

L'Entremise : de l'autonomie à l'emprise... institutionnelle? L'Entremise: From Autonomy to... Institutional Control?

Yvon Lefebvre and Fabienne Coudari

Volume 16, Number 2, Fall 1991

Crise et intervention

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032239ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032239ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lefebvre, Y. & Coudari, F. (1991). L'Entremise : de l'autonomie à l'emprise... institutionnelle? *Santé mentale au Québec*, 16(2), 289–314.
<https://doi.org/10.7202/032239ar>

Article abstract

The L'Entremise crisis centre is located in the Hochelaga-Maisonneuve working class district, on the island of Montreal. Its services include temporary lodging and crisis intervention on its location or within the community. The authors provide an overview of the centre's history, its client population, its development framework and its organization methods. The article then focuses on the first results of an evaluation made in 1988 and on the measures that followed as a result of comments and suggestions. The authors present the changes that were implemented in 1991 following the 1988 review. As such, this article explores the purpose and uses of such an evaluation.



L'Entremise: de l'autonomie à l'emprise... institutionnelle?

Yvon Lefebvre*
Fabienne Coudari*

Le centre de crise l'Entremise est situé dans le quartier ouvrier Hochelaga-Maisonneuve, sur l'Île de Montréal. Il offre un service d'hébergement temporaire et d'intervention en situation de crise, tant sur place que dans la communauté. Les auteurs présentent son historique, la population desservie, le cadre général de son développement et l'organisation du travail. Les premiers résultats d'une évaluation et le suivi subséquent aux commentaires et suggestions faits en 1988 constituent la toile de fond de cet article. Les auteurs constatent les transformations réalisées en 1991 depuis ces suggestions faites en 1988. Cette étude est destinée à ceux et celles qui se demandent à quoi et à qui peut servir l'évaluation...?

Contexte**

C'est dans le cadre des politiques québécoises (1986) de désengorgement des services d'urgence qu'est né l'Entremise, centre de crise destiné à «répondre aux besoins des adultes en état de crise situationnelle, de détresse émotive ou de crise d'adaptation»¹. À cette occasion, des montants non récurrents furent alloués «afin de disposer de l'information nécessaire en vue d'évaluer l'efficacité de ces mesures et de s'assurer de leur impact immédiat et futur sur l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux». Une partie seulement de ces allocations fut remise à chacun des cinq centres expérimentaux implan-

* Yvon Lefebvre est professeur en sciences de l'éducation à l'UQAM, et Fabienne Coudari, professionnelle de la recherche, également à l'UQAM. Du centre de crise l'Entremise, nous tenons à remercier, pour leurs précieux commentaires à la rédaction finale de ce texte, madame Geneviève Zuccaro, directrice, madame Diane Binnette, superviseure clinique, madame Louise Trottier et monsieur Jean Paulette, superviseurs techniques. Nous remercions également, pour la lecture finale de ce texte, monsieur Lucien Tremblay, chargé de cours à l'ENAP et principal collaborateur à l'évaluation de 1987-1988. Ce rapport peut être consulté à l'Entremise et à l'ENAP.

** Dans ce texte, le masculin inclut le féminin.

tés sur le territoire de l'île. L'évaluation était laissée à la discrétion de chaque centre de crise, selon les montants attribués. Certains utilisèrent le montant maximum², soit 20 000 \$; d'autres, entre 5 000 \$ et 10 000 \$. Suivant son pouvoir discrétionnaire et sa motivation, chacun des paliers grignota une portion du montant de 40 000 \$ prévu initialement par le Ministère pour chacun des centres.

Tout au long de la mise en application de ce premier plan des politiques ministérielles³, une confusion a régné entre les centres de crise et les services d'hébergement temporaire de crise et de dépannage, pour la clientèle en crise psychosociale nécessitant soit un hébergement de dépannage, soit un retrait temporaire de son milieu résidentiel.

Au départ, les centres de crise devaient être sous la responsabilité des centres hospitaliers des sous-régions métropolitaines, sauf celui de Québec qui fonctionna comme un organisme sans but lucratif (OSBL). Les services d'hébergement temporaire demeuraient supervisés et coordonnés par le service d'urgence sociale du Centre des services sociaux métropolitains.

Les réactions (politiques et sociales) des partenaires montréalais aux mesures ministérielles ont débouché sur une hybridation des centres de crise et des services d'hébergement, où un seul des centres de crise est demeuré sous la tutelle directe du réseau, alors que les quatre autres, présentés comme OSBL, devaient travailler en collaboration étroite et prioritaire avec des centres hospitaliers désignés sur leur territoire d'intervention.

Le seul centre de crise intégré au réseau fut l'Entremise. Sa gestion fut confiée au CLSC Hochelaga-Maisonneuve, après plusieurs tractations entre l'Institut Dr. Philippe Pinel, le Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont et l'hôpital psychiatrique L.H.-Lafontaine. La collaboration fut et demeure encore étroite avec ces deux derniers centres hospitaliers.

Nous présenterons, dans un premier temps, la particularité de ce centre et, dans un deuxième temps, la synthèse des résultats et suggestions faits à la suite d'une évaluation réalisée en 1987-1988. Un retour sur le terrain, trois ans plus tard, nous permettra de constater les changements subséquents à ce rapport. Ce retour sera alimenté d'un questionnaire et de commentaires quant à l'utilisation de cette évaluation et à son impact auprès des différentes instances décisionnelles et des interlocuteurs en présence.

1. Fondements et orientations du Centre

1.1 Le choix d'un modèle

Le choix du modèle et des méthodes d'intervention se fit à partir d'une réflexion sur les résultats obtenus en recherche et évaluation aux

États-Unis et en Europe. Ces études portaient sur la théorie et la pratique de l'intervention en situation de crise psychosociale, tant auprès de la population en général que de populations présentant divers antécédents spécifiques. Deux articles (Lecomte et Lefebvre, 1986 et 1987) avaient déjà paru sur ce sujet.

Les résultats de cette réflexion sur les connaissances acquises dans le domaine, combinés à l'expertise du consultant, conduisirent à l'élaboration d'un modèle d'intervention tenant compte, entre autres, des conditions socio-économiques difficiles de la population du territoire, de l'autonomie relative du centre de crise au sein d'un CLSC et de la nécessité d'évaluer l'hypothèse de travail retenue.

On favorisa ainsi une approche par résolution de problèmes, liée à l'intervention en situation de crise psychosociale. De plus, un modèle de gestion participative avec orientation transdisciplinaire (c'est-à-dire possibilité de rotation dans les tâches quotidiennes) et utilisation optimale des formations spécifiques des participants, apparut comme le cadre administratif et organisationnel à privilégier.

La transdisciplinarité de la gestion participative

Dans ce modèle d'intervention, la valeur de l'organisation se trouve dans ses ressources humaines, l'expertise demeurant aux mains des professionnels.

L'approche transdisciplinaire fut proposée par l'expert-consultant. L'étude historique, depuis la Deuxième Guerre mondiale, de l'évolution des centres de crise et de leurs résultats avait recommandé une telle approche. Ceci visait à sauvegarder la viabilité et l'autonomie du modèle d'intervention de l'Entremise au sein du CLSC et dans le cadre de relations interinstitutionnelles plus ou moins déterminées avec les hôpitaux et la communauté.

Dans cette approche, il n'y a pas de division dans l'exécution du travail. On peut dire qu'une bonne partie des tâches sont interchangeables, l'intervention de crise étant une tâche qui incombe à chaque intervenant, indifféremment de son titre et de sa fonction.

Sur une semaine de 32 heures, chaque intervenant consacre environ 57 % (20 heures) de son travail directement auprès de la clientèle, 8,5 % (3 heures) pour des réunions de régie ou de discussion de cas, 11 % (4 heures) pour la formation et l'évaluation et 14 % (5 heures) à une tâche particulière.

La tâche particulière correspond à la formation et aux intérêts de la personne. Elle doit répondre à un besoin du service et constituer un

apport à l'équipe. C'est de l'enrichissement au travail. On vise à développer l'appartenance au service, l'autonomie professionnelle, les attitudes adéquates dans l'intervention en centre de crise, une approche souple des rapports entre intervenants et usagers et la motivation personnelle et collective.

Dans ce mode de gestion, le cadre a pour rôle de catalyser les orientations collégiales. Il capte et dynamise l'information pour maintenir le modèle en place. Les employés sont des collaborateurs et le groupe en est un de création et de décision quant aux orientations prises quotidiennement.

Si lors de la conceptualisation du modèle, le mode de gestion participative a été retenu, c'est qu'il semblait correspondre le mieux à la transdisciplinarité dans un travail d'équipe.

Cependant, les règles et les normes administratives du réseau (que le centre de crise doit respecter du fait de son rattachement au CLSC) ne favorisent pas le modèle de gestion participative. Le contexte d'un CLSC pouvait cependant permettre ce style de gestion. Il y consentit au début du projet.

Nous allons maintenant présenter succinctement le portrait socio-économique de la communauté desservie, puis l'organisation du Centre et les principales phases de son développement. Nous consacrerons une part essentielle à l'évaluation formative (1988) et aux réflexions critiques, subséquentes aux suggestions faites lors d'une première évaluation (septembre 1988). L'évaluation du modèle de gestion fut réalisée par Monsieur Lucien Tremblay, dans le cadre d'un projet d'intervention supervisé par l'ENAP (1987-88), pour l'obtention de la maîtrise. Ce document est disponible à l'ENAP, pour consultation.

1.2. L'organisation du Centre

Dynamique écologique

Le Centre est situé dans un quartier ouvrier où l'appartenance au milieu était, jusqu'au début des années 80, une source de fierté et de protection et où les ouvriers y perpétuaient une tradition de participation, de solidarité et de responsabilisation, la génération suivante tendant à poursuivre les activités et traditions de leurs prédécesseurs et à demeurer dans le même quartier.

L'infrastructure économique du milieu s'est profondément modifiée au cours des dix dernières années, alors que plusieurs industries de transformation quittaient le quartier ou fermaient leurs portes, souvent après plusieurs décennies. Les industries actuelles s'identifient de moins

en moins au quartier. Plusieurs (plus de 50 %) ont une idée très vague du territoire (Malette et al., 1986).

Autrefois jeune et dynamique, le tissu humain devient de plus en plus vieillissant, dépouillé de la stabilité traditionnelle de son infrastructure économique; plusieurs zones d'habitation sont à l'abandon. Des zones commerciales sont fermées et les propriétaires négligent les logements, devant l'impossibilité de les louer à des prix lucratifs. Bref, d'un quartier majoritairement constitué d'ouvriers, on passe, pour une bonne part, à un quartier d'assistés sociaux, de chômeurs, de jeunes sans avenir et peu spécialisés (Malette et al., 1986). Une pénétration de nouveaux immigrants devient manifeste, tout comme la présence nouvelle d'une petite classe moyenne. Celle-ci s'approprie les vieilles maisons à l'abandon (mais ayant un certain cachet historique), susceptibles d'être restaurées à des prix avantageux. De plus, les emplois les plus rémunérateurs et spécialisés sont de moins en moins occupés par des gens du quartier. On retrouve quelque chose de tout à fait nouveau dans le quartier: une faible relation entre le lieu de résidence et le lieu de travail.

On peut donc considérer que la population, en majorité desservie par les institutions, vit dans des conditions difficiles et présente des risques élevés d'un point de vue épidémiologique. Cela est confirmé par des études portant sur les conditions écologiques et la santé physique et mentale, réalisées sur le territoire par le module socio-communautaire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve (Lachapelle, 1986) et le Département de santé communautaire.

La formation et la sélection du personnel

Un mois avant l'ouverture du Centre, le nouveau personnel⁴ fut informé sur la population cible et ses valeurs. Les nouveaux venus circulèrent dans le quartier, pour en connaître les services et ressources. Une sensibilisation au modèle d'intervention, à l'évaluation formative et à la gestion participative et transdisciplinaire fut assurée au cours de ce mois. Les aspects médicaux et juridiques furent abordés en équipe avec des spécialistes reconnus.

Le personnel ne fut définitivement choisi qu'après la formation et l'observation des capacités de chacun à faire équipe selon le modèle proposé. Une seule personne ne fut pas retenue. Les gens sélectionnés pour l'intervention en situation de crise avaient tous un minimum de cinq années d'expérience auprès d'adultes ayant des antécédents psychiatriques ou des problèmes de santé mentale.

Le consultant chargé de la formation et de l'évaluation a fait partie des premières sélections, afin de minimiser les risques d'erreurs par rapport au modèle proposé.

Formation continue

Dès la première journée de travail, l'évaluation du modèle a été implantée, sous la forme d'instrumentation d'évaluation continue, formative et sommative. Ceci avait pour but de développer une appartenance au service, de renforcer la cohésion de l'équipe et de bien circonscrire les objectifs du travail individuel et collectif, dans le cadre d'un projet expérimental.

Une formation collective continue, à partir des difficultés et des questions soulevées par l'opérationnalisation du modèle, fut assurée par l'expert consultant, à raison de douze heures par mois. Chacun des intervenants disposait de quatre autres heures par semaine pour sa formation et son encadrement par la coordonnatrice.

La présence dans la communauté

Dès son implantation, le Centre de crise s'est retrouvé dans un environnement plutôt hostile. Les hôpitaux, les autres institutions du réseau et les groupes communautaires attendaient beaucoup de ce centre de crise. On cherchait surtout à le récupérer ou à se l'approprier suivant ses besoins. Le Centre s'inscrivait dans le cadre socio-politique des mesures de désengorgement des salles d'urgence des hôpitaux. La priorité fut donc accordée à la clientèle référée par les hôpitaux désignés, ce qui eut pour effet de déplaire aux autres organismes du réseau et de la communauté.

On a donc quelque peu négligé les attentes du milieu pour s'occuper exclusivement des hôpitaux. Après un an et demi de fonctionnement, la Ministre a donné l'autorisation d'une ouverture vers la communauté. En septembre 1988, l'Entremise a alors rencontré et informé les groupes communautaires et les CLSC œuvrant sur le territoire, afin de présenter le centre de crise, sa structure et son mode de fonctionnement.

Il est à noter que le mandat du Ministère n'était pas très clair quant à la clientèle à référer au Centre. Pour les hôpitaux, il s'agissait avant tout de la clientèle qui ne doit ou ne peut rester à l'hôpital, au sens large. À ce critère, le Centre en a ajouté un autre: la clientèle vivant une crise psychosociale. Cette ambiguïté est toujours présente entre l'hébergement temporaire de cas psychiatriques (référés par les hôpitaux ou autres services) qui n'ont parfois rien à voir avec des situations de crise et

l'accueil de personnes en situation de crise psychosociale, provenant autant des hôpitaux que du réseau ou de la communauté.

Flexibilité de la gestion

Le centre de crise avait besoin d'une certaine autonomie de gestion et devait demeurer souple dans ses prises de décisions. Le CLSC accepta qu'il gère sa liste de rappel de façon autonome et qu'il assume la sélection, la formation et l'évaluation des tâches. La gestion financière, la comptabilité et les dossiers administratifs du personnel seraient centralisés et assumés par le CLSC.

Les autorités clinique et administrative furent séparées. Le suivi clinique, sous la forme d'évaluation et de formation continues, fut assumé pendant deux ans par un consultant externe. Une consultante clinique, choisie parmi les intervenants, assumait par la suite cette fonction. L'autorité administrative fut assurée par la coordonnatrice du centre de crise, qui relevait du directeur général du CLSC. Elle assumait également la gestion du quotidien, la responsabilité de la structure interne du Centre et la supervision du personnel.

La gestion de l'Entremise fut confiée au CLSC par une entente de service entre le CRSSSM et le CLSC. Son budget était protégé; il ne devait servir que pour ses activités et son développement.

Le cadre général du Centre étant établi, nous allons maintenant aborder l'évaluation qui fut réalisée en 1988, près d'un an après sa mise en marche.

2.L'évaluation des premiers résultats: de mars 1987 à avril 1988

2.1 La démarche évaluative

a) Entente

Il a été clairement entendu avec l'équipe que le degré de satisfaction (des intervenants et des usagers de l'Entremise) ne constituerait qu'un élément parmi d'autres à évaluer.

L'évaluation n'avait donc pas pour but de se justifier les uns face aux autres, mais elle devait avoir une portée formative (évaluation du processus de production) et sommative (évaluation du produit), basée sur des faits précis recueillis à partir de la démarche quotidienne et de l'évolution du centre de crise au cours de l'année 1987-1988⁵.

Deux rencontres (cinq heures au total) permirent d'établir ce que supposait la viabilité d'une telle approche, de la part des intervenants et des chercheurs. Des ententes précises furent établies à cet effet.

Les instruments furent construits en tenant compte de quatre éléments: les différentes étapes de l'intervention en situation de crise, l'approche par résolution de problèmes, les modes de travail transdisciplinaire et la gestion participative dans l'équipe.

Des seuils critiques de réussite furent établis quant aux objectifs et buts poursuivis par l'Entremise. Des taux de réussite situés entre 70 et 80 % (pour l'année 1987-1988) furent considérés comme raisonnables et réalistes. *Un taux entre 70 et 75 % fut établi comme satisfaisant, entre 76 et 80 %, comme très satisfaisant, et au-delà de 80 %, comme excellent, pour une première année d'exercice.*

b) *Les instruments: juillet-août 1987*

À l'examen des informations déjà recueillies et transmises par l'Entremise depuis mars 1987, on comprit que le respect de toutes les étapes de l'intervention supposait la construction de nombreux instruments de cueillette des données. Le schéma 1 donne un aperçu de la dynamique de cette cueillette. Il contient les instruments utilisés lors de l'étude de 1987-1988, accompagnés de quelques améliorations subséquentes à la parution des premiers résultats, en septembre 1988.

Constitution de l'échantillon

Toutes les données recueillies par ces différents instruments ont été codifiées et compilées à partir d'un échantillon représentatif des usagers. Soixante sujets constituaient l'échantillon. Mise à part la feuille de contact téléphonique, qui contenait beaucoup plus de sujets, tous les autres instruments furent appliqués à ces soixante sujets.

a) *Contacts téléphoniques*

De tous les *contacts téléphoniques*, nous avons retenu un échantillon de 80 % (813/1015) des appels faits en présence d'un usager.

Pour réaliser un sondage auprès des usagers (163 dossiers existants), nous avons constitué un échantillon représentatif à partir des dossiers fermés (150), en tenant compte de l'âge, du sexe, de la situation de crise des individus à l'entrée, du mode d'encadrement (hébergement, suivi externe, plan d'intervention ou non) et de la proportion des dossiers attribués à chacun des intervenants principaux.

La composition finale de l'échantillon critérié (60 sujets = 40 %) pour le sondage était représentative de la population de l'Entremise, à l'exception d'une sous-représentation des 18-25 ans (quatre sujets ont accepté, deux ont refusé et cinq s'avèrent introuvables) et d'une

Principaux instruments utilisés lors de l'évaluation

1. Feuille de contact téléphonique

Utile pour toute forme de demande par téléphone, y compris une double demande (i.e. provenant d'une personne qui appelle pour elle-même et pour une autre), elle permet d'évaluer la situation, de noter quelques caractéristiques socio-démographiques et psychosociales de l'appelant, d'établir l'urgence et le risque suicidaires, l'étape de la crise et l'urgence de la demande. La décision est comparée à la demande.

Temps pour le compléter: 5 à 10 minutes, selon la nature du contact.

2. Feuille d'identification

Quelle que soit l'évolution de la demande (suivi externe, hébergement au centre de crise ou dans l'un des appartements satellites), l'intervenant recueille, de façon *continue*, les renseignements usuels concernant l'utilisateur, son réseau formel ou informel, ses antécédents psychosociaux (tout particulièrement au niveau suicidaire), sa consommation actuelle de médicaments/d'alcool, de drogues, sa condition médicale, son consentement ou non à l'accès à certains de ses dossiers ou à fournir l'information demandée.

Temps: 15 à 20 minutes en présence de l'utilisateur.

3. Feuille de la demande

En présence de l'utilisateur et avec sa participation, une feuille de demande est remplie par l'intervenant. Son utilisation est *ponctuelle* et elle peut être complétée avec la feuille d'identification. La feuille de la demande vient, s'il y a lieu, compléter celle du contact téléphonique, en ajoutant d'autres éléments sur les demandes formulées, le processus de crise, la situation immédiate et l'intervention envisagée. Douze décisions immédiates peuvent être prises, suivant la nature de la demande.

Temps: entre 5 et 10 minutes.

4a. Plan d'intervention (crise psychosociale)

ou

4b. Plan de résolution de problèmes

Ces Plans sont des *canevas d'intervention* et de résolution de problèmes liés ou non à une situation de crise psychosociale. Concordant avec la formation des intervenants, ils sont élaborés et appliqués avec la collaboration de l'utilisateur.

Par leur conception, ces canevas encouragent l'utilisateur à suivre avec l'intervenant, au fur et à mesure de l'intervention, son propre cheminement. Il s'agit donc *d'un instrument d'intervention et d'auto-régulation de l'intervention pour l'intervenant principal et toute l'équipe de l'Entremise, et d'un instrument d'auto-évaluation pour l'utilisateur.*

Temps: 15 à 20 minutes pour la première rencontre et 10 à 15 minutes pour les autres rencontres (maximum: 8 rencontres).

5. Feuille de suivi quotidien

Tous les contacts téléphoniques ou en personne (avec l'utilisateur et son réseau formel ou informel), fournissant des informations autres que celles identifiées dans les instruments ci-haut décrits, ainsi que les observations journalières sur l'utilisateur, sont inscrits dans ces feuilles de suivis quotidien.

Temps: 2 à 3 minutes par suivi.

6. Feuille de fermeture du dossier

et

7. Feuille de relance

Les feuilles de fermeture du dossier et de relance permettent d'apprécier le passage au centre de crise par l'utilisateur, d'établir son état actuel, d'inscrire les prédictions sur sa réinsertion et de noter les dates prévues et effectives de relance, ainsi que les résultats constatés après une ou deux relances.

Temps: 15 à 20 minutes.

surreprésentation des 26-35 (16 avaient été prévus, 19 ont répondu) et des 36-45 ans (12 avaient été prévus, 17 ont répondu).

Ces individus avaient quitté l'Entremise depuis une période s'échelonnant entre deux et neuf mois. La majorité des départs se situait entre trois et six mois.

b) Sondage auprès des usagers

Les questionnaires de sondage (60) ont été réalisés par deux personnes de sexe différent, qui n'étaient pas connues par les usagers dans la majorité des cas (95 %). Cela se fit par téléphone pour la plupart (87 % vs 13 % en personne), après avoir sollicité les sujets par écrit, en décembre 1987. Quatre furent interviewés en décembre 1987, 33 en janvier 1988, neuf en février et 16 en mars 1988. La durée moyenne de ces entrevues fut de 47 minutes, le mode étant de 40 minutes et la médiane de 44,5 minutes. La plus courte dura 17 minutes (exceptionnellement) et la plus longue deux heures (exceptionnellement aussi, puisque l'entrevue la plus proche fut de 89 minutes).

Le contenu du sondage portait sur la qualité de l'intervention, le degré de satisfaction quant aux rapports humains et aux conditions physiques à l'Entremise, les améliorations psychologiques, psychosociales, sociales et socio-culturelles identifiées depuis leur passage à l'Entremise, une appréciation de leur état actuel et une mesure de la perception de leur avenir.

c) Sondage auprès des intervenants

Tous *les intervenants* (10) impliqués depuis le début du projet ont répondu à un questionnaire-sondage, à trois périodes différentes, espacées sur six mois et commençant en mai 1987.

Le questionnaire comprenait 30 items. Ceux-ci tendaient à évaluer l'appréciation des tâches quotidiennes des intervenants. On y abordait, entre autres, la relation d'aide, le modèle d'intervention, le travail et la communication en équipe, la transdisciplinarité, les rapports et les contacts avec les usagers, les tâches administratives et cléricales, l'instrumentation, l'organisation de la maison, les rapports avec la communauté, les hôpitaux, etc. Tous ces items étaient mesurés à partir d'échelles se situant sur un continuum de 1 à 6 en termes de plaisir, de satisfaction, de préférence, de capacité et de réussite personnelles dans l'accomplissement de ces différentes tâches.

À la troisième passation, nous avons ajouté un autre questionnaire sur le sentiment de pouvoir et d'autonomie au sein de l'organisation du

travail. Nous avons aussi rajouté quelques questions sur la formation reçue et d'autres plus spécifiques se rapportant à chacune des étapes à franchir, lors d'une intervention en situation de crise psychosociale. Cette troisième passation fut conçue et réalisée en collaboration étroite avec M. Lucien Tremblay de l'ENAP.

Pour fin d'article⁶, nous dégagerons quelques points saillants provenant de l'analyse des principaux instruments d'intervention et du sondage effectué auprès des usagers et des intervenants.

Il ne s'agit pas d'une présentation exhaustive des données disponibles et analysées par les évaluateurs, mais de résultats susceptibles de montrer les travaux accomplis par l'Entremise depuis sa fondation, le 2 mars 1987.

2.2 Synthèse des résultats et suggestions

L'examen et l'analyse statistique des données recueillies (1987-1988) aboutirent à la synthèse et aux suggestions suivantes.

Le statut de l'Entremise

L'Entremise fonctionnait à environ 72 % de ses capacités d'occupation mais des restrictions dans l'engagement du personnel obligeaient ceux qui travaillaient à plein temps à mettre les bouchées doubles pour maintenir la vitesse de croisière du Centre. Le personnel régulier risquait de s'épuiser ou de quitter le centre, si l'on ne permettait pas à celui-ci d'engager, dans des délais raisonnables, un personnel adapté à ses besoins et à sa démarche.

Il fut suggéré que l'on clarifie davantage le statut et l'autonomie juridique du centre de crise. Des contraintes institutionnelles le liaient à une direction multicéphale où chacun semblait se dire maître de la situation, lorsqu'il s'agissait d'utiliser les ressources de l'Entremise, mais où chacun semblait impuissant quand il fallait prendre les décisions pertinentes et nécessaires pour assurer le mandat spécifique de l'Entremise, au sein du réseau des services de santé mentale de première ligne.

Toutes les parties concernées devaient prendre des décisions éminentes, si l'on voulait que le Centre conserve son caractère novateur spécifique, son dynamisme novateur et la qualité des résultats observés lors de l'évaluation. Il s'agissait d'établir des balises plus précises et de donner au Centre l'autonomie nécessaire pour éviter qu'il devienne une urgence psychiatrique déguisée, un satellite du CLSC ou un centre d'hébergement ou d'accueil de fin de mois. On voulait maintenir sa vocation première de centre de prévention et d'intervention auprès de personnes en situation de crise psychosociale.

Population desservie

Quelque 30 % de la clientèle de l'Entremise s'y trouvait pour des raisons de dépannage. De plus, le Centre accueillait un très fort pourcentage de psychiatisés (entre 75 et 80 %) dont les plus isolés et les plus inactifs. La grande majorité des hébergés provenaient du territoire du DSC Maisonneuve-Rosemont, à la suite des références de ce réseau.

On constatait que la population référée par le réseau institutionnel présentait beaucoup plus de carences affectives et économiques que celle provenant du réseau des citoyens. À ce titre, l'Entremise semblait accorder une écoute téléphonique plus longue et plus soutenante lorsqu'elle répondait aux demandes de citoyens non référés. Ceci peut-être pour combler son manque de pouvoir et celui des citoyens dans la sélection première des individus en crise.

À ce sujet, deux points devaient être clarifiés rapidement. Le premier était le pouvoir de décision de l'Entremise quant à l'hébergement des usagers provenant directement de la communauté ou référés par le réseau hospitalier ou social. En second lieu, il fallait déterminer si l'Entremise devait demeurer tributaire des urgences psychiatriques et du CLSC (Phase I), ou se rapprocher davantage des citoyens et citoyennes sur le territoire du DSC Maisonneuve-Rosemont (Phase II) ou encore combiner les deux approches.

Peu importe la décision, sans négliger les besoins des usagers, l'Entremise devait se rapprocher davantage des services communautaires publics et privés et des groupes alternatifs issus du milieu naturel, afin de répondre à une partie des demandes formulées par les organismes autres que les hôpitaux.

Pour maintenir la motivation et la confiance des intervenants face à leur tâche (accompagner les usagers d'une façon respectueuse et efficace), il semblait nécessaire de leur fournir une connaissance plus approfondie des points suivants: la dynamique des problèmes quotidiens des psychiatisés, les méthodes de soutien et d'encadrement, les ressources disponibles dans la communauté et les méthodes de prévention et d'intervention en situation de crise psychosociale.

L'impact de l'intervention

L'Entremise visait l'acquisition de nouveaux mécanismes d'adaptation par les usagers. Son travail d'intervention eut un impact indéniable et très révélateur de la pertinence des décisions politiques de mettre en place ce type de ressource en santé mentale.

Bilan positif

Les usagers du Centre ont manifesté un degré de satisfaction élevé à l'égard des services reçus. Voici ce qui ressort de leurs témoignages. La majorité d'entre eux (70 %) déclarèrent qu'en situation de crise, ce service est beaucoup plus apprécié que celui de l'hôpital. L'accueil est jugé exceptionnel par plus de 80 %, la rapidité de l'intervention est fortement appréciée (85 %), l'ambiance physique et humaine (entre résidents et intervenants) est considérée comme très satisfaisante (80 %) et les habiletés des intervenants sont très estimées (87 %). L'analyse complète des dossiers (le suivi quotidien) a permis de constater que, dans 73 % des cas, une intervention immédiate, satisfaisante et pertinente a été accordée. Si des changements positifs importants se sont produits depuis le passage des usagers à l'Entremise, 76 % le doivent au centre. Ces changements concernaient la problématique psychologique (75 %), les relations humaines et sociales (66 %) et des situations personnelles (53 %). Des 70 % qui vivaient seuls à leur arrivée au centre, seulement 33 % se trouvent encore dans cette situation.

Des progrès notables et des transformations significatives se sont donc produits pour 90 % des usagers; 72 % d'entre eux ont constaté une diminution de leur tension quotidienne, même si elle est demeurée élevée pour plus de la moitié (52 %). Il n'est donc pas surprenant que 85 % des bénéficiaires soient disposés à y retourner, si c'était à recommencer, contre 9 % qui ne le conseilleraient pas.

Les améliorations suggérées

Cependant, une analyse plus raffinée de chacune des questions nous a permis de constater que, nonobstant ces résultats très positifs quant à la qualité du travail des intervenants, il y avait quand même place à amélioration.

Parmi les améliorations souhaitées, les unes concernent les *conditions physiques*: la qualité et la quantité de nourriture, les lieux de repos et de relaxation; *d'autres se rapportent au domaine culturel*: augmentation des activités de loisirs et des distractions dans la communauté et au Centre; et d'autres encore se situent au *niveau psychosocial*: un plus grand effort d'intégration et de compréhension à l'égard des plus délaissés dans la communauté (cas psychiatriques chroniques que certains usagers craignent, souvent par méconnaissance) et une plus grande participation des intervenants à des activités extérieures avec les résidents.

Des améliorations intéressantes furent aussi suggérées à propos de *l'intervention en situation de crise*: un accroissement de la vigilance sur la relance, un encadrement soutenu des intervenants sur les techniques d'entretien dans les différentes étapes de l'intervention, une connaissance plus approfondie des styles de vie quotidienne des psychiatisés les plus marginalisés et une collaboration plus étroite avec les intervenants de LHL. La collaboration avec le personnel de l'urgence de Louis-Hippolyte-Lafontaine apparaissait, en effet, plus faible qu'avec celui de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont. Étaient également proposées des activités de perfectionnement pour améliorer certaines habiletés humaines dans l'intervention (empathie, établissement des buts de l'intervention) et pour développer un plus grand degré de réalisme dans les alternatives envisagées.

Enfin, le travail d'équipe, la transdisciplinarité et la démarche déjà amorcée sur la communication dans le groupe, devaient être poursuivis de façon plus soutenue en 1988-1989, si l'Entremise voulait maintenir le caractère dynamique, souple et novateur de son modèle d'intervention.

Appréciation des tâches par les intervenants

L'évaluation (Tremblay, 1988)⁷ révéla que les intervenants semblaient à l'aise dans presque toutes les tâches: relations avec l'extérieur (86 %), application des étapes d'intervention (85 %), rapports transdisciplinaires (84 %), application des instruments de recherche (84 %), responsabilités cléricales (80 %), travail avec les résidents (79 %), communication dans le groupe (78 %), bilans de travail (77 %) et tâches matérielles (75 %).

Tous éprouvaient un fort sentiment de pouvoir sur les décisions prises au Centre, concernant l'organisation du travail. L'esprit d'appartenance et le sens de la collégialité semblaient être un acquis général.

Cependant, même si on se sentait apte à remplir les tâches assignées, certaines étaient moins appréciées que d'autres. Les tâches matérielles étaient les moins prisées de toutes, suivies de l'établissement du bilan de ses activités (unanimité). La transdisciplinarité et la communication en équipe étaient aussi parmi les moins estimées, mais de façon moins unanime.

Ce constat conduisit à des suggestions pour améliorer la transdisciplinarité et la communication, au rejet plus marqué des tâches matérielles, à la suggestion d'établir de plus grandes exigences et à un meilleur encadrement de ceux qui étaient spécifiquement assignés à certaines de ces tâches.

L'habitude de faire le bilan de ses activités et la nécessité de respecter ses objectifs de travail représentaient une difficulté pour plusieurs intervenants. Très peu de responsables d'organisations publiques encadrent leur personnel de façon soutenue et régulière. Il s'agit là de pratiques qui nécessitent une implication personnelle accrue des intervenants. Ils doivent apprendre à établir des objectifs qui s'harmonisent avec ceux de l'organisation dans laquelle ils s'insèrent et à déterminer des seuils critiques réalistes et vérifiables sur de courtes périodes (ex.: à tous les trois mois). La discipline et la rigueur qu'exige cette méthode de travail ne s'acquièrent que par la pratique et par la confiance qu'on développe progressivement dans ses habiletés de travail et d'organisation.

On peut donner, comme exemple de discipline et de développement de la confiance, l'application d'instruments liés à la pratique de l'intervention. Au début, ce type de tâches exigeait un effort de persévérance et de discipline pour la majorité des intervenants, mais on constata un changement important par la suite. Dans l'appréciation de neuf groupes de tâches, l'utilisation quotidienne des instruments se classait au premier rang par rapport à ce qu'on aimait faire et au quatrième rang par rapport à ce qu'on se sentait capable de faire. La confiance des intervenants dans leur habileté à remplir cette tâche s'était donc développée au point de la considérer comme la plus agréable.

Nous suggérons (si le projet d'évaluation devait se poursuivre) que certains de ces instruments, bien maîtrisés, deviennent des outils réguliers entre les mains des intervenants.

L'accès à l'informatique pourrait leur permettre d'entrer sur ordinateur et de compiler, au besoin, les informations désirées sur la pratique de l'intervention.

Il nous semblait utile aussi d'étudier plus spécifiquement le travail d'intervention auprès des individus identifiés à l'arrivée comme étant en situation de crise et de parfaire l'instrumentation s'y rapportant, à partir du modèle d'intervention propre à l'Entremise. Il fut clairement établi que l'instrumentation construite par les chercheurs demeurerait leur propriété et qu'aucune modification ou utilisation ultérieures ne pourrait se faire sans leur consentement.

3. Commentaires et discussion sur l'impact de l'évaluation

La méta-évaluation. Il est de plus en plus reconnu dans le domaine de l'évaluation, qu'il est de bonne politique pour les organismes publics de se doter d'un système d'évaluation (utilisé plus souvent pour se

justifier publiquement que pour reconsidérer ses orientations). Mais les nouvelles tendances (voir à ce sujet Cook et Shadish, 1982 et Martin, 1987) cherchent à regarder d'un peu plus près l'utilité pratique des évaluations produites, plutôt qu'à énoncer, en théorie, à quoi elles devraient servir.

Nous avons voulu, sur une petite échelle, explorer cette nouvelle avenue. Aussi sommes-nous retournés à l'Entremise, pour voir ce qu'il était advenu des suggestions faites pour améliorer le projet, à partir du modèle d'intervention et du mode de gestion expérimentés.

La présentation qui suit est beaucoup plus d'ordre qualitatif, quoique nous ayons vérifié sur place le bien fondé des dires et des interprétations des interlocuteurs; elle résulte d'une observation et d'une analyse des faits, tout en nous référant aux éléments clés de l'évaluation déposée en septembre 1988.

La façon de regrouper les faits et les dires ne concerne que les auteurs de ce texte; cela n'engage en aucune façon les personnes rencontrées et observées dans leur travail quotidien. Elle contient, implicitement et explicitement, une interprétation des faits, liée à la façon de voir des auteurs et aux objectifs énoncés et poursuivis dans ce projets.

Retour et suites de l'évaluation: janvier 1991

Au début de janvier 1991, nous avons donc repris les suggestions faites lors de l'évaluation en automne 1988. Nous vous présentons une synthèse réalisée à partir des commentaires de la coordonnatrice et des personnes qui assuraient à ce moment-là les supervisions clinique et instrumentale. Nous avons aussi maintenu des contacts réguliers (en moyenne à raison de 12 heures par mois) avec les intervenants du Centre. Comment a donc évolué ce centre de crise, depuis l'automne 1988?

3.1 Contraintes spatiales et activités libres

Un effort avait été fait pour utiliser au meilleur les espaces disponibles, autant pour faciliter l'accueil, les contacts et le bien-être des usagers que pour permettre au travail clinique (en rencontres personnelles ou en sous-groupes) de se faire, avec le minimum de contraintes spatiales. Il apparaissait, depuis lors, que l'espace disponible était insuffisant. Il a donc été prévu qu'un autre local soit aménagé d'ici l'automne 1991. L'hébergement transitoire sera intégré au centre de crise plutôt que de dépendre d'un autre organisme, comme ce fut déjà le cas, ce qui avait amené à constater l'inefficacité des suivis en post-crise dans un tel contexte.

Des activités libres pratiquées à l'intérieur et à l'extérieur et demandant l'implication maximale des ressources communautaires et des usagers, ont été ajoutées depuis l'évaluation. Elles font partie des suggestions hebdomadaires faites à tous les hommes et femmes qui fréquentent l'Entremise. On observe leur impact thérapeutique, particulièrement pour ceux et celles qui vivent le plus isolément dans la communauté. L'éveil suscité par ces activités socio-culturelles se poursuit après la sortie du Centre, pour un certain nombre, et des amitiés nouvelles se créent.

3.2 L'autonomie dans l'admission: rapprochement avec la communauté

La difficulté persiste, cependant, pour composer avec des cas dits «lourds» en psychiatrie, lesquels sont référés davantage pour l'hébergement que pour une situation de crise. Le Centre a, depuis, acquis suffisamment d'autonomie pour se permettre de refuser certains cas. Mais en dehors des contraintes d'espace, on refuse très peu de cas référés par l'hôpital, malgré cette marge d'autonomie permise.

On note une diminution du nombre et du pourcentage de récurrence des usagers présentant des antécédents psychiatriques, grâce à une sélection mutuelle (hôpital et Centre) plus judicieuse et à un effort dans l'encadrement et le suivi communautaire. Par contre, c'est le manque de ressources d'hébergement pour bon nombre des usagers qui explique la plupart des retours au Centre, plutôt qu'une situation de crise proprement dite. Ils sont alors accueillis à titre préventif et non comme personnes en situation de crise. Parmi les personnes qui sont revenues au Centre deux fois, 26 % (45/172) l'ont fait pour des raisons d'hébergement préventif; et 32 % (8/26) d'entre elles sont revenues une troisième fois, pour la même raison. Il s'agit ici de la raison la plus fréquente justifiant un retour au Centre.

Depuis 1989, l'autonomie accordée au Centre, quant aux demandes formulées par la communauté, a permis une augmentation de 5 % à 33 % des demandes provenant directement de la communauté.

Les demandes référées par la communauté concernent davantage des cas de crise psychosociale. Celles des organismes du réseau priorisent des cas en attente de famille d'accueil (hébergement). Et tout en favorisant les cas psychiatriques, les hôpitaux envoient de plus en plus de cas de crise psychosociale, qu'il y ait ou non présence d'antécédents psychiatriques.

Les relations avec la communauté et les organismes du réseau deviennent de plus en plus étroites et une meilleure compréhension mutuelle des besoins s'est établie. L'Entremise a conservé et a su faire respecter sa vocation spécifique de centre de crise psychosociale, au sein des autres ressources du réseau. De nouveaux services se sont développés en partenariat avec les ressources de la communauté: intervention en situation de crise en maison privée; sensibilisation d'intervenants communautaires à l'intervention en situation de crise; consultation préventive; écoute téléphonique... Ce rapprochement avec la communauté n'est pas sans créer des difficultés avec le CLSC. Celui-ci préférerait intégrer le centre de crise à l'ensemble de ses services et lui donner une vocation institutionnelle. Ce qui réduirait de beaucoup la spécificité du Centre dans sa façon d'intervenir et de gérer son équipe de travail.

3.3 Les étapes de l'intervention et le plan d'intervention

Il apparaît que l'instrument lié aux étapes de l'intervention est un outil d'encadrement, de renforcement, de maîtrise et d'évaluation du travail d'intervention.

Cependant, avec l'intégration souvent rapide exigée par le CLSC dans la gestion du personnel, plusieurs nouvelles recrues ont de la difficulté à maîtriser toutes les techniques d'entretien liées aux différentes étapes. Ce qui crée un décalage, entre anciens et nouveaux intervenants, dans la maîtrise totale des exigences de l'intervention.

Les techniques d'entretien, la prévision des buts immédiats, l'application de solutions pratiques pour résoudre certains problèmes clés, tout comme les techniques de contact pour la relance demanderaient une formation supplémentaire pour certains membres du personnel. Cela devait être considéré dans les sessions de perfectionnement des intervenants en 1991.

De plus, une supervision clinique ayant été reconnue par tous comme nécessaire, elle est maintenant assurée par une intervenante du Centre. Cette supervision tend à améliorer la situation et à maintenir le cadre du modèle d'intervention, autant au niveau individuel que collectif.

Il faut dire qu'il est plus facile, pour les nouveaux venus, de tenter d'appliquer leurs façons de faire habituelles que de se plier aux exigences des étapes de l'intervention, à la rigueur et à la discipline qu'impose un plan d'intervention qui veut impliquer directement l'usager dans sa démarche. L'encadrement clinique individuel semble réduire les lacunes observées à ce sujet, mais il reste encore du travail à faire.

3.4 L'instrumentation

Après la période d'évaluation, certains instruments ont été réaménagés par les chercheurs, en tenant compte des recommandations des intervenants. Cela fait maintenant partie du travail régulier du personnel que d'utiliser ces instruments (qui demeurent la propriété des chercheurs). Certaines données sont entrées sur ordinateur à partir d'un programme adapté, d'une part, aux demandes de statistiques, exigées par l'administration externe et interne et, d'autre part, pour permettre à l'équipe d'intervention de dresser un portrait annuel de l'évolution des demandes et des résultats obtenus par le travail d'intervention.

Les améliorations apportées après l'évaluation de 1987-1988 ont été bien reçues, mais il demeure quelques zones grises pour lesquelles on pourrait considérer d'autres changements.

La perspective d'offrir de tels instruments à l'extérieur de l'Entremise a suscité, des intervenants, les commentaires suivants:

- 1) Dans un même contexte de travail, l'instrumentation proposée, en plus de servir à la cueillette de données, est un outil d'intervention tant pour un intervenant que pour une équipe; elle s'élabore et s'implante de façon continue. Cependant, si elle n'est pas complètement intégrée à la pratique, son utilisation demeurera une tâche lourde et de moindre efficacité, donc moins rentable.
- 2) Ces instruments ne doivent pas être considérés en soi comme une panacée. C'est par leur intégration aux méthodes de travail, grâce aux compétences développées aux niveaux de l'intervention et de la tenue de dossiers et grâce à une motivation individuelle et collective, qu'ils deviennent des outils adaptés et efficaces. Il est nécessaire d'être à l'écoute de certains indicateurs (parfois très subtils) pour percevoir que l'intégration actuelle s'avère insuffisante, tant au niveau individuel que collectif. Ainsi, on désire souvent une «simplification», à interpréter comme un retrait d'éléments, en réduisant l'encadrement de l'intervention par les instruments. Et certains membres du personnel trouvent encore difficile de s'inscrire dans un Plan d'intervention.
- 3) On constate qu'il est nécessaire qu'un temps d'encadrement soit alloué à l'entrée des données et à la supervision de certains intervenants, qui utilisent ces instruments.
- 4) Le besoin se fait aussi sentir d'une réflexion plus approfondie sur les motivations et les volontés qui soutiennent l'implantation d'un tel type d'instrumentation.

À ce titre, certaines mises en garde sont faites *quant à la reproduction* éventuelle d'une telle instrumentation dans d'autres projets:

- Un tel choix est à déconseiller, si le but est de faire de ces instruments des moyens de contrôle du personnel. Ce qui n'est pas le cas à l'Entremise, mais pourrait le devenir pour certains administrateurs.
- La volonté (parallèlement à l'attribution de ressources adéquates) d'implanter une instrumentation et une évaluation formative/sommative se doit d'être clairement établie, reconnue et acceptée par tous les participants, si on veut en assurer la viabilité, à moyen et long termes.
- Les attentes, quant au temps accordé à cette implantation, doivent être réalistes, car certains intervenants, malgré leurs diplômes, ont beaucoup de difficultés à synthétiser l'orientation de leur travail.
- L'intervention doit toujours primer sur l'instrumentation; de sorte qu'il ne saurait être question de se décentrer de la relation et du vécu avec l'utilisateur pour se concentrer sur un instrument, de quelque nature qu'il soit.
- Il apparaît nécessaire de confier, à temps partiel, la codification de certaines catégories de réponses à une personne compétente, qui a du leadership et s'intéresse à la recherche ainsi qu'à l'informatique, cela afin de finaliser l'entrée des données codifiées. Astreindre tous et chacun à ce genre de travail risque de freiner l'utilisation des instruments et de compromettre l'entrée des données sur le contenu de l'intervention. Cependant, la codification des données est une tâche que tous ont acceptée, dans le cadre de certaines contraintes qu'impose la transdisciplinarité.

De façon générale, les principaux commentaires sur les instruments reliés aux différentes étapes de l'intervention sont particulièrement élogieux. Et plusieurs organismes extérieurs à l'Entremise (y compris des organismes européens) se sont montrés intéressés à adapter cette instrumentation à leurs propres services d'intervention. Cela ne reste possible, pour nous, qu'à la condition que l'équipe d'intervention participe à l'élaboration, l'implantation et la rétroaction aux étapes subséquentes d'une utilisation quotidienne. Ce qui ne va pas de soi, vu la rigueur et la tenacité que cela nécessite.

3.5 La gestion participative face au leadership

La gestion participative, même si elle accorde plus d'autonomie aux membres de l'équipe dans l'organisation du travail personnel et

collectif, suscite d'autres contraintes. Particulièrement en ce qui concerne la gestion du temps personnel, du travail d'intervention et la gestion matérielle quotidienne.

Il s'est avéré de plus en plus nécessaire d'améliorer la communication dans l'équipe, en amenant une distinction progressive entre les amitiés et le travail. Cela a permis une plus grande concentration sur les tâches à accomplir, la réciprocité et l'équilibre dans le partage des tâches les moins attrayantes.

Cela a aussi demandé de départager les habiletés personnelles selon les diverses tâches à accomplir et de reconnaître l'expertise de chacun dans des domaines spécifiques, tout en conservant une rotation dans les tâches quotidiennes. Ainsi, la tendance à vouloir que la distribution des tâches soit identique pour tous, au nom de la transdisciplinarité, a progressivement disparu; on reconnaît à la place l'expertise et le leadership de certains intervenants pour assurer la supervision et la continuité clinique, instrumentale, administrative ou autre, au sein de l'équipe. La transdisciplinarité n'élimine pas les compétences personnelles ou professionnelles; certains ont dû le reconnaître, par les résultats quotidiens observables chez leurs pairs dans des domaines spécifiques.

Au bout de la troisième année d'existence, le pouvoir et le leadership sont devenus une source de tension, pour se résorber progressivement vers une acceptation unanime du principe de «l'un dans le multiple». Chacun adhère au modèle d'intervention et de gestion, comme l'unité et le fondement de l'appartenance personnelle et collective au Centre, tout en reconnaissant les différences personnelles dans l'équipe. C'est ce qui permet d'exercer, à certains moments, le leadership quant à des tâches spécifiques, afin de maintenir la cohérence et l'efficacité de l'équipe. Cette acceptation des compétences personnelles et professionnelles à remplir certaines tâches, qui confère un pouvoir temporaire à certaines personnes dans l'organisation, ne soulève plus de difficultés. Tant s'en faut. On semble de plus en plus en apprécier les bienfaits, dans le partage des responsabilités quotidiennes, et l'efficacité, dans le suivi des usagers.

3.6 Le statut de l'Entremise au sein du CLSC

Déjà l'évaluation de 1988 avait révélé les difficultés de gestion des ressources matérielles et humaines, dues au manque de politiques du CLSC concernant l'autonomie de l'Entremise et à l'incertitude de son statut juridique. Depuis ce temps, des ententes prises entre le CRSSMM et le CLSC, sur la gestion des budgets alloués au Centre,

ont eu, pour conséquences, une diminution encore plus grande de son autonomie et son intégration progressive aux décisions faites par le CLSC.

Pour notre part, il nous apparaît plutôt paradoxal que des administrateurs d'un conseil régional, supposés compétents et responsables, aient confié la gestion budgétaire d'une ressource communautaire à un organisme public, lui-même en instance de tutelle, compte tenu du déficit financier et budgétaire dans lequel il se retrouvait. Ce dernier a donc essayé, par tous les moyens, de combler ses déficits. Et l'Entremise a dû payer une partie de la note, même s'il était censé disposer d'un budget «protégé». C'est ainsi qu'on a réduit la marge de manœuvre budgétaire du Centre quant aux sommes allouées annuellement. Les frais administratifs encourus par le CLSC équivalaient à 4 % la première année; ils ont atteint 15 % la quatrième année, ce qui représente une ponction sur le budget de 95 000 \$, comparativement aux 26 000 \$ la première année. Le saut brutal fut de passer de 4 % à 12 % en 1989-1990, année où il devint nécessaire de désigner un administrateur pour mettre de l'ordre dans les finances du CLSC.

Cette réduction des sommes allouées à l'Entremise, à des fins dites administratives, a amenuisé le coussin budgétaire nécessaire à la gestion du personnel. On dut réduire, entre autres, la période d'intégration des nouveaux employés de 30 jours à 5 jours. De plus, les conditions de formation du personnel furent modifiées. Celle-ci fut maintenue, mais à la condition qu'on ne remplace plus le personnel. Les comptes à payer restèrent en suspens pendant des mois, parce que le CLSC n'arrivait pas à régler ses propres dépenses. Et la réponse aux nécessités matérielles courantes prenait un temps interminable. Le besoin de changer le local, devenu trop exigü en 1989, ne fut finalement satisfait qu'au printemps 1991... Et le déménagement se fit en août 1991.

Le Centre de crise est de plus en plus à la remorque des orientations et des décisions du CLSC. Il opère selon les normes et la convention collective du CLSC, sans qu'on tienne compte de sa vocation spécifique; il est de plus en plus considéré comme un satellite du CLSC. Pour le CLSC, le Centre doit s'intégrer à ses autres services et suivre ses priorités.

Seule la conviction et la solidarité des membres de l'équipe, quant au modèle de gestion et d'intervention à favoriser, permettent de maintenir la motivation au sein de l'équipe; cela malgré des efforts concordants, autant du côté syndical que du côté patronal, pour niveler les particularités de ce groupe de travail, considéré comme trop marginal dans sa façon de s'impliquer dans ses relations avec le réseau.

Les difficultés, pour la coordonnatrice, de pouvoir assurer une gestion participative en respectant les exigences standardisées du CLSC laissent présager qu'elle aura plus de mal à maintenir la motivation de l'équipe et à catalyser les énergies qu'à superviser les membres de son personnel.

De plus, les normes de sélection imposées par la convention collective où le diplôme prime sur l'expertise et l'expérience dans le domaine, *limitent de plus en plus la possibilité d'accueillir de nouveaux intervenants, susceptibles de s'intégrer en premier lieu à l'équipe*.

On est à même de comprendre que la perte d'autonomie, sur la gestion budgétaire et sur celle des ressources humaines, laisse entrevoir une situation de plus en plus sclérosante, dans la poursuite des modèles de gestion et d'intervention développés. *La récupération progressive du Centre par le CLSC nous semble une question de temps*. L'expertise accumulée et la reconnaissance, par le réseau et la communauté, de la réussite de l'Entremise dynamiseront sans doute l'organisation du CLSC, mais pour combien de temps? Tout cela dépend peut-être de la perspicacité des administrateurs, qui le reprendront, et de la volonté persistante des membres de l'équipe à faire respecter leurs acquis et à poursuivre la démarche entreprise.

Conclusion

Ce retour méta-évaluatif nous permet de constater que, dans l'ensemble, il y a eu un effort concerté des interlocuteurs de l'Entremise, pour donner suite au rapport d'évaluation déposé. Tous les aspects soulevés dans ce rapport ont été scrutés et des solutions spécifiques ont été appliquées, pour répondre aux difficultés et parfaire les hypothèses du travail d'intervention et de gestion conçues au départ.

On peut, cependant, rester perplexe et douter de l'utilisation et des retombées d'une telle évaluation, auprès des instances décisionnelles supérieures (CRSSMM et CLSC). Pour des raisons politiques et économiques (sans doute supérieures...), elles ont opté pour une récupération et une intégration institutionnelles, plutôt que pour un support à l'autonomie et à l'originalité de ce projet, en tant que ressource alternative dans la communauté et à titre de modèle d'intervention et de gestion dans le réseau de la santé mentale.

On est sûrement en droit de se demander, dans le cas qui nous occupe, jusqu'à quel point les commandants de cette évaluation du projet savaient comment fonctionnent les évaluations de performance dans les organisations, et s'ils étaient en mesure d'exercer un leadership quant à l'évolution de l'Entremise:

«Il semble que les organisations se caractérisent par une préoccupation constante de l'évaluation du rendement et de la performance. Il s'agit, le plus souvent, d'une opération à laquelle les personnes sont soumises et participent dans les meilleurs des cas. Toute évaluation présuppose la détermination des critères, mais le lien entre ces critères et la hiérarchie des valeurs des dirigeants, ou de ceux qui pratiquent l'évaluation, est rarement exploré.

Dans le même ordre d'idées, l'évaluation de la performance doit tenir compte des opportunités d'appropriation, de relation, de décision et d'action. Pour ce qui est de l'employé, l'évaluation de la performance pourrait se faire selon les opportunités, au niveau de ces quatre flux de la gestion de soi. Quant au *gestionnaire*, on pourrait évaluer son leadership en posant la *question suivante*: quelles opportunités d'appropriation, de relation, de décision et d'action avez-vous contribué à mettre en place pour votre personnel?» (De Wæle et al., 1986, p. 55)

NOTES

1. Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Cabinet de la Ministre, *Le désengorgement des urgences: un plan réaliste et responsable pour les régions de Montréal et Québec*, Québec, Embargo: mercredi 19 mars 1986, p. 1-17. Ibidem, communiqué de Presse, *Le Ministre dévoile un plan d'ensemble de mesures s'appliquant aux régions de Montréal et Québec*, p. 1-3, les mesures, p. 1-40.
2. Ce maximum se réduit à la moitié du montant prévu initialement.
3. Se référer au document déjà cité en note 1.
4. Personnel de formations diverses: travailleur social, infirmière, éducateur, agent de relations humaines, préposé aux bénéficiaires. Les psychiatres impliqués dans des recommandations sont généralement dans les urgences.
5. Un document complet (Lefebvre et Coudari), paru en septembre 1988, présente le contexte et les résultats de cette évaluation. On peut se le procurer au centre l'Entremise ou au CLSC Hochelaga-Maisonneuve. Nous rappelons brièvement quelques éléments du contexte de cette étude. Son élaboration est beaucoup plus complexe et détaillée dans le document précité.
6. On pourra consulter le rapport complet au centre de crise l'Entremise.
7. Rapport disponible pour consultation à l'Entremise et à l'ENAP.

RÉFÉRENCES

- BERNIER, L., *Perspectives démographiques pour le territoire du DSC Maisonneuve-Rosemont et les 9 secteurs de CLSC*, 1981-1990.
- COOK, T.D., SHADISH, W.R., 1982, *Metaevaluation: An assessment of the congressionally mandated evaluation system for community mental*

- health centers, in *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation*, Academic Press, New York, 221-253.
- DE WAELE, M., MORVAL, J., SHEITOVAN, R., 1986, *Survivre ou s'épanouir dans les organisations, la gestion de soi*, Éditions Gaëtan Morin, Chicoutimi.
- Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1986, *Le désengorgement des urgences: un plan réaliste et responsable pour les régions de Montréal et Québec*, mercredi 19 mars, p. 1-17.
- Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1986, *Le Ministre dévoile un plan d'ensemble de mesures s'appliquant aux régions de Montréal et Québec*, communiqué de presse.
- LACHAPPELLE, O., 1986, *Portrait socio-économique du quartier Hochelaga-Maisonneuve*, Module socio-communautaire, CLSC Hochelaga-Maisonneuve.
- LECOMTE, Y., LEFEBVRE, Y., 1986, L'intervention en situation de crise, *Santé mentale au Québec*, XI, n° 2, novembre, 122-142.
- LEFEBVRE, Y., COUDARI, F., 1988, *Expérimentation d'une évaluation formative et sommative, L'Entremise: centre de crise en santé mentale*, l'Entremise-UQAM, Montréal.
- LEFEBVRE, Y., LECOMTE, Y., Avec la collaboration de Frenette, M., et Tourigny, C., (CSM), 1987, Une approche cybernético-écologique de la crise, in *Pour un réseau autonome en santé mentale*, Québec-Montréal, GIFRIC et COSAME, 33-44.
- MALLETTE, MAJOR, MARTIN, 1986, *Hochelaga-Maisonneuve: perspectives, le programme action-revitalisation Hochelaga-Maisonneuve*.
- MARTIN, C., 1987, *Les recherches-actions sociales: miroir aux alouettes ou stratégie de qualification?* M.I.R.E., Documentation française, Paris.
- TREMBLAY, L., 1988, *Une approche transdisciplinaire dans un centre de crise: analyse et propositions*, ENAP, Promotion 83-87, Montréal, avril. Travaux supervisés par Monsieur R. Foucher, professeur, ENAP-UQAM.

L'Entremise: From Autonomy to... Institutional Control?

ABSTRACT

The L'Entremise crisis centre is located in the Hochelaga-Maisonneuve working class district, on the island of Montreal. Its services include temporary lodging and crisis intervention on its location or within the community. The authors provide an overview of the centre's history, its client population, its development framework and its organization methods. The article then focuses on the first results of an evaluation made in 1988 and on the measures that followed as a result of comments and suggestions. The authors present the changes that were implemented in 1991 following the 1988 review. As such, this article explores the purpose and uses of such an evaluation.