la coordonnatrice, l'adjointe, sept intervenantes et intervenants. Le centre de crise est ouvert 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Les

services offerts sont bilingues et comprennent une ligne d'écoute téléphonique, l'évaluation de la situation de crise, l'intervention de crise, le suivi à court terme et un service de référence. Le centre de crise peut dans certains cas offrir du support aux proches de la personne en crise. Il comporte également huit lits pour des hébergements temporaires. Cependant, le maintien dans le milieu de la personne vivant une situation de crise étant défini comme prioritaire, l'hébergement n'est envisagé qu'en dernier ressort. En principe, les séjours ne doivent pas dépasser une durée de trois semaines. Au moment de l'évaluation, le centre de crise n'avait pas d'équipe d'intervention de crise dans le milieu. Ce type de service a cependant été mis sur pied à titre de projet pilote en avril 1990.

Le centre de crise s'adresse à toute personne du secteur âgée de 18 à 65 ans vivant une situation de crise, que cette personne ait ou non des antécédents psychiatriques. Les personnes considérées comme dangereuses pour elles-mêmes ou pour les autres, celles qui nécessitent une supervision médicale continue, qui présentent des troubles mentaux organiques, une déficience moyenne ou profonde, de graves problèmes de consommation de drogues, d'alcool ou de médicaments et celles qui sont sans abri de façon chronique sont référées à des ressources plus spécialisées. De façon générale, les personnes dont les caractéristiques ou les difficultés relèvent de ressources déjà existantes sont dirigées vers ces dernières.

Les données recueillies dans le cadre de l'évaluation de l'implantation permettent de tracer le portrait socio-démographique de la clientèle (tableau 1). Ces informations portent sur les 225 personnes pour lesquelles on a procédé à une évaluation au cours de la première année du centre. Près des deux tiers (65,0 %) sont de sexe féminin. L'âge moyen se situe à 31,6 ans. On y retrouve majoritairement, des personnes célibataires (42,3 %) et un nombre important d'individus déclarant vivre seuls (17,6 %). Il s'agit d'une clientèle peu scolarisée et à faible revenu: près du tiers (32,1 %) a moins de 9 ans de scolarité, alors que la proportion correspondante est de 24,0 % pour la population du territoire du D.S.C. Verdun, selon le recensement de 1986. Plus de la moitié de la clientèle du centre de crise est bénéficiaire de l'assistance sociale (51,3 %). Onze pour cent des personnes n'ont pas de source de revenu propre mais dépendent, pour leur subsistance, de leur conjoint (8,6 %) ou de leurs parents (2,5 %). Un autre 4,6 % reçoivent des revenus de régimes de pension, tandis que 4,1 % vivent de prestations d'assurance-maladie ou de la Commission de santé et sécurité au travail. En fait, seulement 18,1 % des personnes évaluées œuvraient sur le marché du

TABLEAU 1
Données socio-démographiques sur la clientèle

| | F | % |
|---------------------------------------|-----|------|
| Sexe (n = 225) | | |
| Masculin | 74 | 32,9 |
| Féminin | 151 | 67,1 |
| Âge (n = 225) | | |
| 15 à 19 ans | 12 | 5,3 |
| 20 à 29 ans | 59 | 26,2 |
| 30 à 39 ans | 69 | 30,7 |
| 40 à 49 ans | 41 | 18,2 |
| 50 à 59 ans | 33 | 14,7 |
| 60 ans et plus | 11 | 4,9 |
| Scolarité (n = 106) | | |
| 9 ans et moins | 34 | 32,1 |
| de 10 à 12 ans | 49 | 46,2 |
| 13 ans et plus | 23 | 21,7 |
| Statut marital (n = 213) | | |
| Célibataire | 90 | 42,3 |
| Séparé-e/divorcé-e | 54 | 25,4 |
| Marié-e/union libre | 51 | 23,9 |
| Chef de famille monoparentale | 13 | 6,1 |
| Veuf/veuve | 5 | 2,3 |
| Milieu de vie (n = 191) | | |
| Avec famille de création | 37 | 19,4 |
| Sans logement | 37 | 19,4 |
| En appartement, seul | 34 | 17,8 |
| Avec famille d'origine | 30 | 15,7 |
| Avec conjoint-e | 17 | 8,9 |
| En appartement partagé | 13 | 6,8 |
| En centre/foyer de groupe | 12 | 6,3 |
| En famille d'accueil | 10 | 5,2 |
| Centre hospitalier Douglas | 1 | 0,5 |
| Moyen de subsistance (n = 197) | | |
| Aide sociale | 101 | 51,3 |
| Travail | 36 | 18,3 |
| Revenu du conjoint | 17 | 8,6 |
| Pension | 10 | 5,1 |
| Assurance-chômage | 9 | 4,6 |
| Congé de maladie | 8 | 4,1 |
| Aucun | 8 | 4,1 |
| Revenu des parents | 5 | 2,5 |
| Assurance-maladie | 2 | 1,0 |
| Autre | 1 | 0,5 |

travail au moment de la crise. À ce nombre, on peut ajouter 3,6 % d'individus en congé de maladie au moment de l'évaluation et un autre 4,1 % qui sont prestataires de l'assurance-chômage. Ces chiffres sont près de trois fois inférieurs aux données du recensement de 1986 sur la population active du territoire, qui indiquent que 54,9 % de la population adulte occupe un emploi alors que 7,5 % reçoit des prestations d'assurance-chômage.¹

Les personnes sans logement constituent 19,4 % des dossiers avec évaluation. Ce pourcentage peut sembler élevé, mais il désigne à la fois les gens sans domicile et les personnes qui, dans le contexte de la crise, se retrouvent dans une ressource d'hébergement temporaire, qu'il s'agisse d'un parent, d'un ami ou d'un organisme communautaire.

Selon ces données, la clientèle du centre de crise apparaît démunie autant socialement qu'économiquement. Ces personnes sont non seulement plus exposées à une série de problèmes liés à leurs conditions de vie, mais elles sont également plus à risque de connaître une dégradation rapide dans une situation de crise en raison du peu de ressources matérielles et sociales dont elles disposent pour affronter une situation critique.

Il s'agit maintenant de voir comment le centre de crise a répondu à la situation de crise et dans quelle mesure cette crise est de nature psychosociale. Nous pourrions ainsi vérifier jusqu'à quel point un centre de crise peut actualiser deux postulats à la base du modèle des centres de crise, soit une intervention qui s'articule fortement sur les ressources déjà existantes et une intervention qui s'adresse à une crise de nature psychosociale plutôt que médicale.

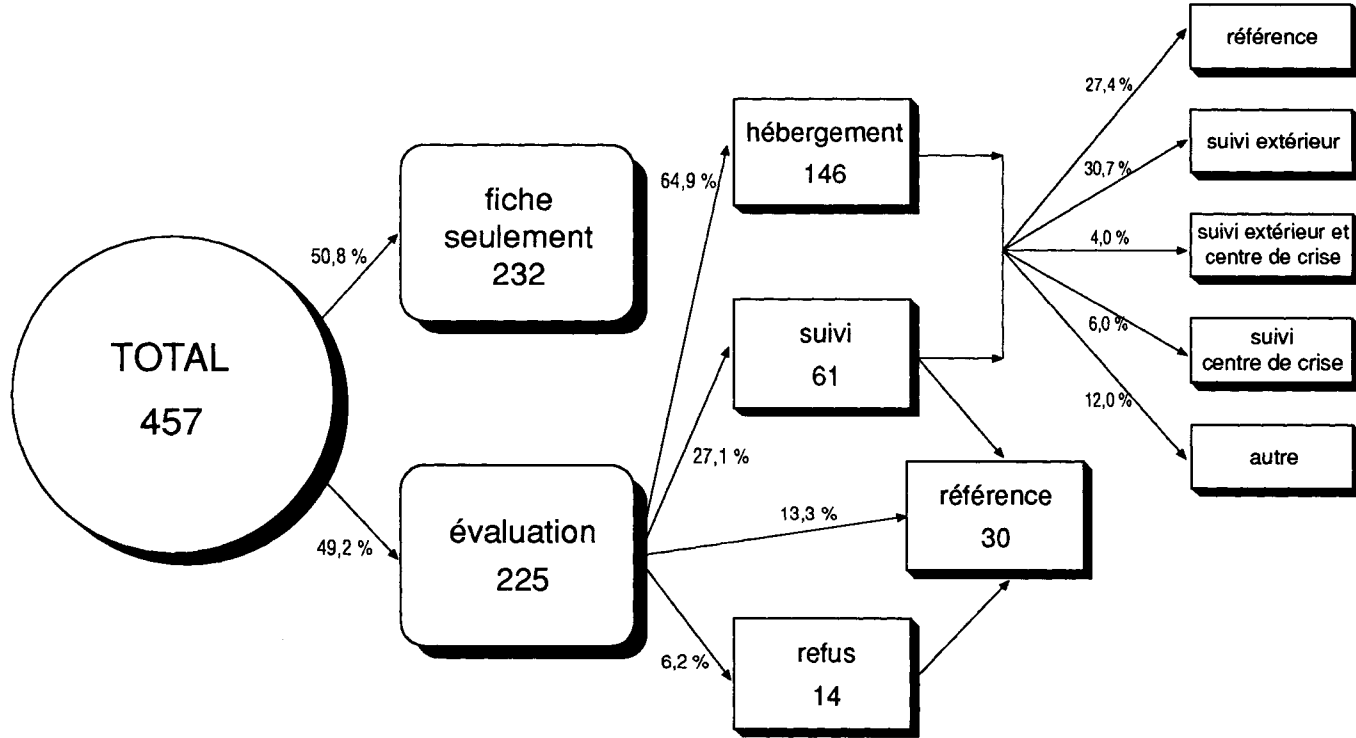
Services de crise et autres services

La collecte de données effectuée lors des douze premiers mois de fonctionnement du centre de crise² a permis de recueillir les informations sur le cheminement de la clientèle, de la référence au centre de crise à la fermeture du dossier, en passant par les différents services reçus (hébergement, suivi, références). L'étude de ce cheminement offre la possibilité d'observer la répartition de la clientèle potentielle entre le centre de crise lui-même et les autres ressources. Le relevé des références à l'entrée et à la sortie fournit également des données sur l'intégration du centre de crise aux autres services et sur son articulation aux ressources du milieu.

Le cheminement de la clientèle

Au cours de sa première année d'opération, le centre de crise du Sud-Ouest répond à des demandes de services provenant de 457 per-

Figure 1
Processus de traitement d'une demande au centre de crise



sonnes différentes. De ces demandes, 225, soit 49,2 %, donnent lieu à une évaluation en face à face par le personnel du centre (Figure 1). Les 232 autres (50,8 %) correspondent aux personnes qui reçoivent un suivi téléphonique, un soutien ponctuel par téléphone ou qui sont référées à d'autres ressources plus appropriées.

Suite à l'évaluation psychosociale, l'intervenante doit procéder à une recommandation sur les services requis. Ces services peuvent être de quatre types soit 1) l'hébergement, 2) le suivi en externe, 3) la référence et 4) le refus. La clientèle qui bénéficie d'une intervention de crise se voit ensuite référée, si besoin est, à d'autres ressources pour assurer un suivi à moyen ou long terme ou pour travailler spécifiquement sur un aspect de la problématique (problèmes financiers, relations avec le conjoint, etc.). Ce suivi, s'il s'inscrit dans une démarche à court terme, peut également être réalisé par des intervenantes du centre de crise, seules ou en collaboration avec d'autres ressources du milieu.

Ces données sur le cheminement de la clientèle (Figure 1) traduisent la fonction d'orientation exercée par le centre de crise. Elles indiquent d'abord que plus de la moitié des demandes (50,8 %) ont pu être traitées uniquement au moyen d'interventions téléphoniques. Ces chiffres soulignent l'importance de ce moyen d'intervention et impliquent qu'une part importante de la clientèle desservie et des services offerts échappe à la comptabilisation des efforts déployés. En effet, l'attention est généralement portée sur la clientèle rencontrée ou hébergée, pour laquelle on dispose d'un plus grand nombre d'informations. Par ailleurs, l'impact d'un centre de crise par la voie d'interventions légères et ponctuelles (téléphoniques) risque le plus souvent d'être sous-estimé ou méconnu parce que difficile à documenter.

La figure 1 démontre aussi que l'hébergement ne représente, pour le reste de la clientèle, que l'une des possibilités d'orientation (65,8 %) et que l'on répond également aux demandes par un suivi en externe dans 27,1 % des cas et par une référence dans une proportion de 12,4 % (refus, 6,2 %)³. On remarque enfin qu'un faible pourcentage des personnes hébergées est suivie à la sortie par le personnel du centre de crise, alors que la majorité est dirigée vers d'autres ressources ou suivie par des intervenants extérieurs au centre. Considérés dans leur ensemble, ces pourcentages montrent bien la position charnière du centre de crise parmi les autres ressources. Celui-ci demeure avant tout un lieu de transition, bien circonscrit dans le temps, et joue un rôle important dans la répartition de la clientèle vers les autres ressources.

L'analyse plus détaillée des références à l'entrée et à la sortie et des motifs sous-jacents aux recommandations d'hébergement de suivi,

de références et de refus devraient permettre d'expliciter davantage comment s'actualise l'articulation aux ressources du milieu.

La référence à l'entrée

Une des caractéristiques qui fait la spécificité du centre de crise du Sud-Ouest, lié à sa philosophie d'intervention alternative et communautaire, est l'ouverture à la communauté en général et l'acceptation des références tant du réseau de la santé et des services sociaux que de la communauté. Ainsi, les personnes elles-mêmes ou leur famille, les groupes communautaires, les paroisses et les groupes de parents ont la possibilité de recourir directement aux services du centre. Les hôpitaux, les cliniques externes, les CLSC et les autres établissements du réseau peuvent aussi agir à titre de référents: il demeure toutefois primordial que le centre soit directement accessible aux personnes en situation de crise et ce, sans qu'elles soient dans l'obligation de passer d'abord par les services psychiatriques ou par ceux du réseau. Ce mode de fonctionnement diffère de celui d'autres centres de crise de Montréal, lesquels acceptent leur clientèle sur référence d'un établissement du réseau. Au centre de crise du Sud-Ouest, la source des références est davantage diversifiée. On dénombre en effet plus d'une trentaine d'organismes ayant fait appel à ses services.

Les divers services hospitaliers de la région constituent la source de référence la plus importante, représentant la moitié des demandes acheminées au centre de crise (50,9 %) soit 42,4 % de demandes directes et 8,6 % de demandes indirectes⁴. Si on compare ces chiffres à ceux des autres centres de crise de la région de Montréal pour la même période on constate que la proportion de références du milieu hospitalier est beaucoup plus importante dans ces autres centres. Si on fait exception du centre de crise TRACOM qui rapporte une proportion de 59,8 % (Drouin et St-Pierre, 1988), le pourcentage des références provenant du milieu hospitalier est considérable représentant entre 81,2 % et 100 % de l'ensemble des références (CSSMM, 1988). Le centre hospitalier Douglas, l'hôpital psychiatrique situé dans la partie ouest de Montréal, représente à lui seul 37,0 % des références à l'Autre Maison, tandis que les services des urgences des hôpitaux généraux de Verdun et de Ville Lasalle fournissent respectivement 9 % et 3,9 % des demandes.

On retrouve ensuite les références en provenance d'organismes publics (CLSC, bureaux des services sociaux, Direction de la protection de la jeunesse, etc.) qui constituent 14,1 % des demandes alors que les divers organismes communautaires ont référé 12,7 % de la clientèle.

Enfin, 11,3 % des demandes sont formulées par des professionnels en pratique privée, des parents, des amis ou des ancien-ne-s client-e-s du centre de crise. On compte également dans ce groupe des personnes qui ont obtenu les coordonnées du centre de crise d'autres sources (médias d'informations, Centre de référence du grand Montréal, C.É.C.M., etc.).

L'évaluation et l'orientation

L'hébergement au centre de crise est la recommandation la plus fréquemment utilisée par les intervenantes et ce en dépit des objectifs de maintien dans le milieu. On dénombre 148 recommandations d'hébergement, ce qui représente près des deux tiers des dossiers évalués (65,8 %). L'analyse de contenu réalisée sur les demandes formulées par les clients ou les référents permet d'établir que le motif le plus souvent évoqué pour justifier le recours à un hébergement est le retrait temporaire du milieu de vie dans le but d'offrir un répit à la personne en crise et/ou aux gens de son entourage. Si la majorité des hébergements visent la stabilisation de la personne en crise, certains prennent un caractère explicitement préventif, visant à éviter ou à prévenir la crise ou dans certains cas à pallier à l'hospitalisation. L'hébergement est également utilisé pour assurer une transition aux personnes qui se retrouvent temporairement sans logis dans l'attente d'une place dans une ressource d'hébergement à long terme ou d'une nouvelle famille d'accueil.

Un peu plus d'un dossier sur quatre (27,1 %, n = 61) comporte une recommandation de *suivi*. Elle concerne le plus fréquemment les personnes qui expriment le besoin de quelqu'un à qui parler, à qui se confier, qui désirent un soutien émotionnel en mesure de les rassurer ou qui cherchent une aide pour mieux comprendre leur situation, leur permettre d'y voir plus clair. La recommandation de suivi accompagne également les demandes extérieures visant à assurer une supervision ou à accompagner le client devant affronter une situation potentiellement problématique. Les demandes de suivi ont principalement pour objectifs de réduire le niveau d'anxiété ou de pression chez le client, pour ainsi éviter que la situation ne dégénère en crise et ne donne lieu à l'apparition de symptômes.

La *référence* à d'autres ressources est évoquée dans 12,4 % des dossiers évalués (n = 28). Elle est souvent effectuée même si, au départ, la demande portait sur un hébergement temporaire (n = 10) ou une intervention de soutien (n = 5). Quatre demandes ont été adressées au centre de crise dans le but spécifique d'identifier une ressource appropriée. Parmi les personnes référées, sept ont été dirigées vers les services

hospitaliers, pour recevoir des services d'urgence psychiatrique ou des soins médicaux spécialisés. Le type de référence le plus fréquent demeure cependant les références aux ressources d'hébergement à plus long terme, qu'il s'agisse de programmes d'hébergement pour ex-psychiatisés (n = 7) ou des organismes du réseau de l'itinérance (n = 4). Cinq personnes ont également été dirigées vers des ressources spécialisées dans le traitement des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, et cinq autres vers des groupes de femmes. On retrouve également, parmi les autres ressources utilisées, divers programmes d'entraide et d'écoute (notamment Parents et amis du malade mental, Déprimés Anonymes, Tel-aide) ainsi que des professionnels en pratique privée.

Le nombre de *refus* de services est relativement faible puisqu'il n'est survenu que pour environ 6,2 % de la clientèle évaluée (n = 14). Les principales raisons évoquées par les intervenantes pour justifier le refus sont les cas trop lourds ou nécessitant une intervention à trop long terme (n = 5), le fait que la personne n'est pas en situation de crise (n = 4) ou qu'elle reçoive déjà les services d'autres ressources (n = 3). La conduite inadéquate du client, l'absence chez lui d'une volonté de changement, et la surconsommation de services représentent également des motifs de refus de service. Fait à noter, une seule personne s'est vue refuser un hébergement par manque de place au centre de crise.

Le refus s'accompagne souvent de références à d'autres services. Ces références ont cours, dans la majorité des cas, lorsqu'il existe déjà d'autres services disponibles (par exemple dans le cas de problèmes de toxicomanies graves) ou lorsque la clientèle est jugée inappropriée aux services du centre (dangerosité, absence de crise, etc.). Les demandes décrites comme confuses font souvent l'objet d'un refus.

Les recommandations à la sortie

La figure 1 permet de visualiser l'importance relative des différentes recommandations à la sortie. Parmi les 117 dossiers comportant un bilan d'intervention, 27,4 % concernent une référence à d'autres ressources. Par ailleurs, 41,0 % ont obtenu une recommandation de suivi: 30,7 % impliquent un ou plusieurs professionnels d'une ressource extérieure au centre de crise, 6,0 % une intervenante du centre de crise, tandis que 4,0 % des recommandations suggèrent une collaboration entre les intervenantes du centre de crise et des professionnels d'autres ressources. Pour 12 % des dossiers la recommandation est d'une autre nature et concerne principalement un avis d'intervention au besoin (téléphone à donner, hébergement au besoin, etc.).

On retrouve dans les objectifs du centre de crise un accent important mis sur la complémentarité avec les autres ressources du milieu. À cet égard, l'examen des références à l'entrée permet de constater la diversité des organismes ayant eu recours aux services du centre de crise. L'utilisation fréquente des références suite à l'évaluation et au terme de l'intervention de crise, laisse également entrevoir une collaboration du centre de crise avec les autres ressources du milieu.

La complémentarité se trouve généralement facilitée par une définition précise du mandat spécifique de chacune des composantes d'un système. Ainsi, le centre de crise a reçu un mandat s'adressant exclusivement aux crises de type psychosocial, d'où l'importance de vérifier si les crises que les clientes et les clients du centre ont connues sont de cette nature.

Une crise psychosociale?

Dans le but d'obtenir une description exhaustive du type de crise rencontrée et de la situation psychosociale de la personne en crise, nous avons procédé à une analyse de contenu détaillée des informations rapportées dans les formulaires d'évaluation. Nous nous sommes inspirés d'une part, de la littérature sur la crise et l'intervention de crise (Caplan, 1989; Lecomte et Lefebvre, 1986), mais également des recherches sur le stress social et plus particulièrement des travaux de Dohrenwend et Dohrenwend (1981). L'utilisation du modèle de stress nous a amenés à établir plusieurs distinctions importantes. Nous avons, dans un premier temps, distingué le ou les événements déclencheurs de la crise, des réactions de l'individu face à ces événements. Cette distinction correspond sommairement, dans le modèle du stress social, à la différence entre les événements de vie et l'état de détresse ou la réaction psycho-pathologique qui en résulte.

Cependant, si certains événements de vie ou l'accumulation de plusieurs de ces événements peuvent entraîner directement un déséquilibre personnel caractéristique de la réaction de crise, on reconnaît généralement que l'impact de ces événements dépend, dans la plupart des cas, de facteurs personnels et environnementaux plus stables. Parmi ceux-ci, on peut mentionner les habiletés et les caractéristiques de l'individu (degré d'autonomie, compétences sociales, habiletés de résolution de problèmes, etc.) de même que les conditions sociales caractérisant le milieu de vie de la personne (isolement, soutien social, condition de vie, etc.). Ces facteurs psychosociaux, en plus de médier l'impact des événements de vie sur les réactions de la personne, influen-

cent aussi l'issue de la crise de même que l'efficacité de l'intervention de crise.

Nous avons aussi tenté de départager l'épisode de crise actuelle de ses antécédents à plus ou moins long terme. Ceux-ci peuvent être des événements importants vécus par la personne, mais également ses comportements dans des situations de crise antérieures. Si ces antécédents ne font pas partie intégrante de la situation de crise, ils s'inscrivent cependant dans l'histoire individuelle et contribuent de ce fait à une meilleure compréhension de la crise actuelle, tant en ce qui a trait à la nature des événements survenus qu'à la réaction de la personne en crise. Ils peuvent également avoir une influence déterminante sur l'évolution de la crise. Dans l'identification des antécédents, nous avons distingué les faits qui se sont déroulés moins d'un an avant l'épisode actuel de crise de ceux qui remontaient à plus d'un an. Cependant, nous avons exclu de la présentation les données sur les antécédents à long terme en raison des nombreux problèmes d'interprétation qu'ils posent. On retrouve dans cette catégorie des événements qui se sont produits il y a environ un an, autant que des situations vécues il y a plusieurs années, situations pouvant dans certains cas remonter jusqu'à l'enfance du client. La probabilité de trouver, dans une période de temps aussi longue, des événements tels le décès d'un parent ou d'un ami, une rupture conjugale ou une séparation, devient très élevée. L'influence actuelle de tels événements ou d'une situation qui remonte à plus de 20 ans est difficile à déterminer. Une autre difficulté tient au fait que ces informations ne sont pas systématiquement recueillies ou inscrites au dossier, si bien que les données ne sont pas exhaustives.

Nous en sommes donc arrivés à distinguer quatre dimensions permettant de décrire la situation vécue par l'individu:

- les événements déclencheurs de la crise;
- la réaction à la crise;
- les éléments de la situation psychosociale (incluant les facteurs personnels et sociaux);
- les antécédents à court terme (moins d'un an);

À partir de ces quatre dimensions, une grille de dépouillement a été construite de même qu'un schéma de codification incluant près d'une centaine d'éléments⁵. Ces éléments peuvent comprendre des événements, des comportements, des caractéristiques personnelles, des problèmes de santé physique ou mentale. Ils sont regroupés à l'intérieur de dix catégories: les troubles émotifs sévères; les états dépressifs et suicidaires; les problèmes de fonctionnement et d'autonomie; les problèmes

d'adaptation; les problèmes relationnels et familiaux; les problèmes liés à des conditions de vie difficiles; les problèmes de violence ou de sexualité; les troubles somatiques; les problèmes de toxicomanie; et d'autres problèmes divers.

On retrouve au tableau 2 les pourcentages des principales catégories apparaissant dans les descriptions des situations de crise. Chacun de ces pourcentages est établi par rapport à l'ensemble de la clientèle évaluée et non par rapport au total des éléments. Un même individu pouvant avoir plusieurs éléments déclencheurs ou plusieurs réactions, le total des pourcentages pour chaque dimension dépasse 100 %.

Les événements déclencheurs

Si on examine la nature des événements propres à déclencher une réaction de crise, on note que la sphère familiale en constitue la source la plus importante. En effet, parmi les quatre principales catégories d'événements, trois sont directement liées à la vie familiale, soit les problèmes de relations parents-enfants (27,1 %), les problèmes de couple (19,6 %) et les séparations et ruptures conjugales (13,3 %). L'examen des autres événements fréquemment rencontrés nous permet aussi de saisir l'importance des problèmes liés aux conditions de vie dans l'étiologie de la crise: problèmes de logement, 17,8 %; problèmes financiers 11,6 %; problèmes liés au travail, 7,1 %.

Pour 11,1 % des dossiers, aucun événement déclencheur n'a été identifié. Les réactions de crises les plus fréquemment identifiées en l'absence d'événements déclencheurs sont les symptômes psychotiques et la décompensation psychotique.

La réaction à la crise

L'examen des réactions à la crise fait ressortir un tableau typique des réactions caractéristiques de la crise psychosociale telle que décrite par Caplan (1989). La réaction la plus courante est de nature dépressive (28,9 %). Près d'une personne sur cinq a réagi à la situation par une tentative de suicide (19,1 %), tandis que 12,0 % rapportent des idéations suicidaires. Les divers états d'anxiété et d'angoisse se retrouvent chez 13,8 % des individus. Parmi les autres réactions les plus courantes, notons les problèmes d'agressivité et de violence (6,2 %), les symptômes psychotiques (4,0 %) et de décompensation psychotique (4,0 %).

Les éléments de la situation psychosociale

L'identification des éléments de la situation psychosociale confirme l'hypothèse d'une pauvreté des ressources sociales de la clien-

TABLEAU 2
Principaux éléments descripteurs de la crise

| | F | % |
|--|----|------|
| Événements déclencheurs | | |
| Problèmes de relations familiales | 61 | 27,1 |
| Problèmes de couple | 44 | 19,6 |
| Problèmes de logement | 40 | 17,8 |
| Séparation, rupture conjugale | 30 | 13,3 |
| Problèmes financiers | 26 | 11,6 |
| Problèmes de travail | 16 | 7,1 |
| Problèmes avec colocataires | 15 | 6,7 |
| Problèmes de proches à soigner, à soutenir | 12 | 5,3 |
| Violence subie | 12 | 5,3 |
| Réactions à la crise | | |
| État dépressif, pleurs, ennui | 65 | 28,9 |
| Tentative de suicide | 43 | 19,1 |
| Anxiété, angoisse, phobie, tension | 31 | 13,8 |
| Utilisation de l'urgence | 27 | 12,0 |
| Idées suicidaires, risques suicidaires | 26 | 11,6 |
| Problèmes d'agressivité, violence | 14 | 6,2 |
| Décompensation psychotique | 9 | 4,0 |
| Symptômes psychotiques | 9 | 4,0 |
| Situation psychosociale | | |
| Solitude, isolement, pauvreté du réseau social | 44 | 19,6 |
| Problèmes de relations familiales | 34 | 15,1 |
| Immaturité affective, dépendance psychologique | 29 | 12,9 |
| Problèmes de relations, de communication | 25 | 11,1 |
| Problèmes de consommation d'alcool, alcoolisme | 24 | 10,7 |
| Problèmes existentiels, estime de soi | 21 | 9,3 |
| Problèmes d'agressivité, violence | 19 | 8,4 |
| Problèmes de couple | 18 | 8,0 |
| Idées suicidaires, risques suicidaires | 17 | 7,6 |
| Problèmes financiers | 17 | 7,6 |
| Antécédents à court terme | | |
| Séparation, rupture conjugale | 14 | 6,2 |
| Deuil | 11 | 4,9 |
| Tentative de suicide | 11 | 4,9 |
| État dépressif, pleurs, ennui | 8 | 3,6 |
| Problèmes de travail | 6 | 2,6 |
| Immigration, déménagement | 5 | 2,2 |
| Accident, opération majeure, crise aiguë | 5 | 2,2 |

tèle du centre de crise. En effet, le facteur psychosocial le plus fréquemment rencontré (un dossier sur 5, soit 19,6 %) est la solitude, l'isolement ou la pauvreté du réseau social. Par ailleurs, si elle n'est pas directement liée à des problèmes familiaux, la crise survient souvent dans un contexte où les relations familiales sont jugées problématiques (15,1 %), ce qui accentue d'autant l'importance des facteurs familiaux. Les problèmes d'immaturation affective ou de dépendance psychologique (12,9 %), de communication ou de relation avec autrui (11,1 %) et de consommation d'alcool (10,7 %) font souvent partie du contexte de la crise.

Les antécédents à court terme

Pour plus des deux tiers de ces dossiers, aucun antécédent à court terme n'a été identifié dans le dossier. Cette omission n'est sans doute pas attribuable à leur faible importance dans l'étiologie de la crise, mais pourrait refléter davantage la nature du travail d'intervention de crise qui, par définition, doit se centrer sur la résolution de la crise actuelle (Caplan, 1989). Ce fait met en évidence l'insuffisance des données recueillies dans le cadre de l'intervention dans le but de documenter le processus à plus long terme de la crise et révèle la nécessité d'autres stratégies de cueillette pour compléter ces informations, telles des entrevues avec les usagers. On peut cependant souligner que 6,2 % des évaluations comportent la mention d'une séparation conjugale dans l'année qui a précédé la crise tandis que 4,9 % des personnes rapportent le décès d'une personne de leur entourage. Fait important, 4,9 % de la clientèle évaluée affirme avoir fait une tentative de suicide lors de la dernière année tandis que 3,6 % rapportent avoir éprouvé une réaction dépressive majeure.

Les éléments suicidaires

Un des problèmes les plus préoccupants pour les intervenants et intervenantes d'un centre de crise est le risque suicidaire qui affecte une grande proportion de la clientèle. C'est pourquoi nous avons documenté tout particulièrement les éléments suicidaires auprès de l'ensemble de la clientèle du centre de crise. À partir des dossiers d'évaluation, nous avons pu distinguer, d'une part, les personnes dont les éléments suicidaires s'exprimaient sous forme d'idéations ou de verbalisations suicidaires et, d'autre part, celles qui avaient fait une tentative de suicide⁶. Cette analyse a permis de confirmer l'importance numérique du phénomène.

Les éléments suicidaires sont présents, au moment de la crise, chez 36,0 % de la clientèle, soit plus d'une personne sur trois, et comprennent 46 tentatives de suicide (20,5 %) et des idéations suicidaires chez 35 individus (15,5 %). Si on élargit l'analyse pour inclure, outre l'épisode de crise, les antécédents à court (moins d'un an) et à long terme (un an et plus), le pourcentage des tentatives et idéations augmente à plus de 43,1 % de la clientèle (97 sur 225). Au total, 68 personnes (30,2 %) ont tenté de mettre fin à leurs jours dans un passé plus ou moins récent, dont 11 individus au cours de la dernière année et 27 plus d'un an avant l'évaluation au centre de crise.

Discussion

La description de la clientèle, en termes de ses caractéristiques socio-démographiques et des situations de crise vécues, constitue une source d'informations utiles sur le programme lui-même autant que sur le système des services de la sous-région. En ce qui a trait au programme, elle permet de vérifier le niveau de correspondance entre la population rejointe et la population cible. Ainsi, il apparaît que le centre de crise est fréquenté par un nombre important de personnes qui ont déjà reçu des services en santé mentale. Près des trois quarts (71,7 %) ont déjà un dossier ouvert à l'hôpital Douglas lors de leur premier contact avec le centre, tandis que 43,4 % ont déjà vécu une hospitalisation psychiatrique. Nous avons également constaté la capacité du centre à rejoindre les groupes à risques, les services ayant été prodigués majoritairement à une clientèle démunie autant socialement qu'économiquement. L'analyse du contenu des crises confirme leur caractère majoritairement psychosocial (problème familial, problème de couple, etc.) alors que les crises de nature plus psychiatrique (décompensation, hallucinations, etc.) ne représentent qu'un très faible pourcentage des problèmes rencontrés. En plus de pouvoir apprécier l'atteinte des objectifs d'implantation, ces données permettent également de formuler des recommandations susceptibles de permettre aux services d'intervention de crise de mieux répondre aux besoins. Ces recommandations touchent la formation des intervenant-e-s, l'organisation des services et la prévention.

La formation des intervenant-e-s

La prévalence considérable des tendances suicidaires chez la clientèle du centre de crise fait ressortir la nécessité d'établir des mesures minimales de sécurité et de fournir au personnel intervenant une formation lui permettant de réagir adéquatement à ces situations. L'analyse des événements déclencheurs de la crise souligne également l'import-

tance d'une formation du personnel intervenant à des modes d'intervention de crise auprès de la famille et du couple. À partir des données sur la clientèle, on peut également évoquer la nécessité d'une intervention visant à mobiliser le réseau social de la personne, lorsque celui-ci existe, ou, à entreprendre, en collaboration avec les services d'intervention à long terme, une démarche visant à briser l'isolement de certaines personnes et créer un tel réseau.

L'organisation des services

Avec les CLSC, les divers services d'intervention de crise (services d'écoute téléphonique, centres de crise, etc.) représentent sans doute une des principales portes d'entrée de la clientèle dans le réseau des services en santé mentale. Ils ont également, de par leur mandat, une responsabilité d'orientation vers des services appropriés. Pour ces raisons, une description détaillée de la clientèle de ces services revêt une importance stratégique, puisqu'elle permet de tracer le portrait des problématiques psychosociales qui prévalent dans une région ainsi que leur évolution. Ces données viennent appuyer la planification des services à offrir pour mieux répondre aux besoins de la population, tant au niveau des programmes de promotion et de prévention que des services de traitement spécialisés.

On reconnaît aujourd'hui que la disponibilité d'une gamme de services en santé mentale n'est pas en soi suffisante pour assurer la qualité des soins. Pour favoriser l'accessibilité des services autant que la continuité des soins prodigués, on souligne de plus en plus la nécessité d'établir une bonne collaboration entre les différents partenaires avec l'objectif d'atteindre une complémentarité des services offerts. On conçoit cependant avec difficulté de quelle façon documenter ou opérationnaliser la nature de cette collaboration. Les données sur les références à l'entrée et à la sortie du centre de crise fournissent un aperçu de la nature de la relation du centre avec les autres partenaires du réseau. La diversité des organismes qui réfèrent au centre de crise de même que l'utilisation faite par celui-ci des ressources du milieu laissent entrevoir une bonne intégration et une collaboration réelle à l'intérieur du réseau de services.

Certains indices suggèrent cependant des risques de dédoublement des efforts d'intervention, particulièrement en ce qui a trait au suivi de la clientèle. En effet, une proportion considérable de la clientèle du centre est déjà suivie par un ou plusieurs professionnels de la santé. Il est cependant difficile d'établir dans quelle mesure il s'agit ici de dédoublement de services, sans effectuer des analyses plus approfondies

des caractéristiques de la clientèle suivie et de la nature de l'intervention. Cette observation révèle cependant l'importance, pour le personnel intervenant, d'identifier les services déjà reçus pour éviter un tel dédoublement, et de limiter les suivis à des interventions à très court terme. Reconnaissant ces risques, les intervenantes de L'Autre Maison ont tenu à minimiser le suivi au moment de la crise pour plutôt chercher, dès le début de leur intervention, à assurer la coordination des services, la concertation et la définition des collaborations et des champs d'action de chacun des acteurs du réseau.

La popularité actuelle de l'intervention de crise, qui se traduit par le fait que plusieurs organismes du réseau public se dotent de services d'intervention de crise, représente un autre risque de dédoublement. Une concertation avec les organismes du milieu s'impose donc, afin d'éviter une prolifération de services de même type et d'assurer plutôt le développement des services s'adressant à des populations différentes ou touchant des problématiques distinctes.

Plusieurs données confirment l'importance des ressources d'hébergement pour répondre aux besoins de la population. On se souviendra, d'une part, de la grande proportion de la clientèle qui se retrouve sans domicile au moment de la crise. D'autre part, l'hébergement à court terme représente le service le plus souvent dispensé, tandis que la référence à des ressources d'hébergement à plus long terme est également très fréquente, que ce soit suite à l'évaluation ou après un séjour au centre. Ces faits militent en faveur du soutien aux ressources existantes d'hébergement, telles que les refuges pour femmes victimes de violence ou les programmes d'appartements supervisés pour ex-psychiatisés. On doit également souligner la nécessité de développer des services d'hébergement dépannage pour les hommes qui n'ont souvent comme seule ressource que les services offerts à la population itinérante.

La prévention

Les données obtenues lors de l'évaluation de l'implantation soulignent l'importance des conditions sociales dans l'étiologie des crises psychosociales et des problèmes de santé mentale. En confirmant l'influence marquée des facteurs socio-économiques dans l'étiologie de la crise, ces informations établissent l'urgence de promouvoir des programmes sociaux visant à favoriser des conditions de vie adéquates: politiques de plein emploi et d'équité à l'emploi, programmes d'accès à des logements à prix modiques, mesures de lutte à la pauvreté. Les données démontrent également le rôle essentiel du milieu familial et des relations entre les différents membres (relations parents-enfants, rela-

tions conjugales) dans l'émergence de la crise. Par conséquent, les efforts de prévention visant à diminuer l'apparition des crises psychosociales devraient impliquer une intensification des programmes de soutien aux familles et aux proches. Ceci semble d'autant plus nécessaire que les programmes actuels semblent essentiellement centrés sur une conception de la famille comme prodiguant des services à une personne atteinte de problèmes de santé mentale et non pas comme pouvant éprouver des difficultés susceptibles de mettre en péril la santé mentale de ses membres. Ces programmes de prévention devraient favoriser le développement des habiletés à prévenir les problèmes qui peuvent survenir à l'intérieur du couple ou de l'unité familiale et l'acquisition de compétences susceptibles d'atténuer les situations de crise.

Conclusion

En raison de leur position dans le réseau des services de santé, les divers services d'intervention de crise (services d'écoute téléphonique, centres de crise, etc.) de même que les organismes offrant un service de référence ou d'orientation (centre de références, CLSC) constituent un baromètre important pour évaluer la situation psychosociale d'une région. Les informations sur la clientèle, les motifs de la demande et des réponses apportées permettent de formuler des recommandations sur l'organisation des services actuels et le développement de nouveaux services.

On ne peut cependant procéder à ce type d'opération sans, du même coup, soulever les limites quant à la validité de la démarche qui consiste à tirer des conclusions générales à partir de données recueillies sur un seul centre de crise. Il est indéniable qu'aucun centre de crise ne se trouve dans une situation identique à un autre. Ainsi, les caractéristiques bien particulières de la population du Sud-Ouest de Montréal, le dispositif des services de la région et la nature des relations de L'Autre Maison avec les autres services sont autant de facteurs susceptibles d'affecter la nature des problématiques qu'on y observe autant que de services offerts. La structure administrative particulière du centre de crise, soit un organisme sans but lucratif avec conseil d'administration majoritairement composé de client-e-s; et sa philosophie d'intervention qui le rapproche davantage que les autres centres de crise des ressources alternatives et des groupes communautaires, représentent autant d'éléments qui incitent à la prudence quant à la généralisation des résultats à d'autres services de crise. On doit aussi tenir compte du moment où ces données ont été recueillies, à la lumière des changements des pratiques

d'intervention à L'Autre Maison dans les années qui ont suivi l'évaluation de l'implantation (diminution du recours à l'hébergement et au suivi, mise sur pied en avril 1990 d'un nouveau service d'intervention dans le milieu, augmentation sensible de la clientèle sans antécédents psychiatriques, etc).

En raison d'un budget de recherche restreint, la stratégie de cueillette s'est limitée aux informations recueillies par les intervenantes dans le cadre de leurs interventions. Cela implique, il faut le rappeler, une vue très partielle de la crise autant que du fonctionnement d'un tel centre. Cette seule source d'information s'est avérée insuffisante pour documenter les antécédents à moyen et à long terme de la crise. De plus, on ne sait que bien peu de choses sur la clientèle dont le suivi a été exclusivement téléphonique et sur la nature des interventions entreprises auprès de celle-ci. Bien que les dossiers aient été tenus avec soin, nous avons dû constamment composer avec les données disponibles dans le choix des variables à étudier, avec pour conséquence que certains facteurs considérés essentiels dans l'étude des crises, tel le réseau social, n'ont pu être étudiés plus à fond, faute de mesures appropriées.

Plus encore que l'expérience d'un seul centre de crise, c'est la mise en commun de ces expériences qui s'avère la plus profitable. Cette mise en commun des études des services d'intervention de crise et de première ligne permettrait de tracer un portrait de la situation psychosociale de la population suffisamment précis et exhaustif pour orienter la planification des services en santé mentale et des services complémentaires. Des efforts de mise en commun des données de plusieurs centres de crise ont déjà été entrepris (CSSMM, 1988; Gauthier, 1989), mais se sont heurtés à une absence de standardisation dans les définitions et les catégories utilisées, ce qui a rendu toute comparaison difficile.

Si l'on veut que ce portrait s'avère également utile au développement des efforts de promotion et prévention, une attention spéciale devrait être portée à l'identification des événements précipitants et des facteurs prédisposants. En effet, ceux-ci s'avèrent déterminants dans le développement des problèmes de santé mentale et le recours aux services en santé mentale. Des études portant sur les processus de résolution de la crise et sur les facteurs associés à une intervention réussie et à une issue favorable contribueront aussi au développement des différentes formes de prévention.

NOTES

1. Le nombre plus élevé de femmes parmi la clientèle du Centre de crise ne peut expliquer cet écart, dans la mesure où l'ajustement des données du

recensement en fonction d'une telle répartition n'influence que très légèrement ces pourcentages (52,6 % au travail et 7,3 % au chômage).

2. Les données rapportées proviennent de trois types de documents: 1) les *fiches d'appel* qui portent sur l'ensemble des individus ayant communiqué avec le centre de crise, que le premier contact ait été effectué ou non par téléphone. Le nombre total de fiches complétées au cours de la première année s'élève à 457; 2) Les *formulaires d'évaluation* sont remplis par l'intervenant-e lors de l'évaluation des personnes rencontrées en entrevue, au centre de crise ou à l'extérieur, pour une analyse plus approfondie de leur situation. En tout, 225 rapports d'évaluation ont été ainsi analysés, ce qui représente la totalité des évaluations effectuées lors de cette première année. 3) Le *bilan d'intervention* est rédigé à la fermeture du dossier des personnes ayant reçu un hébergement ou fait l'objet d'un suivi.
3. Le total est supérieur à 100 %, certaines personnes pouvant recevoir plus d'une recommandation (par exemple un refus et une référence).
4. Une demande est dite indirecte lorsque le client se présente de lui-même au centre de crise, suite à une référence par un autre organisme. Au total, 27,3 % des références n'ont pas été adressées directement par les organismes en question, mais par la personne elle-même, qui avait obtenu de ces organismes les coordonnées du centre de crise.
5. Ce schéma de codification est une adaptation d'une grille déjà utilisée dans le cadre d'autres recherches portant sur les services en santé mentale des CLSC (Aubin et al., 1987; Mercier et Desbiens (1989).
6. Ces deux catégories ne sont pas exclusives: une même personne peut avoir des idéations suicidaires et avoir aussi tenté de se suicider.

RÉFÉRENCES

- AUBIN, D., JOUBERT, P., GARON, G., 1987, *Perception des médecins pratiquant sur le territoire du CLSC de la Jacques-Cartier à l'égard des services en santé mentale*, DSC du Centre hospitalier de l'Université Laval, Québec.
- CAPLAN, G., 1989, Recent development in crisis intervention and the promotion of support service, *Journal of Primary Prevention*, 10, 3-25.
- Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain, 1988, *Tableau comparatif des centres de crise psycho-sociale du Montréal métropolitain*, Montréal.
- DOHRENWEND, B.P., DOHRENWEND, B.S. 1981, Life-stress and psychopathology, in Regier, D.A. et Allen, G., (eds), *Risk Factor Research in the Major Mental Disorders*, U.S. Government Printing Office, Washington.
- DORVIL, H., 1986, *Les patients qui activent la porte tournante: étude clinique et socio-démographique d'une clientèle majeure à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine*, Centre de recherches psychiatriques, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.

- DROUIN, I., SAINT-PIERRE, R., 1988, *Rapport: du 19 janvier 1987 au 31 mars 1988*, Centre d'intervention de crise en santé mentale TRACOM, Montréal.
- GAUTHIER, D., 1989, *Centres d'intervention de crise en santé mentale du Montréal métropolitain: rapport d'étape, juillet à décembre 1988*, Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain, Montréal.
- HARRIS, M., BERGMAN, H.C., 1984, Reassessing the revolving door. A developmental perspective on the young adult chronic patient, *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 281-290.
- LECOMTE, Y., LEFEBVRE, Y. 1986, L'intervention en situation de crise, *Santé mentale au Québec*, 11, n° 2, 122-142.
- MERCIER, C., DESBIENS, F., 1989, *Évaluation de l'implantation des équipes en santé mentale dans les CLSC de l'Est de Montréal*, Unité de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'hôpital Douglas, Verdun.
- PÉLADEAU, N., MERCIER, C., 1989, *Évaluation d'implantation du centre de crise du Sud-Ouest*, Unité de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'hôpital Douglas, Verdun.
- SPITZER, W.O., SICOTTE, C., 1985, *Analyse statistique opérationnelle et clinique du phénomène de l'engorgement des salles d'urgence des centres hospitaliers de courte durée de la région montréalaise*, Université McGill, Montréal.

Crisis Centres and Mental Health Services: The Case of Montreal's South-West District

ABSTRACT

Based on data collected during the assessment phase of setting up the crisis centre *L'Autre Maison*, this article aims to present the services offered by the centre and to examine its integration with other resources within the community. Secondly, the article proceeds with a detailed analysis of the nature of crises that motivated clients to resort to the centre, which allows the authors to confirm the essentially social nature of these crises. Following a presentation of the results, the authors enter a broader discussion on: 1) the training received by personnel that works in the area of crisis intervention; 2) the organization of mental health services; and 3) the prevention programs focused on avoiding the oncoming of a crisis.