



**Savoirs**  
**PARTAGÉS**

ÉTUDE SUR LES SERVICES DE  
1<sup>RE</sup> LIGNE EN SANTÉ MENTALE

PERSPECTIVES CROISÉES SUR LES  
INTERVENTIONS DE COURTE DURÉE  
OFFERTES PAR LES ÉQUIPES DE SANTÉ  
MENTALE ADULTE DES CLSC

Août 2018

**Citation suggérée :**

Houle, J., Lauzier-Jobin, F., Radziszewski, S., Audette, M., Bergeron, J., Cardinal, P., Clavette, F., Cousineau, L., Delisle, A., Duquette, C. P., El Makdouni, A., Pelletier, V., Tansey, J., Beaudin, A., Bordeleau, J., Boileau, M.-J., Desrochers, L., Espagnol, F., Gallant, L., Gohier, C., Michel, C., Paradis, V., Smart, J., Vaillancourt, C., Arevian, A., Catellier, I., Krans, R., Coulombe, S., Hudon, C., Pelletier, J.-F., Provencher, H., Provencher, M. D., et Roberge, P. (2018). *Savoirs partagés. Perspectives croisées sur les interventions de courte durée offertes par les équipes de santé mentale adulte des CLSC*. Montréal, Université du Québec à Montréal, 49 p.

ISBN : 978-2-9814765-6-2 (PDF)

ISBN : 978-2-9814765-7-9 (version imprimée)

Dépôt légal – Bibliothèques et Archives nationales du Québec, 2018

© Vitalité - Laboratoire de recherche sur la santé, 2018

Toute reproduction autorisée à des fins non commerciales avec la mention de la source.

Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.



**Responsable**

Janie Houle, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

**Coordination**

François Lauzier-Jobin, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Stephanie Radziszewski, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

**Pairs chercheurs**

Michelle Audette

Johane Bergeron

Pierre Cardinal

Françoise Clavette

Lyse Cousineau

Alain Delisle

Claude Pascal Duquette

Abdelhafid El Makdouni

Véronique Pelletier

Julie Tansey

**Paires chercheuses séniore**

Annie Beaudin, Coordonnatrice, Pairs Aidants Réseau, AQRP

Julie Bordeleau, Codirectrice de l'Université du rétablissement / PIRAP

**Professionnelles des équipes santé mentale adulte (SMA)**

Marie-Josée Boileau, Psychologue

Lyn Desrochers, Psychologue

Fabienne Espagnol, Psychologue

Louise Gallant, Psychologue

Carolyn Gohier, Travailleuse sociale

Céline Michel, Travailleuse sociale

Valérie Paradis, Psychologue

Julie Smart, Éducatrice spécialisée

Christine Vaillancourt, Psychologue

**Gestionnaires des équipes SMA**

Annie Arevian, Chef de programme, équipe SMA, CLSC Verdun

Isabelle Catellier, Chef de programme, équipe SMA, CLSC Plateau Mont-Royal

Richard Krans, Chef de programme, équipe SMA, CLSC Richelieu-Yamaska

**Co-chercheurs**

Simon Coulombe, Department of psychology, Wilfrid Laurier University

Catherine Hudon, Département de médecine familiale, Université de Sherbrooke

Jean-François Pelletier, Département de psychiatrie, Université de Montréal

Hélène Provencher, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Martin D. Provencher, École de psychologie, Université Laval

Pasquale Roberge, Département de médecine familiale, Université de Sherbrooke

## **Remerciements**

Les auteurs de ce rapport souhaitent remercier Monsieur Michel Gilbert, coordonnateur du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM), qui a été l'initiateur de ce projet de recherche et nous a laissé toute la latitude nécessaire pour le mener à bien en toute indépendance. Nous souhaitons également remercier le Ministère de la Santé et des Services sociaux, LUNDBECK CANADA INC., le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est et le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal pour leur soutien financier. Nos plus sincères remerciements également au Dr Martin Drapeau, psychologue, pour avoir relu et commenté la version préliminaire du rapport. Nous exprimons notre gratitude à Monsieur Benoit Martel pour avoir corrigé et édité le rapport.

## Table des matières

Remerciements .....	1
Table des matières .....	2
Liste des abréviations .....	3
Sommaire exécutif .....	4
1. Introduction .....	6
2. Objectifs et questions de recherche .....	7
3. Méthode .....	7
3.1. Approche.....	7
3.2. Constitution de trois comités de recherche locaux .....	7
3.3. Recrutement, sélection et formation des pairs chercheurs et des professionnels .....	8
3.4. Phase de modélisation des interventions .....	9
3.5. Phase d'évaluation des effets des interventions de courte durée .....	10
4. Résultats de la phase de modélisation .....	10
4.1. Les interventions de courte durée telles que vécues sur le terrain .....	11
Le choc de l'annonce et la logique comptable.....	11
Les assises cliniques .....	12
L'importance de l'explication.....	17
La personne au cœur de son rétablissement.....	18
La préparation de la fin et la possibilité d'interventions ponctuelles subséquentes .....	19
La flexibilité .....	21
La collégialité ou les rapports de force .....	22
Le rétablissement est un processus à long terme .....	23
4.2. La modélisation des interventions de courte durée .....	24
4.2.1. Les effets visés .....	25
4.2.2. Ingrédients clés de l'intervention .....	29
4.2.3. Facteurs contextuels qui peuvent influencer l'efficacité des interventions.....	37
5. Discussion.....	42
Conclusion.....	46
Références .....	47

## Liste des abréviations

AQRP	Association québécoise pour la réadaptation psychosociale
CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
SMA	Santé mentale adulte
TOC	Trouble obsessionnel compulsif
TP	Troubles de la personnalité

## Sommaire exécutif

**Contexte** : Les équipes de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale adulte (SMA) ont pour mandat d'offrir des services aux personnes souffrant de troubles mentaux courants, dont les troubles anxieux et de l'humeur. Elles connaissent actuellement une période de grande transformation visant à diminuer les délais d'attente. L'une des modifications les plus importantes concerne la durée des interventions. Plusieurs CISSS et CIUSSS ont, en effet, décidé de fixer une limite au nombre de rencontres offertes aux usagers dans le cadre d'un épisode de soins. Cette limite varie d'un établissement à l'autre, mais se situe généralement entre 10 et 15 rencontres. Il s'agit d'un changement de pratique important pour les équipes SMA et dont les effets, tant pour les personnes utilisatrices de services que pour les professionnels, demeurent largement méconnues. Afin de pallier cette lacune, le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) a souhaité collaborer avec des chercheurs et des milieux de pratique dans le but d'évaluer les effets des interventions de courte durée offertes par les équipes SMA.

**Objectifs** : Le projet *Savoirs partagés* a pour but général d'évaluer l'efficacité des interventions de courte durée (< 15 rencontres) offertes aux personnes atteintes de trouble anxieux ou dépressif par les équipes de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale adulte. *Savoirs partagés* vise notamment à : 1) décrire la nature des interventions de courte durée offertes par les équipes SMA (modélisation); et 2) déterminer si les interventions de courte durée ont des effets positifs ou négatifs qui persistent dans le temps. Le présent rapport porte sur les résultats de la première étape de la recherche, à savoir la modélisation des interventions de courte durée offertes par les équipes SMA.

**Méthode** : Une approche de croisement des savoirs est utilisée, dans laquelle des chercheurs (savoirs scientifiques), des intervenants (savoirs professionnels) et des personnes utilisatrices de services (savoirs expérientiels) se réunissent et échangent leurs différentes perspectives afin de produire de nouvelles connaissances. L'approche participative privilégiée dans *Savoirs partagés* implique l'ensemble de ces acteurs clés dans la prise de décisions au sujet de la méthodologie utilisée, des indicateurs choisis, de l'interprétation des résultats et de la diffusion des connaissances. Au cours de la phase de modélisation, trois comités de recherche locaux ont été constitués dans trois CLSC différents : deux situés dans des quartiers centraux de l'île de Montréal et un situé dans une plus petite ville de la Montérégie. Chaque comité était constitué de quatre personnes utilisatrices de services (pairs chercheurs), de quatre professionnels/gestionnaires et de deux chercheurs. Il s'est réuni à trois reprises afin de décrire, en utilisant une approche guidée par la théorie de programme, les différentes composantes des interventions de courte durée (effets, extraits, processus et contexte). En croisant les perspectives des usagers avec celles des professionnels et des gestionnaires, cette étape de modélisation a permis d'en savoir davantage sur la manière dont ces interventions sont actuellement déployées en 1<sup>re</sup> ligne et sur le vécu des intervenants et des personnes utilisatrices de services.

**Résultats** : Les pairs chercheurs ont rapporté avoir été troublés d'apprendre, d'entrée de jeu, qu'ils avaient un nombre limité de rencontres avec le professionnel. Cela a engendré une pression à se rétablir rapidement et un sentiment d'incompétence s'ils n'y arrivaient pas dans le nombre de rencontres prévu. Le fait d'annoncer d'emblée aux personnes utilisatrices de services qu'elles auront droit à un nombre précis et limité de rencontres peut donner l'impression que les soins ne sont pas axés sur la personne et sur ses besoins, mais qu'ils sont plutôt régis par des contraintes budgétaires et institutionnelles.

Les avantages cliniques des approches d'intervention plus brèves ne font pas consensus au sein des professionnelles et des pairs chercheurs. Pour certaines professionnelles, il est possible d'obtenir de bons résultats en un nombre limité de rencontres. Le fait que l'intervention ait un début et une fin préétablie serait bénéfique en soi et aurait un effet structurant. Les interventions de courte durée pourraient redonner du pouvoir aux usagers sur leur rétablissement et leur permettre de mettre en valeur leurs forces personnelles. Au plan clinique, le fait de travailler par épisode de services circonscrits dans le temps pourrait s'avérer bénéfique pour certains usagers, en leur donnant le temps nécessaire pour assimiler les nouveaux

apprentissages faits lors de l'intervention initiale. Dans cette perspective, un premier épisode d'intervention de courte durée pourrait donner lieu à un 2<sup>e</sup> épisode quelque temps plus tard, si un besoin était identifié. En amenant l'utilisateur à prioriser ses besoins et à vivre des succès dans l'atteinte de quelques objectifs importants pour lui, l'intervention de courte durée pourrait entraîner des effets bénéfiques sur d'autres aspects de la vie de la personne et la motiver à poursuivre son processus de rétablissement.

D'un autre côté, quelques professionnelles sont plus critiques à l'égard des interventions de courte durée. La transition vers les interventions de courte durée s'est faite brutalement, sans consultation ni formation (autre que sur les approches motivationnelles) et sans réel ancrage clinique. Ces professionnelles ont le sentiment qu'elles ne peuvent pas toujours donner le service qui serait requis en fonction de leur évaluation de l'état de la personne et de ses besoins. Elles mettent parfois un terme à un épisode de services, bien qu'elles observent que la personne est encore fragile. Elles font aussi part de leur préoccupation à l'idée de porter préjudice à certains usagers dont la vulnérabilité est plus marquée en mettant un terme prématurément à leur intervention. Alors que ces professionnelles reconnaissent que les interventions de courte durée pourraient favoriser l'activation des personnes utilisatrices de services par rapport à leur condition, elles estiment néanmoins que ces approches pourraient avoir un effet démobilisant et décourageant chez certaines d'entre elles.

Les rencontres de croisement des savoirs ont permis d'identifier, de manière consensuelle, six principaux effets que devraient viser les interventions de courte durée chez les personnes utilisatrices de services : 1) un apaisement et une stabilisation des symptômes; 2) une amélioration du niveau de fonctionnement; 3) une confiance dans ses capacités à poursuivre son processus de rétablissement; 4) une mise en action vers le rétablissement; 5) l'espoir de continuer à aller mieux; 6) être entourée d'un réseau personnel et communautaire.

Cinq ingrédients clés de l'intervention ont également été identifiés : 1) créer l'alliance; 2) expliquer (ce que sont l'anxiété et la dépression, ce qui les a amenés à vivre ces difficultés, ce qu'est une psychothérapie, comment le travail sera effectué et quels sont les objectifs); 3) personnaliser (répondre aux besoins particuliers de la personne, en tenant compte de ses préférences, de ses forces et de ce qu'elle a déjà accompli); 4) outiller (pour aider à mieux se comprendre et à mettre en place des stratégies dans leur vie pour se rétablir); et 5) référer (aux ressources disponibles dans la communauté pour poursuivre la démarche).

Des facteurs contextuels pouvant influencer l'efficacité des interventions de courte durée offertes par les équipes SMA ont aussi été identifiés : 1) la disponibilité de ressources où référer; 2) la possibilité d'avoir de la supervision, de la formation et l'accès à un psychiatre répondant; 3) la proximité et la qualité des lieux physiques; 4) les déterminants sociaux de la santé; et 5) la comorbidité.

**Conclusion :** Les rencontres de modélisation ont été très riches en enseignement. Les professionnelles et les pairs chercheurs ont eu l'opportunité d'échanger sur les interventions de courte durée et de croiser leurs différentes perspectives. Un portrait nuancé se dégage de cet exercice. Jusqu'à présent, les études ayant examiné l'efficacité des interventions psychologiques pour les personnes souffrant de troubles anxieux ou dépressifs ont principalement utilisé les symptômes pour déterminer si l'intervention avait été efficace ou non. Or, les résultats de la modélisation des interventions réalisées dans le cadre du projet *Savoirs partagés* attirent l'attention sur d'autres indicateurs de résultats importants, à savoir le fonctionnement, l'activation, la confiance en soi, l'espoir et le réseautage. Ces indicateurs s'inscrivent dans une vision plus large du rétablissement qui devrait guider l'offre de services. Des recommandations pour l'amélioration des pratiques actuelles sont formulées, notamment afin d'assurer une meilleure flexibilité et une continuité des services pour les personnes utilisatrices.

## 1. Introduction

Au Québec, les troubles anxieux et de l'humeur représentent 65 % de l'ensemble des troubles mentaux diagnostiqués (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2012). La dépression majeure touchera plus d'une personne sur dix (11 %) au cours de sa vie, alors que les troubles anxieux affecteront 17 % de la population (Pearson, Janz et Ali, 2013; Somers, Goldner, Waraich et Hsu, 2006). Les personnes qui souhaitent obtenir une aide professionnelle pour se rétablir de tels problèmes de santé mentale peuvent faire une demande auprès du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de leur territoire. Deux portes d'entrée permettent aux usagers d'accéder aux services publics de santé mentale : l'accueil psychosocial et le guichet d'accès en santé mentale. Ainsi, toute personne qui en ressent le besoin peut se présenter d'elle-même, sans référence ni rendez-vous, à l'accueil psychosocial de son CISSS/CIUSSS afin d'y effectuer une demande de services. Une personne peut également être référée par son médecin de famille au guichet d'accès en santé mentale. Dans les deux cas, un professionnel du CISSS/CIUSSS discutera avec la personne (au téléphone ou en face à face) afin de procéder à une évaluation initiale de ses besoins et l'orientera ensuite vers le bon niveau de soins. Depuis 2005, les services publics de santé mentale sont hiérarchisés en fonction de la complexité et de la sévérité des besoins des usagers (MSSS, 2005).

Les équipes de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale adulte (SMA) ont pour mandat d'offrir des services aux personnes souffrant de troubles mentaux courants, dont les troubles anxieux et de l'humeur (MSSS, 2011). Les personnes requérant des soins plus spécialisés sont, quant à elles, dirigées vers la 2<sup>e</sup> ou la 3<sup>e</sup> ligne<sup>1</sup>. Depuis plusieurs années, des difficultés importantes d'accessibilité aux services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale étaient observées un peu partout dans la province. Les personnes utilisatrices de services devaient composer avec des délais d'attente de plusieurs mois avant d'obtenir les interventions dont elles avaient besoin. Les CISSS/CIUSSS ayant une responsabilité populationnelle, c'est-à-dire qu'ils doivent répondre aux besoins de l'ensemble de la population de leur territoire en temps opportun, il s'avérait prioritaire de réduire les délais d'attente pour l'obtention de services en santé mentale.

Malgré cette situation préoccupante, les équipes SMA n'ont pas toutes été dotées d'effectifs supplémentaires pour les aider à améliorer l'accessibilité des services. Le plan d'action en santé mentale 2015-2020 a plutôt formulé de nouvelles balises clinico-administratives afin d'encadrer leur pratique (MSSS, 2015). Ainsi, après consultation de la littérature scientifique internationale, il a été décidé par le gouvernement que les personnes ayant besoin de services en santé mentale devaient être rencontrées par un professionnel à l'intérieur d'un délai maximal de sept jours afin de compléter la demande, être dirigées vers le service approprié et être prises en charge par un professionnel à l'intérieur d'un délai d'un mois. De plus, le nombre de personnes à desservir annuellement pour chaque intervenant à temps plein a été fixé à un minimum de 82, alors qu'il n'y avait aucune cible à cet égard dans le passé (Centre national d'excellence en santé mentale [CNESM], 2017). Conséquemment, les services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale des CISSS et des CIUSSS connaissent actuellement une période de grand bouleversement et de transformation. La majorité des professionnels œuvrant au sein de ces équipes est appelée à modifier ses pratiques. L'une des modifications les plus importantes concerne la durée des interventions : alors qu'auparavant aucune limite précise n'était fixée quant aux interventions (et que la durée moyenne des épisodes de services pouvait atteindre un an dans certains établissements), plusieurs CISSS/CIUSSS ont décidé d'encadrer le nombre de rencontres offertes aux usagers dans le cadre d'un épisode de services. La limite varie d'un établissement à

---

<sup>1</sup> Selon le continuum de services en santé mentale (MSSS, 2005), la 1<sup>re</sup> ligne correspond aux services de proximité qui sont accessibles à la population sans référence particulière, afin de traiter les troubles mentaux courants. Les services spécialisés offerts dans les hôpitaux, tels que l'hospitalisation en psychiatrie et les hôpitaux de jour, représentent la 2<sup>e</sup> ligne et desservent les clientèles avec des difficultés plus importantes pour qui la 1<sup>re</sup> ligne s'est avérée insuffisante. Enfin, les services surspécialisés offerts dans quelques hôpitaux universitaires seulement constituent la 3<sup>e</sup> ligne. Ils s'adressent à des personnes souffrant de troubles mentaux très complexes et dont la prévalence est plus faible.

l'autre, mais se situe généralement entre dix et quinze rencontres. Cette décision s'appuie notamment sur un rapport de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) qui a conclu que les interventions sociales et psychologiques de courte durée (c.-à-d. ne dépassant généralement pas douze rencontres) sont efficaces pour favoriser des changements significatifs chez les personnes utilisatrices de services (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2013). Elle s'inscrit également dans une approche orientée vers le rétablissement, l'un des principes directeurs des Plans d'action ministériels en santé mentale 2005-2010 et 2015-2020, qui implique que les professionnels doivent soutenir la personne dans une « reprise du pouvoir sur sa vie », « le développement des habiletés » et la « responsabilisation » (MSSS, 2015).

Il s'agit d'un changement de pratique important pour les équipes SMA et dont les conséquences, tant pour les personnes utilisatrices de services que pour les professionnels, demeurent largement méconnues. Afin de pallier cette lacune, le CNESM a souhaité collaborer avec des chercheurs et des milieux de pratique afin d'évaluer les effets des interventions de courte durée offertes par les équipes SMA. Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et le CISSS de la Montérégie-Est ont d'emblée été intéressés par le projet et ont participé à son développement, de concert avec le laboratoire Vitalité de l'UQAM.

## **2. Objectifs et questions de recherche**

Le projet *Savoirs partagés* a pour but général d'évaluer l'efficacité des interventions de courte durée (<15 rencontres) offertes aux personnes atteintes de trouble anxieux ou dépressif par les équipes de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale adulte. *Savoirs partagés* vise notamment à : 1) décrire la nature des interventions de courte durée offertes par les équipes SMA (modélisation) et 2) déterminer si les interventions de courte durée ont des effets positifs ou négatifs qui persistent dans le temps.

À son terme, l'étude permettra d'apporter une première réponse aux questions de recherche suivantes : Les interventions de courte durée sont-elles appréciées des personnes utilisatrices de services? Quels effets produisent-elles? Quels ingrédients clés permettent de produire ces effets? Les effets sont-ils encore présents douze mois après le début de l'intervention? Quelles sont les conditions qui facilitent ou qui nuisent à l'efficacité des interventions de courte durée?

Le présent rapport porte sur les résultats de la première étape de la recherche, à savoir la modélisation des interventions de courte durée offertes par les équipes SMA.

## **3. Méthode**

### **3.1. Approche**

Comme son nom l'indique, *Savoirs partagés* utilise une approche de croisement des savoirs (Ferrand, 2008), dans laquelle des chercheurs (savoirs scientifiques), des intervenants (savoirs professionnels) et des personnes utilisatrices de services (savoirs expérientiels) se réunissent et échangent leurs différentes perspectives afin de produire de nouvelles connaissances. L'approche participative privilégiée dans *Savoirs partagés* implique l'ensemble de ces acteurs clés dans la prise de décisions au sujet de la méthodologie utilisée, des indicateurs choisis, de l'interprétation des résultats et de la diffusion des connaissances. Le croisement entre les savoirs scientifiques, professionnels et expérientiels augmente ainsi la qualité et l'utilité de la recherche pour le terrain. Il est reconnu qu'une stratégie de recherche fondée sur des échanges continus entre les chercheurs, les gestionnaires, les intervenants et les personnes utilisatrices de services favorise l'utilisation des connaissances produites par la recherche (Amara, Ouimet et Landry, 2004).

### **3.2. Constitution de trois comités de recherche locaux**

Afin de tenir compte des particularités (géographique, historique, culturelle, etc.) de chacune des équipes SMA participantes, un comité de recherche local a été constitué sur chacun des sites. Une répartition

équitable du pouvoir entre les différents types de participants à la démarche est une condition de succès essentielle dans les approches de croisement des savoirs (Ferrand, 2008). Cette équité est favorisée par le climat de confiance et de respect qui s'installe au sein du groupe et qui permet l'expression et la prise en considération d'une diversité de points de vue. Toutefois, elle ne saurait se résumer uniquement à une animation de qualité par l'équipe de recherche. Elle passe également par le soin apporté à la composition même des groupes. Ainsi, chaque comité de recherche local est constitué de dix personnes : quatre personnes utilisatrices de services (pairs chercheurs), trois professionnels de l'équipe SMA et son chef de programme, la chercheuse principale et le coordonnateur du projet. L'équilibre ainsi constitué entre pairs chercheurs et professionnels est favorable à l'établissement d'un rapport égalitaire entre les différents membres de l'équipe. L'étude a été revue et approuvée par le comité d'éthique de la recherche – Dépendances, Inégalités sociales et Direction régionale de la santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (DIS-1617-08-MP).

### **3.3. Recrutement, sélection et formation des pairs chercheurs et des professionnels**

Les personnes utilisatrices de services ont été recrutées à l'aide d'annonces acheminées par courriel à l'ensemble des personnes abonnées à la liste d'envoi de différents organismes communautaires en santé mentale, tels que Revivre et l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP). Les équipes SMA ont également transmis l'annonce par la poste aux personnes ayant reçu des interventions de courte durée et dont l'épisode de soins était terminé. Les personnes intéressées étaient invitées à communiquer avec le coordonnateur de l'équipe par téléphone ou par courriel. Après avoir décrit plus en détail la nature de l'implication attendue, ce dernier procédait à une brève entrevue téléphonique de présélection. Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être âgé de 18 ans ou plus;
- Parler français;
- Avoir déjà reçu un diagnostic de trouble anxieux ou dépressif;
- Avoir déjà reçu une intervention en santé mentale d'un CLSC, mais avoir terminé cette intervention;
- Avoir un intérêt pour la recherche et l'amélioration des services.

Parmi les 38 personnes ayant communiqué avec le coordonnateur de l'étude, 16 répondaient aux critères de sélection et ont été invitées à une entrevue de sélection en face à face. Cette entrevue était menée de concert par le coordonnateur de l'étude et une paire chercheuse expérimentée. L'équipe du projet peut, en effet, compter sur deux paires chercheuses possédant plusieurs années d'expérience en recherche en plus d'être certifiées comme paires aidantes (c.-à-d. formées pour intégrer une équipe de soins comme membre du personnel et utiliser leur vécu et leur histoire de rétablissement pour redonner de l'espoir, pour servir de modèle d'identification et de source d'inspiration à des personnes rencontrant des difficultés similaires; Repper et Carter, 2011). L'expertise de ces deux personnes est mise à profit à différents moments clés de la recherche, dont celui du recrutement et de la formation des personnes utilisatrices de services.

Au final, douze personnes utilisatrices de services ont été sélectionnées (cinq hommes et sept femmes) et invitées à participer à une formation d'une journée. Au cours de cette formation, animée conjointement par le coordonnateur de l'étude et une paire chercheuse expérimentée, les participants recevaient des informations sur le rétablissement en santé mentale, sur le croisement des savoirs et sur le projet de recherche lui-même. Ils étaient également invités à effectuer des exercices individuels et en groupe afin d'explicitier leurs savoirs expérimentiels et de se préparer à les mettre à profit dans le projet. Une compensation financière de 100 \$ leur a été remise pour leur participation à cette formation.

Dans le projet *Savoirs partagés*, les personnes utilisatrices de services ont le statut de pairs chercheurs (*peer researchers* ; Roche, Guta et Flicker, 2010). Signifiant à la base « égal », la dénomination de « pair » souligne l'expertise des personnes utilisatrices de services impliquées. Cette expertise provient de leur expérience de

difficultés de santé mentale, du rétablissement et du processus de soin. De l'autre côté, le mot « chercheur » vient refléter le fait qu'il ne s'agit pas de sujets de recherche dont la contribution se limite à répondre à des questions. Les pairs chercheurs sont plutôt des membres à part entière d'une équipe de recherche. Ils participent à la conceptualisation de l'étude, à la production de nouvelles connaissances et à leur diffusion. Ils reçoivent une compensation financière pour leur travail. Leur rôle n'est pas celui d'assistants de recherche qui font passer des questionnaires, retranscrivent des entrevues ou font de l'entrée de données, par exemple. Ils ne sont pas non plus des « consultants » qui donnent leur avis, sans avoir réellement de pouvoir. Dans le projet *Savoirs partagés*, les décisions sont prises de manière collégiale et les pairs chercheurs ont le même droit de parole que les chercheurs universitaires, les professionnels et les gestionnaires. Ils sont d'ailleurs auteurs du présent rapport. Une revue systématique récente a montré que l'implication des personnes utilisatrices de services dans les recherches avait des effets bénéfiques sur les personnes elles-mêmes, tels que l'augmentation de leur pouvoir d'agir et de leur confiance à s'exprimer dans un groupe, ainsi que sur les chercheurs, dont une meilleure compréhension du phénomène à l'étude (Brett et al., 2014).

La sélection des professionnels des équipes SMA qui font partie des comités de recherche locaux a été effectuée par le gestionnaire parmi l'ensemble des personnes s'étant montrées intéressées par le projet. Toutes les équipes ont d'abord été rencontrées par le coordonnateur de recherche afin de prendre connaissance du projet et de la nature de la participation attendue. Les personnes intéressées étaient invitées à manifester leur intérêt à leur gestionnaire. Celui-ci a procédé à la sélection finale en tentant le plus possible de constituer un comité multidisciplinaire. Les neuf professionnelles retenues sont toutes des femmes. Six sont psychologues, deux sont travailleuses sociales et une est éducatrice spécialisée. Avant de débiter la modélisation en présence des pairs chercheurs, une rencontre préparatoire avec les professionnelles a été organisée sur chacun des sites. Cette rencontre avait pour but de communiquer davantage d'informations sur l'étude et son déroulement. Elle visait également à permettre aux professionnelles de réfléchir et de discuter ensemble de leur motivation à participer à l'étude, mais aussi de leurs craintes possibles à l'égard de l'approche de croisement des savoirs privilégiée. Une paire chercheuse expérimentée était présente à cette rencontre.

### 3.4. Phase de modélisation des interventions

Les interventions de courte durée n'ayant jamais été évaluées dans un contexte de services publics de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale au Québec, il s'avérait nécessaire, dans un premier temps, de bien les décrire. Chacun des trois comités de recherche locaux s'est réuni à trois reprises pour y arriver. Nous avons utilisé l'approche guidée par la théorie de programme (Chen, 2015; Coryn, Noakes, Westine et Schröter, 2011) et l'analogie du gâteau (Gardner, 2010) afin d'aider les équipes à décortiquer les différentes composantes de l'intervention (voir figure 1.). L'analogie va comme suit : si nous souhaitons faire un gâteau pour souligner l'anniversaire d'un enfant, nous allons mettre ensemble certains ingrédients (contexte), puis nous suivons une recette (processus) afin de produire un gâteau (extrants). Cependant, si l'enfant n'aime pas le gâteau que nous lui avons préparé (même si nous avons suivi toutes les étapes et produit un gâteau dans les règles de l'art), nous n'aurons pas atteint l'effet désiré (lui faire plaisir). Cette analogie s'est avérée utile afin d'explicitier les différentes composantes des interventions de courte durée.

Figure 1. L'analogie du gâteau



Au cours des rencontres, une série de questions ouvertes ont été posées aux participants (les mêmes questions sur chacun des sites) en utilisant une logique inversée (*backward reasoning*), c'est-à-dire en commençant par identifier les effets visés, puis en remontant la chaîne logique. Les questions étaient envoyées à l'avance à l'ensemble des participants, afin que ceux-ci puissent se préparer. Une approche itérative a été adoptée en produisant après chacune des rencontres une synthèse qui était envoyée aux participants avant la rencontre subséquente. Celle-ci était ensuite validée par l'équipe en séance ou amendée le cas échéant.

En croisant les perspectives des usagers avec celles des professionnels et des gestionnaires, cette phase de modélisation a permis d'en savoir davantage sur la manière dont ces interventions sont actuellement déployées en 1<sup>re</sup> ligne et sur le vécu des intervenants et des personnes utilisatrices de services. Nous croyons que ces réalités terrain sauront intéresser les professionnels de la santé, les gestionnaires et les personnes utilisatrices de services, car elles nous orientent vers des améliorations à apporter aux pratiques actuelles. Les résultats de cette phase de modélisation font l'objet du présent rapport de recherche. Il faut toutefois noter que les savoirs scientifiques ont été moins mobilisés au cours de cette première phase exploratoire, pour laisser davantage de place aux savoirs expérientiels et professionnels. Les deux chercheurs présents lors des rencontres de modélisation ont principalement joué un rôle d'animation et de synthèse, plutôt qu'un rôle de participant comme les autres. Les savoirs scientifiques ont été sommairement intégrés dans la discussion des résultats et seront davantage mis à contribution lors de la phase suivante.

### **3.5. Phase d'évaluation des effets des interventions de courte durée**

Après avoir été modélisées, les interventions de courte durée seront évaluées par le biais d'une étude longitudinale qui débutera en février 2018 et qui se poursuivra jusqu'en 2019. Au total, 120 personnes utilisatrices (40 par site) seront recrutées au moment où elles sont référées à l'équipe SMA. Ces personnes seront invitées à participer à des entretiens téléphoniques avant leur première rencontre avec le professionnel de l'équipe SMA, puis à d'autres rencontres quatre, huit et douze mois plus tard. Des questionnaires standardisés seront utilisés pour mesurer certains indicateurs et suivre leur évolution dans le temps. Des questions ouvertes permettront d'approfondir certains aspects. L'ensemble de l'équipe *Savoirs partagés*, incluant les pairs chercheurs, les professionnelles, les gestionnaires et les chercheurs universitaires, a été impliqué dans le choix des mesures. Tous seront aussi impliqués dans l'interprétation des résultats et dans leur diffusion.

## **4. Résultats de la phase de modélisation**

Neuf rencontres de modélisation (trois par site) ont été réalisées de janvier à mars 2017. Au total, vingt-six personnes y ont participé, à savoir douze pairs chercheurs, douze professionnelles/gestionnaires, la chercheuse responsable ainsi que le coordonnateur de recherche. Notons que dans l'un des comités locaux, seulement deux pairs chercheurs étaient présents lors des deux dernières rencontres de modélisation, car les deux autres n'ont pu se libérer pour y assister.

La présente section décrit tout d'abord comment les interventions de courte durée sont vécues sur le terrain, et ce, tant par les personnes utilisatrices de services que par les professionnelles/gestionnaires. Plusieurs enjeux sont soulevés et des nuances sont apportées. Par la suite, la modélisation des interventions est décrite en distinguant les principaux effets visés, leurs ingrédients clés, ainsi que les facteurs contextuels pouvant influencer leur efficacité.

#### 4.1. Les interventions de courte durée telles que vécues sur le terrain

##### Le choc de l'annonce et la logique comptable

La plupart des pairs chercheurs nous ont mentionné avoir été informés dès le départ du nombre de rencontres auxquelles ils auraient droit. Dépendamment de l'établissement où ils ont consulté, ce nombre variait et était plus ou moins flexible. Dans certains endroits la limite était de dix rencontres, alors que dans d'autres elle pouvait aller jusqu'à quinze. Un pair chercheur s'est vu offrir un maximum de cinq rencontres par un professionnel de l'accueil psychosocial. Les pairs chercheurs ont rapporté avoir été troublés d'apprendre, d'entrée de jeu, qu'ils avaient un nombre limité de rencontres avec le professionnel. Cela a engendré une pression à se rétablir rapidement et un sentiment d'incompétence s'ils n'y arrivaient pas dans le nombre de rencontres prévu.

*« Quand tu es en crise, te faire dire que c'est du court terme, moi ça m'a gelée. [...] Quand on me dit dix à quinze rencontres, il y a aussi le fait que j'ai attendu six à huit mois, mais je sentais que je devais me dépêcher parce qu'il y avait d'autres personnes qui attendaient après moi. À la base, j'avais beaucoup d'anxiété et de colère d'avoir attendu tout ce temps-là, et je me disais qu'il y avait probablement des gens pires que moi qui attendaient sur la liste d'attente et je me suis sentie comme : "Grouille fille... dépêche-toi d'aller mieux." » (pair chercheur<sup>2</sup>)*

*« Moi je n'avais même pas le droit de voir un psy. On ne jugeait pas que j'avais besoin de cela. Ça a été dit clairement comme cela, puis je ne comprenais tellement pas. On m'a dit : « Non, on ne pourra pas te voir plus que cinq fois, puis ton dossier est fermé et puis c'est tout. » C'était cinq rencontres non négociables. [...] Si on compare mon état avant et après l'intervention, dans mon cas, ma situation a empiré, parce que je me suis sentie doublement inefficace. On me dit que je devrais être correcte avec cinq rencontres et je ne le suis pas, donc ça renforce mon sentiment de ne pas être capable. Donc, ça ne m'a pas aidé, au contraire, cela m'a nui. Quand on fait le geste de tendre la main, de dire j'ai besoin d'aide, quand on est dans le creux de la vague – il faut le vivre pour le croire, ce que c'est – et qu'on reçoit un refus, c'est doublement souffrant. » (pair chercheur)*

Le fait d'annoncer d'emblée aux personnes utilisatrices de services qu'elles auront droit à un nombre précis et limité de rencontres peut donner l'impression que les soins ne sont pas axés sur la personne et sur ses besoins, mais qu'ils sont plutôt régis par des contraintes budgétaires et institutionnelles. Cette impression est particulièrement forte lorsque la personne n'a pas le sentiment que sa situation personnelle a été adéquatement analysée et qu'on ne lui a pas expliqué les raisons cliniques sous-jacentes à cette contrainte.

*« On revient encore à la manière dont le patient est vu : est-ce qu'il est juste un numéro ou un poste budgétaire? Quand on dit : « Vous avez juste douze séances », ce n'est pas approprié pour un patient en santé mentale. On devrait plutôt identifier ce qui est plus urgent chez lui et lui dire qu'on va intervenir seulement sur cette problématique. » (pair chercheur)*

*« On fait les frais de la conjoncture de compression. (...) Je me suis fait dire par mon intervenant, à la fin de cinq rencontres pour le traitement d'un épisode de dépression majeure sévère: « Mon boss m'a dit : notre rôle c'est de les remettre sur pieds assez pour qu'ils retournent travailler et qu'ils puissent se payer une thérapie. » (pair chercheur)*

*« Le problème c'est que j'avais besoin de plus, mais que quand le nombre de séances a été terminé, je n'existais plus pour le CLSC. Ce qui m'a dérangé beaucoup, c'est que la durée de*

---

<sup>2</sup> Le masculin est utilisé pour éviter d'alourdir le texte.

*l'intervention avait été déterminée avant qu'on commence. Donc, ce n'était pas du tout adapté à mes besoins. » (pair chercheur)*

*« Il ne faut pas être figé dans le nombre de séances et l'imposer, que le message soit : « On vous donne douze ou quinze séances, c'est ça le moule, tu rentres dedans ou ben c'est fini. » En tant que patient, j'aimerais que ça parte de ma condition, c'est plus humain. Qu'est-ce qu'on peut régler dans le court terme dans ma condition? Est-ce que ça peut entrer dans le nombre de séances prescrites dans la 1<sup>re</sup> ligne? » (pair chercheur)*

Un pair chercheur qui n'a reçu que cinq rencontres est particulièrement critique à l'égard du système.

*« Le système de santé actuel essaie de gérer l'humain comme on gère une ligne de production de cannes de petits pois. Ce n'est pas ce dont on a besoin quand on se retrouve en situation de crise. Est-ce que l'intervention a été efficace? Non. Je ne sentais pas que j'étais reçue. C'est comme s'il n'y avait pas de place pour moi. Selon les normes et les capacités budgétaires, ils ne pouvaient pas me prendre. » (pair chercheur)*

Professionnelles<sup>3</sup> et pairs chercheurs ont utilisé l'analogie du cancer pour expliquer à quel point établir un nombre fixe et limité de rencontres pouvait leur sembler incongru.

*« C'est un peu comme si on disait : "Pour votre cancer vous auriez besoin de vingt traitements de chimio, mais... on vous en donne cinq." » (professionnelle)*

*« C'est un peu comme si on disait à un oncologue : "Pour tel type de cancer, tu vas voir ton patient tant de fois." Ça ne marche pas comme cela, ça n'a pas de sens. Il faut faire confiance au professionnel qui donne le service pour évaluer la durée. » (pair chercheur)*

Il peut être difficile pour les professionnelles de communiquer la durée limitée du suivi aux personnes utilisatrices de services, particulièrement quand elles se sentent obligées de le faire contre leur gré.

*« Quand je commence un suivi, je le dis au début que ça va être du douze. Je le dis un peu en m'excusant. [...] Je trouve ça horrible de dire ça au début. C'est comme si tu commences quelque chose et que tu leur envoies une claque en pleine face d'emblée. Je me demande ce qu'ils ressentent, comment ils interprètent ça. De sentir mon malaise, que je suis désolée de ça, que ce n'est pas l'idéal. Il y a quelque chose qui transparait et qui fait que les gens sont un peu plus sur le bout de leur chaise. Même si ce n'est pas nous directement, on se retrouve quand même à porter ça. » (professionnelle)*

## **Les assises cliniques**

Les avantages cliniques des interventions de courte durée étaient complètement inconnus des pairs chercheurs. Plusieurs ont d'ailleurs été surpris, lors de nos rencontres de croisement des savoirs, d'apprendre qu'il pouvait aussi y avoir des bénéfices à ce type d'approche plus brève. Cependant, ces bénéfices ne font pas consensus au sein des professionnels (ni d'ailleurs chez les pairs chercheurs). Deux visions différentes ont été partagées lors des rencontres, et nous trouvons important d'en faire état dans ce rapport.

D'un côté, l'efficacité des interventions de courte durée ne fait pas de doute pour plusieurs professionnelles formées à cette approche. En s'appuyant sur leur propre expérience clinique ainsi que sur plusieurs études

---

<sup>3</sup> Le terme «professionnelle» est utilisé à la fois pour faire référence aux professionnelles des équipes SMA et aux gestionnaires de ces équipes. Le féminin est utilisé, car toutes ces personnes sont des femmes à l'exception d'une.

scientifiques<sup>4</sup>, elles montrent qu'il est possible d'obtenir de bons résultats en un nombre limité de rencontres. Le fait que l'intervention ait un début et une fin préétablie serait bénéfique en soi et aurait un effet structurant.

*« Moi, j'ai une approche court terme, j'ai été formée là-dedans. J'ai lu beaucoup d'études qui démontraient que, pour la plupart des gens, après huit rencontres il y avait un bon effet et que même après cinq rencontres, s'il n'y avait pas encore eu d'effets positifs, il n'y en aurait pas plus si on poursuivait très longtemps. Donc, moi, avec cette information-là, je présente à la personne que pour pouvoir atteindre un objectif, il faut qu'on s'en parle au début. Et que tous les deux on s'entende sur un objectif. Si on veut que ça ait un impact, il faut qu'il y ait un début et une fin. Il faut qu'on se positionne. »* (professionnelle)

*« Le court terme a été prouvé efficace dans plusieurs cas. L'approche ACT<sup>5</sup>, par exemple, est plus court terme. C'est prouvé qu'en dix à quinze rencontres on peut vraiment faire un bon bout de chemin. »* (professionnelle)

*« Il y en a pour qui ça marche. Ils sont soulagés quand je leur dis que c'est court. Il y a des gens qui viennent prendre quelques rencontres et qui sont satisfaits. »* (professionnelle)

Le désir d'aider le plus grand nombre de personnes possible et le fait que, même dans le privé, la durée moyenne des psychothérapies n'excède pas une vingtaine de rencontres sont d'autres motifs évoqués par ces professionnelles pour souhaiter travailler dans un cadre de courte durée.

*« Selon une revue de littérature, le nombre moyen de rencontres de psychothérapie, c'est vingt en incluant le privé. On doit aussi être conscient qu'on vit dans une société où l'on offre ça. Des fois, je me dis que nous, Québécois, on en demande quand même pas mal. Parce que si les gens doivent déboursier de leur poche, ils ne dépassent pas vingt rencontres. Mais quand c'est dans le réseau, c'est comme si là... Je trouve qu'il y a eu des abus dans le passé, où des gens suivaient du monde pendant des années et il y avait des gens sur les listes d'attente pendant des années. Moi, j'ai vraiment un souci d'aider le plus de monde possible. »* (professionnelle)

Pour ces professionnelles, les interventions de courte durée redonnent du pouvoir aux usagers sur leur rétablissement et leur permettent de mettre en valeur leurs forces personnelles. Au plan clinique, il serait préférable de prendre le temps d'assimiler les nouveaux apprentissages faits au cours de l'intervention, plutôt que d'être continuellement en suivi.

*« Ça permet de développer le côté psychoéducatif. Comme thérapeute, tu as moins le "feeling" de jaser, que tu peux t'asseoir et que tu as du temps. Tu prépares la fin dès le début, ça fait partie intégrante de la démarche. Tu envoies toujours le message cohérent au patient qu'il est capable. »* (professionnelle)

*« Globalement, les « dix rencontres », c'est une offre de service qui permet de répondre à un besoin spécifique, mais d'assurer après coup la possibilité de pouvoir revenir pour un autre épisode de services pour continuer. Mais, je pense qu'il faut qu'il y ait une période où les personnes doivent assimiler, doivent intégrer ce qu'elles sont venues chercher. Ce que tu n'as pas nécessairement le temps de faire lorsque tu es en suivi. Tu as l'impression que tout doit venir d'un intervenant et que c'est juste l'intervenant qui a la vérité et qui a toutes les*

---

<sup>4</sup> Les études n'ont pas été nommées lors des rencontres de modélisation, mais vous en trouverez une brève synthèse dans la section 5. Discussion.

<sup>5</sup> ACT : *Acceptance and Commitment Therapy* : Thérapie d'acceptation et d'engagement

*solutions et toutes les manières de faire, alors que les vraies forces viennent des gens. Le but c'est de leur remettre cette responsabilité-là. » (professionnelle)*

Un pair chercheur qui a connu deux épisodes de soins de dix rencontres au cours de la même année mentionne d'ailleurs qu'avec le recul, cette pause entre les deux interventions de courte durée lui a été probablement plus profitable que si les vingt rencontres avaient été consécutives.

*« Moi, mes premières dix rencontres, je n'ai pas compris grand-chose, j'étais trop loin. Mais ça m'a permis, tu en as dix, tu t'en vas chez vous avec ton petit bagage. Tu brasses ton petit bagage et tu vois ce que ça peut faire, ce que tu comprends et ce que tu ne comprends pas. Six mois après, j'ai refait appel au CLSC avec un intervenant différent, un fonctionnement différent. Et il y a des cloches qui se sont mises à sonner... ça s'est plus éclairé. Mais probablement qu'être restée vingt rencontres avec le même intervenant, sans être retournée chez moi avec mon petit bagage pour le brasser, ça n'aurait pas fonctionné. Je ne dis pas que, quand je suis sortie de mes premières dix rencontres, j'étais contente. Non, je ne l'étais pas. J'avais l'impression de n'avoir rien fait, mais graduellement, en brassant mon petit sac, je voyais que ça avait fait des petits chemins, des petites rigoles. Puis, six mois après, j'étais plus solide sur mes pattes et je savais qu'il y avait encore quelque chose à travailler. Maintenant, mon bagage est plus gros et les cloches sonnent plus. » (pair chercheur)*

Un autre pair chercheur estime que, lui aussi, a besoin de prendre du temps entre les interventions pour assimiler ce qu'il a appris.

*« Les intervenants que j'ai rencontrés, je leur ai dit que ça me prend un plateau pour digérer tout ça et même des fois de descendre un petit peu pour pouvoir mieux remonter. » (pair chercheur)*

La difficulté réside souvent dans l'application réelle des apprentissages effectués au cours de l'intervention. Un pair chercheur estime qu'il serait optimal que la personne puisse obtenir une intervention complémentaire après avoir eu le temps de mettre en pratique ses apprentissages.

*« Le rétablissement, je vois ça en deux parties. Une qui est l'apprentissage des connaissances qu'on va aller chercher avec un psychologue et l'autre qui est l'application. Souvent, ça achoppe à l'application. Si ça achoppe dans l'application, viens nous revoir et on va travailler sur cette partie-là. Il y a peut-être 70 % des apprentissages qui ont été bien faits et il en manque 30 %. On va travailler sur cette partie-là. » (pair chercheur)*

En amenant l'utilisateur à prioriser ses besoins et à vivre des succès dans l'atteinte de quelques objectifs importants pour lui, l'intervention de courte durée peut entraîner des effets bénéfiques sur d'autres aspects de la vie de la personne et la motiver à poursuivre son processus de rétablissement.

*« Moi, j'y crois au court terme. Je mets les choses au clair dès le début. Ce que je dis aux gens c'est : "Je peux vous voir de huit à dix rencontres, on va pouvoir faire du bon travail ensemble si l'on s'entend dès le début. On ne pourra pas tout faire en même temps. On va choisir un ou deux objectifs." Et souvent quand on cible un objectif et qu'il y a un changement qui s'installe, il y a comme des effets bénéfiques sur les autres objectifs. Ça, je leur explique cela. Ça s'appelle le "ripple effect", l'effet papillon. Je trouve que ça encourage les gens. » (professionnelle)*

*« Il peut y avoir beaucoup de choses à régler, mais en faisant prioriser les deux ou trois plus importantes, les gens se disent : "J'ai été capable de faire ça, je vais être capable de faire les*

*autres, parce que maintenant je sais comment ça marche quand je veux régler un problème." Cela augmente l'autonomie. » (pair chercheur)*

Un pair chercheur a apprécié avoir à choisir quelques objectifs avec la thérapeute, car cela contribuait à réduire son inquiétude par rapport à l'ampleur de ses difficultés.

*« Moi, j'aime ça l'aspect de prioriser certaines choses, de ne pas voir le problème dans son ensemble, mais de s'entendre avec le thérapeute sur les points importants à aborder. Ça me convenait, parce que c'était moins anxiogène que d'avoir l'impression que je devais aborder tout de front. » (pair chercheur)*

D'un autre côté, d'autres professionnelles sont plus critiques à l'égard des interventions de courte durée. Elles ont une formation différente et avaient l'habitude depuis de nombreuses années d'offrir des suivis à long terme à leur clientèle. La transition vers les interventions de courte durée s'est faite brutalement, sans consultation ni formation (autre que sur les approches motivationnelles) et sans réel ancrage clinique. Ces professionnelles ont le sentiment qu'elles ne vont pas aussi en profondeur qu'elles le souhaiteraient. Elles doivent parfois mettre un terme à un épisode de services, bien qu'elles sentent que la personne est encore fragile. Aussi, elles peuvent parfois avoir le sentiment d'abandonner la personne et être inquiètes de lui nuire. Un taux d'abandon en mi-parcours plus élevé a également été noté par une professionnelle.

*« La limite, c'est quand même qu'on laisse aller les gens plus fragiles moi je trouve. Si l'on faisait un peu plus de temps, ils seraient plus solides. » (professionnelle)*

*« Quand c'est quelqu'un qui arrive et qui dit qu'il ne va pas bien depuis longtemps : "mes relations ne vont pas bien, je me chicane avec tout le monde, je n'ai pas d'estime de soi, j'ai de la misère au travail", en douze rencontres on est mal pris et nos objectifs sont difficiles à fixer. Leur demande est légitime, c'est de cela dont ils ont besoin. C'est problématique depuis longtemps, et ce sont des enjeux qui parfois se travaillent à long terme. Ça, c'est dur. C'est comme si on fait un bout de thérapie, mais qui s'inscrit dans quoi, on ne le sait pas trop. Des fois, on ne peut pas les référer ailleurs, parce qu'ils n'ont pas de sous. Le but aussi, souvent, c'est de ne pas nuire. On peut tellement nuire des fois en commençant quelque chose, puis... Tu crées un lien après neuf rencontres, puis veux veux pas tu l'annonces dès le début que ça va durer douze rencontres. Si ton lien commence à se créer à neuf et la personne le sait qu'à douze c'est terminé, elle vit quelque chose. C'est comme un abandon. » (professionnelle)*

*« Parmi les effets indésirables, il y a le taux d'abandon. Les gens abandonnent beaucoup plus leur thérapie à mi-chemin, parce qu'ils se disent qu'il reste six rencontres, et qu'en six rencontres ils ne régleront pas leurs problèmes. Donc, pourquoi ils continueraient de venir? Cela fait partie des effets indésirables que je percevais moins avant, auxquels j'étais moins confrontée comme intervenante. » (professionnelle)*

Elles reconnaissent toutefois un avantage aux interventions de courte durée, celui de favoriser l'activation des personnes utilisatrices de services par rapport à leur condition.

*« Il y a des choses que j'aime bien, comme l'aspect mobilisant. Je reconnais ça comme un point vraiment intéressant du court terme. Quelque chose comme : "Nous avons cet espace-là." Ça crée un effet où "OK, on en profite." J'adhère particulièrement à cet avantage-là. » (professionnelle)*

*« Ça peut mobiliser la personne d'avoir un certain nombre de rencontres. Si on donne un temps infini, peut-être que la personne sera un peu plus passive. Elle a peut-être plus d'engagement, de motivation. » (professionnelle)*

Certaines nuances sont toutefois apportées par des pairs chercheurs et des professionnelles, puisque chez certaines personnes le fait d'avoir un nombre limité de rencontres pourrait avoir un effet démobilisant, voire décourageant.

*« Je suis prête à dire qu'il y a un aspect mobilisant de savoir qu'on a un nombre fixe de rencontres. Mais il y a aussi la contrepartie où pour certaines personnes ça peut avoir un effet de lourdeur ou de découragement qui va faire qu'elles ne s'impliqueront pas tant, parce qu'elles vont déjà être dans douze semaines quand elles vont s'en aller et qu'elles vont être coincées à nouveau seules avec leurs difficultés. Donc, oui, effectivement il y a des personnes pour qui ça donne le petit coup de pouce nécessaire et pour d'autres c'est l'inverse. »* (professionnel)

*« Je pense que l'effet premier de l'intervention court terme, c'est un peu de mettre un "plaster" sur le bobo; et cela ne règle pas le problème à long terme. »* (pair chercheur)

*« J'ai un déficit d'attention qui s'accompagne d'anxiété et d'une phobie. On a essayé de travailler sur la phobie. J'étais content au moins d'aborder la phobie, mais mettre fin à ce processus sans tenir compte de mon besoin, c'est là où c'est comme si on n'avait pas commencé. Ça donne encore plus le sentiment d'un échec, d'un découragement. Qu'on a abandonné encore une fois. On devient encore à la merci de nos symptômes. Quand la rechute arrive, elle est plus intense que la première fois. »* (pair chercheur)

D'ailleurs, un pair chercheur ne considère plus le CLSC comme une ressource pouvant lui venir en aide pour ces raisons.

*« Si j'avais eu plus de rencontres, j'aurais avancé extrêmement plus vite. Je me considère comme une personne facile à aider, dans le sens que je suis quelqu'un qui progresse. Ça fonctionne pour moi la psychothérapie. J'aurais eu besoin d'un peu plus. J'ai dû souvent recommencer le processus. Moi, j'ai décroché des CLSC, parce que je n'y crois plus. Le temps d'attente est trop long et de toute façon quand je suis près du résultat et de la réussite, c'est fini. Moi, ce n'est même plus une ressource. »* (pair chercheur)

Une professionnelle rapporte avoir besoin de trouver un sens à ces interventions de courte durée et que ce sens se retrouve notamment dans les concepts « d'épisodes de soins » et « d'intervenant pivot ».

*« Si l'on fait une logique court terme, il faut que ce soit présenté aux intervenants et qu'elle soit intelligente. Il y a des logiques courts termes qui ne font pas de sens, alors les intervenants sont frustrés. Moi, qui ne viens pas d'une approche court terme, je dois réussir à me faire un sens, parce que si je ne l'ai pas, je ne peux pas la transmettre. [...] La logique court terme, on pourrait la présenter autrement comme des épisodes de soins qui vont être de courte durée, mais qu'il pourra y en avoir plusieurs. On n'est pas dans une logique court terme de soins. On est dans une logique à plus long terme, mais avec des épisodes courts termes. Cela permettrait d'avoir un lien avec la personne, de lui dire : "Voici comment on va s'organiser : dans tel ou tel contexte, permettez-vous de me rappeler, je reste une personne pivot." »* (professionnelle)

Cela fait écho aux propos d'une autre professionnelle, formée aux approches courts termes, qui affirme que : « Si je n'y croyais pas, je ne pourrais pas. » La manière dont les questionnaires présentent la transition vers les interventions de courte durée pourrait influencer la manière dont elle sera accueillie par les professionnels et par la suite présentée aux usagers.

*« La manière dont le court terme est présenté aux intervenants par les supérieurs va aussi influencer comment les intervenants vont l'apporter aux clients. Expliquer pourquoi on fait ce tournant-là. Pour adhérer, il faut que ce soit bien présenté par les gestionnaires. »*  
(professionnelle)

### **L'importance de l'explication**

Plusieurs pairs chercheurs et professionnelles estiment que la manière de présenter le cadre de l'intervention, sa durée et sa logique, est déterminante. L'absence d'explication suscite incompréhension et frustration.

*« Juste de comprendre la logique de l'intervention, c'est de l'information nécessaire. Les gens sur le terrain se disent : "Ils me limitent. Ils ne veulent pas de moi." C'est facile de généraliser puis de se dire que c'est contre toi, que c'est le gouvernement. Les gens ont besoin de savoir que les intervenants travaillent pour eux et non contre eux. »* (pair chercheur)

*« Concernant l'aspect mobilisant du nombre limité de rencontres, c'est à condition que ce soit bien expliqué au patient dès le départ. »* (pair chercheur)

*« Si tu te fais dire que c'est dix rencontres pis que c'est comme ça, si tu ne connais pas la raison, tu fais, ben là, tu es donc bien bête. Il faut que tu expliques les limites et qu'est-ce qu'on peut faire avec ça. »* (pair chercheur)

*« La majorité des gens, ils ont un travail, autre chose, ils n'ont pas envie que ça dure trop longtemps, la démarche. Ils ont envie de venir, de s'outiller et de repartir. Ça dépend toujours de comment on vend ça. Si on dit : "C'est plate, vous perdez, c'est à cause du gouvernement, des coupures..." Tu ne génères pas de l'espoir chez ton client. Mais si tu y crois et que tu es formé là-dedans, tu ne véhicules pas le même message à ton client. »* (professionnelle)

Cependant, une bonne explication du rationnel des interventions de courte durée ne saurait se substituer à une intensité suffisante de services dans le cas où une personne utilisatrice aurait des besoins excédant ce cadre. En effet, certains craignent que l'on tente ainsi de « convaincre » les personnes utilisatrices de services que cette approche est adéquate pour elles d'un point de vue clinique, alors que ce sont des considérations budgétaires et administratives qui prévalent en réalité.

Une professionnelle qui travaille avec un cadre de quinze à vingt rencontres explique que les usagers ne réagissent pas négativement à la manière dont elle présente les choses. Elle leur précise qu'on arrive généralement à répondre à la demande dans ce nombre de rencontres, qu'ils seront des partenaires dans le processus, et qu'à la fin elle réévaluera la situation avec eux et réfèrera au besoin.

*« Moi, je leur dis : "On a entre quinze et vingt rencontres. On est dans des approches courts termes au CLSC. Je peux vous rassurer que la plupart des gens que je rencontre, on arrive à répondre à la demande. On va prendre quelques rencontres pour bien cerner la problématique. On va fixer ensemble des objectifs, on va voir à les atteindre, mais on va réévaluer dans le parcours où l'on s'en va avec ça. Puis, quand on termine, on verra. Il y aura peut-être un besoin de référer à un autre service ou autre chose. On va le réévaluer ensemble, on va être des partenaires. Je vais toujours vous tenir au courant d'où l'on est rendu, on va faire des bilans de parcours." Je leur dis : "On a un cadre d'environ une rencontre aux deux semaines, mais calculez ça, on peut se voir pendant presque un an. Pis des fois il y a des gens qui préfèrent me voir aux mois." Je leur dis au départ : "Vous traversez un moment difficile, c'est à moi de m'adapter à vous, pas à vous de vous adapter à moi." Il faut apporter les choses avec souplesse. »* (professionnelle)

Une autre professionnelle trouve facilitant d'utiliser une métaphore pour expliquer la thérapie aux personnes utilisatrices de services.

*« Il y a une image que j'ai utilisée à quelques reprises et qui semble aider les gens à comprendre ce qu'on va faire. C'est un peu comme décaper un meuble. Un meuble en bois qui a trois, quatre couches de peinture. Là, on va peut-être en enlever une couche ou deux. Tu vas le mettre dans le coin, puis tu prendras le temps de le regarder. Puis, ça se peut que tu veuilles qu'il reste comme ça un bout, comme ça se peut qu'il faille retourner au bois. Tu reviendras à ce moment-là. »* (professionnelle)

Les pairs chercheurs rapportent qu'ils ont besoin de mieux comprendre le rôle du CLSC et de la 1<sup>re</sup> ligne comme porte d'entrée du système.

*« Dire que le CLSC c'est vraiment la porte d'entrée. Pour moi, c'était la première fois que j'étais en contact avec les services en santé mentale, je n'avais aucune idée de ce que ça représentait. De préciser que c'est comme la porte d'entrée, ça peut justifier le court terme. Le but est d'accueillir, d'évaluer et de jeter les premières bases, et qu'après il pourra y avoir d'autres choses. »* (pair chercheur)

### **La personne au cœur de son rétablissement**

Sans banaliser l'état de détresse et le sentiment d'impuissance pouvant être ressentis par les personnes utilisatrices de services, particulièrement lors de la phase aiguë des difficultés de santé mentale, les pairs chercheurs estiment qu'il est important que les professionnels expliquent à la personne utilisatrice de services le rôle actif qu'elle peut jouer dans son propre rétablissement.

*« Les balises devraient tout de suite être mises en place dès la première rencontre. Ce n'est pas : "Tu as dix séances pour faire ton travail", mais c'est : "Voici c'est quoi les services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale, c'est quoi notre rôle, c'est quoi qu'on peut vous apporter, puis c'est quoi votre rôle à vous aussi." C'est de mettre le patient au cœur de son rétablissement. "Vous êtes responsable de votre rétablissement. Il faut définir un objectif qu'on va travailler ensemble. Au départ, on va travailler là-dessus, puis on va vous laisser aller à l'extérieur cogiter. On va vous donner des outils pour vous aider à aller faire votre propre travail." Le patient doit comprendre la logique de tout cela. Et il doit savoir que c'est lui qui est responsable de son rétablissement : "Moi je suis ici pour te 'coacher', mais c'est toi qui fais le travail." »* (pair chercheur)

*« Je suis là parce que je crois au rétablissement, je crois qu'on a besoin d'un peu d'aide pour s'aider. Tout le monde le sait et le dit, c'est nous autres même qui faisons le travail. Mais pour s'aider, on a besoin d'aide. »* (pair chercheur)

Une professionnelle utilise l'analogie des cours de guitare pour expliquer à la personne le rôle actif qu'elle aura à jouer dans la démarche et dans son rétablissement.

*« Je fais des parallèles avec des cours de guitare. Si on passe une heure à regarder une guitare ensemble, à regarder les cordes, les notes sur la portée, à la fin de nos quinze rencontres, penses-tu que tu vas être capable de jouer un morceau de guitare? La personne me dit : "Non." Je leur dis donc que l'heure qu'on va passer ici est importante, mais [que] pour atteindre tes objectifs, notre heure n'a pas autant d'importance que ça par rapport à tout ce que toi tu vas mettre en pratique entre les rencontres. La demi-heure de guitare que tu pratiques tous les jours, c'est elle qui va te faire jouer un morceau à la fin. Moi je vais*

*t'accompagner là-dedans, mais ce n'est pas moi qui vais prendre le volant de ta vie. »*  
(professionnelle)

### **La préparation de la fin et la possibilité d'interventions ponctuelles subséquentes**

Dès l'annonce du nombre limité de rencontres, certaines professionnelles précisent qu'il y aura un bilan à la fin et que si des besoins demeurent non répondus, des moyens seront envisagés avec la personne pour y répondre. Cette pratique permettrait de rassurer la personne et est jugée très importante par les pairs chercheurs.

*« Certaines personnes, en douze rencontres, on peut faire un bout de chemin. Il faut dire : "C'est un premier épisode de douze rencontres, suivi d'un bilan. Et le bilan va être très important et après le bilan on va regarder où vous en êtes, quel chemin est fait, vers où vous voulez aller et quels sont les moyens." Pour moi, c'est essentiel de dire cela. »*  
(professionnelle)

*« J'aimerais qu'on m'explique quand j'arrive qu'il peut y avoir une continuité. Le CLSC m'offre une 1<sup>re</sup> ligne, un début, on fait un certain travail. Mais, qu'on me dise dès le départ qu'il y a possibilité, si le besoin se manifeste, que je puisse poursuivre ailleurs. À ce moment-là, j'ai espoir, je suis rassuré. Je ne tiens pas mordicus à ce que cette continuité soit absolument le CLSC qui poursuive les soins. Je veux juste savoir qu'elle existe, que je ne serai pas abandonné. »* (pair chercheur)

Un pair chercheur rapporte ne pas avoir été suffisamment préparé à la fin du service, ce qui aurait contribué à sa rechute selon lui.

*« Quand on m'a dit que la prochaine séance serait la dernière, ça m'a déstabilisé, je n'étais pas préparé. Quand on a fini les dix séances, je fais quoi, je vais où? Ça y est, c'est fini. La rechute était prévisible parce que je n'avais pas de coffre à outils. Ça y est, tu sors, on ferme la porte et tu te retrouves dehors devant la dépression et l'anxiété. »* (pair chercheur)

Considérant le fait que l'intervention est de courte durée, plusieurs professionnelles et pairs chercheurs estiment qu'il est crucial de faire des bilans régulièrement pour s'assurer que la démarche continue d'être bien enlignée sur les besoins de la personne, que les objectifs sont en bonne voie et que la fin est bien préparée.

*« Il faut prendre le temps de définir ce sur quoi on va travailler, à quoi on peut s'attendre et puis, au fur et à mesure, régulièrement dire : "Ça fait deux, trois rencontres qu'on a faites. Avez-vous l'impression qu'on avance vers ce qui est important pour vous?" Vérifier régulièrement si l'on est dans la bonne direction, c'est notre rôle à nous comme professionnel. »* (professionnelle)

*« Systématiquement, chacun de mes clients part avec un bilan de démarche. En début de rencontre, je leur lis ma fiche évolutive de l'ancienne rencontre afin qu'il y ait une continuité, qu'eux aussi voient leur évolution. Ils savent, par exemple, qu'on est rendu à la rencontre numéro deux. Un moment donné, on réévalue les objectifs et, un moment donné aussi, on se dit qu'il ne nous en reste pas beaucoup de rencontres. "Aimeriez-vous mieux qu'on les espace pour qu'on ait un peu plus de temps ensemble? S'il y a des choses que vous voulez travailler, vous allez avoir plus de temps. Est-ce qu'on peut vous donner des outils pour que vous puissiez le faire par vous-même?" Les gens savent qu'il va y avoir une fin et on la prépare. Ils terminent avec un bilan de démarche : c'était quoi les objectifs de départ, c'était quoi ma compréhension de la problématique, comment prévenir la rechute si ça se reproduit, ça va*

*être quoi les signes, comment je vais m'en rendre compte. Ils partent avec un document qu'on a travaillé ensemble en quelques rencontres. Je trouve ça important, parce que ça devient une feuille de route. Il y a des choses là-dessus qui vont rester des "guidelines" sur toute une vie. »* (professionnelle)

Tant pour les professionnelles que pour les pairs chercheurs, il est essentiel de rassurer la personne d'emblée sur le fait qu'elle pourra toujours revenir au CLSC après la fin de l'intervention si elle en ressent le besoin.

*« De sentir aussi que si jamais il y avait une grosse phase de crise ou de découragement, qu'il y a une porte toujours ouverte au CLSC, où ils connaissent déjà notre cas. De façon sporadique. »* (pair chercheur)

*« L'importance de savoir qu'il y a une porte ouverte. La possibilité que dans quelques mois, rappeler pour voir si tout est correct. Dire à la personne : "S'il y a quelque chose, tu peux toujours me rappeler." Juste cette petite phrase-là, c'est important. »* (professionnelle)

*« Parfois, en 1<sup>re</sup> ligne, c'est un "package deal" et on termine, mais parfois c'est simplement une étape parmi tant d'autres. C'est important de préparer cette étape-là en fonction des besoins de la personne maintenant, quand elle arrive. D'anticiper les besoins pour un peu plus tard quand nous on va s'être retiré, mais en restant toujours un peu un filet de sécurité. C'est important qu'on demeure un filet de sécurité si jamais, dans la suite des autres étapes, il y a quelque chose qui ne se passait pas bien. Que la personne puisse revenir pour qu'on puisse retravailler la prochaine étape. »* (professionnelle)

Les pairs chercheurs insistent toutefois sur le fait qu'il doit s'agir d'une réelle possibilité, sans culpabilité. Certains ont en effet rapporté que leur intervenant leur avait laissé sous-entendre que c'était possible de recontacter le CLSC, mais que c'était mieux de ne pas le faire.

*« Mon psy me l'avait déjà offert en CLSC : "S'il y a de quoi, tu peux rappeler, mais je ne suis pas supposé... » En me disant cela, je me suis dit que je pouvais peut-être le mettre dans le trouble. »* (pair chercheur)

*« Ça m'est arrivé de demander à revoir ma psychologue à un moment où il se passait quelque chose de très important et on me l'a accordé. Mais ça m'est arrivé à un autre moment et l'on m'a dit qu'il fallait que je repasse par le comité d'évaluation. Ça m'a tout de suite arrêtée. Ça veut dire combien de temps ça? Ça a fait comme une porte qui s'est fermée, comme cela. Je me suis dit que peut être que je n'y avais plus droit. »* (pair chercheur)

Un suivi plus systématique quelques mois après la fin de l'intervention mériterait d'être envisagé selon plusieurs. Cela permettrait de consolider certains acquis et de s'assurer qu'on a bien répondu aux besoins de la personne utilisatrice de services. La possibilité de maintenir un lien avec le professionnel rencontré en suivi est perçue positivement par les pairs chercheurs, car le fait de devoir repasser par le comité d'évaluation est une source de stress.

*« Ce que je trouve intéressant et que ça me fait réfléchir, c'est que, jusqu'à un certain point dans le suivi court terme, on sent qu'il y aurait un volet "follow-up" qui pourrait être pertinent. Est-ce qu'on peut trouver une façon de venir bonifier cette offre-là? Est-ce que ça pourrait rendre le suivi court terme encore plus performant. En termes de rentabilité sociale, une personne qui reviendrait consulter une fois ou deux et que ça lui permet de continuer plutôt que de se détériorer après coup et qu'elle se dit que "finalement, là, je suis correcte", tout le monde est gagnant. »* (professionnelle)

*« Il faudrait qu'il y ait une continuité de lien thérapeutique possible. Que ce soit : "On se revoit dans trois mois." Qu'il y ait une ouverture dans le temps, à un contact possible. »*  
(pair chercheur)

*« Moi, je préférerais un rendez-vous fixé dans le temps réel. D'expérience, mon dossier a été fermé après cinq rencontres. Si je voulais avoir un service, il fallait que je reparte tout le processus. Se faire dire : "Appelle-moi si tu as besoin", je trouve que ça brise le lien thérapeutique. Ça pourrait être entendu comme : "Essaie de ne pas le faire..." Ça peut être dit sincèrement, mais connaissant le système de santé actuel, j'aurais tendance à privilégier une rencontre fixe, quitte à ce que ce soit révisé par téléphone avant : est-ce que le besoin est vraiment là, plutôt que de laisser cela aux aléas du système. »* (pair chercheur)

Que le professionnel devienne en quelque sorte un intervenant pivot pour la personne permettrait d'éviter le phénomène de la porte tournante.

*« Il y a des gens qui sont frustrés et qui aimeraient continuer, mais il faut leur dire que dans le système public on a quand même un mandat. On devient un peu une personne pivot. On est censé être disponible pour les patients qui rappellent. Ça ne veut pas dire qu'on va pouvoir les voir pour un suivi, mais on est censé pouvoir au moins réévaluer la situation. Ça serait important de clarifier cela. Il faut que dans le système public, il y ait un intervenant pivot qui connaît cette personne-là. Les portes tournantes un peu partout, là, c'est très coûteux. »*  
(professionnelle)

### **La flexibilité**

En plus de devoir préparer la fin et de permettre des rencontres ponctuelles après l'intervention, les professionnelles ont souligné à quel point il était important d'avoir de la flexibilité dans le nombre et le rythme des séances. Avoir la possibilité d'ajouter quelques rencontres ou de les étaler sur une période d'un an pourrait faire toute la différence pour certaines personnes utilisatrices de services.

*« Je pense qu'accessibilité et efficacité peuvent aller ensemble si on a une certaine flexibilité et si on peut être créatifs. Justement, si on peut faire douze rencontres sur un an, sans se faire dire que notre épisode est trop long, ou des choses comme ça. Je pense que là où il y a de la créativité, on peut faire bien des choses. Mais quand il y a du "top down", ça nous coupe un peu l'herbe sous le pied de la créativité. Ça devient plus difficile d'imaginer des aménagements qui pourraient, pour parler un langage gestionnaire, ne pas être si coûteux que ça, mais avoir un impact bien intéressant pour les gens et les intervenants. Je pense que s'il y a de la flexibilité, oui, ça peut être viable. »* (professionnelle)

*« Moi, je leur dis : "Nous, comme système, on va aller à votre rythme, c'est à vous de déterminer la fréquence des rencontres, mais le cadre général qui s'applique à tout le monde c'est 12-15 rencontres." Après, à la rencontre bilan, on va voir selon le cheminement de la personne si l'on donne cinq rencontres de plus. »* (professionnelle)

*« Dans le fond, quinze rencontres, c'est plusieurs mois de suivi, parce que, nous, on met les rencontres aux deux semaines. Donc, on suit les gens sur au moins six mois, des fois même un peu plus, parce qu'il y en a qui espacent les dernières rencontres. Je dirais que la majorité de ceux qui consultent, on fait un bon bout de chemin dans ces quinze rencontres. »*  
(professionnelle)

Les pairs chercheurs sont aussi d'avis que la flexibilité est essentielle et que c'est le professionnel qui est le mieux placé pour déterminer la durée de l'intervention.

*« Au début, on m'avait dit que j'avais tant de rencontres. J'ai essayé d'étirer ça. Quand il me restait juste deux ou trois rencontres, je les ai mises au mois. Je trouve ça logique qu'on y aille avec un étirement vers la fin. » (pair chercheur)*

*« Il faut qu'il y ait de la flexibilité aussi au niveau de la durée. Cela peut aussi agrandir la confiance et changer énormément la pression mise sur l'usager. Il n'y a pas un gestionnaire qui est aussi bien placé que l'individu qui offre le service au patient. » (pair chercheur)*

*« Créer la relation de confiance, qui est si importante, ça peut prendre du temps. Pour moi, ça arrive vers la 9<sup>e</sup> ou la 10<sup>e</sup> rencontre. Il en reste deux après. Et là, tu es prêt à te dévoiler, puis tu sais que la personne est vraiment là pour toi et que tu as confiance qu'elle ne te juge pas, qu'elle a ce qu'il faut. C'est pour cela que je trouve que ça prendrait peut-être une ou deux rencontres de plus. C'est à la discrétion du psychologue. C'est lui qui sait si ça vaut la peine, si on avance. Il faudrait qu'il y ait une certaine marge de manœuvre. On a été blessé, on a de la misère à faire confiance, c'est pour cela qu'on aurait besoin d'un peu plus de temps. » (pair chercheur)*

Parfois, quelques rencontres de plus pourraient faire toute la différence selon les pairs chercheurs.

*« La rencontre d'une heure que j'aie avec l'intervenante, c'est une ressource, c'est la seule que j'aie pendant ma semaine. Toute ma semaine, c'est une lutte, mais quand je viens lui parler, elle sait des choses que moi je comprends mal dans ma condition et ça déclenche quelque chose de positif au niveau énergie. Ça va mieux et ce n'est pas aussi dramatique que je le vois. L'accompagnement que j'aurais aimé, c'est que ça aboutisse. Il y a un travail sur le terrain que je fais, il y a un travail thérapeutique ou psychologique que je fais avec l'intervenante, ça aurait pu prendre peut-être quatre séances ou cinq séances de plus, et peut-être que j'aurais franchi le pas et atteint mon objectif. Mais les interventions se sont arrêtées. Et puis là on a toutes les autres difficultés et on finit par abandonner ce qu'on a commencé, parce qu'on a encore un gros bout devant nous. » (pair chercheur)*

*« Admettons qu'on a les quinze rencontres, moi je trouve ça dommage, que ça en prendrait deux ou trois de plus pour que ça ait servi vraiment à quelque chose. C'est plus économique de leur en donner deux ou trois de plus que d'avoir à tout recommencer le processus, parce que la personne va se réinscrire, elle va refaire une demande. » (pair chercheur)*

### **La collégialité ou les rapports de force**

La décision d'ajouter quelques rencontres supplémentaires pour une personne utilisatrice de services qui en aurait besoin est importante et chargée émotionnellement pour les professionnelles. Celles-ci ont à cœur le bien-être de la personne et sentent qu'il en va parfois de leur responsabilité professionnelle de plaider pour une augmentation de la durée de l'intervention. Lorsque la décision est prise en équipe, dans une relation d'entraide et de collégialité, cela est perçu comme un facteur facilitant la transition vers les interventions de courte durée.

*« Le virage court terme ne s'est pas fait du jour au lendemain. Ce qui fait la force des interventions, c'est la souplesse. Ça peut être huit rencontres, ça peut être douze, mais il y a quand même une orientation globale qu'on ne s'éternise pas à plus finir, parce qu'on n'a pas la possibilité de faire cela. Il y a des gens qui vont en souffrir aussi si on fait ça. Mais il y a quand même une souplesse à travers cela qu'on peut garder. On peut venir avec l'équipe : "Voici, j'ai un client qui a des problématiques x, y, z et je pense que ça serait pertinent de continuer." » (professionnelle)*

*« Le contexte d'équipe est important, parce qu'on se partage ensemble la liste d'attente. Si, moi, j'arrive au bout de mes dix rencontres et que je me sens dans une impasse, par exemple la personne est en dépression majeure et ça a très peu évolué, si j'arrête le suivi à ce moment-là, c'est violent un peu, ce n'est pas une bonne idée. Je vais amener ça à mon équipe pour être confrontée par rapport à mon point de vue. "Est-ce qu'il a de l'allure? Est-ce que vous avez des idées? Quelles autres pistes que je pourrais prendre? Est-ce qu'il y aurait d'autres ressources qui pourraient aider la personne?" Je pourrais me donner un cinq rencontres de plus, si l'équipe accepte, pour voir à essayer autre chose. C'est la force de ne pas être seule dans notre bureau avec les personnes qu'on suit. » (professionnelle)*

Par contre, lorsque la décision est prise par les gestionnaires, cela peut donner l'impression aux professionnelles qu'elles sont dans un rapport de force avec ces derniers et que deux logiques différentes s'affrontent : l'une étant de soigner et l'autre de réduire les coûts. Elles sentent parfois qu'elles doivent « se battre pour défendre leurs clients » lorsqu'elles sentent qu'ils ne sont pas suffisamment rétablis pour mettre fin à l'épisode de services. Cette situation fait vivre de la détresse et de l'inquiétude à certaines professionnelles qui doivent décider quels dossiers elles vont tenter de défendre pour obtenir quelques rencontres de plus et quels dossiers elles vont devoir fermer.

*« Le clinicien doit être très fort intérieurement en termes d'autonomie affective, parce qu'il faut savoir résister à la pression de nos gestionnaires. Au sens fort et noble de la chose, il faut qu'on devienne des résistants. [...] Si mon gestionnaire veut que j'augmente ma cadence, il faut que je lui dise que : "Ta logique je l'entends, mais ma logique de clinicienne va être ça. C'est mon éthique." C'est vraiment un rapport de force qui augmente en ce moment. » (professionnelle)*

*« Des fois, on arrive à un point après douze rencontres où la personne n'est pas stabilisée, ce n'est pas suffisant. On peut prolonger dans certains cas, mais qui je prolonge et qui je ne prolonge pas? Sur quoi je me base? Beaucoup de cassage de tête, de culpabilité. C'est très difficile de devoir dire à quelqu'un qu'on va mettre fin quand, intérieurement, on ne veut pas. » (professionnelle)*

*« Le but ultime, c'est d'essayer de se rapprocher le plus de ce qu'on a convenu avec la personne qu'on pouvait faire en douze rencontres. Même si on sait que parfois notre objectif va être quelque chose d'un peu intermédiaire, qui ne sera pas vraiment satisfaisant. Mais, des fois, l'alliance, ça prend neuf, dix, onze rencontres avant d'arriver à créer quelque chose de significatif, et là, on se dit "cool" on va pouvoir travailler... et puis non, ça s'arrête. Des fois, on peut aller un peu aux barricades et défendre notre point de vue, et on le fait autant que faire se peut, mais au bout du compte on a un contrôle assez limité sur la décision finale. » (professionnelle)*

### **Le rétablissement est un processus à long terme**

Des pairs chercheurs ont souligné que, même si les interventions sont de courte durée, le rétablissement s'inscrit dans le long terme. La personne doit être informée qu'il faut continuer à être vigilante et à faire attention à ne pas retomber dans ses anciens comportements.

*« C'est du court terme pour les interventions, mais pour les usagers c'est du long terme. Je ne suis pas sûr que ce soit clair pour les personnes. [...] Moi, j'ai souvent vu du monde qui ont des super belles interventions, mais on ne se rappelle pas qu'on souffrait et on se remet dans les mêmes "patterns" qui nous ont apporté de la souffrance. Puis, on remet le feu encore. Ce*

*n'est pas parce que les pompiers ont mal éteint le feu. Ben non, la personne a remis le feu encore une fois. » (pair chercheur)*

D'ailleurs, la rechute fait bien souvent partie du processus et n'est pas un signe que l'intervention obtenue n'était pas efficace.

*« Je ne suis pas d'accord d'utiliser le nombre de rechutes comme variable pour mesurer l'efficacité. J'ai des doutes, parce que, moi, je l'ai vécu dans ma vie. Je ne pense pas qu'on puisse dire qu'une personne qui a fait plusieurs rechutes, c'est parce que le traitement n'était pas efficace. » (pair chercheur)*

Certaines professionnelles estiment qu'il est de leur devoir d'informer les usagers que le rétablissement se fait à long terme et qu'il y aura des aspects à continuer de travailler après l'intervention.

*« Dire aux personnes que le travail doit se faire sur le long terme après la fin de l'intervention, ça fait partie du travail de l'intervenant. Moi, pour les troubles anxieux, je leur explique qu'il y a souvent une chronicité, que c'est quelque chose qu'il faut retravailler, qu'il y a des grands bouts où ça peut bien aller, puis voir quels sont les signes d'une rechute, puis l'importance d'aller consulter. » (professionnelle)*

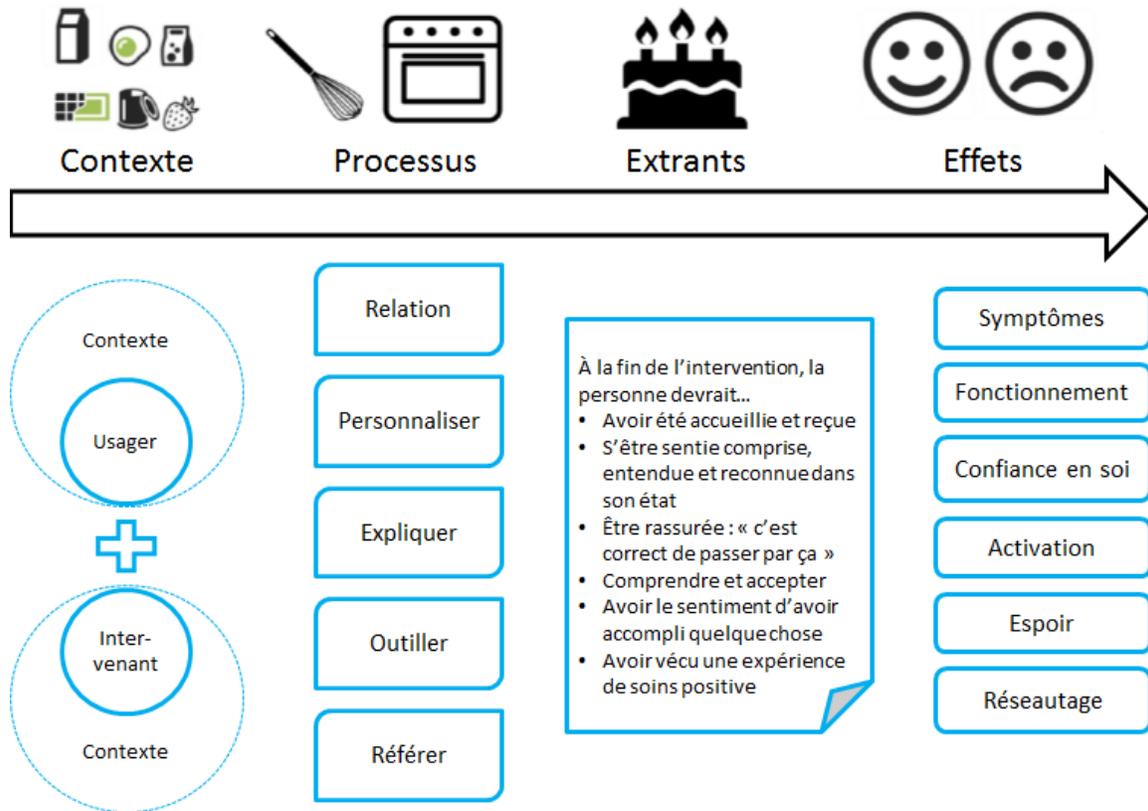
*« Quelqu'un qui dit : "Moi, c'est difficile de m'affirmer, de poser des limites", c'est clair qu'en quinze rencontres je vais l'accompagner un bout là-dedans. Je vais l'outiller, mais ça va rester le chemin d'une vie l'affirmation de soi. Mais on peut peut-être ensemble commencer des étapes, puis le suivre là-dedans et après ça peut-être identifier un proche qui pourra l'accompagner ou identifier une ressource communautaire. » (professionnelle)*

*« Les psychologues, on enraye les symptômes négatifs, mais on n'aide pas à cultiver les émotions positives, à assurer le maintien et à prévenir la rechute. En ce sens-là, c'est important que, pour tous les clients, qu'ils soient au courant des sites internet où ils peuvent continuer à s'alimenter ou de livres ou de ressources. Ça envoie le message qu'on a fait des choses ensemble, mais que ça continue. C'est comme un peu le chemin d'une vie. En même temps, on envoie le message qu'on ne peut pas tout réparer non plus. C'est le chemin d'une vie pour tout le monde. Il n'y a personne de parfait. On est tous en cheminement. » (professionnelle)*

#### **4.2. La modélisation des interventions de courte durée**

Les rencontres de croisement des savoirs ont permis d'identifier, de manière consensuelle, six principaux effets que devraient viser les interventions de courte durée, ainsi que cinq ingrédients clés (voir figure 2). La présente section détaille les différentes composantes du modèle.

Figure 2. Modélisation des interventions de courte durée



#### 4.2.1. Les effets visés

##### A. Symptômes

Les symptômes devraient être apaisés et stabilisés au terme de l'intervention de courte durée. Il n'est pas nécessaire qu'ils soient complètement disparus, mais que la personne soit capable de les gérer, de les tolérer.

*« Un des objectifs devrait être d'apaiser la crise, la détresse. Parce que quand je suis arrivé au CLSC, j'étais vraiment complètement perdu. » (pair chercheur)*

*« L'apaisement. Que la personne sente qu'il y a un poids d'enlevé par rapport à son angoisse. » (pair chercheur)*

L'objectif de faire complètement disparaître les symptômes pourrait s'avérer contre-productif pour certaines personnes, les empêchant d'investir les aspects positifs de leur vie et de s'épanouir autrement.

*« Pendant des années, pis avec toutes mes thérapies, pis avec tout ce que je recevais, je confondais guérison pis rétablissement. Puis, un jour, j'ai réalisé que j'aurais peur toute ma vie. Que je ne pourrais pas guérir de l'anxiété, que je serais anxieux, que j'aurais peur de plein d'affaires toute ma vie, mais que je pouvais vivre avec ces peurs-là. J'ai senti une ouverture physique. » (pair chercheur)*

*« Il y avait une dame avec qui je travaillais et qui était formidable. Elle était bipolaire et toute sa vie elle avait essayé de ne plus être bipolaire. La journée où elle a décroché de ça, de l'espoir d'être guérie, et qu'elle a commencé à investir sur ce qui allait bien dans sa vie, entre autres son travail, et qu'elle a oublié ce volet-là, elle n'était plus une malade. Elle était quelqu'un qui était bipolaire et qui avait appris à bien fonctionner avec ça, et elle a réalisé plein d'autres choses dans sa vie. Elle s'était axée juste là-dessus : je suis anxieuse, je suis une TP. On les définit en fonction de leurs symptômes plutôt qu'en fonction de ce qu'ils sont comme personnes. » (professionnelle)*

*« Un monsieur avait un trouble anxieux avec des TOC, etc. Il avait consulté plein de monde. Ça lui avait coûté très cher en privé et il gardait espoir qu'un jour il serait guéri. La journée où il a pris conscience que "oui, c'est vrai, peut-être que tu vas être anxieux toute ta vie, mais peut-être que tu peux être anxieux et heureux pareil", il a lâché cet espoir-là d'être guéri et cela a changé sa vie, parce qu'il s'est mis à investir dans quelque chose sur lequel il avait un certain contrôle, un certain pouvoir. » (professionnelle)*

## **B. Fonctionnement**

Au terme de l'intervention de courte durée, la personne devrait avoir retrouvé un certain niveau de fonctionnement.

*« Il faut que la personne soit fonctionnelle. Qu'elle soit capable de faire les tâches minimums dans son quotidien : pouvoir faire son lavage, se laver, faire son épicerie, etc. » (pair chercheur)*

*« C'est un rétablissement, dans le sens d'une capacité à reprendre la vie courante, être capable de faire ses activités. Le signe le plus probant d'une rémission, c'est le retour à la communauté. Un réengagement dans ses activités, dans ses liens. » (pair chercheur)*

Du soutien dans des démarches concrètes, comme des demandes d'assurance chômage ou d'aide sociale, serait nécessaire selon plusieurs pairs chercheurs, particulièrement lorsque les symptômes sont très aigus et qu'ils nuisent de manière importante au fonctionnement.

*« La personne a peut-être un problème de santé mentale, mais il y a plein d'autres problèmes autour à cause de cela. Ce n'est pas juste cela qui doit être pris en charge. Tu ne travailles plus, parce que tu ne fonctionnes plus, mais est-ce que tu es capable de faire ta demande à l'assurance chômage? Il y a plein de démarches qu'il faut que tu fasses parce que tu ne fonctionnes plus. » (pair chercheur)*

*« Je ne sais pas comment ça pourrait s'organiser, mais il faudrait vraiment un accompagnement plus complet, comme la situation financière, la nutrition, des trucs de base comme cela. Quand je suis dépressive, je ne mange pas. J'ai beau travailler beaucoup, parler beaucoup, mais si je n'arrive pas à me nourrir, je ne vois pas comment je peux m'en sortir. » (pair chercheur)*

Un pair chercheur a eu la chance d'avoir quelques visites à domicile d'une éducatrice spécialisée dans le cadre d'un suivi d'intensité variable et cela l'a beaucoup aidé à se structurer et à faire les démarches qu'il avait à faire.

*« Mon état avant l'intervention, c'était une désorganisation totale. J'étais en dépression, ça faisait un an et demi. J'ai vu une travailleuse sociale à peu près quatre mois, mais ça ne marchait pas parce que mon besoin c'était que j'aie quelqu'un chez nous. Tout ce qui ne*

*marchait pas, c'était dans ma maison. Je n'étais plus capable de faire mon lavage, j'avais des dettes de cartes de crédit, j'avais plein de téléphones à faire et je n'étais plus capable et je ne savais pas par quel bout prendre ça. Finalement, une éducatrice spécialisée a commencé à venir chez nous à toutes les semaines. Le fait qu'elle venait chez nous, ça m'a motivé de manière incroyable. J'ai fait les appels téléphoniques que je devais faire depuis des mois. Sans elle, je ne sais pas comment je m'en serais sortie. J'avais des idéations suicidaires avant qu'elle entre dans ma vie. » (pair chercheur)*

### **C. Confiance en soi**

La personne qui a terminé son intervention au CLSC devrait avoir confiance en ses capacités à poursuivre son processus de rétablissement. Elle devrait avoir « *le sentiment d'une reprise de contrôle sur sa vie* ».

*« Sentir que j'ai les compétences, que j'ai les capacités. » (pair chercheur)*

*« Ce qui est plus sécurisant pour moi, c'est que la personne soit confiante, qu'il y a une lumière au bout du tunnel, qu'elle est capable. » (professionnelle)*

*« Que la personne ait plus accès à ses propres ressources. » (professionnelle)*

L'autonomie est ressortie à plusieurs reprises dans les échanges comme étant une finalité importante des interventions, tant dans le discours des pairs chercheurs que des professionnelles.

*« On a tendance à se fier : "Ah, elle est psy, elle va savoir mieux que moi" ou "Lui, il est médecin, il va savoir." Il faut que les personnes se réapproprient leur pouvoir sur leur vie. Dans le fond, c'est une aide, mais il faut que, moi, je me comprenne. Ce n'est pas à eux de me comprendre, c'est à moi de me comprendre. Ils sont là pour m'aider à me comprendre. Je n'ai pas à me fier sur eux; j'ai à me fier sur moi. » (pair chercheur)*

*« Pouvoir développer son autonomie et avoir un meilleur contrôle sur sa maladie et ses difficultés. » (pair chercheur)*

*« Le but ultime, c'est d'être capable de savoir que, s'il arrive une situation encore, qu'elle est capable d'être autonome et de savoir quoi faire. De partir avec un plan de rétablissement. » (professionnelle)*

*« Confiance dans sa capacité à continuer, un sentiment de compétence, qu'elle se sente apte à faire face et autonome pour régler ses difficultés. » (professionnelle)*

Afin de développer cette autonomie, les personnes ont toutefois besoin de temps et de soutien.

*« Dans l'idéal, s'il y a une progression pendant l'accompagnement qui peut être fait, arriver à un niveau d'autogestion et d'autonomie, de responsabilisation par rapport à soi-même, je pense qu'ultimement, c'est ce qui aide le plus à gérer sa santé mentale. Mais ça ne vient pas d'un coup. Il y a besoin de temps, d'une période où on a besoin d'être aidé. On a besoin de recevoir du soin avant de pouvoir prendre soin de soi-même quand on ne sait pas comment. » (pair chercheur)*

### **D. Activation**

Les professionnelles et les pairs chercheurs estiment que l'intervention doit avoir permis à la personne d'amorcer un cheminement qu'elle pourra poursuivre par la suite, à son rythme. Il faut qu'elle lui ait donné l'opportunité de se mettre en action et de s'engager sur la voie de son rétablissement.

*« De sentir que la personne a le désir de poursuivre son rétablissement, le désir de se retrouver ou de se trouver. De sentir que j'ai fait naître ce désir-là chez la personne et que la petite flamme est assez forte pour pouvoir continuer de s'alimenter elle-même. »*  
(professionnelle)

*« À la fin, il faut que la personne se sente mobilisée, qu'elle se mette en mouvement. »*  
(pair chercheur)

*« Que la personne sente qu'elle peut faire quelque chose, une action qu'elle peut faire suite à [l'intervention]. »* (pair chercheur)

## **E. Espoir**

En quittant le CLSC à la fin de son intervention de courte durée, la personne devrait avoir l'espoir qu'elle peut continuer à aller mieux.

*« Ça m'est arrivé souvent d'avoir des symptômes sévères, mais si tu as l'espoir, ça change tout. Ce n'est pas juste les symptômes. »* (pair chercheur)

*« Que la personne ressente de l'espoir, l'espoir que ça peut aller mieux. Qu'elle ne s'est pas fait dire qu'il n'y avait rien à faire. Et que la personne sente qu'elle peut faire quelque chose, une action qu'elle peut faire suite à cela. »* (pair chercheur)

Mettre des limites aux personnes et leur communiquer des pronostics défavorables seraient des pratiques à éviter selon un pair chercheur.

*« Et qu'on fasse confiance à mon potentiel. J'entends trop souvent des limitations. J'entends trop souvent des utilisateurs dire : "Mon intervenant m'a dit que je ne pourrais plus faire ça et que je vais être comme ça toute la vie." Ça arrive souvent qu'il y a des limites et, moi, je ne crois pas aux limites. Personne ne peut juger de ton potentiel. Il y a beaucoup de gens chez qui ça entre et ça devient une croyance, ça devient une vérité. »* (pair chercheur)

En réponse à un pair chercheur qui expliquait que les rencontres au CLSC ne lui avaient pas donné d'espoir, une professionnelle a exprimé toute l'importance de susciter rapidement de l'espoir chez les personnes utilisatrices de services.

*« Si ça ne produit pas de l'espoir en quatre rencontres, changez d'intervenant. Je trouve que c'est un effet important. C'est démontré que, si on n'a pas réussi en quatre rencontres à renouer avec l'espoir, on ne l'aura pas plus même si on poursuit la démarche. C'est important que ça soit produit assez rapidement cet effet-là. Ça fait partie de la relation. »*  
(professionnelle)

## **F. Réseautage**

Les personnes utilisatrices de services ont besoin d'être entourées d'un réseau personnel et communautaire à la fin de l'intervention. La présence d'un réseau de soutien est considérée par les professionnels comme un facteur de protection qui va faciliter l'intervention. Les membres de ce réseau de soutien sont rarement rencontrés par les professionnels. Pourtant, ils sont de précieuses sources d'information et auraient souvent besoin d'être outillés eux aussi.

*« S'assurer que la personne est entourée socialement, qu'elle a des gens autour d'elle et que ces personnes ont aussi des ressources pour aider cette personne-là. On ne mobilise pas assez les gens autour de nous. Le conjoint n'est pas impliqué là-dedans, la mère, le père. Quand les*

*gens autour d'eux n'ont pas d'informations vraiment, c'est souvent ça qui arrive : il y en a un qui tombe, il se relève, puis c'est le deuxième qui tombe. » (pair chercheur)*

*« Afin de mieux réussir l'intervention, s'il y a la possibilité de la présence d'un proche qui connaît la personne. Le proche apporte plus de nuances pour que le professionnel comprenne mieux la situation. » (pair chercheur)*

*« Rencontrer le patient avec une personne significative à la première rencontre. Pourquoi la première rencontre ne dure pas deux heures, quitte à enlever une rencontre d'une heure? Parce que moi, j'étais en détresse, je ne comprenais pas ce qui arrivait. Ce qu'on me disait, je le filtrais mal au début. Mon conjoint me disait : "Bon, qu'est-ce qu'ils vont faire?" Je lui répondais à peu près ce que j'avais compris, mais un peu à l'envers. Et lui me disait que ça n'avait pas d'allure. Le proche qui veut t'aider, il ne le sait pas, il a la même barrière dans sa tête que le commun des mortels qui n'est pas en santé mentale. Je pense que ça serait merveilleux si la personne significative était là pour dire : "Moi, je vois ça." » (pair chercheur)*

Une professionnelle souligne d'ailleurs que les membres de l'entourage peuvent être des alliés dans l'intervention.

*« Il y a quelques années, dans les étapes d'évaluation, j'avais demandé aux clients d'emmener un proche lors d'une entrevue. J'ai trouvé ça très riche de le faire. Je trouve ça important, parce que la personne est en crise et que des fois elle a de la difficulté à se définir. Je trouvais cela très précieux cette rencontre-là, parce que je disais au proche : "Vous qui connaissez bien et qui aimez beaucoup votre proche, vous l'avez connu dans des meilleurs temps. Vous me conseilleriez quoi à moi, comme psychologue, pour l'accompagner? Qu'est-ce que vous pensez qu'il devrait faire pour favoriser son rétablissement?" C'était des beaux moments touchants. Des fois, ça simplifiait beaucoup mon travail par la suite. » (professionnelle)*

#### **4.2.2. Ingrédients clés de l'intervention**

##### **A. Créer l'alliance**

Les professionnelles et les pairs chercheurs ont rappelé que, comme dans toute intervention en santé mentale, créer une bonne alliance avec la personne est crucial. Celle-ci doit se sentir accueillie et légitimée dans sa demande d'aide.

*« Ce qui est à la base de tout ce qu'on va construire dans le suivi, c'est le lien de confiance qu'on va créer. C'est essentiel au reste. Si ça, ce n'est pas là, il n'y a rien qui va aboutir. Et, des fois, ça peut prendre plus qu'une rencontre avant de le créer. Mais, souvent, dans la première rencontre, ça peut s'installer. Mais ça va passer beaucoup par être capable d'entendre ce que la personne a à dire. » (professionnelle)*

*« Il est très important, et c'est quelque chose qui m'a manqué, moi, de sentir que je pouvais faire confiance à l'intervenant que je voyais, et que j'étais accueillie, que je faisais bien de demander de l'aide. Mon expérience a été d'avoir été "antagonisée" tout de suite, de sentir que je prenais de la place que je ne devrais pas, que je faisais perdre du temps à la personne. Ce sont des choses comme ça qui ont fait que je n'avais pas confiance. Donner le sentiment à la personne que c'est correct. » (pair chercheur)*

*« Il faut créer un lien avec la personne, un lien significatif sur lequel elle peut sentir qu'elle peut se fier. Pour plusieurs personnes, c'est la première fois qu'elles ont un lien de confiance avec un adulte qui tient la route. Cet adulte, il incarne ce que c'est que d'être solide, il ne fait*

*pas semblant de l'être. Créer le lien thérapeutique en douze rencontres, je pense qu'on peut y arriver. » (professionnelle)*

## **B. Expliquer**

Pour les personnes utilisatrices de services, l'un des premiers pas vers le rétablissement est de mieux comprendre ce qui leur arrive, ce que sont l'anxiété et la dépression.

*« L'autre point, c'est comprendre ce qui se passe. Moi, je n'avais jamais vécu cela, je ne savais pas c'était quoi qu'est-ce qui fait que j'ai envie de me jeter devant un char aujourd'hui. » (pair chercheur)*

*« C'est important que la personne puisse bien comprendre le trouble dont elle souffre, de comprendre ce qui a déclenché l'arrivée de ce trouble-là, qu'elle soit capable de comprendre comment ça se manifeste autant au niveau de ses pensées, de son physique, de ses émotions, de ses comportements. » (professionnelle)*

Pour répondre à ce besoin, les lectures sont très prisées par plusieurs pairs chercheurs. Ils se procurent des livres, naviguent sur internet et tentent de trouver de l'information par eux-mêmes. Les fiches informatives de Revivre ont été mentionnées comme étant utiles par plusieurs pairs chercheurs et une professionnelle a aussi rapporté les donner régulièrement aux personnes qui consultent.

*« Mon médecin m'a beaucoup expliqué, mais j'ai eu le goût d'aller voir sur Internet c'est quoi une dépression, c'est quoi un trouble d'anxiété généralisé. J'ai eu accès aux fiches de Revivre. » (pair chercheur)*

*« Il y a quelque chose de chimique, de réel, qui se passe dans le cerveau et ça, j'ai lu par la suite là-dessus et ça m'a énormément aidée. J'ai trouvé par moi-même un petit livre extraordinaire de William Styron "Face aux ténèbres". Ah, tiens, lui il a vécu ça et il sait ce que c'est, wow! Et ça m'a fait énormément de bien. Mais, qu'il y ait des outils comme cela qui soient fournis. Même si j'étais complètement dysfonctionnelle, j'arrivais à lire. » (pair chercheur)*

Internet est une précieuse source d'informations pour les personnes souffrant de trouble anxieux ou dépressif, mais ces dernières ont parfois besoin d'être orientées vers des sources d'information crédibles.

*« Tu as beau taper sur Internet "dépression", tu ne sais pas quel site est bon et lequel n'est pas bon. Qui est charlatan, qui n'est pas charlatan. Maintenant, je le sais." (pair chercheur)*

Les personnes ont aussi besoin d'apprendre à mieux se connaître et à se comprendre elles-mêmes.

*« Pour retrouver de la confiance et de l'autonomie, il y a beaucoup de connaissances à avoir sur sa propre dynamique, sur sa façon de voir les choses, sa façon d'être en relation, sa façon de vivre avec ses symptômes. Il y a énormément de connaissances à avoir de ce côté-là. Il y a des gens qui m'ont dit qu'ils avaient fait de la thérapie et que c'était juste de l'écoute. Alors, je trouve important que ça apparaisse. Les gens aiment avoir des connaissances. » (professionnelle)*

Les professionnelles sont aussi d'avis que leur rôle consiste notamment à expliquer à la personne ce qui a pu l'amener dans cet état de souffrance, que ça ne lui est pas tombé dessus par hasard et qu'en soi, cette prise de conscience peut être utile à long terme dans une perspective de prévention de la rechute.

*« Une des choses importantes à court terme, c'est de comprendre la maladie. Comprendre ce qui m'arrive et ce qui fait que je ne suis plus moi-même. En même temps, un état qui n'est plus moi n'arrive pas par hasard. Comment se fait-il que je me retrouve, moi, dans cette folie-là? C'est tellement effrayant de vivre des moments de déroute comme cela, surtout si ça se répète parce que la personne n'a jamais pu faire du sens avec ça. C'est important que je puisse amener la personne à faire un lien entre qui je suis et ce que je vis, et qui me déboussole complètement. Dans quinze rencontres, je pense que je peux accompagner la personne là-dedans jusqu'à un certain point. Ça fait partie de ce qui peut être très aidant pour la suite des choses. La personne aura un outil pour continuer son chemin, parce que si elle revit un moment critique, elle ne va pas se dire : "Ah, je suis de nouveau malade." Il y a quelque chose avec la maladie mentale qui est qu'on a laissé traîner un tas de trucs. On se décompose tranquillement par rapport à un certain équilibre et on arrive à un état de maladie. C'est comme un continuum. Ça, c'est important de le comprendre, parce qu'il y a beaucoup de personnes qui pensent que la maladie est un peu extérieure à eux. Ça leur est tombé dessus. Je trouve cela très fragilisant pour la personne, parce que finalement c'est comme une espèce de monstre qui va te tomber dessus à un moment donné, et tu vas encore te faire prendre et tu vas te faire coincer. » (professionnelle)*

L'explication doit aussi porter sur l'intervention elle-même, sur le cadre, sur la manière dont le travail sera effectué. Les personnes utilisatrices de services ne sont pas toujours familières avec la psychothérapie. Cette méconnaissance peut nuire de manière importante à l'intervention. Un pair chercheur explique d'ailleurs d'une manière imagée à quel point le fait de ne pas comprendre où s'en va la thérapeute peut l'empêcher de développer son autonomie et de poursuivre par lui-même sa démarche vers le rétablissement.

*« C'est rassurer la personne. Les personnes qui ont de l'anxiété ont besoin pour se sentir confortables de connaître ce qui s'en vient, de connaître les étapes. » (pair chercheur)*

*« Dans les premières rencontres, expliquer ce que c'est que faire une démarche au CLSC, à quoi ça ressemble une consultation en individuel avec un psychologue, comment moi je travaille, les outils que je peux utiliser. Quelles sont les perceptions de la personne par rapport à c'est quoi faire une démarche? Est-ce qu'on peut s'entendre entre ce que j'ai à offrir et ce que la personne attend? Il faut établir une alliance par rapport à ce qu'on va travailler. » (professionnelle)*

*« Il faut s'assurer que le patient a la bonne compréhension de la démarche et d'où on veut aller. C'est le moteur de la motivation pour venir aux séances et pour faire ses devoirs. S'il ne sait pas où il va, c'est comme s'il était un garçon de trois ans qu'on tient par la main. Il ne sait pas où il va, car c'est son père qui l'amène. On voit que ses pieds suivent le rythme de son père, mais si son père s'arrête, il ne saura pas où aller. C'est carrément la même chose quand on n'a pas une compréhension bien précise, du même niveau que le thérapeute, pour qu'on puisse faire notre part. Si je sais où je vais, je peux faire l'effort d'une manière individuelle. Je peux devenir autonome. Mais, si je ne sais pas où je vais, ça ne me donne pas confiance que je peux me débrouiller sans le thérapeute, parce que c'est lui qui détient l'information. » (pair chercheur)*

Un autre pair chercheur rapporte à quel point il ne comprenait pas le « rituel » que la professionnelle avait mis en place pour venir le chercher dans la salle d'attente, et que cela était une source d'angoisse pour lui. La professionnelle ne prononçait aucune parole avant d'être dans le bureau, afin probablement de préserver la confidentialité. Cependant, le fait de ne pas avoir reçu d'explication à cet égard a suscité beaucoup d'inquiétude chez lui.

*« L'intervenante semblait adopter tout un rituel lors de nos rencontres, dont elle ne m'avait pas fait part. Moi, j'étais perdu là-dedans. Ça me stressait, ça m'angoissait. Elle venait me chercher dans la salle d'attente, mais elle se plantait devant les chaises et elle ne disait pas un mot et elle attendait que je la regarde. Quand je l'avais regardé, elle hochait la tête. Au début, je ne savais pas quoi faire. Elle a tourné le dos et elle a commencé à marcher, alors je me suis levé et je l'ai suivie. Près de la cage d'escalier, je commençais à lui parler, mais elle ne répondait pas. Elle arrivait au bureau et elle m'invitait à m'asseoir. Il y avait toutes sortes de rituels que je ne comprenais pas. Moi, j'avais l'image qu'on voit dans les films, sur les psychiatres. Je voulais tellement me conformer et bien faire ça. » (pair chercheur)*

Il est aussi jugé important de travailler les attentes de la personne utilisatrice de services et d'expliquer les rôles respectifs de chacun. Les représentations de la psychothérapie sont très variées au sein de la population et peuvent différer de manière importante par rapport aux interventions réellement offertes par les équipes de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale.

*« L'importance de délimiter le mandat au départ, de clarifier les rôles que chacun va jouer là-dedans et les limites de mon rôle à moi, y compris le rôle de la personne. Des fois, je leur demande quelle image ils ont des psychologues. "Oui, je m'en viens me coucher sur un divan, mais tu n'as pas de divan. Tu vas lire dans ma tête." Et là, je leur dis que je n'y arriverai pas. Je leur dis qu'on va défaire des mythes ensemble. Avec un client, j'avais pris un pot et je le brassais et je lui ai demandé ce qu'il y avait là-dedans. Il ne le savait pas et il essayait de deviner. Il faisait différentes hypothèses, mais il n'arrivait pas à trouver. Alors, je lui ai reflété que je n'avais pas de boule de cristal pour lire dans sa tête. Je vais travailler avec ce qu'il va me donner. Clarifier le mandat et le rôle de chacun, c'est fondamental dans les ingrédients clés, parce que des attentes déçues ça fait mal et on ne se relève pas facilement de ça. » (professionnelle)*

Les rencontres de croisement des savoirs ont permis de réaliser l'écart considérable entre le "monde" des professionnelles et celui des personnes utilisatrices de services. Les représentations diffèrent, le langage aussi, de sorte que les problèmes de compréhension sont légion. Dans ce contexte, il peut s'avérer utile de vérifier régulièrement auprès de la personne si elle a des questions et si elle comprend bien la démarche.

*« On voit le décalage entre le monde des professionnels et celui des usagers. On ne parle pas le même langage. Oui, on a un consentement, un papier, mais au moment où il arrive, est-ce qu'il est prêt à entendre cela? Peut-être que les intervenants ont expliqué, mais est-ce que la personne était disposée? On fait ça à la première ou à la deuxième rencontre, mais si on se met à la même place que les personnes qui demandent de l'aide, est-ce qu'elles sont en mesure de tout comprendre? De prendre toutes ces informations-là, au moment où ils arrivent. Eux, arrivent avec un besoin particulier et, nous, on arrive avec notre cadre. Probablement qu'il y a quelque chose à regarder à ce niveau-là, parce qu'on explique les soins et les services, mais est-ce qu'on utilise le même langage ou on utilise notre langage de professionnels avec nos concepts? » (professionnelle)*

*« Il faut avoir une sensibilité au non verbal et encourager les personnes à poser des questions. Souvent, en fin de rencontre : "Avez-vous des questions sur le processus? Est-ce que ça fait du sens?" Et de revenir plusieurs fois là-dessus, pour s'assurer qu'on a la même compréhension. C'est important pour ne pas être rendu à la fin du suivi et être surpris. » (professionnelle)*

De plus, en raison des symptômes dépressifs ou anxieux, les personnes ont parfois du mal à bien saisir les informations qu'on leur communique et à s'en rappeler de retour à la maison. La possibilité de remettre aux

personnes utilisatrices de services de la documentation écrite qu'elles peuvent consulter à tête reposée devrait être envisagée.

*« Moi, je n'ai pas une mémoire auditive, je ne retiens pas ce qui est attendu de moi. Je me rappelle la première entrevue. Je réalise à quel point j'ai posé la même question plusieurs fois. Mais quand j'ai lu le document, les mots viennent toucher la zone cognitive du cerveau où ça donne du sens. Dans les premières rencontres, le patient est peut-être amputé de ses facultés mentales. »* (pair chercheur)

*« Surtout quand on parle de trouble dépressif ou anxieux, moi je ne suis pas en état de réception vraiment. J'ai l'impression sur le coup que j'ai tout compris, pis là je sors du bureau, c'est le vide total. Il ne reste plus rien. »* (pair chercheur)

Afin de communiquer les informations sur la maladie, une formule de groupe pourrait s'avérer particulièrement efficiente. Certains professionnels et pairs chercheurs estiment que les interventions de groupe devraient être utilisées en complémentarité avec les suivis individuels.

*« Quand on parle de court terme, le groupe peut être une façon de faire un travail différent qui peut donner des résultats que l'individuel ne va pas nécessairement donner. Ça peut être une stratégie. [...] On aimerait pouvoir mettre les gens dans un groupe psychoéducatif pour qu'ils puissent ensuite venir nous voir dans les suivis. Mais il n'y a pas de flexibilité : nos patients de suivi ne peuvent pas aller dans le groupe. Je trouve cela dommage, parce qu'on doit le faire en individuel. On perd des rencontres en individuel pour faire cela. »* (professionnelle)

*« Les personnes qu'on réfère au groupe d'autorégulation, dans leur demande, ils veulent mieux gérer leurs émotions. Des fois en groupe tu apprends mieux à gérer, parce que les autres sont très soutenant. On se voit deux heures par semaine. C'est mieux qu'une heure. »* (professionnelle)

*« Quand j'ai eu le diagnostic bipolaire, il y a eu au CLSC un groupe pour expliquer exactement c'était quoi avec un psychologue et une personne qui a eu ce trouble. J'ai trouvé ça intéressant qu'il y ait quelqu'un qui a vraiment vécu cela qui puisse venir en parler. Il y avait plein d'informations sur les symptômes, comment on vit cela, c'est quoi les solutions. L'information sur la maladie peut être donnée en groupe. Ça m'a aidé à accepter de continuer de prendre mes médicaments. »* (pair chercheur)

### **C. Personnaliser**

Chaque personne étant unique, il est jugé essentiel par les pairs chercheurs que l'intervention offerte soit personnalisée et qu'elle réponde aux besoins particuliers de la personne utilisatrice de services. Celle-ci ne doit pas avoir l'impression qu'on la contraint à s'adapter aux contraintes du système, mais plutôt qu'elle est au centre des soins.

*« La première chose qui est très importante quand la personne arrive, c'est de bien cibler son besoin pour assurer le bon suivi. Il faut prendre la personne là où elle est, c'est là qu'on part. Parce que le but est différent pour tout le monde. Si on passe à côté de ça, on peut perdre la personne. »* (pair chercheur)

*« La personne doit percevoir qu'elle est au centre, que le système est là pour l'aider et non pas que la personne doit "fitter" dans le système. Il faut que la personne perçoive que le*

*service est personnalisé, qu'on porte attention à elle. On va s'occuper de toi, de tes besoins. »*  
(pair chercheur)

*« L'intervention doit être adaptée à la situation du patient : la nature de l'intervention, mais aussi la fréquence, la durée. L'impression que j'ai eue, c'est qu'il existait quelque chose au CLSC et qu'on essayait de me faire "fitter" dedans. Lors de l'évaluation, il est important qu'on détermine où l'on en est rendu dans la maladie et dans le rétablissement. Moi, j'étais vraiment au niveau zéro. C'est la première fois que je consultais qui que ce soit pour ma santé mentale. Je parlais de très loin. Pour moi, c'est essentiel qu'on explique ce qu'on me propose et qu'on m'écoute. »* (pair chercheur)

*« Qu'on tienne compte de l'expérience de la personne, qu'on vienne me rejoindre au niveau où je suis. Qu'on ne m'offre pas des choses qui ne m'intéressent pas. Par exemple, si ça ne me dérange pas d'être toute seule et de ne pas avoir d'amis, qu'on ne me force pas à en avoir. Je sais ce que j'ai besoin, ce que je veux. »* (pair chercheur)

Une évaluation rigoureuse est essentielle à la personnalisation des soins et cette étape ne doit surtout pas être escamotée en raison du nombre plus limité de rencontres.

*«Toute l'importance de prendre le temps de faire un bon diagnostic. Il ne faut pas escamoter cela, même en court terme. Je vais souvent prendre plusieurs rencontres et je le dis à mes clients : "Vous allez me trouver fatigante, je vais poser mille questions. Je suis un peu comme une archéologue, je fouille pas mal, mais c'est pour me faire un portrait précis pour s'assurer que nous avons la même lecture, que tous les deux nous voyons le même film. Après, quand on va se faire un plan pour voir où l'on s'en va, on n'aura pas l'impression de patauger dans le vague et dans le flou. On va vraiment être certain qu'on va s'enligner sur la même affaire ensemble." Je prends autant de temps parce que je veux m'assurer de savoir à qui j'ai affaire. »* (professionnelle)

*« Dans les ingrédients clés, il faut qu'il y ait une bonne évaluation. Au moins quatre rencontres, c'est nécessaire parce qu'on apprend ce qui s'est passé autour de la dépression et un peu qui tu es. C'est quoi ton histoire, c'est quoi ton parcours, c'est quoi tes ressources actuellement et c'est quoi que tu n'as pas comme ressource, c'est quoi que tu te sens prête à vouloir. Mon rôle, c'est d'essayer de démêler les affaires, de te refléter quelque chose de ce que je comprends qui t'as fait plonger, quelle sorte de plongeon tu fais, qu'est-ce que je peux capter de ce que tu peux avoir besoin, et moi qu'est-ce que je peux t'offrir. Tout ça, c'est la base. C'est mettre un cadre à ce qu'on fait. Une bonne évaluation permet d'asseoir la confiance. »* (professionnelle)

Tenir compte des forces de la personne et des stratégies qu'elle a déjà acquises est jugé important, tant par les professionnelles que par les pairs chercheurs. L'un d'entre eux souligne d'ailleurs à quel point cela peut être infantilisant pour la personne que les ressources dont elle dispose déjà ne soient pas reconnues.

*« Il faut sentir qu'on est traité comme un adulte, parce que des fois on a l'impression d'être traité comme un enfant. Déjà qu'on se sent comme un enfant parce qu'on n'est plus capable de rien faire. [...] Il faut te dire que tu dois te mobiliser, que c'est toi l'adulte et qu'on ne peut pas te prendre en charge. "Je peux t'aider, je peux t'accompagner, mais tu n'es pas un enfant. Il faut que tu te mobilises." [...] Quand je dis de ne pas être traité comme un enfant, c'est aussi ne pas assumer que la personne n'a pas fait aucun travail, qu'elle n'a pas fait de démarche, qu'elle n'a rien fait. D'assumer qu'elle est complètement démunie, qu'elle n'a aucune ressource. »* (pair chercheur)

« Voir que la personne a déjà essayé des affaires, plutôt que de dire : "Je le sais ce qui va marcher pour toi." Juste de valider c'est quoi que tu as déjà comme connaissances, c'est quoi que tu as déjà fait et d'y aller à partir de ça au lieu de faire comme si la personne partait à zéro. » (pair chercheur)

« Pour faire un plan d'intervention, il faut le faire avec la couleur de la personne, avec son style, avec ses forces, son langage. Dans les questions, je vais chercher les exceptions dans la vie de cette personne-là pour aller voir c'est quoi ses forces. Tu as déjà fait quelque chose, comment tu t'y es pris? C'est déjà mobilisant de travailler avec les forces. Oui, aujourd'hui ça ne va pas bien, mais il y a eu des quarts de seconde où ça a été bien. Comment on va faire pour essayer ensemble de remettre la clef dans le contact et que les quarts de seconde où tu as été bien, on puisse les réinstaller. Tu vois ses forces et ses vulnérabilités aussi, et qu'on tient compte de cela dans le plan d'action qu'on va faire. » (professionnelle)

Établir un partenariat entre le professionnel et la personne peut aussi éviter cet effet infantilisant, car le savoir expérientiel de la personne est valorisé et mis à contribution.

« Ce que j'essaie de faire avec les gens, c'est de dire : "OK, là tu viens consulter. Il y a eu un déclencheur, il y a quelque chose qui ne marche pas. On va parler de cela." C'est comme si mettre le problème entre nous deux, on le met sur la table et on est des partenaires pour essayer de débroussailler tout ça. J'essaie le moins possible d'avoir un rapport d'expert. C'est sûr que j'ai des connaissances qui peuvent être utiles, mais la personne a une vie qui est tout à fait unique. C'est une espèce de pairage entre les deux. Vraiment de sentir qu'on met ça entre nous deux, on se relève les manches et on parle de ça. » (professionnelle)

La personnalisation des soins pourrait impliquer parfois d'accompagner la personne dans son milieu.

« Parfois, j'en fais de l'accompagnement dans le milieu, au rendez-vous avec le psychiatre par exemple. Je trouve que c'est vraiment aidant et utile. Même si ça demande beaucoup de mon temps, je le priorise quand je considère que c'est nécessaire. Un ingrédient clé, c'est la flexibilité. Par exemple, je peux voir quelqu'un qui travaille sur l'heure du midi ou en soirée. Ça permet d'adapter l'intervention à la personne. » (professionnelle)

« Ce que j'ai obtenu comme effet de l'intervention, c'était une certaine compréhension de ma situation et j'étais motivé à entamer des changements. Mais ce que j'aurais espéré, c'est d'être accompagné dans mon milieu, où j'ai ma phobie, et dans mon travail, où je suis huit heures par jour. Mais puisque les interventions se sont arrêtées pour des raisons autres que mon besoin, c'est comme si je ne suis plus dans ma détresse, mais je n'ai pas réglé mon problème. » (pair chercheur)

« Moi, je l'ai vécu qu'un intervenant se déplace chez nous. Il se crée un lien de confiance avec notre intervenant, un sentiment de sécurité. L'intervenant vient chez nous, dans notre bulle, là où est le problème. L'intervenant est là pour nous soutenir. Ce n'est pas pareil de parler dans le bureau de l'intervenant de son problème que si l'intervenant se déplace sur le terrain, là où est la difficulté. Ça fait toute la différence. » (pair chercheur)

Enfin, les proches pourraient être une précieuse source d'informations pour peaufiner l'évaluation et bien adapter l'intervention à la personne. En outre, les membres de l'entourage ont souvent besoin de mieux comprendre la situation et d'être outillés.

« Ça pourrait être intéressant d'impliquer l'entourage. Des fois, les proches eux aussi ils souffrent. Ils se sentent impuissants. Ils ne comprennent pas. Des fois, ils ont besoin d'être

*informés pour offrir un meilleur accompagnement. C'est l'occasion de leur proposer des services, mais de les outiller eux aussi. » (professionnelle)*

#### **D. Outiller**

Les pairs chercheurs et la majorité des professionnelles ont insisté sur l'importance que les personnes utilisatrices de services ressortent de l'intervention avec des outils. Des outils qui les aideront à mieux comprendre ce qui leur arrive, à mieux se comprendre et à mettre en place des stratégies dans leur vie pour aller mieux. Au-delà de la connaissance de ces outils, ils doivent être en mesure de se les approprier et de les intégrer dans leur quotidien.

*« Outiller, c'est un niveau où le patient s'approprie ces connaissances à sa façon, puis fait une sélection par rapport aux sites web qu'on lui donne, aux outils ou aux tests psychométriques. Il va sélectionner parmi la panoplie, puis là il devient outillé. Je fais une sélection qui correspond à ma façon de fonctionner, et c'est ça qui va former ma boîte à outils. Ce n'est pas ce que l'intervenant m'a donné au premier jour, parce qu'il peut me donner des choses qui sont inadaptées. Outiller, il y a une appropriation de la connaissance et c'est peut-être un début d'autonomie. » (pair chercheur)*

*« Ce qui m'a beaucoup aidé dans ma vie, c'est la lecture. De dire : "Oui, il existe des livres et des outils », et qu'au lieu que la personne cherche pendant je ne sais pas combien de temps pour trouver un bon livre, il pourrait y avoir une liste de livres sur lesquels on s'est entendu. Moi, je suis tombé sur internet sur un site à quoi servent nos émotions, pourquoi quand on ne les vit pas, qu'on les réprime, elles reviennent plus fortes. Des choses de base comme celle-là pour que la personne ait envie de continuer par elle-même. » (pair chercheur)*

*« J'ai reçu des trucs et des outils sur l'anxiété et les distorsions cognitives que j'utilise encore. J'ai aussi trouvé utile l'analogie dans laquelle mon intervenant comparait la vie à un compte en banque dans lequel on fait des retraits et des dépôts. Pour garder sa santé mentale, il faut avoir plus de dépôts que de retraits. Il faut prendre soin de soi, apprendre à dire non, à s'écouter. » (pair chercheur)*

*« Permettre à la personne d'ouvrir sur sa réalité, puis après ça l'outiller. Partir avec ce que la personne a déjà comme outils, puis essayer d'en donner d'autres. Ça peut être des trucs, des références vers d'autres organismes. Pour mieux se connaître et identifier ce qui ne va pas, mais identifier aussi ce qui va bien. Puis, gagner en autonomie dans le fond. S'ils sont capables d'identifier, de reconnaître, puis qu'ils ont des ressources, ils gagnent en autonomie pour faire face à d'éventuelles problématiques ou situations. » (pair chercheur)*

*« Il faut que la personne ait aussi un coffre à outils qui va être bien adapté. C'est ça la job du thérapeute de bien saisir la personne et d'adapter le coffre à outils à son style, à sa personnalité, à ses caractéristiques bien personnelles pour que ça lui parle et que ça tienne compte de ses zones de vulnérabilité. Qu'on soit capable de voir la personne et le contexte dans lequel elle est à ce moment-là. Il faut que la personne ait quelques notions de gestion du stress, de gestion des émotions, de l'hygiène de vie, tout ce qui est son compte en banque d'énergie, comment prendre soin d'elle. Un coffre pour favoriser le rétablissement, prévenir la rechute et pour assurer le maintien aussi. Quand elle va nous quitter, vraiment s'assurer que la personne puisse continuer de cheminer au sein de sa communauté, d'aller chercher des ressources et de continuer à évoluer là-dedans » (professionnelle)*

Il est d'ailleurs primordial d'installer l'alliance avant d'offrir les outils. Avant d'être outillée, la personne a besoin de s'exprimer, d'être entendue et d'être légitimée dans ce qu'elle vit.

*« C'est important de donner des outils tout en faisant attention à ne pas nier le vécu de la personne. Tout l'aspect de la gestion des émotions, je l'ai appris par plusieurs techniques différentes qui ont aussi changé ma vie. Mais avant je n'étais pas capable de l'entendre, de vouloir le faire, parce que je n'étais pas écoutée. Ce n'était pas accepté que je puisse ressentir cela. On me disait tout de suite qu'il fallait que je trouve un moyen de faire le moins de bruit possible, d'être le moins visible possible. C'est donc un équilibre à avoir. » (pair chercheur)*

*« Des outils, si on veut que ça marche, il faut que l'alliance soit là. Si l'on n'a pas ça, on a bien beau donner une liste d'outils longue comme trois kilomètres, ça ne marchera pas. L'outil, intégré dans une alliance thérapeutique, va être beaucoup plus utile. Même le meilleur outil peut perdre de sa pertinence s'il n'est pas intégré dans la relation. » (professionnelle)*

## **E. Référencer**

Aider les personnes à connaître les ressources disponibles dans la communauté et les y référer au besoin est jugée crucial, particulièrement dans un contexte d'intervention de courte durée et de soins en étapes. Si des besoins persistent après l'intervention, les personnes doivent savoir où s'adresser pour poursuivre leur démarche.

*« De pouvoir aussi référer à des soins de plus longue durée. Moi, je me suis retrouvé, au bout de quelques séances avec une psychologue, il n'y avait plus rien pour moi. Ils avaient fini leur intervention et après cela débrouille-toi. Donc, de référer dans le réseau de la santé ou dans le réseau communautaire, parce que je me rends compte à quel point tous les services communautaires n'ont pas l'air d'être connus. » (pair chercheur)*

*« Pour la fin, je verrais deux options. Si tu es intéressé à poursuivre une thérapie, quelles sont les possibilités? Sinon, qu'est-ce que tu pourrais faire d'autre? De quoi as-tu envie et comment on peut te pister vers ces activités-là? » (pair chercheur)*

*« L'aspect de personnaliser l'intervention est primordial et l'aspect de référer aussi. Si l'on s'aperçoit dans la personnalisation que la personne a besoin d'une intervention de plus longue durée, il faut que ces ressources-là existent et soient accessibles pour que l'intervenant de 1<sup>re</sup> ligne puisse référer à quelque chose. Ça juste pas d'allure d'abandonner les gens. » (professionnelle)*

### **4.2.3. Facteurs contextuels qui peuvent influencer l'efficacité des interventions**

Les rencontres de croisement des savoirs ont permis d'identifier cinq principaux facteurs contextuels pouvant influencer l'efficacité des interventions de courte durée offertes par les équipes SMA. Certains de ces facteurs relèvent davantage du contexte de l'intervenant (disponibilité des ressources où référer, possibilité d'avoir de la supervision ou de la formation, accès à un psychiatre répondant, proximité et qualité des lieux physiques où les services sont offerts), alors que d'autres s'inscrivent plutôt dans le contexte de la personne utilisatrice de services (déterminants sociaux de la santé et comorbidité).

#### **A. La disponibilité des ressources où référer**

Les interventions de courte durée s'inscrivent dans un modèle de soins en étapes dans lequel les services de 1<sup>re</sup> ligne devraient pouvoir répondre à la majorité des besoins, mais où une certaine portion de la population aura néanmoins besoin d'une intervention de plus grande intensité. Les problèmes surviennent lorsqu'il n'y a pas de 2<sup>e</sup> ligne vers où référer.

« Des fois, on reçoit des usagers qui auraient besoin des services de 2<sup>e</sup> ligne, mais ça n'existe pas. Donc, c'est nous, la 1<sup>re</sup> ligne, qui travaillons avec des problématiques de 2<sup>e</sup> ligne. » (professionnelle)

« Nous, on est chanceux parce qu'on est au sein d'un territoire où il y a beaucoup de ressources, et je ne pense pas que tous les CLSC ont la chance qu'on a. Comme, par exemple, l'hôpital de jour. Quelqu'un qui est en grande détresse, c'est difficile parce qu'il est noyé dans sa détresse tout seul à la maison. L'hôpital de jour [lui] donne une structure, du soutien et il y a un psychiatre qui est là et informé par l'équipe. Il peut donc faire des ajustements dans la médication. Il y a un service de 2<sup>e</sup> ligne chez nous. » (professionnelle)

Les ressources ne sont pas toujours disponibles à proximité du lieu de résidence. De plus, certains organismes n'acceptent plus de nouvelles personnes ou ont d'importantes listes d'attente.

« Ce n'est pas parce qu'une porte est fermée qu'il y en a une autre qui est nécessairement ouverte. Moi, j'aimerais ça me faire dire : "Tiens, je te donne des références, s'il y en a aucune là-dedans qui marche, viens me revoir on va trouver autre chose." Parce que la réalité, c'est qu'il y a beaucoup d'organismes qui ne prennent plus personne ou qui ont de longues listes d'attentes. Si tu réfères quelqu'un à l'organisme et que la personne appelle et qu'il n'y a pas de place, ça devient compliqué parce que les ressources sont rares et sont difficiles à trouver. Il faut défoncer des portes. Il ne faut pas que les gens se découragent. » (pair chercheur)

« On le voit, nos partenaires dans le communautaire souvent sont obligés de fermer leurs portes pendant six mois. On reçoit des avis : ils ne peuvent plus, ils sont fermés. Pour les thérapies à tarif réduit, on a quelques organismes. J'y ai référé quelqu'un récemment et ils lui ont dit qu'ils allaient le rappeler, mais qu'il y aurait un délai. » (professionnelle)

Il y a aussi des coûts associés à certains services offerts dans le communautaire et dans le privé que les personnes n'ont pas toujours les moyens de défrayer.

« Dans plusieurs organismes, ce n'est pas donné, ça coûte un certain montant faire leurs ateliers. » (pair chercheur)

« Moi, ce que je trouve difficile, c'est que, oui, tu fais tes dix séances puis tu fais ton travail, mais quand tu as des choses que tu dois travailler sur le plus long terme. Je me rends compte qu'il y a vraiment des choses qu'il faut que je débloque, que je travaille. Tu le sais que tu ne peux pas le faire avec l'intervenant du CLSC parce que ça prendrait trop de séances, mais tu n'as pas les moyens financiers pour aller dans le privé consulter. C'est là que ça devient problématique. » (pair chercheur)

Le travail multidisciplinaire est un facteur important qui peut faciliter l'intervention de courte durée, car la personne peut bénéficier d'autres services en parallèle.

« Ce qui est intéressant en CLSC, c'est de travailler en équipe multidisciplinaire. On peut faire des tables de concertation avec des psychiatres, des éducatrices spécialisées, des travailleurs sociaux. Ça devient réaliste de travailler en court terme, parce que je sais que les gens font d'autres démarches en parallèle. » (professionnelle)

## **B. La possibilité d'avoir de la supervision, de la formation et l'accès à un psychiatre répondant**

Toutes les professionnelles rapportent avoir besoin de supervision et de formation pour réussir à bien faire leur travail. Elles souhaiteraient d'ailleurs être consultées dans le choix des formations. La supervision devrait

idéalement être offerte par une personne n'étant pas en position d'autorité par rapport aux professionnels supervisés, ce qui n'est pas toujours le cas. Les coupures importantes effectuées dans la formation continue contraignent la plupart des professionnelles à devoir payer elles-mêmes les coûts de leur formation et à la suivre sur des heures qui ne sont pas comptabilisées dans leur temps de travail.

*« L'authenticité, ça implique de bien s'autoréguler. Ce n'est pas facile, parce qu'on vit des choses. C'est un art de se réguler. On a besoin de supervision, de formation, de soutien. C'est une "job" qui va nous chercher des fois dans des émotions... On a besoin d'avoir cet espace-là, parce qu'il y a des choses qui tombent dans nos angles morts, qui nous font réagir malgré nous. »* (professionnelle)

*« On peut se sentir vulnérable de se faire superviser par quelqu'un qui a une autorité sur nous. On doit raconter nos erreurs. Quelqu'un qui pourrait avoir des tâches uniquement cliniques, pas administratives ou de gestion. »* (professionnelle)

*« La formation continue, il n'y en a pas tant. Il n'y a pas de gros budgets. Des fois, il faut y aller sur notre temps et notre budget, parce qu'on doit répondre aux critères de notre ordre professionnel aussi. »* (professionnelle)

L'accès à un psychiatre répondant est jugé très utile par les professionnelles, qui peuvent ainsi avoir rapidement accès à cette expertise et améliorer leurs interventions.

*« Pendant nos réunions d'équipe, il y a un psychiatre répondant. Je peux aussi y avoir accès par téléphone en-dehors de nos réunions si l'on a une urgence. C'est prévu comme ça. Le psychiatre a vingt-quatre heures pour nous rappeler et il y a un budget prévu. Je l'ai déjà utilisé deux fois cette année et ça fonctionne. »* (professionnelle)

*« Les psychiatres répondants aussi, on a la crème de la crème. Ils veulent travailler avec nous et ils y croient. L'un d'eux nous a laissé son numéro de cellulaire. Je sais que ce n'est pas la réalité de la majorité des intervenants en CLSC, mais c'est nécessaire. »* (professionnelle)

### **C. La proximité et la qualité des lieux physiques**

Les CLSC offrent des services de proximité, près du lieu de résidence des citoyens. Or, avec la fusion des établissements, l'accueil psychosocial a parfois été centralisé à un seul point de services sans que la population n'en ait été informée. Deux pairs chercheurs ont rapporté s'être présentés en état de grande souffrance à leur CLSC pour demander de l'aide, mais ils ont été redirigés à différents endroits avant d'arriver à pouvoir le faire. Ils ont vécu cela comme une non-reconnaissance de leur état. Les différentes barrières à l'accessibilité aux services sont particulièrement difficiles à franchir lorsque la personne est envahie par les symptômes.

*« La dernière fois où j'ai fait une demande à l'accueil psychosocial d'un CLSC, j'ai dû aller dans trois différents et à chaque fois on m'a dit : "Ah ben non, il faut aller à telle adresse », "Non, c'est à telle adresse." Je suis allé à trois ou quatre. Pour moi, c'était une journée surréaliste où je me déplaçais partout, alors que je n'avais pas d'énergie. En face de moi, il y avait un mur, une non-reconnaissance. Ben non, on ne peut rien. Je trouve ça inacceptable. Si on offre des services d'accueil, il faut qu'ils soient là. C'est le premier truc, le plus important. »* (pair chercheur)

*« Ce qui est important pour moi, c'est qu'on ne nous demande pas d'être autrement que ce qu'on est. D'être normal. C'est un peu comme s'il y a une incompréhension de l'état par le système en général, et surtout par les premiers intervenants. On nous demande de*

*fonctionner normalement, alors qu'on ne peut pas. Aller à tel point de services parce que c'est là que sont nos services maintenant. J'ai juste de la misère à traverser la rue. Que les soins soient adaptés à l'état de la personne. Ne me demandez pas d'être fonctionnelle comme je le serais normalement. Ne me demandez pas de faire trois démarches, alors que j'ai de la misère à juste écrire mon nom sur un bout de papier. Reconnaître l'état de non-fonctionnalité. Qu'on ne demande pas à quelqu'un de ne pas être malade. » (pair chercheur)*

Au-delà de l'emplacement où sont offerts les services, les professionnels et les pairs chercheurs estiment que les caractéristiques physiques des bureaux des intervenants peuvent avoir une influence sur l'efficacité des interventions. Tout d'abord, le fait que chaque professionnelle puisse avoir un bureau individuel (idéalement avec une fenêtre) et qu'elle puisse l'aménager de manière chaleureuse afin d'y accueillir les personnes utilisatrices de services est considéré important.

*« Pas d'éclairage au néon, il n'y a rien de pire. J'ai toujours eu plus de facilité quand je suis arrivé dans un bureau aménagé de façon chaleureuse. » (pair chercheur)*

*« Être dans un bureau pas de fenêtre, avec une personne déprimée, suicidaire, ça va mal. » (professionnelle)*

Certaines professionnelles doivent partager un bureau avec un ou une collègue, et faire leurs interventions dans des locaux impersonnels. Cette situation est perçue comme nuisible à la qualité de leur travail, car cela les empêche de prendre soin d'elles-mêmes entre les rencontres. L'ensemble des professionnelles considère que l'accès à un bureau individuel dans lequel l'intervenant peut recevoir les personnes utilisatrices de services et effectuer ses autres tâches est essentiel.

*« Au-delà du lieu où l'on rencontre les gens, juste avoir mon bureau à moi toute seule. Avoir un espace pour réfléchir, pour se déposer entre les rencontres, pour se "ré-appartenir" un instant avant d'y retourner. Pouvoir faire nos appels téléphoniques sans déranger l'autre : des fois, on a des urgences suicidaires au téléphone, ce n'est pas l'idéal de faire ça avec quelqu'un d'autre dans la pièce. Ça devient très épuisant. On n'a pas la même disponibilité affective ou psychique dans ces moments-là. Faire de la thérapie demande d'être en relation avec des personnes et là on est en relation aussi avec notre collègue de bureau, ce qui fait qu'on est en relation 8 à 9 heures de temps par jour de façon rapprochée et assez intense. C'est très exigeant. » (professionnelle)*

*« Penser à notre santé mentale en tant qu'intervenant. Ne pas s'oublier... ça peut être demandant les normes ministérielles de voir minimum quatre clients par jour. Il ne faut pas s'oublier, prendre des moments pour soi. » (professionnelle)*

*« Moi, je ne me promènerais pas d'un bureau à l'autre. Je préfère rester dans mon bureau avec ma bibliothèque, mes choses. Personne ne veut vivre ça, se promener d'un local à l'autre. Tu dois louer le local de consultation. La personne te pose une question et tu ne peux pas avoir accès à l'ordinateur. Tu dois remonter et revenir. » (professionnelle)*

La disponibilité d'un ordinateur facilite le travail du professionnel en lui permettant de montrer aux personnes utilisatrices de services des ressources en temps réel.

*« Moi, je dois vraiment avoir accès à l'ordinateur pour illustrer des choses, imprimer et avoir accès à des ressources. [...] Ils partent avec des documents imprimés et des explications claires sur les exercices à faire, sinon ils oublient. » (professionnelle)*

## D. Les déterminants sociaux de la santé

Les personnes qui consultent pour des difficultés de santé mentale vivent parfois dans des conditions difficiles (sans emploi, faible revenu, logement de mauvaise qualité, stigmatisation, etc.) qui contribuent à maintenir leurs symptômes. Même si l'intervention de courte durée est optimale, tant que les déterminants sociaux qui affectent l'humeur et l'anxiété continueront d'être présents, il sera difficile pour la personne de poursuivre sur la voie du rétablissement.

*« Moi, j'avais des gros soucis financiers. J'avais peur de perdre ma maison. J'ai commencé à aller mieux seulement quand j'ai reçu un héritage qui a réglé mes problèmes d'argent. »*

*« Moi, je m'affiche [comme une personne en rétablissement d'un problème de santé mentale] et, avec les réseaux sociaux, je ne suis pas capable de me trouver un emploi. C'est comme si j'avais "scrapé" 15 ans de ma vie. [...] Je suis tombé le plus creux que je n'ai jamais tombé aussi bas de ma vie. [...] J'ai fini par me trouver une job à temps partiel, à salaire minimum. »*

*« On a des fois des gens qui vivent une dépression eux-mêmes, mais qui sont aussi dans des contextes familiaux extrêmement complexes. Alors, dans un contexte court terme, il faut rapidement faire le diagnostic, mais aussi mettre en place un paquet de ressources. Ça complexifie les tableaux et ça va jouer dans le contexte court terme, parce qu'il faut faire une lecture rapide d'un paquet d'éléments. » (professionnelle)*

## E. La comorbidité

Les personnes qui, en plus des symptômes anxieux/dépressifs, présentent d'autres conditions plus spécifiques, telles qu'une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou des troubles alimentaires, bénéficient peut-être moins des interventions de courte durée. Les professionnelles des équipes SMA se considèrent un peu comme des généralistes qui n'ont pas toujours le niveau de spécialisation requis pour être efficace dans tous les domaines.

*« On est de la 1<sup>re</sup> ligne. Même si l'on est en santé mentale, on offre des services généraux. On n'est pas des spécialistes. » (professionnelle)*

*« Par exemple, si l'on a un adulte TSA qui a un trouble anxieux, on a une équipe qui travaille ce type de problématique, mais des fois ils atteignent une limite et nous les réfèrent. Ou encore, des adultes qui ont une déficience légère et un trouble anxieux, et on nous les réfère. Mais nous, on n'est pas formées pour intervenir avec eux. Ces gens-là ont droit à des services et [c'est] dans ces moments-là où l'on se sent coincées. » (professionnelle)*

*« Des clients qui sont très isolés ont de multiples problématiques : une déficience intellectuelle, vivent en centre d'hébergement et arrivent au CLSC couvert d'urine. C'est impossible à traiter en court terme. » (professionnelle)*

Lorsque la personne présente plusieurs problématiques (incluant des maladies physiques chroniques), il est nécessaire que des corridors de services soient déjà établis afin de faciliter le travail des différents professionnels, mais ce n'est pas toujours le cas.

*« Des fois, le tableau est complexe et les arrimages ne sont pas encore articulés. Alors, on n'est pas dans notre champ d'expertise et on n'a pas les ressources pour travailler. Si les corridors de services ne sont pas articulés, ça complexifie notre travail court terme. » (professionnelle)*

## 5. Discussion

Les rencontres de modélisation ont été très riches en enseignements. Les professionnelles et les pairs chercheurs ont eu l'opportunité d'échanger sur les interventions de courte durée et de croiser leurs différentes perspectives. Il s'agissait d'une occasion unique pour les professionnelles et les gestionnaires d'avoir accès à la réalité des personnes utilisatrices de services, et d'échanger avec elles sur les forces et les faiblesses des services actuels. De leur côté, les pairs chercheurs ont tous mentionné avoir acquis une meilleure connaissance des enjeux du système de santé et de la réalité des professionnels qui y travaillent. Un portrait nuancé se dégage de cet exercice et quelques résultats méritent d'être discutés de manière plus approfondie.

Tout d'abord, les interventions de courte durée ne font pas l'unanimité chez les professionnelles et les pairs chercheurs. Au cours des discussions, certains ont mentionné l'existence d'études soutenant l'efficacité des interventions de courte durée, ce qui est tout à fait exact. Cependant, dans la littérature scientifique, la durée des psychothérapies qui ont été démontrées efficaces pour traiter les troubles anxieux/dépressifs varie énormément (Cuijpers, Andersson, Donker et van Straten, 2011; INESSS, 2015; Nieuwsma et al., 2012). Il n'y a aucune évidence scientifique claire qui permette de statuer sur la durée optimale d'une psychothérapie (Cuijpers, Huibers, Ebert, Koole et Andersson, 2013). Celle-ci dépend de chaque personne et peut varier selon de nombreux paramètres. D'ailleurs, les personnes socioéconomiquement défavorisées sont sous-représentées dans les études d'efficacité (DeCarlo Santiago, Kaltman et Miranda, 2013), alors que les personnes souffrant de comorbidité en sont souvent exclues. D'autre part, les lignes directrices du National Institute for Health and Care Excellence (NICE), au Royaume-Uni, recommandent une moyenne de 16 à 20 séances dans le cas de la dépression (NICE, 2009) et 12 à 15 séances dans le cas des troubles anxieux (NICE, 2011).

Les données empiriques indiquent une efficacité supérieure de la thérapie d'approche cognitive comportementale dans le traitement des troubles anxieux (Bandelow et al., 2015; Mayo-Wilson et al., 2014; NICE, 2011; Pompoli et al., 2016), alors que les différentes approches cliniques sont d'une efficacité comparable dans le traitement de la dépression (Barth et al., 2013; Cuijpers et al., 2014; NICE, 2009). Il est toutefois crucial de noter que les psychothérapies n'ont pas une efficacité à 100 % (tout comme la médication, d'ailleurs). Au moins 40 % des personnes qui reçoivent des thérapies basées sur les données probantes n'atteindront pas la rémission de leurs symptômes sous le seuil clinique (Cuijpers et al., 2014; Layard, Clark, Knapp et Mayraz, 2007; Roy-Byrne et al., 2010). En outre, la réponse au traitement est moins favorable dans des contextes de défavorisation socioéconomique (Ostler et al., 2001), car les conditions de vie difficiles contribuent au maintien des symptômes et nuisent au rétablissement. La psychothérapie est toutefois aussi efficace que la médication pour traiter les troubles anxieux/dépressifs et ses effets sont plus durables dans le temps (INESSS, 2015). De plus, la psychothérapie est l'option thérapeutique généralement préférée par la population (Houle et al., 2013; Khalsa, McCarthy, Sharpless, Barrett et Barber, 2011). Ceci est important à considérer, puisque les personnes qui reçoivent leur modalité de traitement préférée démontrent de meilleurs taux de rémission et vivent une réduction plus importante de leurs symptômes (Clever et al., 2006; Mergl, Henkel, Allgaier, Kramer et Hautzinger, 2011).

Cependant, même après une psychothérapie fondée sur des données probantes, les taux de rechute demeurent importants : environ la moitié des personnes traitées pour une dépression à l'aide d'une psychothérapie connaîtra une rechute dans les cinq années suivantes (Steinert, Hofmann, Kruse et Leichsenring, 2014). Enfin, parmi les personnes qui se rétablissent, la majorité devra composer avec des symptômes résiduels (Paykel, 2008). Sur la base des connaissances scientifiques actuelles, on peut s'attendre à ce que les interventions de courte durée soient efficaces pour plusieurs personnes, mais qu'elles s'avèrent inefficaces pour d'autres. D'où l'importance de réévaluer la situation à la fin de l'intervention et de juger par la suite si la personne nécessite des rencontres supplémentaires en 1<sup>re</sup> ligne, si elle devrait bénéficier d'une

intervention spécialisée de 2<sup>e</sup> ligne ou si elle peut poursuivre son rétablissement à l'intérieur d'autres services ou organismes de la communauté.

Jusqu'à présent, les études ayant examiné l'efficacité des interventions psychologiques ont principalement utilisé les symptômes pour déterminer si l'intervention avait été efficace ou non. Or, les résultats de la modélisation des interventions réalisées dans le cadre du projet *Savoirs partagés* attirent l'attention sur d'autres indicateurs de résultats importants, à savoir le fonctionnement, l'activation, la confiance en soi, l'espoir et le réseautage. Ces indicateurs semblent s'inscrire dans une vision plus large du rétablissement qui cadre bien avec les cinq dimensions proposées par Whitley et Drake (2010) : 1) clinique (c.-à-d. les symptômes); 2) fonctionnelle (c.-à-d. la capacité à réinvestir ses rôles sociaux et à s'acquitter de ses tâches de la vie quotidienne); 3) sociale (c.-à-d. la capacité à s'intégrer dans un réseau social et à entretenir des relations positives avec des membres de son entourage); 4) existentielle (c.-à-d. avoir confiance en ses capacités, se sentir en contrôle de sa vie et entrevoir le futur positivement); 5) physique (c.-à-d. avoir des habitudes de vie saines).

Les pairs chercheurs ont formulé des critiques, parfois sévères, à l'endroit des interventions de courte durée. Les aspects les plus problématiques pour eux sont : 1) qu'ils ont le sentiment d'être forcés de rentrer dans un cadre rigide qui ne tient pas compte de leurs besoins; 2) qu'ils doivent se dépêcher d'aller mieux, plutôt que d'aller à leur rythme; 3) qu'ils ne comprennent pas le raisonnement clinique qui sous-tend cette décision; 4) que l'intervention se termine souvent avant qu'on ait répondu à leurs besoins; et 5) qu'ils n'ont pas le sentiment qu'ils peuvent rappeler le CLSC pour obtenir à nouveau de l'aide une fois l'intervention terminée. Ces aspects ont été rapportés dans tous les sites et par un nombre considérable de pairs chercheurs, ce qui renforce leur validité. Ces constats préoccupants suggèrent que des améliorations pourraient être apportées aux services en santé mentale afin que ceux-ci mettent davantage l'accent sur la primauté de la personne (MSSS, 2016).

Nous avons la volonté, lors des rencontres de croisement des savoirs, d'être constructifs et de proposer des améliorations possibles aux services actuels. L'ensemble des professionnelles et des gestionnaires présents lors de ces rencontres avait sincèrement à cœur le bien-être des personnes utilisatrices de services et la qualité des interventions qui leur sont offertes. De même, tous les pairs chercheurs étaient animés d'un désir commun de mettre à contribution leur savoir expérientiel de manière positive et de participer à l'amélioration des pratiques actuelles. Conséquemment, nous avons collectivement identifié une série de pratiques qui pourraient être privilégiées afin que les interventions de courte durée répondent mieux aux besoins des personnes qui consultent le CLSC pour des difficultés liées à la dépression ou à l'anxiété. Ces pratiques, présentées dans le tableau 1, sont des propositions qui ont émané de nos discussions. Elles n'ont pas encore été validées empiriquement, mais nous croyons qu'elles pourraient être bénéfiques à la population, tout en permettant de réduire le plus possible les listes d'attente. Elles concernent l'intervention de courte durée elle-même, mais également le travail dans les équipes SMA. Notons toutefois qu'un pair chercheur s'oppose à l'implantation d'interventions de courte durée en CLSC comme seule et unique approche. Il estime, d'expérience, que le diktat de balises temporelles préétablis peut aller jusqu'à renforcer les symptômes invalidants et ainsi nuire au processus thérapeutique. En ce sens, la durée de l'intervention devrait être déterminée par le professionnel en fonction des besoins réels de l'utilisateur.

**Tableau 1. Pratiques qui pourraient être privilégiées dans le cadre des interventions de courte durée**

<b>LORS DES RENCONTRES AVEC LES PERSONNES</b>
<p><b>Flexibilité</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Plutôt que de mentionner un nombre prédéterminé et fixe de rencontres dès le départ, donner plutôt un ordre de grandeur général et flexible.</li><li>• Ajuster le nombre de rencontres et leur rythme en fonction de la personne.</li><li>• Envisager la combinaison « interventions de groupe » (ex. psychoéducation, autorégulation émotionnelle, etc.) et « suivi individuel » complémentaire.</li><li>• Envisager des rencontres à domicile ou des accompagnements dans la communauté au besoin.</li></ul>
<p><b>Continuité</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Préciser qu'il s'agit d'une première étape, d'un premier épisode de services, et que la personne pourra toujours revenir au CLSC par la suite si elle a besoin de poursuivre sa démarche.</li><li>• Présenter le professionnel comme un intervenant pivot pour la personne et qu'elle pourra le revoir pour un soutien ponctuel après l'intervention sans avoir à repasser par l'évaluation.</li><li>• Offrir une rencontre post-suivi quelques mois après la fin de l'intervention. Cette rencontre (pouvant être annulée ou refusée si la personne n'en ressent plus le besoin) permettrait de faire le point sur l'évolution de l'état de la personne et de décider des suites à donner (fermer l'épisode de services, offrir quelques rencontres supplémentaires pour régler certains aspects spécifiques, référer vers d'autres ressources ou encore réactiver le suivi).</li></ul>
<p><b>Compréhension</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Expliquer la démarche d'une manière positive afin que la personne comprenne bien le processus dans lequel elle s'engage et qu'elle ait bon espoir de pouvoir en retirer des bénéfices.</li><li>• Proposer de rencontrer un ou plusieurs proches avec la personne pour compléter son évaluation et outiller l'entourage à jouer son rôle de soutien.</li><li>• Offrir de la documentation écrite que la personne peut relire à tête reposée à la maison pour se rappeler certains des points importants qui ont été discutés pendant la rencontre.</li><li>• Faire des bilans réguliers avec la personne pour vérifier si elle a des questions sur la démarche, et si elle est satisfaite de l'enlèvement de l'intervention et des progrès réalisés (en utilisant idéalement des outils validés).</li></ul>
<p><b>Pouvoir d'agir et rétablissement</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Expliquer à la personne le rôle actif qu'elle a à jouer dans son rétablissement, reconnaître et travailler à partir de ses forces, lui donner des outils qu'elle peut s'approprier et utiliser dans son quotidien pour aller mieux.</li><li>• Le rétablissement étant un processus à long terme avec ses hauts et ses bas, il est nécessaire que la personne sache ce qu'elle peut faire pour continuer sa démarche personnelle et comment réagir en présence de signes de rechute.</li></ul>

## LORS DES RENCONTRES AVEC LES PERSONNES

### Fin

- Déterminer la fin de l'épisode de services non pas en fonction du nombre de séances, mais plutôt lorsque certains indicateurs sont présents : la personne sent qu'elle a atteint ses objectifs et qu'elle a obtenu une réponse satisfaisante au besoin qui l'avait amené à consulter, elle se sent capable de poursuivre son cheminement et a espoir en l'avenir.

## DANS L'ÉQUIPE SMA

### Flexibilité

- Permettre aux professionnels d'offrir une intervention de courte durée flexible, tant dans le nombre de rencontres que dans leur rythme.

### Continuité

- Permettre aux professionnels de rester un intervenant pivot pour la personne.

### Collégialité

- Pour la gestion de la liste d'attente, favoriser la prise de décision en équipe et l'entraide entre les intervenants.

### Formation et supervision

- Offrir de la supervision et de la formation continue sur les interventions de courte durée et sur le processus de rétablissement

### Collaboration

- Développer des corridors de services pour référer vers d'autres ressources les personnes qui ont des besoins auxquels il n'a pas été possible de répondre entièrement en 1<sup>re</sup> ligne.
- Faciliter les communications entre le professionnel en santé mentale et le médecin référant.

### Répertoire d'outils

- Mettre à la disposition des professionnels un répertoire d'outils (documents vulgarisés, métaphores, fiches informatives, etc.) utiles dans le cadre des interventions de courte durée.

### Environnement physique approprié

- Mettre à la disposition des professionnels un bureau individuel ou fournir des salles d'entrevues en nombre suffisant

Malgré la diversité des points de vue exprimés sur les interventions de courte durée et les approches thérapeutiques à préconiser, tous les membres de l'équipe conviennent que l'accessibilité aux services de santé mentale est primordiale pour la population, d'autant plus que la psychothérapie n'est pas encore couverte par l'assurance maladie<sup>6</sup>. Les personnes qui en ont besoin doivent pouvoir avoir rapidement accès à un professionnel en santé mentale. La plupart des membres de l'équipe estime que de travailler à l'intérieur d'épisodes de services plus circonscrits dans le temps pourrait faire partie des stratégies à mettre en place pour y arriver si les pratiques énoncées plus haut sont mises en place. Cependant, selon les observations présentées dans le présent rapport, il nous apparaît aussi essentiel d'investir plus massivement en santé mentale, notamment dans le milieu communautaire, de doter suffisamment les équipes SMA des CLSC et d'offrir davantage de supervision et de formation aux professionnels. Ceux-ci ont en effet besoin d'être soutenus et accompagnés dans ce changement de pratique important et de sentir qu'ils ont une certaine latitude décisionnelle et la possibilité d'innover.

Malgré son originalité et la richesse de son apport, ce travail comporte néanmoins certaines limites qu'il est important de reconnaître. Tout d'abord, tel que mentionné dans la méthodologie, les savoirs scientifiques ont été moins représentés que les savoirs professionnels et expérientiels dans cette phase de l'étude. L'état des connaissances scientifiques dans le domaine a été résumé sommairement dans la présente section, sans avoir été débattu ni discuté lors des rencontres afin de laisser toute la place à l'expertise des pairs chercheurs et des professionnels qui donnent les services. Il faut également rappeler la nature exploratoire de cette première phase de l'étude, dont les résultats devront être mis en lien avec ceux de la phase suivante afin d'obtenir un portrait plus complet. Au cours de celle-ci, 120 usagers seront interrogés à quatre reprises afin d'évaluer les effets des interventions de courte durée. Les savoirs scientifiques pourront alors être davantage mobilisés. Une autre limite concerne le fait que tous les professionnels et gestionnaires qui ont participé au croisement des savoirs, à l'exception d'une personne, était de sexe féminin. Bien que les femmes soient largement majoritaires dans les équipes SMA, il reste que la perspective de leurs collègues masculins n'a pas pu être prise en compte dans cette étape de la recherche. Nous ignorons si la présence de professionnels masculins aurait pu faire varier les résultats. Enfin, une limite concerne les sites retenus pour l'étude. Deux sont situés à Montréal, dans des quartiers défavorisés au plan socioéconomique, alors que l'autre est situé dans une ville de taille moyenne moins défavorisée. La transférabilité des résultats à d'autres régions du Québec doit être effectuée avec prudence.

## **Conclusion**

Les rencontres de croisement des savoirs entre les professionnels des équipes SMA et les pairs chercheurs ont produit des résultats qui ont dépassé nos attentes. En plus d'atteindre leur objectif de produire une première modélisation des interventions de courte durée qui sera vérifiée empiriquement au cours de la deuxième phase du projet, elles ont aussi permis de soulever des enjeux importants concernant ces interventions et de proposer quelques pratiques qui pourraient en atténuer les difficultés. Ce regard à la fois critique et constructif sur les services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale est essentiel à l'amélioration du système de santé québécois et il ne peut se faire qu'en étroite collaboration avec les principaux intéressés : soit les professionnels, qui sont profondément engagés dans leur travail et qui tentent d'offrir les meilleurs services possibles, et les personnes utilisatrices de services, dont la contribution unique et inestimable se doit d'être encouragée et valorisée.

---

<sup>6</sup> Le Ministre de la santé et des services sociaux du Québec a fait une annonce en ce sens à la fin de 2017, mais le remboursement de la psychothérapie n'est pas encore en cours et les modalités d'opérationnalisation de cette politique ne sont pas encore connues.

## Références

- Amara N, Ouimet M, Landry R. (2004). New Evidence on Instrumental, Conceptual, and Symbolic Utilization of University Research in Government Agencies. *Science Communication*, 26, 75-106.
- Bandelow B, Reitt M, Röver C, Michaelis S, Görlich Y, Wedekind D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, 30(4), 183-192.
- Barth J, Munder T, Gerger H, Nüesch E, Trelle S, Znoj H, Jüni P, Cuijpers P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS Medicine*, 10(5), 1-17.
- Brett J, Staniszewska S, Mockford C, Herron-Marx S, Hughes J, Tysall C, Suleman R. (2014). A systematic review of the impact of patient and public involvement on service users, researchers and communities. *Patient*, 7: 387-395.
- Centre national d'excellence en santé mentale (2017). *Guide d'accompagnement pour le déploiement d'une offre de services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale adulte (SMA)*. Ministère de la santé et des services sociaux. 36 pages.
- Chen HT (2015). *Practical program evaluation. Theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective*. Second Edition. Sage Publications.
- Clever SL, Ford DE, Rubenstein LV, Rost KM, Meredith LS, Sherbourne CD, Wang LA, Arbelaez JJ, Cooper LA. (2006). Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression. *Medical Care*, 44, 398-405.
- Coryn, CLS, Noakes LA, Westine CD, Schröter DC. (2011). A systematic review of theory-driven evaluation practice from 1990 to 2009. *American Journal of Evaluation*, 32(2), 199-226.
- Cuijpers P, Andersson G, Donker T, van Straten A. (2011). Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(6), 354-364.
- Cuijpers P, Huibers M, Ebert DD, Koole SL, Andersson G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 149, 1-13.
- Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, Andersson G, Hollon SD, van Straten A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118-126.
- DeCarlo Santiago C, Kaltman S, Miranda J. (2013). Poverty and mental health: how do low-income adults and children fare in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 69(2), 115-126.
- Ferrand C. (2008). *Le croisement des pouvoirs: Croiser les savoirs en formation, recherche, action*. Paris: Les éditions de l'atelier et Éditions Quart Monde.
- Gardner, J. (2010). Getting started: Key points to consider when starting on the outcomes journey, Récupéré 1<sup>er</sup> février 2012 de [www.jitscotland.org.uk/downloads/1296481782-Getting%20Started.pdf](http://www.jitscotland.org.uk/downloads/1296481782-Getting%20Started.pdf).
- Houle J, Villaggi B, Beaulieu MD, Lespérance F, Rondeau G, Lambert J. (2013). Treatment preferences in patients with first episode depression. *Journal of Affective Disorders*, 147, 94-100.

Institut national de la santé publique du Québec. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Rapport préparé par Alain Lesage et Valérie Émond. Québec: INSPQ.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2013). *Efficacité des interventions sociales et psychologiques de courte durée : revue systématique*. Rapport rédigé par Annie Tessier. Québec : INESSS.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2015). *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet I – Examen des données probantes sur l'efficacité et le coût de la psychothérapie comparativement à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement des adultes atteints de troubles anxieux et dépressifs*. Rapport rédigé par Alvine Fansi et Cédric Jehanno. Québec : INESSS.

Khalsa SR, McCarthy KS, Sharpless BA, Barrett MS, Barber JP. (2011). Beliefs about the causes of depression and treatment preferences. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 539–549.

Layard R, Clark D, Knapp M, Mayraz G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review*, 202(1), 90-98.

Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranouzouli I, Kew K, Clark DM, Ades AE, Pilling S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 1(5), 368-376.

Mergl R, Henkel V, Allgaier AK, Kramer D, Hautzinger M. (2011). Are treatment preferences relevant in response to serotonergic antidepressants and cognitive-behavioral therapy in depressed primary care patients? Results from a randomized controlled trial including a patients' choice arm. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 39–47.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*. Gouvernement du Québec. 96 pages.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2011). *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS*. Gouvernement du Québec. 54 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : Faire ensemble et autrement*. Gouvernement du Québec. 79 pages.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2016). *Plan d'action sur la primauté de la personne dans la prestation et l'organisation des services*, Gouvernement du Québec. 17 pages.

National Institute for Health and Care Excellence. (2009). *Depression in adults: recognition and management. Clinical guideline*. NICE: Manchester, UK.

National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults: management. Clinical guideline*. NICE: Manchester, UK.

Nieuwsma JA, Trivedi RB, McDuffie J, Kronish I, Benjamin D, Williams JW. (2012). Brief psychotherapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), 129-151.

Ostler K, Thompson C, Kinmonth AL, Peveler RC, Stevens L, Stevens A. (2001). Influence of socio-economic deprivation on the prevalence and outcome of depression in primary care: the Hampshire Depression Project. *British Journal of Psychiatry*, 178, 12–17.

- Paykel ES. (2008). Partial remission, residual symptoms, and relapse in depression. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 10, 431-437.
- Pearson C, Janz T, Ali J. (2013). Mental and substance use disorders in Canada. *Health at a Glance: Statistics Canada*. Catalogue no 82-624-X.
- Pompoli A, Furukawa TA, Imai H, Tajika A, Efthimiou O, Salanti G. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *Cochrane Database Systematic Review*, 4:CD011004.
- Roche B, Guta A, Flicker S. (2010). *Peer Research in Action I: Models of Practice*. Toronto: The Wellesley Institute.
- Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, Rose RD, Edlund MJ, Lang AJ, Bystritsky A, Welch SS, Chavira DA, Golinelli D, Campbell-Sills L, Sherbourne CD, Stein MB. (2010). Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*, 303(19), 1921-1928.
- Repper J, Carter T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411.
- Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 100-113.
- Steinert C, Hofmann M, Kruse J, Leichsenring F. (2014). Relapse rates after psychotherapy for depression – stable long-term effects? A meta-analysis. *Journal of Affective Disorder*, 168, 107-118.
- Whitley R, Drake RE. (2010). Recovery: a dimensional approach. *Psychiatric Services*, 61, 1248-1250.