



DOCUMENT D'INFORMATION À L'INTENTION DES ÉTABLISSEMENTS

**PROGRAMME QUÉBÉCOIS POUR LES TROUBLES MENTAUX :
DES AUTOSOINS À LA PSYCHOTHÉRAPIE (PQPTM)**

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section Publications

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020
Bibliothèque et Archives Canada, 2020

ISBN : 978-2-550-87940-4 (version PDF)

Les photographies contenues dans cette publication ne servent qu'à illustrer les différents sujets abordés. Les personnes y apparaissant sont des figurants.

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2020

LISTE DES COLLABORATEURS

Direction

Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Madame Stéphanie Morin, directrice générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Docteur Pierre Bleau, directeur national des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Madame Sandra Bellemare, travailleuse sociale, directrice intérimaire des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance, cheffe de projet du PQPTM

Rédaction

Madame Sandra Bellemare, travailleuse sociale, directrice intérimaire des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance, cheffe de projet du PQPTM

Monsieur Louis-Philippe Boisvert, conseiller au volet santé mentale jeunesse au Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM), Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Monsieur Steve Castonguay, pilote de la mesure clinique en continu du PQPTM, Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Madame Alexandra Dion, conseillère à la contextualisation du PQPTM, Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Madame Martine Lafleur, pilote du sous-comité clinico-organisationnel du PQPTM, Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Madame Geneviève Lessard, conseillère en santé mentale, direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Monsieur Karl Turcotte, conseiller à la contextualisation et au déploiement du PQPTM, Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Collaboration

Joël Castonguay, conseiller aux services sociaux généraux, direction des services sociaux généraux et des activités communautaires

Jean-François Giguère, neuropsychologue, chargé de projet du PQPTM, conseiller cadre en psychologie, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Monsieur Michel Gilbert, coordonnateur au CNESM, pilote du sous-comité déploiement du PQPTM, Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Marie-Pierre Milot, conseillère cadre, chargée de projet du PQPTM, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Madame Lise Renaud-Gagnon, conseillère au volet services spécifiques en santé mentale au CNESM, Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Madame Mylène Ouellet, conseillère au volet services spécifiques en santé mentale au CNESM, Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Révision linguistique

Madame Marilou Gagnon-Thibault, réviseuse linguistique

REMERCIEMENTS

Les travaux ayant mené à la rédaction de ce document d'information ont exigé un partage de connaissance et d'expertise ainsi que du temps de la part de nombreuses personnes. Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous ces collaborateurs et collaboratrices qui, à un moment ou à un autre, ont participé à l'un des comités de travail et apporté leur contribution à la production de ce document.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	1
2. CONTEXTE	1
3. PROGRAMME QUÉBÉCOIS POUR LES TROUBLES MENTAUX : DES AUTO-SOINS À LA PSYCHOTHÉRAPIE (PQPTM)	4
3.1. ORIGINE DU PQPTM	4
3.2. PLACE DU PQPTM DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC ...	5
4. TROIS PILIERS DU PQPTM	6
4.1. PILIER 1 : ORGANISATION ET SERVICES FONDÉS SUR LES DONNÉES PROBANTES	6
4.1.1. Guides de pratique clinique	6
4.1.2. Modèle de soins par étapes.....	8
4.1.3. Bonnes pratiques cliniques recommandées dans le cadre du PQPTM	9
4.2. PILIER 2 : MESURE CLINIQUE EN CONTINU (OU <i>MONITORAGE</i>).....	11
4.2.1. Mesure clinique en continu et ajustement du traitement	12
4.2.2. Avantages de la mesure clinique en continu	12
4.2.3. Éléments clés favorisant l'implantation de la mesure clinique en continu dans les établissements	14
4.2.4. Questionnaires d'appréciation chez l'adulte	15
4.2.5. Questionnaires d'appréciation chez l'enfant et l'adolescent	17
4.2.6. Seuil clinique des questionnaires d'appréciation	18
4.2.7. Indice de changement significatif des questionnaires d'appréciation	19
4.2.8. Repérage	22
4.2.9. Démarche de mesure clinique en continu	22
4.2.10. Saisie et analyse des résultats	23
4.2.11. Tenue de dossier	24
4.2.12. Fin du suivi	25
4.3. PILIER 3 : INTERVENANTS FORMÉS ET SOUTENUS CLINIQUEMENT.....	25
4.3.1. Formation sur le PQPTM.....	25
4.3.2. Activités réservées et professionnels dûment habilités	26
4.3.3. Intervenants soutenus cliniquement	27
5. DÉPLOIEMENT DU PQPTM	28
5.1. ACTEURS CLÉS POUR SOUTENIR LE PQPTM.....	28
5.1.1. Chargé de projet.....	29
5.1.2. Pilote des actifs informationnels.....	29
6. ÉLÉMENTS CLÉS POUR UNE TRANSFORMATION EFFICACE	29
6.1. GESTION HUMAINE DU CHANGEMENT	29
6.2. MISE EN PLACE DE CONDITIONS PRÉALABLES AU DÉPLOIEMENT DU PQPTM	30
6.3. SOUTIEN AUX ÉTABLISSEMENTS DANS LE DÉPLOIEMENT	31
6.4. SUIVI DE LA PERFORMANCE	31
7. PQPTM : BÉNÉFICES ET POSSIBILITÉS	32

LISTE DES FIGURES

- Figure 1.** Les trois piliers du PQPTM et leurs composantes.....6
- Figure 2.** Exemple du modèle de soins par étapes pour le trouble d'anxiété généralisée chez les adultes.....8

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1.** Questionnaires d'appréciation chez l'adulte.....16
- Tableau 2.** Questionnaires d'appréciation chez les enfants et adolescents.....18
- Tableau 3.** Valeurs des seuils cliniques et des indices de changements significatifs pour les adultes.....20
- Tableau 4.** Valeurs des seuils cliniques et des indices de changements significatifs pour les enfants et les adolescents.....21

LISTE DES SIGLES

Sigle	Définition
ATAPS	Accès to allied psychological services
CANMAT	Canadian network for mood and anxiety treatments
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
CRIES-8	Children's Revised Impact of Event Scale
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GASM	Guichet d'accès en santé mentale
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder
GMF	Groupe de médecine de famille
ENA	Environnement numérique d'apprentissage
IAPT	Improving Access to Psychological Therapies
IES-R	Impact of Event Scale - Revised
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MIA	Mobility Inventory for Agoraphobia
MSSS	Ministère de la santé et services sociaux
MOP	Manuel d'organisation projet
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
OCI-R	Obsessive-Compulsive Inventory-Revised
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PASM	Plan d'action en santé mentale
PDSS	Panic Disorder Severity Scale
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux : des auto-soins à la psychothérapie
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCADS	<i>Revised Child Anxiety and Depression Scale</i>
WSAS	Work and Social Adjustment Scale

TERMES UTILISÉS DANS LE CADRE DU PQPTM

À moins de précision supplémentaire, le sens donné aux termes suivants s'applique à l'ensemble du vocabulaire ou documents utilisés dans le cadre du PQPTM.

Autosoins

Les autosoins sont des stratégies prometteuses en santé mentale qui visent à améliorer les connaissances et les compétences de la personne afin de faire face aux difficultés. Ils renvoient à tout ce qu'une personne peut faire par elle-même pour se maintenir en bonne santé et assurer son bien-être; en somme, tout ce qu'une personne peut faire pour :

- retrouver du pouvoir sur sa santé mentale;
- poser des gestes au quotidien qui s'inscrivent dans des stratégies d'adaptation positives, par exemple adopter de saines habitudes de vie;
- reconnaître les bonnes ressources à sa disposition et déterminer à quel moment y faire appel;
- adopter un rôle proactif dans toute démarche visant à améliorer sa qualité de vie et sa santé mentale.

Les autosoins peuvent contenir :

- des informations;
- des suggestions d'activités;
- des conseils sur le mode de vie.

Évaluation

« L'évaluation, telle que déjà définie dans le cadre de l'implantation de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (PL n o 90) : L'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. Les évaluations qui sont réservées ne peuvent être effectuées que par les professionnels habilités.¹ »

Évaluer le trouble mental

Vise à confirmer ou non la présence d'un trouble mental, c'est-à-dire de se prononcer sur la nature des « affections cliniquement significatives qui se caractérisent par le changement du mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales². »

Intervenant

Terme générique qui désigne l'ensemble des intervenants, qu'ils fassent partie d'un ordre professionnel ou non.

Intervention

Réfère à tout type de soutien qui n'est pas de la pharmacothérapie ou de la psychothérapie au sens du deuxième alinéa de l'article 187.1 du Code des professions

¹ Office des professions (2013). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif.
[:https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf](https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf)

² Idem

(chapitre C-26), qui s'apparentent à de la psychothérapie mais qui n'en est pas, telle que l'intervention de soutien, l'intervention conjugale et familiale, l'éducation psychologique, la réadaptation, le soutien à l'emploi et à la scolarisation, le coaching, l'intervention de crise, les autosoins, etc.

Membre de la famille et de l'entourage

Ce terme inclut les parents, les membres de la fratrie, les familles d'accueil, les conjoints, les enfants, les amis ou toute autre personne intéressée par le processus de rétablissement d'un proche et pour lequel la personne utilisatrice a donné son consentement. Son utilisation inclut également le titulaire de l'autorité parentale et le représentant légal, le cas échéant.

Professionnel

Désigne toute personne titulaire d'un permis délivré par un ordre professionnel et inscrite au tableau de ce dernier, y compris les médecins.

Professionnel dûment habilité

Fait référence à un professionnel ayant le permis ou l'attestation nécessaire pour effectuer une activité réservée en vertu du Code des professions.

Psychothérapie

« La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien.»³

Traitements

Terme générique qui désigne l'ensemble de mesures destinées à guérir, soulager ou prévenir l'apparition d'un trouble. Les traitements incluent les interventions, la pharmacothérapie et la psychothérapie.

Trouble mental fréquent

Terme qui désigne un trouble mental qui arrive souvent,⁴ c'est-à-dire qui est répandu dans la population. Il réfère aux troubles dépressifs, anxieux (anxiété généralisée, trouble panique, anxiété sociale) et ceux qui s'y apparentent (trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et trouble stress post-traumatique (TSPT))⁵.

Modèle de soins par étapes

Modèle qui précise les soins et services recommandés les moins intrusifs et les plus efficaces, selon une gradation et en fonction des caractéristiques présentées par la personne. Bien que la terminologie ait fait l'objet d'une adaptation au contexte québécois

³ Code des professions (L.R.Q., c. C-26) Article 187.1.

⁴ Larousse. (s. d.). Fréquent. *Le Dictionnaire Larousse en ligne*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fr%C3%A9quent/35187>

⁵ American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

et réfère aux soins et services, le modèle est marqué d'une restriction du libellé et doit être nommé « modèle de soins par étapes » tel que présenté par le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE).

1. INTRODUCTION

Ce document s'adresse principalement aux décideurs, aux gestionnaires et aux chargés de projet du réseau de la santé et des services sociaux qui sont susceptibles de recevoir ou reçoivent dans leurs services des personnes qui présentent des symptômes d'un trouble mental fréquent ou qui vivent avec un tel trouble, et ce, peu importe où se trouvent ces personnes dans la trajectoire de soins et de services.

Il vise à présenter le Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) et les détails clinico-administratifs qui le composent afin d'éclairer les différentes parties prenantes sur ce programme et d'en faciliter l'implantation.

2. CONTEXTE

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité⁶ ». Ainsi, la santé mentale et sociale sont des composantes importantes de la santé au même titre que la dimension physique. Les données actuelles indiquent qu'un Canadien sur cinq sera personnellement touché par la maladie mentale au cours de sa vie et que tous les Canadiens seront indirectement touchés par la maladie mentale, que ce soit par un membre de la famille, un proche ou encore un collègue⁷. Dans la majorité des cas (70 %), le trouble mental se manifestera avant l'âge de 25 ans et la moitié (50 %) d'entre eux, avant 14 ans. En se basant sur une prévalence de 12 % de troubles mentaux diagnostiqués et consignés dans les banques de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en 2012⁸, on peut estimer que près d'un million de Québécois souffraient d'un trouble mental en 2016. Selon les données d'enquête de 2012, les troubles anxieux et les troubles dépressifs représenteraient près de 65 % des troubles mentaux au Québec et constituent donc les troubles mentaux les plus fréquents⁹.

Sans traitement, les problèmes¹⁰ et les troubles mentaux pourrait s'aggraver, ressurgir ou se chroniciser.¹¹ Le risque de développer un autre trouble mental ou encore un trouble physique augmente également, ce qui ajoute aux coûts sociaux et économiques

⁶ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin – 22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (*Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946. Consulté en ligne le 2 septembre 2020 : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.

⁷ Association canadienne pour la santé mentale (2020). *Faits saillants sur la maladie mentale*. Consulté en ligne le 17 août 2020 : <https://cmha.ca/fr/faits-saillants-sur-la-maladie-mentale>.

⁸ Institut national de santé publique du Québec. « Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services », *Surveillance des maladies chroniques*. Gouvernement du Québec, n° 6, 2012, 15 p. N° de publication : 1578, ISBN (version imprimée) : 978-2-550-66504-5, ISBN (version PDF) : 978-2-550-66505-2.

⁹ Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2017). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p.

¹⁰ Selon L'INESSS (2017) « Par problèmes de santé mentale, on entend généralement la présence de difficultés de détresse psychologiques qui ne répondent pas aux critères diagnostiques d'un trouble mental ou qui n'ont pas fait l'objet d'une telle évaluation. »

¹¹ Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2017). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p.

occasionnés par ceux-ci. Ils constituent d'ailleurs la principale cause d'invalidité à court et à long terme au Canada¹². Au Canada, on leur attribue environ le tiers des séjours hospitaliers et de toutes les causes d'invalidité.

Selon l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), les données disponibles au Québec indiquent que moins de la moitié des personnes ayant des besoins au sujet de leur santé mentale ou des troubles mentaux consultent un professionnel ou font des démarches pour obtenir des soins et des services¹³. Les problèmes d'acceptabilité (73,0 %), la disponibilité de l'aide (22,4 %), l'accessibilité limitée aux soins et services de santé mentale (11,7 %) et la volonté de s'occuper soi-même de son problème (35,0 %) sont les principales raisons évoquées pour ne pas demander de l'aide en santé mentale. L'accès à la relation d'aide ou à la psychothérapie (52 %) ainsi que l'obtention d'information sur les troubles, les options de traitement et les services (41 %) sont les deux types d'aide requis en santé mentale qui sont les plus souvent mentionnés comme étant non comblés¹⁴.

Ainsi, on constate que les personnes ayant des besoins non comblés quant à leur santé mentale souhaiteraient recevoir de l'information, entre autres pour mieux s'occuper d'elles-mêmes et de leurs besoins en santé mentale, ou elles seraient prêtes à entreprendre des démarches pour obtenir du soutien. À l'opposé, ces mêmes enquêtes révèlent que seulement 4,3 % des Québécois de 15 ans et plus ayant des besoins non comblés en santé mentale ont mentionné uniquement la pharmacothérapie comme type d'aide reçu. Les données disponibles autant dans la littérature qu'auprès des différents acteurs consultés font état du manque d'options possibles au traitement pharmacologique et du fait que, bien que la psychothérapie soit reconnue comme un traitement efficace, son accès est plus limité au Québec pour les personnes qui n'ont pas d'assurance privée¹⁵.

Préoccupé par ce constat, et souhaitant offrir à la population un accès équitable à la psychothérapie, le gouvernement du Québec a sollicité l'expertise de l'INESSS concernant les enjeux organisationnels et économiques susceptibles de découler de la mise en œuvre d'un accès élargi à la psychothérapie, mandat qui a été découpé en trois volets.

Volet I :

Objectif : Examiner les données probantes sur l'efficacité et le rapport coût-efficacité de la psychothérapie comparée à la pharmacothérapie pour les troubles anxieux et et dépressifs chez les adultes.

Constats :

L'état actuel des connaissances concernant l'efficacité de la psychothérapie et des

¹² National Business Group on Health/Towers Watson. « L'avantage santé et productivité », *Au travail! 2009-2010*, Towers Watson (originellement publié par Watson Wyatt Worldwide), 2010, 36 p. TW-NA-2009-14565.

¹³ Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2017). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux.

¹⁴ Fleury, M.-J., et G. Grenier (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, Québec : Commissaire à la santé et au bien-être, 243 p.

¹⁵ *Idem*.

interventions qui s'y apparentent révèle qu'elles :

- Sont des traitements efficaces pour la plupart des problèmes¹⁶ et troubles mentaux fréquents et ce, autant chez les enfants, les adolescents, les adultes que chez les personnes âgées¹⁷.
- Sont aussi efficaces que la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux ou dépressifs autant chez les enfants et les adolescents que chez les adultes de tous âges.¹⁸
- Présente un meilleur rapport coût/efficacité et une meilleure rentabilité à long terme comparativement à la pharmacothérapie, en raison d'une meilleure protection contre la rechute.¹⁹

Volet II :

Objectif : Analyser les différentes modalités de pratique et de couverture de la psychothérapie dans les autres juridictions et au Québec.

Constats :

- La plupart des guides de pratique clinique, y compris ceux produits par le *Canadian network for mood and anxiety treatments* (CANMAT) et par le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), recommandent que le traitement pour les personnes qui présentent des troubles mentaux fréquents soient offerts dans un modèle de soins par étapes et intégrés dans l'offre de service de santé primaire²⁰.
- Dans l'ensemble, l'efficacité de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent est comparable. « Les différences observées sont faibles et sont plus liées au groupe d'âge et au type de trouble mental qu'à l'approche elle-même. »²¹

Volet III :

Objectif : Proposer des modèles organisationnels améliorant l'accès aux services de psychothérapie et évaluer les effets financiers découlant de la couverture élargie de ces services.

Constats :

- Le programme *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT), implanté avec succès depuis plus de 10 ans, dont la performance et la rentabilité a été démontré à l'aide d'outils validés, a pris l'initiative d'investir dans l'augmentation et la formation des intervenants pour améliorer l'accès à la psychothérapie et aux interventions qui s'y apparentent pour les personnes qui présentent des problèmes ou des troubles mentaux fréquents. Les soins et services sont intégré aux services de santé primaire et sont offerts par une variété d'intervenants selon le modèle de

¹⁶ «Par problèmes de santé mentale, on entend généralement la présence de difficultés de détresse psychologiques qui ne répondent pas aux critères diagnostiques d'un trouble mental ou qui n'ont pas fait l'objet d'une telle évaluation.» (INESSS, (2017).

¹⁷ Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2017). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p.

¹⁸ Idem

¹⁹ Idem

²⁰ Idem

²¹ Idem

soins par étapes issue du NICE²².

- Les programmes australiens *Access to allied psychological services* (ATAPS) et *Better access*, implantés au début des années 2000, reposent sur un modèle de soins en collaboration. L'ATAPS offre des interventions brèves aux personnes financièrement désavantagé qui présentent des troubles mentaux fréquents confirmés. *Better Access*, fut instauré dans le but d'améliorer l'accès à des professionnels qui offrent des services psychologiques et à des équipes de santé mentale, via l'achat de services au privé. Après avoir analysé la performance de ces programmes, le gouvernement australien a entrepris une importante réforme des services de santé mentale, pour les intégrer dans un modèle de soins par étapes et dans les services de santé primaire²³.
- L'état des connaissances produit par l'INESSS confirme l'efficacité et la rentabilité de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent dans le traitement des problèmes²⁴ et troubles mentaux fréquents.²⁵

C'est sur la base de cette série d'analyses rigoureuses, effectuée par l'INESSS entre 2012 et 2017, que le gouvernement du Québec a créé le PQPTM en décembre 2017.

3. PROGRAMME QUÉBÉCOIS POUR LES TROUBLES MENTAUX : DES AUTOSOINS À LA PSYCHOTHÉRAPIE (PQPTM)

Le PQPTM s'inscrit dans une vision intégrée de l'accès à des soins et services de santé mentale au Québec pour les personnes de tous âges.

Il est basé sur un modèle de soins par étapes développé selon les données probantes. Il vise à fournir un cadre à la prestation de soins et services, et ce, dès les services sociaux généraux, y compris les groupe de médecine de famille (GMF), les services jeunes en difficulté (JED), et les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. Dans le cadre de ce programme, chaque personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé recevra un service adapté à ses besoins, au moment opportun. Ce service de qualité est offert par une personne habilitée et formée. Il vise à accroître et à améliorer l'accès à des services de santé mentale, y compris à une offre publique de services allant des autosoins à la psychothérapie.

3.1. ORIGINE DU PQPTM

Le PQPTM est inspiré de l'expérience du programme anglais *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT), lancé en 2008. Ce dernier s'est avéré compatible avec l'organisation des soins et services au Québec puisqu'il est universel, gratuit et organisé de manière à offrir des soins et des services efficaces qui tiennent compte des besoins

²² Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2017). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p.

²³ Idem.

²⁴ «Par problèmes de santé mentale, on entend généralement la présence de difficultés de détresse psychologiques qui ne répondent pas aux critères diagnostiques d'un trouble mental ou qui n'ont pas fait l'objet d'une telle évaluation.» (INESSS, 2017).

²⁵ Idem

des personnes.

Implanté il y a plus de 10 ans en Angleterre et soumis à l'évaluation depuis ce temps, l'efficacité de l'IAPT a été démontrée : près de 1,2 millions de personnes reçoivent annuellement des soins et des services dans le cadre du programme, 87,4% des personnes débutent leurs traitements à l'intérieur d'un délai de six semaines, deux tiers des personnes traitées présentent une amélioration significative et près de la moitié des personnes terminent leurs traitements avec des symptômes qui passent sous les seuils cliniques des questionnaires d'appréciation²⁶.

Le programme repose sur un modèle de soins par étapes basé sur les données probantes. Il découle des guides de pratique clinique du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), guides pour lesquels le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a acquis une licence d'adaptation et de contextualisation.

Bien qu'inspiré de l'IAPT, le PQPTM est adapté pour être conforme au contexte des soins, des services et de l'organisation du système de santé québécois ainsi qu'aux lois en vigueur, y compris le Code des professions et la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (connue sous l'appellation « projet de loi 21 »).

3.2. PLACE DU PQPTM DANS LE RESEAU DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUEBEC

Pour une personne qui présente des symptômes d'un trouble mental ou chez qui la présence d'un trouble mental est confirmée, l'accès à la trajectoire de soins et de services du PQPTM s'amorce généralement auprès des services sociaux généraux (CLSC, GMF, etc.) ou auprès des partenaires du réseau.

Les activités de repérage, d'éducation psychologique et de surveillance des symptômes, à la base du modèle de soins par étapes, ainsi que certaines interventions, telles que les autosoins, les services de soutien à l'éducation et à l'emploi, figurent parmi les interventions qui peuvent être offertes via ces services.

Les services spécifiques, y compris le Guichet d'accès en santé mentale (GASM) et les services spécialisés en santé mentale, offrent les soins et services débutant généralement à l'étape 2 du modèle de soins par étapes, lorsque les interventions de l'étape 1 n'ont pas permis de répondre aux besoins de la personne utilisatrice de services ou lorsqu'il est jugé approprié sur le plan clinique d'offrir les services d'un intervenant qui œuvre dans le programme de santé mentale.

Les personnes présentant des situations plus complexes et plutôt rares ou demandant une plus grande intensité de services peuvent, quant à elle, être dirigée vers les services surspécialisés. L'hospitalisation peut également être nécessaire au niveau des services spécialisés et surspécialisés.

²⁶ Community and Mental Health team. (2020). *Psychological Therapies: Annual report on the use of IAPT services, England 2019-20*. Londres, Royaume-Uni: National Health Service (Digital). 16 pages.

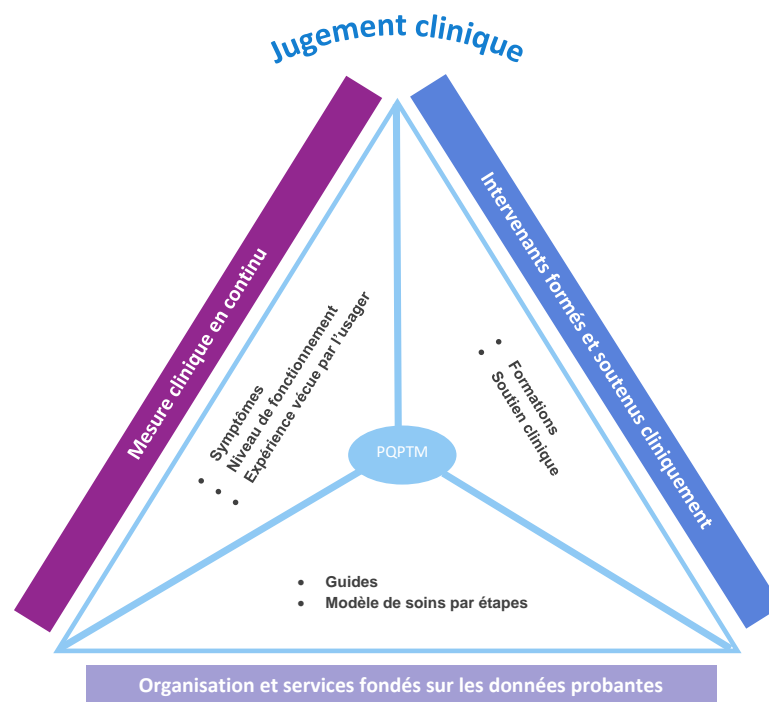
4. TROIS PILIERS DU PQPTM

Le PQPTM a adopté trois principes fondamentaux qui constituent les piliers du programme (figure 1).

- 1) Organisation et services fondés sur les données probantes;
- 2) Mesure clinique en continu (aussi nommée *monitorage*);
- 3) Intervenants formés et soutenus cliniquement.

Ces trois principes sont d'une importance équivalente et leur interaction assure la réussite et la qualité du programme.

Figure 1. Les trois piliers du PQPTM et leurs composantes



4.1. PILIER 1 : ORGANISATION ET SERVICES FONDÉS SUR LES DONNÉES PROBANTES

4.1.1. Guides de pratique clinique

L'offre de soins et de services du PQPTM est basée sur les traitements que recommandent les guides de pratique clinique du NICE. Ceux-ci reposent sur des données probantes et des consensus d'experts. Les guides de pratique clinique sont élaborés selon les meilleurs standards éthiques, scientifiques et économiques. Ils sont révisés régulièrement afin d'y intégrer les nouvelles données probantes et, conséquemment, d'en modifier les recommandations.

Chacune des recommandations est graduée selon la qualité des données scientifiques

qui la sous-tendent et le ratio coûts-bénéfices qui y est associé (qualité de vie, pertinence, efficacité clinique, effets délétères, coûts directs et indirects).

De plus, ces guides ont été adaptés pour être conformes au contexte des soins, des services et de l'organisation du système de santé québécois, au système de classification des troubles mentaux (DSM) ainsi qu'aux lois en vigueur.

4.1.1.1. Jugement clinique

Les guides visent à offrir des recommandations éprouvées qui, jumelées à l'expertise et au jugement clinique de l'intervenant, visent à permettre une prise de décision éclairée avec la personne utilisatrice de services.

Il est attendu que, lorsqu'ils exercent leur jugement clinique, les intervenants tiennent compte des recommandations émises dans les guides de même que des besoins particuliers, des préférences et des valeurs de la personne utilisatrice de services et qu'ils en discutent avec elle.

La mise en application des recommandations n'est pas obligatoire et ne l'emporte pas sur la responsabilité de prendre les décisions appropriées en fonction de la situation de la personne, et ce, dans un processus de décision conjoint avec cette dernière de même qu'avec les membres de la famille et de l'entourage²⁷. Cette discussion vise à aider la personne utilisatrice de services à parvenir à une décision éclairée, comme prévu par la LSSS, le Code des professions ainsi que les codes de déontologie des ordres professionnels.

4.1.1.2. Information à l'intention du public

Les guides de pratique clinique sont accompagnés d'informations à l'intention du public, mis à la disposition de la personne, des membres de la famille et de l'entourage. Ces informations sont complémentaires à celles du guide de pratique clinique et se veulent un outil d'aide à la décision. Composées d'informations détaillées, elles permettent à la personne qui le consulte d'avoir un aperçu des traitements qui devraient lui être offerts selon sa situation, mais également d'envisager des questions à poser à ses intervenants. Les sections à l'intention de la famille et de l'entourage présentent également de l'information et des ressources communautaires qui leur sont destinées. Elles expliquent aussi à la famille et à l'entourage le rôle qu'ils peuvent jouer dans le rétablissement de la personne.

4.1.1.3. Guides schématisés

Les guides de pratique schématisés sont des outils interactifs Web qui permettent un accès rapide aux différentes recommandations des guides de pratique du PQPTM. Ils constituent une source d'information importante, permettant de naviguer au travers des différentes recommandations et des divers documents qui y sont reliés. Ils permettent de rassembler par thèmes les différents sujets traités dans les guides NICE.

²⁷ Selon consentement de la personne utilisatrice de services.

4.1.2. Modèle de soins par étapes

La plupart des guides de pratique clinique du NICE portant sur les troubles mentaux sont construits selon le modèle de soins par étapes²⁸. Ce modèle précise les soins et services recommandés les moins intrusifs et les plus efficaces, selon une gradation et en fonction des caractéristiques présentées par la personne.

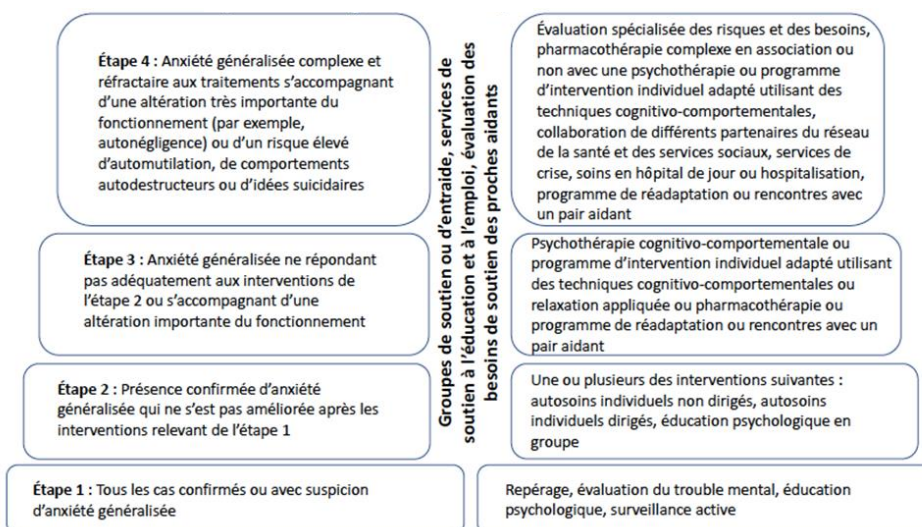
Les traitements proposés dépendent de la gravité, de la persistance des symptômes, de l'altération du fonctionnement, de la complexité de la situation clinique et de la réponse au traitement offert. Selon le trouble mental visé, le modèle de soins par étapes peut contenir de trois à six étapes.

Cette hiérarchisation facilite le cheminement des personnes entre les niveaux de services et vient traduire la complexité et l'intensité des traitements nécessaires pour répondre aux besoins de santé, sociaux ou psychologiques. Ainsi, elle vise à assurer à la personne l'accès au bon service, au bon moment, au bon endroit et avec l'expertise appropriée.

L'ascension des étapes suppose que la situation de la personne exige une intensification des soins et services et une expertise de plus en plus spécialisée. Par ailleurs, les soins par étapes ne représentent pas un cheminement clinique linéaire, ce qui signifie qu'une personne n'a pas à passer par l'ensemble des étapes afin de bénéficier des soins et services dont elle a besoin.

Concrètement, les étapes vont des modalités comme la veille ou la surveillance active et les autosoins aux premières étapes jusqu'à des interventions plus spécifiques (ex : programme d'intervention individuel adapté utilisant des techniques cognitivo-comportementales) ou vers des traitements spécialisés comme de la psychothérapie ou le traitement combiné avec la médication, aux niveaux supérieurs (figure 2).

Figure 2. Exemple du modèle de soins par étapes pour le trouble d'anxiété généralisée chez les adultes.



²⁸ Bien que la terminologie ait fait l'objet d'une adaptation au contexte québécois et réfère aux soins et services, le modèle est marqué d'une restriction du libellé et doit être nommé «modèle de soins par étapes» tel que nommé par le NICE.

4.1.3. Bonnes pratiques cliniques recommandées dans le cadre du PQPTM

4.1.3.1. Soins et services centrés sur la personne

Les soins et les services doivent tenir compte des valeurs, des préférences et des besoins de chaque personne utilisatrice de services. Les personnes qui présentent des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou dont la présence a été confirmée devraient avoir l'occasion de prendre des décisions éclairées au sujet des soins, des services et des traitements qu'elles reçoivent, en partenariat avec les intervenants qui les accompagnent ainsi qu'aux membres de la famille et de l'entourage.

Établir une bonne communication entre les intervenants et la personne qui utilise les services est un aspect essentiel. Les soins et les services, de même que l'information fournie, devraient être appropriés sur le plan culturel et accessibles aux personnes qui présentent des besoins particuliers en raison d'une incapacité physique, d'une déficience sensorielle ou d'une déficience intellectuelle ou qui ne parlent et ne lisent pas le français ni l'anglais.

Les personnes utilisatrices de services et les établissements publics de santé et de services sociaux ont des droits et des responsabilités, lesquels sont définis dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), et tous les guides de pratique du NICE contextualisés par le MSSS sont rédigés de façon à s'y conformer. En plus de respecter leur code de déontologie, les professionnels et intervenants doivent respecter les articles concernant l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé inclus dans la LSSS et le Code civil du Québec (articles 11 à 13).

4.1.3.2. Soins et services fondés sur des pratiques collaboratives

Dans le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : *Faire ensemble et autrement*²⁹, les soins et les services de collaboration sont dispensés par des intervenants de spécialités, de disciplines, de secteurs (public, communautaire et privé) ou de réseaux différents, qui travaillent ensemble à offrir des services complémentaires. Les pratiques collaboratives impliquent la mise en place d'objectifs communs, d'un processus décisionnel bien défini et équitable ainsi que d'une communication ouverte et régulière.

Les pratiques collaboratives sont fondées sur des pratiques efficaces qui évoluent avec les besoins changeants de la personne utilisatrice de services, les membres de la famille et l'entourage et les ressources disponibles. Elles permettent de renforcer le partenariat et constituent un processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'information d'éducation et de prise de décision. Les pratiques de collaboration peuvent être interprofessionnelles et intersectorielles. Il n'y a pas de modèle unique : la collaboration interprofessionnelle regroupent l'ensemble des activités permettant un travail en partenariat efficace et l'amélioration des soins et des services.

4.1.3.3. Membres de la famille et de l'entourage

Les membres de la famille et de l'entourage d'une personne vivant des symptômes d'un trouble mental fréquent jouent un rôle primordial dans le soutien de cette dernière et

²⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*. Consulté en ligne à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>.

constituent un facteur de protection important. Si la personne utilisatrice de services y consent, sa famille et les membres de l'entourage devraient se voir offrir la possibilité de participer aux décisions sur les soins et les services qui la concernent.

Ce rôle de la famille et des membres de l'entourage les amène à vivre un degré de détresse psychologique plus élevé que celui de la population générale³⁰. Ils devraient donc obtenir l'information et le soutien dont ils ont besoin.

Pour davantage d'information, consultez le [Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux](#).

4.1.3.4. Rétablissement

Le rétablissement est un principe directeur du Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020³¹. Le Québec fonde les soins et les services du secteur de la santé mentale sur le rétablissement. Le MSSS réaffirme ainsi la capacité des personnes utilisatrices de services à prendre ou à reprendre le contrôle de leur vie et à participer pleinement à la vie collective. L'utilisation des autosoins, dirigés, non dirigés ou en groupe, est une illustration concrète de cette position, permettant une plus grande implication de la personne dans l'intervention et la reprise de son pouvoir d'agir³².

Les soins et services orientés vers le rétablissement sont axés sur l'expérience de la personne et sur son cheminement vers une vie qu'elle considère comme satisfaisante et épanouissante, et ce, malgré les symptômes vécus ou son trouble. Les soins et les services axés sur le rétablissement diffèrent des services traditionnels : au-delà de l'intervention sur la maladie et sur les incapacités qui en découlent, les intervenants suscitent de l'espoir, soutiennent la personne et sont animés par la conviction que celle-ci peut agir.

Le rétablissement n'est pas un processus linéaire. Il peut comprendre des périodes d'avancée, de stagnation et même de recul³³. Pour plus d'informations sur le sujet, consultez le [dossier thématique sur le rétablissement](#) de la bibliothèque virtuelle du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) de même que le [guide d'accompagnement pour la mise en place et le maintien de pratiques axées sur le rétablissement](#) publié par le MSSS.

4.1.3.5. Estimation de la dangerosité

Le risque de suicide est douze fois plus élevé chez les personnes présentant des troubles mentaux que dans la population générale, et le trouble dépressif serait présent dans 50 %

³⁰ Bonin, J. P., et al. (2012). *Optimisation de la collaboration avec les familles et les organismes communautaires au sein des transformations en santé mentale*, IRSC, FRSQ, p.5. Accessible en ligne : https://www.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=viewlink&link_id=7775&Itemid=109&lang=fr.

³¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*. Consulté en ligne à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04VV.pdf>.

³² 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 : la force des liens*, Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000672/>.

³³ Provencher, H. (2013). *L'expérience de rétablissement : vers la santé mentale complète*, Québec, Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, p. 3-4.

des cas de suicide^{34, 35}. Le risque de blesser une autre personne est aussi plus élevé chez les personnes qui présentent un trouble mental fréquent³⁶.

Par conséquent, il est important de bien repérer ces personnes, de procéder sans délai à l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire et du danger pour autrui, incluant le risque d'homicide et d'intervenir conformément aux bonnes pratiques, aux lois, aux politiques et aux procédures en place au Québec et dans les établissements.

4.2. PILIER 2 : MESURE CLINIQUE EN CONTINU (OU *MONITORAGE*)

La mesure clinique en continu est une appréciation systématique des résultats cliniques d'une personne afin de déterminer si les soins et services qu'elle reçoit sont bénéfiques.

Cette mesure est déjà très utilisée en santé physique, par exemple pour la mesure périodique de la glycémie pour une personne diabétique ou pour la mesure périodique de la tension artérielle pour l'hypertension. Cette approche, évaluée depuis plusieurs années, a démontré des bénéfices significatifs pour les personnes et les intervenants lorsqu'une interaction en cours de traitement est présente³⁷. Dès 2001, une synthèse de près de 125 méta-analyses d'études scientifiques révélait que :

- la validité scientifique des questionnaires en psychologie est forte;
- la validité scientifique des questionnaires en psychologie est comparable à celle des tests utilisés en santé physique;
- les différentes méthodes de collecte fournissent des informations distinctes et complémentaires;
- les intervenants qui dépendent exclusivement d'entrevues peuvent passer à côté de certaines informations pertinentes³⁸.

Ainsi, depuis 2018, le comité d'experts de la Société canadienne de psychologie recommande aux intervenants de mesurer systématiquement la situation clinique à l'aide de questionnaires validés scientifiquement. Ces mesures doivent être analysées minimalement avant et après le traitement offert. Il est cependant recommandé que celles-ci soient analysées en cours de traitement, à chaque consultation³⁹.

De plus, selon l'expérience vécue par l'IAPT, la nécessité de mesurer avant chaque consultation permet également à l'intervenant d'effectuer son analyse si jamais la personne utilisatrice de services décide de mettre fin à son traitement plus tôt que prévu

³⁴ Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2017). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p.

³⁵ Commissaire à la santé et au bien-être (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 : pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, Gouvernement du Québec, 179 p.

³⁶ Kendrick, Pilling (2012). « Common mental health disorders – identification and pathways to care: NICE clinical guideline », *British Journal of General Practice*, vol. 62, n° 594, p. 47-49. doi:10.3399/bjgp12X616481.

³⁷ Howard, K. I., K. Moras, P. L. Brill, Z. Martinovich et W. Lutz (1996). « Evaluation of Psychotherapy: Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress », *American Psychologist*, vol. 51, n° 10, p. 994.

³⁸ Meyer, G. J., S. E. Finn, L. D. Eyde, G. G. Kay, K. L. Moreland, R. R. Dies, E. J. Eisman, T. W. Kubiszyn et G. M. Reed (2001). « Psychological Testing and Psychological Assessment: A Review of Evidence and Issues », *American Psychologist*, vol. 56, n° 2, p. 128-165.

³⁹ Canadian Psychological Society (2018). *Outcomes and Progress Monitoring in Psychotherapy*, Ottawa: Canadian Psychological Society, 30 p.

ou si l'état ou la collaboration de celle-ci ne permet pas de prendre une mesure lors d'une consultation en particulier. Ainsi, le résultat des mesures effectuées lors des rencontres précédentes pourrait être utilisé par l'intervenant pour apprécier la situation de la personne⁴⁰.

La mesure clinique en continu au sein du PQPTM intègre des mesures de l'appréciation des symptômes et du niveau de fonctionnement à l'aide de questionnaires validés scientifiquement, selon le trouble mental pouvant y être associé et la population visée. De plus, l'expérience de la personne ayant bénéficié des services du PQPTM sera également mesurée afin d'évaluer son niveau de satisfaction et les effets que les traitements ont pu lui apporter.

4.2.1. Mesure clinique en continu et ajustement du traitement

La mesure clinique en continu et son analyse permettent d'ajuster le traitement, en collaboration avec la personne, en fonction de son évolution et de la réponse à ses besoins.

Dans le cas où la situation s'améliore, le traitement a intérêt à se poursuivre, alors que si après un certain temps la situation ne s'améliore pas, une discussion devrait avoir lieu avec la personne afin d'ajuster le traitement au besoin. Des études démontrent que la mesure clinique en continu permet de mieux repérer les personnes qui ne répondent pas bien au traitement et améliore également l'habileté des intervenants à détecter rapidement une détérioration des symptômes, leur permettant ainsi d'améliorer le soutien offert en réponse à cette détérioration. En revanche, les services qui n'incluent pas les mesures à chaque consultation surestiment globalement l'effet du traitement sur la personne, qui ne reçoit alors pas un traitement optimal⁴¹.

4.2.2. Avantages de la mesure clinique en continu

Les évaluations du programme IAPT démontrent que la mesure clinique en continu comporte plusieurs avantages en ce qui concerne non seulement la pratique clinique, mais également l'efficacité des traitements et l'effet du programme dans son ensemble^{42, 43}. Voici, de façon plus détaillée, les principaux avantages de la mesure clinique en continu dans le cadre du PQPTM.

4.2.2.1. Avantages de la mesure clinique en continu pour la personne utilisatrice de services

La mesure clinique en continu permet à la personne utilisatrice de services :

- d'obtenir une rétroaction afin de suivre son progrès vers le rétablissement. En effet, des études ont démontré que les personnes qui mesurent leur progression

⁴⁰ National Collaborating Centre for Mental Health (2020). *The Improving Access to Psychological Therapies Manual*, Londres : National Health Services, 81 p.

⁴¹ Clark, D. M., R. Layard, R. Smithies, D. Richards, R. Suckling et B. Wright (2009). « Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites », *Behaviour Research and Therapy*, vol. 47, p. 910-920.

⁴² Gyani, A., R. Shafran, R. Layard et D. M. Clark (2013). « Enhancing recovery rates: Lessons from year one of IAPT », *Behaviour Research and Therapy*, vol. 51, n° 9, p. 597-606.

⁴³ Clark, D. M., L. Canvin, J. Green, R. Layard, S. Pilling et M. Janecka (2018). « Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data », *The Lancet*, vol. 391, n° 10121, p. 679-686.

- et qui évoluent à partir d'objectifs d'intervention précis obtiennent de meilleurs résultats⁴⁴;
- de ressentir que son opinion compte et qu'elle est partie prenante de la prise de décision concernant son rétablissement⁴⁵;
 - de mieux comprendre ses besoins, ses symptômes et s'il y a lieu, sa maladie;
 - d'augmenter son adhésion au traitement et de diminuer le risque d'abandon⁴⁶.

4.2.2.2. Avantages de la mesure clinique en continu pour les intervenants

La mesure clinique en continu permet aux intervenants :

- d'obtenir des informations pour établir les objectifs et les traitements appropriés et en discuter avec la personne utilisatrice de services;
- d'obtenir de l'information à jour au sujet de l'évolution de la personne (amélioration ou détérioration significative), tant sur le plan des symptômes que sur le plan du fonctionnement;
- de réajuster les traitements en cours au besoin;
- de développer une meilleure relation thérapeutique et de favoriser une approche centrée sur la personne. La mesure clinique en continu représente le point de départ de la discussion avec la personne au sujet de ses progrès et de son expérience avec les services reçus, notamment, favorisant ainsi l'engagement dans la prise de décision collaborative;
- de recevoir un soutien s'appuyant sur les résultats cliniques. En effet, les résultats issus de la mesure clinique constituent un outil pour guider les rencontres entre l'intervenant et la personne responsable d'offrir le soutien clinique. Les résultats cliniques appuient les rétroactions dans l'analyse de la situation d'une personne utilisatrice de services pour améliorer la pratique clinique et offrir des soins et des services de qualité.

Les résultats de la mesure clinique en continu ne permettent pas d'évaluer le rendement des intervenants. Les personnes qui assurent les activités d'encadrement doivent agir conformément aux politiques et procédures de leur établissement.

4.2.2.3. Avantages de la mesure clinique en continu pour le MSSS et les établissements

La mesure clinique en continu permet au MSSS et aux établissements :

- de soutenir l'offre de soins et services basée sur les données probantes, notamment en s'assurant que les traitements sont offerts de manière efficiente (par exemple à l'intérieur d'un délai court, pour le trouble mental identifié, avec les traitements recommandés durant un nombre adéquat de consultations, etc.);
- d'améliorer la qualité globale et l'efficacité des services. Les questionnaires et leurs

⁴⁴ Levack, W. M., K. Taylor, R. J. Siegert, S. G. Dean, K. M. McPherson et M. Weatherall (2006). « Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review », *Clinical Rehabilitation*, vol. 20, n° 9, p. 739-55.

⁴⁵ Greenhalgh, T. (2009). « Patient and public involvement in chronic illness: beyond the expert patient », *British Medical Journal*, vol. 338, n° b49.

⁴⁶ Kendrick, T., M. El-Gohary, B. Stuart, S. Gilbody, R. Churchill, L. Aiken, A. Bhattacharya, A. Gimson, A. L. Brütt, K. de Jong et M. Moore. (2016). « Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults ». *The Cochrane database of systematic reviews*, vol. 7, no 7: CD011119.

directions peuvent utiliser les résultats pour suivre la performance de leurs services et pour engager des discussions d'équipe avec les cliniciens afin d'améliorer la qualité du service ainsi que l'optimisation des ressources et des résultats;

- de bénéficier, pour les responsables locaux, régionaux et nationaux, de résultats précis et complets pour éclairer l'élaboration des politiques.

4.2.3. Éléments clés favorisant l'implantation de la mesure clinique en continu dans les établissements

Comme précisé précédemment, la mesure clinique en continu sera intégrée dans la pratique clinique des intervenants qui appliqueront le programme. En plus de s'approprier un nouveau programme clinique, les intervenants doivent aussi adopter de nouvelles pratiques. Pour relever ce double défi avec succès, il existe plusieurs éléments clés pour favoriser l'implantation de cette mesure⁴⁷ :

- 1. Avoir un leadership qui appuie la mesure clinique en continu**
 - Avoir des dirigeants et des gestionnaires ainsi qu'un responsable du soutien clinique qui croient aux avantages de cette pratique et les communiquent.
- 2. Intégrer la mesure clinique en continu dans le fonctionnement journalier**
 - Inscrire cette pratique dans les rôles et responsabilités des intervenants, notamment en aménageant l'horaire journalier pour faciliter cette pratique.
- 3. Soutenir la mesure clinique en continu**
 - Intégrer graduellement la mesure clinique en continu tout en bénéficiant de l'appui de la personne responsable du soutien clinique.
- 4. Aménager l'environnement pour favoriser la mesure clinique en continu**
 - S'assurer que les intervenants ont facilement accès aux formulaires papier ou à des postes informatiques.
 - Aménager des lieux calmes dans les salles d'attente pour les personnes utilisatrices de services afin qu'elles puissent remplir leurs questionnaires sur papier ou support informatique.
- 5. Favoriser les solutions informatiques**
 - Offrir la possibilité à la personne utilisatrice de services de remplir les questionnaires électroniquement pour éviter les retranscriptions, faciliter l'analyse par les intervenants et maximiser le temps clinique direct avec elle.
- 6. Intégrer la mesure clinique en continu dans les équipes cliniques**
 - Faire régulièrement un suivi de l'implantation de cette pratique et des résultats collectifs.
 - Faire ressortir les résultats de la personne lors des discussions de cas dans les rencontres d'équipe clinique.
- 7. Offrir une rétroaction organisationnelle**
 - Avoir l'appui des directions de la qualité ou autres directions concernées dans les établissements pour fournir régulièrement des rapports de résultats ou des

⁴⁷ Marriott, S., M. Slead et K. Dalzell (2019). *Implementing routine outcome monitoring in specialist perinatal mental health services*. Londres, Royaume-Uni: Child Outcomes Research Consortium (CORC). 44 pages.

tableaux de bord aux équipes cliniques, aux directions cliniques concernées ainsi qu'aux comités de direction de l'établissement.

4.2.4. Questionnaires d'appréciation chez l'adulte

Dans le cadre du PQPTM, la mesure clinique en continu de l'évolution des symptômes associés aux troubles mentaux fréquent chez les adultes s'effectue à l'aide de plusieurs questionnaires. L'IAPT a sélectionné des questionnaires validés scientifiquement, autoadministrés et de courte durée d'utilisation pour lesquels il était possible d'obtenir une licence d'utilisation illimitée. En plus de ces critères, le PQPTM a priorisé les questionnaires ayant fait l'objet d'une adaptation en langue française validée et ayant un historique d'utilisation au Québec.

Ainsi, les trois questionnaires de base suivants doivent être utilisés lorsqu'il y a présence de symptômes associés aux troubles mentaux fréquents chez l'adulte :

- 1) Le *Work and Social Adjustment Scale* (WSAS), qui permet d'apprécier le niveau de fonctionnement de la personne⁴⁸.
- 2) Le *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), utilisé pour apprécier les symptômes dépressifs⁴⁹, mais présente aussi une bonne sensibilité pour ce qui est de détecter la présence de détresse psychologique en général⁵⁰.
- 3) Le questionnaire *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7), développé pour repérer la présence d'anxiété généralisée⁵¹, mais présente également une bonne sensibilité pour ce qui est de détecter la présence d'un trouble panique, d'un trouble d'anxiété sociale ou d'un trouble de stress post-traumatique⁵².

4.2.4.1. Mesures spécifiques des troubles anxieux ou qui s'y apparentent chez l'adulte

L'IAPT a relevé une comorbidité importante entre les troubles dépressifs et les troubles anxieux, justifiant l'intérêt de mesurer les deux types de symptômes à chaque consultation. Bien que le questionnaire GAD-7 a une bonne sensibilité et spécificité pour détecter plusieurs troubles anxieux, il présente l'inconvénient de ne pas couvrir les symptômes clés qui devraient être ciblés par les traitements des troubles anxieux spécifiques. De plus, il a été démontré que l'utilisation unique du GAD-7 surestimait l'amélioration et le passage sous le seuil clinique de la personne présentant un trouble anxieux autre que l'anxiété généralisée. Afin de limiter les fins de suivi précoces ou les possibilités de réapparition des symptômes anxieux après la fin d'un suivi, l'IAPT a recommandé l'utilisation de questionnaires qui mesurent des troubles anxieux

⁴⁸ Mundt, J. C., I. M. Marks, M. K. Shear et J. M. Greist. (2002). « The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 180, no 5, p. 461-464.

⁴⁹ Kroenke K., R. L. Spitzer et J. B. Williams (2001). « The PHQ-9 : validity of a brief depression severity measure », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 16, no 9, p. 606-613.

⁵⁰ McCord, D. M., et R. P. Provost (2020). « Construct Validity of the PHQ-9 Depression Screen: Correlations with Substantive Scales of the MMPI-2-RF ». *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, vol. 27, no 1, p. 150-157.

⁵¹ Spitzer, R.L., K. Kroenke, J. B. W. Williams et B. Löwe (2006). « A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 », *Archives of internal medicine*, vol. 166, no 10, p. 1092-1097.

⁵² Kroenke, K., R. L. Spitzer, J. B. Williams, P. O. Monahan et B. Löwe (2007). « Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection », *Annals of Internal Medicine*, vol. 146, n° 5, p. 317-325.

spécifiques^{53,54}.

Ainsi, l'intervenant doit ajouter la passation du questionnaire *Panic Disorder Severity Scale* (PDSS) aux trois questionnaires de base pour une personne présentant un trouble panique⁵⁵. Si le trouble panique est accompagné d'agoraphobie, l'intervenant rajoute le *Mobility Inventory for Agoraphobia* (MIA) aux questionnaires déjà mentionnés⁵⁶. Lorsqu'un intervenant suit une personne présentant un trouble obsessionnel-compulsif, le questionnaire *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised* (OCI-R) doit être rajouté⁵⁷. Finalement, pour une personne suivie pour un trouble de stress post-traumatique, l'intervenant passera aussi le questionnaire *Impact of Event Scale - Revised* (IES-R)^{58,59} (voir le tableau 1).

Tableau 1. Questionnaires d'appréciation chez l'adulte.

Trouble mental	Appréciation des symptômes dépressifs	Appréciation des symptômes anxieux	Appréciation du niveau de fonctionnement
Repérage des troubles mentaux fréquents	PHQ-9	GAD-7	WSAS
Trouble dépressif	PHQ-9	GAD-7	WSAS
Anxiété généralisée	PHQ-9	GAD-7	WSAS
Trouble panique	PHQ-9	GAD-7 et PDSS	WSAS
Agoraphobie	PHQ-9	GAD-7 et MIA	WSAS
Trouble de stress post-traumatique	PHQ-9	GAD-7 et IES-R	WSAS
Trouble obsessionnel-compulsif	PHQ-9	GAD-7 et OCI-R	WSAS

⁵³ Clark, D. et M. Oates (2014). *Improving Access to Psychological Therapies - Measuring Improvement and Recovery in Adult Services*. Londres, Royaume-Uni: National Health Service England. 7 pages.

⁵⁴ National Collaborating Centre for Mental Health (2020). *The Improving Access to Psychological Therapies Manual*. Londres : National Health Services, 81 p.

⁵⁵ Shear, M. K., T. A. Brown, D. H. Barlow, R. Money, D. E. Sholomskas, S. W. Woods, J. M. Gorman et L. A. Papp. (1997). « Multicenter collaborative panic disorder severity scale », *American Journal of Psychiatry*, vol. 154, no 11, p. 1571-1575.

⁵⁶ Chambless, D. L., G. C. Caputo, S. E. Jasin, E. J. Gracely et C. Williams (1985). « The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy* », *Behaviour Research and Therapy*, vol. 23, no 1, p. 35-44.

⁵⁷ Foa, E.B., J.D. Huppert, S. Leiberg, R. Langner, R. Kichic, G. Hajcak et P.M. Salkovskis (2002). « The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version ». *Psychological Assessment*, vol. 14, no 4, p. 485-496.

⁵⁸ Weiss, D. S. et Marmar, C. R. (1996). « The Impact of Event Scale-Revised. » Dans J. P. Wilson et T. M. Keane (dir.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York : Guilford Press. 577 pages.

⁵⁹ Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP) (2019). *Formation provinciale sur l'intervention psychosociale en contexte de sécurité civile – Cahier des outils*. Alma, Québec: CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean. 71 pages.

Note : GAD-7 : *Generalized Anxiety Disorder*; IES-R: *Impact of Event Scale – Revised*; MIA : *Mobility Inventory for Agoraphobia*; OCI-R : *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised*; PDSS : *Panic Disorder Severity Scale*; PHQ-9 : *Patient Health Questionnaire*; WSAS : *Work and Social Adjustment Scale*.

4.2.5. Questionnaires d'appréciation chez l'enfant et l'adolescent

Dans le cadre du PQPTM, la mesure clinique en continu de l'évolution des troubles mentaux fréquents chez les enfants et les adolescents se fait principalement à partir du questionnaire *Revised Child Anxiety and Depression Scale* (RCADS), comprenant six sous-échelles pour les symptômes dépressifs, d'anxiété de séparation, d'anxiété généralisée, de trouble panique, d'anxiété sociale ou obsessionnel-compulsif⁶⁰. Ce questionnaire, validé scientifiquement, autoadministré et de courte durée comprend à la fois une version pour les enfants et les adolescents ainsi qu'une version pour les parents ou répondants^{61,62}. Pour le stress post-traumatique, le questionnaire *Children's Revised Impact of Event Scale* (CRIES-8) est employé^{63,64}. En plus de la mesure des symptômes associés aux troubles mentaux, le questionnaire *Session by session routine monitoring questionnaire* doit être utilisé pour apprécier le niveau de fonctionnement de l'enfant ou de l'adolescent⁶⁵ (voir le tableau 2).

4.2.5.1. Mesures spécifiques des troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent

Chez les enfants et les adolescents, une version avec 25 items du RCADS permet de repérer les troubles anxieux et dépressifs^{66,67}. La version avec 47 items du RCADS ou le questionnaire CRIES-8 peuvent aider à identifier des troubles anxieux spécifiques. Ces questionnaires peuvent être utilisés, entre autres, lors de l'évaluation du trouble mental. Finalement, les sous-échelles appropriées du RCADS ainsi que le questionnaire CRIES-8 peuvent être utilisés pour la mesure clinique en continu avant chaque consultation.

⁶⁰ Chorpita, B.F., L. Yim, C. Moffitt, L.A. Umemoto et S.E. Francis (2000). « Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale ». *Behaviour Research and Therapy*, vol. 38, no 8, p. 835–855.

⁶¹ Ebesutani, C., A. Bernstein, B. J. Nakamura, B. F. Chorpita, et J. R. Weisz (2010). « A psychometric analysis of the revised child anxiety and depression scale - parent version in a clinical sample ». *Journal of abnormal child psychology*, vol. 38, no 2, p. 249–260

⁶² Ebesutani, C., B. F. Chorpita, C. K. Higa-McMillan, B. J. Nakamura, J. Regan et R. E. Lynch (2011). A psychometric analysis of the Revised Child Anxiety and Depression Scales - parent version in a school sample. *Journal of abnormal child psychology*, vol. 39, no 2, p. 173–185.

⁶³ Yule, W. (1997). « Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in children ». I. Sclare (Éd.). *Child psychology portfolio*. Windsor, Royaume-Uni: National Foundation for Educational Research - Nelson.

⁶⁴ Perrin, S., R. Meiser-Stedman et P. Smith (2005) « The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD ». *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 33, no 4, p. 487-498.

⁶⁵ Hall, C. L., J. Taylor, M. Moldavsky, M. Marriott, S. Pass, K. Newell, R. Goodman, K. Sayal, et C. Hollis (2014). « A qualitative process evaluation of electronic session-by-session outcome measurement in child and adolescent mental health services ». *BMC Psychiatry*, vol. 14, art. 113.

⁶⁶ Ebesutani, C., S. P. Reise, B. F. Chorpita, C. Ale, J. Regan, J. Young, C. Higa-McMillan et J. R. Weisz (2012). The Revised Child Anxiety and Depression Scale-Short Version: Scale reduction via exploratory bifactor modeling of the broad anxiety factor. *Psychological Assessment*, vol. 24, no 4, p. 833–845.

⁶⁷ Ebesutani, C., P. Korathu-Larson, B. J. Nakamura, C. Higa-McMillan et B. F. Chorpita (2017). The Revised Child Anxiety and Depression Scale 25-Parent Version: Scale Development and Validation in a School-Based and Clinical Sample. *Assessment*, vol. 24, no 6, p. 712–728.

Tableau 2. Questionnaires d'appréciation chez les enfants et adolescents.

Trouble mental	Appréciation des symptômes dépressifs	Appréciation des symptômes anxieux	Appréciation du niveau de fonctionnement
Repérage des troubles mentaux fréquents	RCADS-25 et RCADS-P-25	RCADS-25 et RCADS-P-25	SxS et SxS-P
En appui à l'évaluation du trouble mental	RCADS-47 et RCADS-P-47	RCADS-47 et RCADS-P-47	SxS et SxS-P
Trouble dépressif	RCADS-25 et RCADS-25	RCADS-25 et RCADS-P-25	SxS et SxS-P
Anxiété de séparation	RCADS-MDD et RCADS-P-MDD	RCADS-SAD et RCADS-P-SAD	SxS et SxS-P
Anxiété généralisée	RCADS-MDD et RCADS-P-MDD	RCADS-GAD et RCADS-P-GAD	SxS et SxS-P
Trouble panique	RCADS-MDD et RCADS-P-MDD	RCADS-PD et RCADS-P-PD	SxS et SxS-P
Anxiété sociale	RCADS-MDD et RCADS-P-MDD	RCADS-SP et RCADS-P-SP	SxS et SxS-P
Trouble obsessionnel-compulsif	RCADS-MDD et RCADS-P-MDD	RCADS-OCD et RCADS-P-OCD	SxS et SxS-P
Trouble de stress post-traumatique	RCADS-MDD et RCADS-P-MDD	CRIES-8	SxS et SxS-P

Note : GAD : *Generalized Anxiety Disorder*; MDD : *Major Depression Disorder*; OCD : *Obsessive-Compulsive Disorder*; P : Parent; PD : *Panic Disorder*; RCADS: *Revised Child Anxiety and Depression Scale*; SAD: *Separation Anxiety Disorder*; SP : *Social Phobia*; SxS : *Session by session routine monitoring questionnaire*.

4.2.6. Seuil clinique des questionnaires d'appréciation

Le seuil clinique est défini comme étant le score à partir duquel on peut considérer que la personne présente un problème clinique significatif par la fréquence et la sévérité des symptômes et des comportements mesurés. Ces seuils varient d'un questionnaire à l'autre. En effet, le seuil clinique pour le questionnaire PHQ-9 est un score de 10 sur un total possible de 27, tandis que celui pour le questionnaire GAD-7 est de 8 sur un total possible de 21⁶⁸.

Ces seuils ne doivent pas être considérés comme des points de coupure. Le jugement clinique et l'opinion de la personne doivent toujours être considérés dans l'analyse des résultats. Néanmoins, lorsqu'une personne présente un score supérieur au seuil clinique,

⁶⁸ National Collaborating Centre for Mental Health (2020). *The Improving Access to Psychological Therapies Manual*. Londres : National Health Services, 81 p.

que ce soit au moment du repérage ou à un autre moment du suivi, cela suggère la présence possible d'un trouble mental qui devra faire l'objet d'une analyse et d'une évaluation plus approfondie pour être confirmée. Inversement, lorsque le score d'une personne qui était au-dessus du seuil clinique au début du traitement se retrouve sous le seuil clinique en cours de traitement, cela signifie que la fréquence et la sévérité des symptômes et des comportements mesurés ont diminué de manière importante⁶⁹.

Le passage sous le seuil clinique permet de constater l'amélioration de la situation de la personne et l'efficacité des traitements offerts de façon plus simple et objective, sans remplacer le concept plus englobant de rétablissement. Ainsi, l'appréciation du rétablissement et la décision de mettre fin au suivi doivent toujours inclure un large éventail de facteurs dont le passage sous le seuil clinique n'est qu'un indice supplémentaire à la disposition de l'intervenant.

4.2.7. Indice de changement significatif des questionnaires d'appréciation

Contrairement aux catégories de scores (absent, léger, modéré, sévère, etc.) souvent présentées avec les questionnaires d'appréciation, l'indice de changement significatif permet de mesurer, de manière personnalisée, l'ampleur des changements observés chez la personne durant son traitement. Cet indice permet d'indiquer que le changement rapporté par le questionnaire d'appréciation est statistiquement significatif, au-delà de la fluctuation qui serait attribuable à la marge d'erreur associée à tout instrument de mesure.

Il est à noter que chaque instrument de mesure possède son propre indice de changement significatif. Ainsi, le changement significatif pour le questionnaire PHQ-9 représente un écart de plus de six par rapport au score mesuré au début du traitement de la personne (première consultation de l'assignation de la personne), alors que celui pour le questionnaire GAD-7 est un écart supérieur à quatre⁷⁰.

L'amélioration significative est notée lorsqu'une personne présente une diminution du score à un questionnaire par rapport au score mesuré au début de son suivi (première consultation de l'assignation de la personne) et que cette diminution atteint au moins l'indice de changement significatif pour ce questionnaire. A contrario, une détérioration significative est notée lorsqu'une personne présente une augmentation du score à un questionnaire et que cette augmentation atteint au moins l'indice de changement significatif pour ce questionnaire.

Afin d'aider l'intervenant dans le calcul de l'évolution de la situation des personnes qu'il suit, les notions de seuils cliniques et d'indices de changements significatifs sont intégrées dans le chiffrier Excel et la plateforme de soins virtuelle associée au PQPTM. À titre indicatif, les valeurs des seuils cliniques et des indices de changements significatifs pour chaque trouble mental et questionnaire sont présentées dans les tableaux 3⁷¹ et 4⁷². De

⁶⁹ National Collaborating Centre for Mental Health (2020). *The Improving Access to Psychological Therapies Manual*. Londres : National Health Services, 81 p.

⁷⁰ National Collaborating Centre for Mental Health (2020). *The Improving Access to Psychological Therapies Manual*. Londres : National Health Services, 81 p.

⁷¹ National Collaborating Centre for Mental Health (2020). *The Improving Access to Psychological Therapies Manual*. Londres : National Health Services, 81 p.

⁷² Wolpert, M., J. Jacob, E. Napoleone, A. Whale, A. Calderon et J. Edbrooke-Childs (2017). *Child- and Parent-reported*

plus, les notions de passage sous le seuil clinique, d'amélioration significative et de détérioration significative sont précisées dans les capsules d'information sur la mesure clinique en continu qui accompagnent chacun des guides cliniques.

Tableau 3. Valeurs des seuils cliniques et des indices de changements significatifs pour les adultes.

Trouble mental	Questionnaire	Seuil clinique	Indice de changement significatif
Niveau de fonctionnement	WSAS	S. O.	S. O.
Trouble dépressif	PHQ-9	≥ 10	≥ 6
Anxiété généralisée	GAD-7	≥ 8	≥ 4
Trouble panique	PDSS	≥ 8	≥ 5
Agoraphobie	MIA	Moyenne de 2,3	≥ 0,73
Trouble de stress post-traumatique ^{73 74}	IES-R	≥ 33	≥ 9
Trouble obsessionnel-compulsif ⁷⁵	OCI-R	≥ 17	≥ 13

Note : GAD-7 : *Generalized Anxiety Disorder*; IES-R: *Impact of Event Scale – Revised*; MIA : *Mobility Inventory for Agoraphobia*; OCI-R : *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised*; PDSS : *Panic Disorder Severity Scale*; PHQ-9 : *Patient Health Questionnaire*; WSAS : *Work and Social Adjustment Scale*.

Outcomes and Experience from Child and Young People's Mental Health Services 2011–2015. Londres, Royaume-Uni: CAMHS Press. 84 pages.

⁷³ Canuel, M., P. Gosselin, A. Duhoux, A. Brunet et A. Lesage (2019) *Boîte à outils pour la surveillance post-sinistre des impacts sur la santé mentale*. Québec, Québec : Institut national de santé publique du Québec. 180 pages.

⁷⁴ National Collaborating Centre for Mental Health (2018). *The Improving Access to Psychological Therapies Manual: Appendices and helpful resources*. Londres, R.-U. : National Health Services, 54 p.

⁷⁵ Veale, D., L. F. Limb, S. L. Nathan et L. J. Gledhill (2016). « Sensitivity to change in the Obsessive Compulsive Inventory: Comparing the standard and revised versions in two cohorts of different severity », *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. vol. 9, p. 16-23.

Tableau 4. Valeurs des seuils cliniques et des indices de changements significatifs pour les enfants et les adolescents.

Trouble mental	Questionnaire	Seuil clinique	Indice de changement significatif
Niveau de fonctionnement	SxS	S. O.	S. O.
	SxS-P	S. O.	S. O.
Troubles anxieux	Total anxiété du RCADS-25	≥ 66	À déterminer
	Total anxiété du RCADS-P-25	≥ 66	À déterminer
Trouble dépressif	RCADS-MDD	≥ 66	≥ 17,73
	RCADS-P-MDD	≥ 66	≥ 22,87
Anxiété de séparation	RCADS-SAD	≥ 66	≥ 22,95
	RCADS-P-SAD	≥ 66	≥ 28,00
Anxiété généralisée	RCADS-GAD	≥ 66	≥ 14,91
	RCADS-P-GAD	≥ 66	≥ 18,30
Trouble panique	RCADS-PD	≥ 66	≥ 18,29
	RCADS-P-PD	≥ 66	≥ 40,93
Anxiété sociale	RCADS-SP	≥ 66	≥ 13,99
	RCADS-P-SP	≥ 66	≥ 16,63
Trouble obsessionnel-compulsif	RCADS-OCD	≥ 66	≥ 16,35
	RCADS-P-OCD	≥ 66	≥ 24,06
Trouble de stress post-traumatique	CRIES-8	≥ 17	≥ 11,92

Note : GAD : *Generalized Anxiety Disorder*; MDD : *Major Depression Disorder*; OCD : *Obsessive-Compulsive Disorder*; P : Parent; PD : *Panic Disorder*; RCADS: *Revised Child Anxiety and Depression Scale*; SAD : *Separation Anxiety Disorder*; SP : *Social Phobia*; SxS : *Session by session routine monitoring questionnaire*.

4.2.8. Repérage

Le repérage n'est pas une démarche systématique. C'est lorsqu'un intervenant des services sociaux généraux, du GASM ou d'une autre porte d'entrée du système de santé et de services sociaux reconnaît qu'une personne présente des symptômes associés à un trouble mental fréquent qu'il peut décider d'entreprendre la démarche de repérage. Présentement, le PQPTM vise à détecter la présence de symptômes anxieux et de symptômes dépressifs, qui représentent près de 65 % de l'ensemble des troubles mentaux observés au Québec et au Canada⁷⁶, de même que les difficultés de fonctionnement qui y sont associées. Les questionnaires proposés dans cette démarche chez l'adulte sont le PHQ-9 et le GAD-7 ainsi que le WSAS, qui permet d'apprécier le niveau de fonctionnement. Comme mentionné précédemment, le GAD-7 présente une bonne sensibilité pour détecter le trouble d'anxiété généralisée ainsi que le trouble panique, le trouble d'anxiété sociale ou le trouble de stress post-traumatique⁷⁷. Chez les enfants et les adolescents, les questionnaires de repérage suggérés sont le RCADS-25 ainsi que le questionnaire SxS, qui permet d'apprécier le niveau de fonctionnement. Chacun des questionnaires pour enfants et adolescents présente aussi une version pouvant être complété par les parents ou les répondants de l'enfant afin d'approfondir davantage l'analyse.

Ces questionnaires viennent appuyer le jugement clinique de l'intervenant afin de préciser l'analyse en prenant soin de la contextualiser en fonction des besoins de la personne, de sa situation (deuil, perte d'emploi, stress financier, etc.) et de ses conditions de vie. Ainsi, l'intervenant pourra orienter la personne vers le bon traitement, au bon moment et par le bon type d'intervenant.

4.2.9. Démarche de mesure clinique en continu

4.2.9.1. Passation des questionnaires

Bien que la mesure clinique en continu soit une pratique à encourager auprès de la personne utilisatrice de services, celle-ci demeure toujours libre de remplir ou non les questionnaires avant chaque consultation, comme pour tous les soins et services. En tout temps, l'accès aux soins et services ne doit jamais être conditionnel à la complétion des questionnaires, qui peut toujours être reprise lors d'une consultation subséquente.

Tous les questionnaires ont l'avantage d'être autoadministrés, de ne prendre que quelques minutes à remplir, d'être traduits en français et d'avoir la sensibilité nécessaire permettant une utilisation hebdomadaire, ce qui peut favoriser l'adhésion des personnes devant les remplir.

L'intervenant doit s'assurer que la vision, la motricité et la capacité de compréhension de la personne sont adéquates pour qu'elle puisse remplir les questionnaires, et ce, dans un endroit calme.

⁷⁶ Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2017). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p.

⁷⁷ Kroenke, K., R. L. Spitzer, J. B. Williams, P. O. Monahan et B. Löwe (2007). « Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection », *Annals of Internal Medicine*, vol. 146, n° 5, p. 317-325.

Les questionnaires ne devraient jamais être passés plus d'une fois par semaine. La personne doit répondre aux questions en fonction de la période de temps écoulée depuis la dernière consultation, tel qu'indiqué sur les formulaires.

Lors de la première consultation, l'intervenant prendra du temps d'entrevue pour expliquer la mesure clinique en continu et présenter les questionnaires à la personne. Lors des consultations subséquentes, plusieurs solutions peuvent être envisagées pour réduire le temps d'entrevue clinique consacré à faire passer les questionnaires et analyser les résultats. Lors de l'utilisation des formulaires papier, plusieurs modalités de passation peuvent être envisagées :

- 1) Remettre les questionnaires à la personne, qui les remplira chez elle le matin même de la prochaine consultation.
- 2) Demander à la personne de se présenter 30 minutes avant l'heure de la prochaine consultation afin qu'elle puisse remplir, dans la salle d'attente, les questionnaires que la réceptionniste lui remettra ou qui seront laissés à son attention.

Toujours dans l'objectif de maximiser le temps de l'intervenant auprès de la personne, la cotation des questionnaires dans le chiffrier Excel ainsi qu'une analyse qualitative préliminaire doivent se faire préférentiellement avant le début de l'entrevue avec la personne utilisatrice de services.

De façon exceptionnelle, l'intervenant peut décider d'administrer les questionnaires lui-même en posant les questions à voix haute afin de s'assurer que les éléments sont bien compris ou pour obtenir des informations supplémentaires.

En présence de circonstances exceptionnelles ou si la personne est en détresse lors d'une consultation, il se peut qu'il ne soit pas approprié de lui demander de remplir un questionnaire. Dans ce cas, les raisons pour lesquelles la personne n'a pas été en mesure de remplir les questionnaires devra faire l'objet d'une note au dossier. Il est important d'effectuer la mesure clinique en continu dès que la condition de la personne le permettra, idéalement lors de la rencontre suivante afin de mesurer l'évolution favorable ou l'aggravation des symptômes et de pouvoir ajuster le traitement en conséquence.

4.2.10. Saisie et analyse des résultats

4.2.10.1. Formulaire papier

La section réservée à l'intervenant est disponible, au besoin, aux intervenants qui n'ont pas accès au chiffrier Excel ou à l'éventuelle solution informatique en soins et services virtuels. Elle permet principalement d'ajuster le score du questionnaire en cas de réponses manquantes afin de pouvoir analyser les résultats.

4.2.10.2. Chiffrier Excel

Des chiffriers Excel permettent de compiler les réponses de tous les questionnaires. L'onglet « Identification » contient toutes les informations nécessaires pour identifier adéquatement la personne. Ces informations seront transcrites dans les autres onglets du chiffrier. Les questionnaires sont présents dans les différents onglets au bas du

chiffrier. Les résultats inscrits à chaque consultation sont automatiquement ajustés en cas de réponses manquantes. Au fil des consultations, des graphiques sont générés dans d'autres onglets du chiffrier afin de suivre visuellement l'évolution de la condition de la personne et d'appuyer l'analyse par l'intervenant.

4.2.10.3. Solution informatique en soins virtuels

Une solution informatique en soins virtuels est présentement en développement pour faciliter la consultation des personnes utilisatrices de services, tant pour des troubles mentaux que physiques. À terme, il sera possible aux personnes d'accéder à un portail Web et mobile afin de remplir leurs questionnaires avant leur prochaine consultation et d'accéder à des informations sur leur condition de santé.

Au moment de son déploiement, cette solution informatique permettra de sauver le temps d'administration et de retranscription des résultats de la personne par l'intervenant et viendra maximiser le temps de l'intervenant auprès de la personne.

4.2.11. Tenue de dossier

4.2.11.1. Analyse qualitative des résultats

Lorsque les résultats d'une personne doivent être partagés, certains ordres professionnels exigent que leurs membres accompagnent ces résultats partagés d'une analyse qualitative. Il est de la responsabilité du professionnel de s'assurer qu'il agit en conformité avec son code de déontologie et exigences de son ordre professionnel.

Tant sur le formulaire papier que sur le chiffrier Excel ou la solution informatique en soins et services virtuels, une boîte ou un champ de texte permet au professionnel d'inscrire une note résumant son analyse qualitative des données des différents questionnaires utilisés, afin de faciliter le partage des résultats. Cette note d'analyse ne remplace pas la note au dossier.

4.2.11.2. Note au dossier

En plus de rendre compte du travail effectué par le professionnel auprès de la personne, la note au dossier doit contenir l'analyse qualitative des réponses et des résultats globaux aux questionnaires, l'échange à ce sujet avec la personne et les ajustements qui en découlent. Lorsqu'un professionnel doit joindre son analyse des résultats au formulaire papier ou au chiffrier Excel, il peut reprendre son texte d'analyse dans sa note au dossier et la compléter avec les autres informations pertinentes.

4.2.11.3. Données brutes

Les différents formats de questionnaires (formulaires papier, chiffrier Excel et solution informatique en soins et services virtuels) offrent tous la possibilité d'enregistrer et de conserver les données brutes de manières inaliénables et inaltérables. Les professionnels doivent se référer à leurs ordres professionnels pour prendre connaissance de leurs obligations concernant la conservation des données brutes.

4.2.12. Fin du suivi

Dans une perspective de rétablissement, l'intervenant appuie son jugement clinique sur l'atteinte des objectifs au plan d'intervention. Il prend également en compte la présence de facteurs de risque ou de protection dans l'environnement de la personne et de tout autre élément pertinent à la situation.

L'intervenant se base aussi sur l'amélioration significative (voir la section 4.2.7) et le passage sous le seuil clinique (voir la section 4.2.6) des symptômes des troubles mentaux visés, mesurés à l'aide des différents questionnaires d'appréciation utilisés durant la mesure clinique en continu (voir les sections 4.2.4 et 4.2.5). L'intervenant vérifie également auprès de la personne si les résultats aux questionnaires correspondent à l'expérience réelle qu'elle a vécue.

Avec toutes ces informations en sa possession, l'intervenant discute avec la personne de la réponse à ses besoins et explore avec elle les moyens à sa disposition afin de maintenir ses acquis et de prévenir une détérioration. Ainsi, en tenant compte de l'opinion de la personne, l'intervenant pourrait poursuivre son suivi, espacer graduellement les rencontres afin de soutenir le maintien des acquis, orienter la personne vers un service plus approprié ou mettre fin au suivi.

4.3. PILIER 3 : INTERVENANTS FORMES ET SOUTENUS CLINIQUEMENT

La formation des intervenants et le soutien clinique sont fondamentaux à la réussite du PQPTM.

4.3.1. Formation sur le PQPTM

Afin d'être en mesure de comprendre et d'intégrer les éléments composant le PQPTM, les intervenants doivent recevoir des formations concernant le programme lui-même. Pour s'assurer de la compréhension de celui-ci, le MSSS a mis en place divers moyens tels que la désignation de chargés de projet dans les CISSS et les CIUSSS, le développement d'une trousse d'outils concernant les autosoins ainsi que des capsules de formation qui sont disponibles sur l'ENA :

- 1) Capsule d'introduction au PQPTM : elle est d'une durée de 20 minutes et présente brièvement le PQPTM, ses objectifs et ses piliers. Par la suite, un temps d'appropriation est nécessaire aux intervenants afin de se familiariser avec les différents outils.
- 2) Capsules sur la mesure clinique en continu : elles forment les intervenants sur le rôle de la mesure clinique en continu en fonction de chacun des guides de pratique clinique, l'utilisation des différents instruments de mesure et les actions à envisager en fonction des résultats obtenus. Les capsules permettent également de se familiariser avec les questionnaires choisis par le PQPTM et d'expérimenter la saisie des réponses dans un chiffrier Excel à l'aide de cas cliniques fictifs.
- 3) Capsule Le traitement de l'anxiété généralisée et du trouble panique chez les adultes: elle établit les critères de qualité sur lesquels repose le choix des intervenants et de la personne parmi les nombreux outils d'autosoins qui s'offrent à eux. Elle permet de connaître certaines caractéristiques des différents outils et, pour les intervenants, de les utiliser de façon dirigée, en fonction de la posture

clinique à adopter. Elle comprend également un module concernant la mesure clinique en continu.

4.3.2. Activités réservées et professionnels dûment habilités

Le système professionnel québécois est régi par le Code des professions (RLRQ, chapitre C-26). Il régleme la pratique de plusieurs professions et précise les conditions d'exercice de celles-ci, notamment le champ d'exercice et les activités réservées.

L'évaluation du trouble mental et la psychothérapie sont les deux principales activités réservées à certains professionnels dans le cadre du PQPTM.

4.3.2.1. Évaluation du trouble mental

L'évaluation du trouble mental vise à confirmer ou non la présence d'un trouble mental, c'est-à-dire de se prononcer sur la nature des « affections cliniquement significatives qui se caractérisent par le changement du mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales⁷⁸ ». Cette évaluation est effectuée sur la base de la classification internationale des maladies (CIM)⁷⁹ et du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)⁸⁰, deux systèmes de classification des troubles mentaux reconnus en Europe et en Amérique du Nord. Le professionnel peut appuyer son évaluation à l'aide de l'utilisation des questionnaires validés scientifiques proposés par le PQPTM.

Cette activité est réservée en raison du niveau de connaissance requis et également parce qu'elle est considérée comme étant à risque de préjudice grave⁸¹. En effet, la confirmation de la présence d'un trouble mental a un caractère quasi irrémédiable et est susceptible d'entraîner la perte d'un droit (ex. : autorité parentale, gestion des biens, etc.).

Le terme *évaluation du trouble mental* est donc utilisé lorsqu'il s'agit de cette évaluation spécifique, qui doit être effectuée par un professionnel dûment habilité.

4.3.2.2. Psychothérapie et interventions qui s'y apparentent

L'article 187.1 du Code des professions définit la psychothérapie comme suit :

« La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. »

Au Québec, la psychothérapie est une activité réservée uniquement à certains professionnels. À moins d'indication contraire, l'utilisation du terme psychothérapie dans les guides de pratique renvoie à l'exercice de la psychothérapie tel que réservé par le

⁷⁸ Organisation mondiale de la Santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Consulté le 2 septembre 2020 : <https://www.who.int/whr/2001/fr/>.

⁷⁹ Organisation mondiale de la Santé (2019). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (11^e éd.)

⁸⁰ American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

⁸¹ Office des professions (2013). *Guide explicatif : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*.

Code des professions. Celle-ci doit donc être offerte uniquement par un professionnel dûment habilité.

4.3.2.3. Formation sur les traitements recommandés

Chacune des analyses, interventions ou activités réservées en fonction du Code des professions (ex. : évaluation des troubles mentaux, psychothérapie, etc.) doit être offerte par un intervenant ou un professionnel compétent et formé spécifiquement pour celle-ci. Le PQPTM n'offre pas de formations spécifiques aux traitements recommandés. Il est de la responsabilité des établissements de s'assurer de l'embauche et de l'affectation des intervenants ou professionnels compétents pour répondre aux besoins de santé mentale de la population tout en respectant les lois en vigueur au Québec. Ils sont également responsables d'offrir des activités de formation afin d'assurer une prestation de travail sécuritaire qui vise le développement des compétences de son personnel⁸².

D'un point de vue déontologique, il est de la responsabilité individuelle du professionnel de s'assurer du maintien et du développement de ses compétences selon les exigences requises par son ordre professionnel.

4.3.3. Intervenants soutenus cliniquement

4.3.3.1. Intervenants bénéficiant d'un soutien clinique hebdomadaire

Le soutien clinique est l'un des éléments clés permettant d'améliorer l'efficacité du traitement des troubles mentaux fréquents dans le cadre du PQPTM. Il favorise le développement continu de compétences chez l'intervenant, permet de dénouer les défis cliniques et est centré sur l'amélioration de la condition de la personne et de la réponse à ses besoins.

Le soutien clinique a trois fonctions essentielles :

- 1) Améliorer l'efficacité des traitements pour les personnes qui les reçoivent;
- 2) Soutenir les intervenants qui offrent le traitement;
- 3) Contribuer au développement professionnel.

4.3.3.2. Professionnels offrant le soutien clinique

Le soutien clinique doit être offert par un clinicien d'expérience qui connaît bien le système professionnel, les champs d'exercice et les activités réservées ainsi que les différents traitements ciblés par les guides de pratique. Celui-ci doit également connaître les trajectoires de services afin d'assurer un continuum de services le plus fluide possible.

Le ratio proposé est de 1 équivalent temps complet pour 13 à 15 intervenants (1/15). Ce ratio permet, entre autres, aux personnes désignées en soutien clinique d'intégrer l'accompagnement des intervenants dans le déploiement du PQPTM.

Le soutien clinique offert aux professionnels en lien avec les activités réservées (évaluation du trouble mental, psychothérapie, etc.) doit être offert par un professionnel dûment habilité qui répond lui-même aux conditions d'exercice de cette activité.

⁸² Entreprises Québec (2019). *Formation de la main-d'œuvre*. Consulté le 2 septembre 2020 : <https://www2.gouv.qc.ca/entreprises/portail/quebec/ressourcesh?lang=fr&g=ressourcesh&sq=personnel&t=o&e=435444407>

4.3.3.3. Soutien clinique et supervision

Dans le cadre du PQPTM, le soutien clinique se distingue des activités de supervision, qui sont davantage considérées comme étant de l'ordre du respect des politiques de gestion et de l'évaluation du rendement ou encore comme étant une obligation de formation continue exigée par un ordre professionnel. Bien qu'elles soient essentielles et complémentaires, il peut arriver, dans certains milieux, que ces fonctions soient réalisées par la même personne⁸³.

Or, comme la fonction de supervision est susceptible de venir influencer la relation entre le superviseur et le supervisé, la personne affectée au soutien clinique doit être distincte de la personne qui assure les activités de supervision. Il est recommandé de bien informer les membres de l'équipe de cette distinction et de s'assurer de leur compréhension à cet égard.

4.3.3.4. Fréquence du soutien clinique

Chaque intervenant devrait pouvoir compter sur une rencontre de soutien clinique d'une heure à chaque semaine.

La discussion lors de cette rencontre doit porter sur les situations cliniques rencontrées et être soutenue par les données de la personne lors de la mesure clinique en continu. L'intervenant devrait avoir été en mesure de discuter de l'ensemble des dossiers composant sa charge de cas chaque mois.

Les enjeux administratifs concernant la gestion des charges de cas, tels que l'atteinte de cibles de rendez-vous ou le nombre de dossiers, relèvent de la responsabilité des gestionnaires et devraient être abordés avec ceux-ci au besoin.

En plus des rencontres individuelles, des rencontres de soutien clinique, unidisciplinaires ou multidisciplinaires en petits groupes, peuvent également être organisées, au besoin, afin de favoriser les échanges et le partage de solutions. Ces rencontres devront être plus longues afin d'être efficaces.

5. DÉPLOIEMENT DU PQPTM

Le PQPTM est un programme d'envergure qui est en processus de développement et sera implanté de façon progressive en fonction du contexte et des besoins de la population.

5.1. ACTEURS CLÉS POUR SOUTENIR LE PQPTM

Le PQPTM est implanté dans les services qui devraient déjà posséder le nombre d'intervenants requis, comme le stipulent les deux derniers PASM^{84 85}.

⁸³ Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2009). *Guide sur la supervision professionnelle des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Consulté le 14 septembre 2020 : https://www.otstcfq.org/docs/documents-accueil/guide_supervision.pdf.

⁸⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*. Québec : Gouvernement du Québec, 97 p.

⁸⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Faire ensemble et autrement : Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*. Consulté en ligne à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>.

Toutefois, le PQPTM transforme les services offerts en y intégrant le modèle de soins par étapes. En plus du personnel administratif, des gestionnaires et des professionnels en soutien clinique, sa réussite repose sur la mise en place des ressources suivantes.

5.1.1. Chargé de projet

Le chargé de projet occupe une fonction clé au sein du PQPTM. Affecté à temps complet au programme, il a le mandat d'implanter le PQPTM dans son établissement. Il détient une expérience professionnelle solide en santé mentale, connaît le système professionnel et la gouvernance, et comprend et maîtrise l'ensemble du PQPTM et ses processus. Il a notamment la responsabilité d'implanter le modèle de soins par étapes, d'harmoniser l'offre de services, d'implanter la structure de soutien clinique, d'assurer la gestion du changement, d'offrir des formations auprès des gestionnaires, des responsables cliniques et des intervenants et de soutenir les responsables cliniques dans leurs fonctions.

Le chargé de projet assure également la liaison avec le pilote des actifs informationnels, intervient auprès des gestionnaires lors de situations cliniques particulières ou selon le besoin énoncé et collabore étroitement avec l'équipe du PQPTM au MSSS.

5.1.2. Pilote des actifs informationnels

Le pilote des actifs informationnels occupe un rôle crucial au sein du PQPTM. La présence de mesures de qualité est l'un des éléments essentiels à l'amélioration de l'efficacité des traitements visés par le PQPTM. Le pilote est responsable de la gestion et de l'analyse des données à l'échelle locale et doit régulièrement transmettre celles-ci au MSSS.

6. ÉLÉMENTS CLÉS POUR UNE TRANSFORMATION EFFICACE

L'opérationnalisation de la transformation nécessaire à l'implantation du PQPTM requiert la contribution de tous (des services sociaux généraux, y compris les GMF, jusqu'aux services surspécialisés) afin que chaque personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent puisse recevoir un service adapté à ses besoins, au moment opportun.

L'expérience acquise et les leçons apprises lors de l'implantation d'autres projets majeurs (ex. : suivi intensif dans le milieu ainsi qu'au sein des différents sites de démonstration au Québec depuis 2018) ont démontré qu'il existe des éléments clés à respecter afin de faciliter cette transformation. Les trois grands volets de ces éléments clés sont : la gestion humaine du changement, la mise en place de conditions préalables et le soutien aux établissements.

6.1. GESTION HUMAINE DU CHANGEMENT

La gestion humaine du changement est un élément essentiel à la réussite du déploiement du PQPTM. En effet, sa mise en place amène des changements importants dans l'offre et l'organisation des services existants. Il importe donc de se donner le temps et les conditions nécessaires pour favoriser ce changement.

Il est notamment important :

- de s'assurer que la démarche de transformation est entérinée et appuyée par les hautes instances de l'organisation (directions);

- de planifier la gestion du changement avec les acteurs clés (voir la section 5.1) et l'ensemble des partenaires impliqués;
- d'anticiper les préoccupations des parties prenantes et d'adapter le plan en conséquence;
- de solliciter le soutien de la Direction des ressources humaines au besoin;
- de renvoyer à la documentation reconnue en matière de gestion de changement;
- de consacrer un temps suffisant à l'appropriation du contenu et des processus (lecture des guides, temps destinés aux présentations, visionnement des capsules, rencontres d'appropriation, etc.);
- d'écouter les préoccupations et les questions posées concernant le programme;
- de diviser le déploiement en étapes;
- de s'approprier l'ensemble des messages clés favorisant la compréhension du PQPTM (ex. : via les capsules);
- de personnaliser les présentations et les messages clés en fonction de la réalité locale et de celle des différents partenaires impliqués.

6.2. MISE EN PLACE DE CONDITIONS PRÉALABLES AU DEPLOIEMENT DU PQPTM

Le PQPTM s'inscrit en continuité des PASM^{86, 87} et des orientations qui y sont associées relativement à l'offre de services et à l'organisation des services^{88, 89}. Le déploiement et l'amélioration des éléments constituant ces orientations sont des incontournables dans la transformation des soins et services offerts dans le cadre du PQPTM.

De plus, plusieurs ingrédients actifs ont été identifiés par le CNESM afin d'opérationnaliser le déploiement de ces orientations⁹⁰ :

- L'accès;
- La provenance des demandes;
- La collaboration interprofessionnelle;
- Le modèle de soins par étapes;
- Le cadre clinique;
- Le soutien clinique.

À travers ces ingrédients actifs, le déploiement du PQPTM invite à accorder une attention particulière aux éléments suivants :

1. L'amélioration de l'accès et des délais

Le guichet d'accès est au cœur du réseau intégré de services et joue un rôle

⁸⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*. Québec : Gouvernement du Québec, 97 p.

⁸⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*. Québec : Gouvernement du Québec, 87 p.

⁸⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS : la force des liens*. Québec : Gouvernement du Québec. ISBN : 978-2-550-54414-2 (version PDF).

⁸⁹ 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 : la force des liens*. Québec : Gouvernement du Québec, 68 p.

⁹⁰ CNESM (2017). *Guide d'accompagnement pour le déploiement d'une offre de service de 1^{re} ligne en santé mentale adulte (SMA)*. Consulté le 14 septembre 2020 : https://cnesm.org/wp-content/uploads/2017_Guide1religne_CNESM.pdf.

déterminant dans la hiérarchisation des soins et services en s'assurant que la personne recevra les services requis justes et nécessaires en réponse à ses besoins, et ce, en temps opportun. Ainsi, la bonification du guichet tant sur le plan des ressources que sur celui de la diversification des services offerts devient un élément incontournable en ce qui concerne la qualité des services et l'amélioration des délais d'accès.

2. La clarification de la trajectoire de soins et de services par étapes

Une fine connaissance de l'ensemble de la trajectoire de soins et de services (ex. : cartographie), y compris les services spécialisés, s'avère nécessaire afin de bien associer les enjeux et les écarts avec les recommandations des guides du PQPTM et de planifier les actions requises.

3. Le soutien clinique

Le soutien clinique est l'un des trois piliers du PQPTM et constitue donc un élément essentiel à l'opérationnalisation et à l'intégration du programme dans les milieux. Il permet d'assurer la compréhension du programme, des recommandations et de leur sens clinique auprès des principaux acteurs clés ainsi que leur adhésion et leur soutien au déploiement du programme dès le départ. Le soutien clinique permet également d'accorder une importance aux dimensions cliniques des recommandations auprès des intervenants.

6.3. SOUTIEN AUX ÉTABLISSEMENTS DANS LE DÉPLOIEMENT

Des mécanismes sont développés et mis en place par la Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance, en collaboration avec le CNESM, afin de soutenir les établissements dans la mise en place du PQPTM, tels que :

- la transmission d'outils de gestion de projet (MOP, séquence de déploiement, diagramme de Gantt, structure de gouvernance, etc.) aux chargés de projet;
- des présentations thématiques nationales aux établissements;
- la mise sur pied une communauté de pratiques pour les chargés de projet provinciaux;
- une offre de soutien personnalisé aux chargés de projet provinciaux, au besoin.

6.4. SUIVI DE LA PERFORMANCE

L'analyse de la performance du PQPTM se fera à la suite du déploiement des actions retenues par le Ministère et par le réseau pour répondre aux objectifs du programme. Le suivi de la performance du PQPTM se fera à l'aide d'un tableau de bord présentant des indicateurs de performance pour chacune des dimensions définies dans le cadre de référence ministériel⁹¹. Ce tableau de bord permet de souligner les améliorations et de signaler d'éventuelles situations problématiques. Le cadre de référence ministériel vise à intégrer les autres composantes du système de santé et de services sociaux qui doivent être considérées lors de la mesure et de l'analyse de la performance⁹². À terme, les

⁹¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Guide de sélection et d'élaboration des indicateurs aux fins de l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux*. Québec : Gouvernement du Québec, 30 p.

⁹² Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. Québec : Gouvernement du Québec, 31 p.

indicateurs de ce tableau de bord seront mis à jour régulièrement et déclinés selon les divers paliers impliqués dans l'implantation du PQPTM, que ce soit le MSSS, les établissements ou les services eux-mêmes.

La plus-value du PQPTM est qu'il repose sur plusieurs indicateurs qui mesureront, grâce à la mesure clinique en continu, les effets du programme sur les conditions de santé des personnes qui en bénéficieront. Cette caractéristique rend la reddition de comptes du PQPTM plus engageante et pertinente à l'ensemble des parties prenantes qui y contribuent, y compris les intervenants et les personnes utilisatrices de services.

7. PQPTM : BÉNÉFICES ET POSSIBILITÉS

Le déploiement du PQPTM comporte plusieurs avantages et bénéfices, notamment en venant accroître et améliorer l'accès et la qualité des soins et services en santé mentale au Québec pour les personnes de tous âges et en incluant une offre publique de services allant des autosoins à la psychothérapie.

En effet, le modèle de soins par étapes, le repérage précoce et la mesure clinique en continu permettent une réponse clinique plus rapide et adaptée au besoin de la personne. L'augmentation de la gamme de services permet d'offrir des soins et services scientifiquement reconnus, au moment opportun et par des intervenants formés et soutenus cliniquement.

