



DOCUMENT DE SOUTIEN POUR LE REPÉRAGE,  
L'INTERVENTION ET L'ORIENTATION POUR  
LES ADULTES PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES  
ASSOCIÉS AUX TROUBLES MENTAUX FRÉQUENTS  
DANS LES SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS DES ÉTAPES 1 ET 2 DU  
PROGRAMME QUÉBÉCOIS POUR LES TROUBLES MENTAUX :  
DES AUTOSOINS À LA PSYCHOTHÉRAPIE

Le Document de soutien pour le repérage, l'intervention et l'orientation pour les adultes présentant des symptômes associés aux troubles mentaux fréquents dans les services sociaux généraux est tiré de différents guides de pratique du National Institute for Health and Care Excellence (NICE), principalement le guide Common mental health problems: identification and pathways to care (© NICE, 2019), qu'il est possible de consulter à [nice.org.uk/guidance/cg123](http://nice.org.uk/guidance/cg123). Tous droits réservés. Les guides de pratique du NICE sont préparés pour le National Health Service de l'Angleterre. Ils sont régulièrement révisés et mis à jour et peuvent être retirés du site Web ([nice.org.uk](http://nice.org.uk)) à la discrétion du NICE. Le NICE n'accepte aucune responsabilité pour l'utilisation du contenu de cette publication.

## 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](http://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 : 978-2-550-87543-7 (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.

## LISTE DES COLLABORATEURS

### DIRECTION

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

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

**D<sup>r</sup> Pierre Bleau**, directeur national des services en santé mentale et en psychiatrie légale

**Sandra Bellemare**, travailleuse sociale, directrice par intérim des services en santé mentale et en psychiatrie légale, cheffe de projet du PQPTM

#### **Direction générale adjointe des services sociaux généraux, des activités communautaires et des programmes en déficience**

**Daniel Garneau**, directeur général adjoint des services sociaux généraux, des activités communautaires et des programmes en déficience

**Marylaine Chaussé**, directrice des services sociaux généraux et des activités communautaires

**Claire Garneau**, conseillère stratégique du directeur général adjoint des services sociaux généraux, des activités communautaires et des programmes en déficience

### RÉDACTION

**Sandra Bellemare**, travailleuse sociale, directrice par intérim des services en santé mentale et en psychiatrie légale, cheffe de projet du PQPTM

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

**Steve Castonguay**, maîtrise en santé publique, pilote sous-comité de la mesure de la donnée du PQPTM, Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

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

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

**Geneviève Lessard**, conseillère en santé mentale, direction nationale des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

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

### COLLABORATION

**Louis-Philippe Boisvert**, conseiller au volet santé mentale jeunesse au CNESM, Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

**Julie Ducharme**, conseillère cadre au PQPTM, Direction programmes santé mentale, dépendance et itinérance, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

**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

**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

**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

**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

**Andrée-Anne Simard**, conseillère aux services sociaux généraux, direction des services sociaux généraux et des activités communautaires

### RÉVISION linguistique

**Marilou Gagnon-Thibault**, réviseuse linguistique

## **REMERCIEMENTS**

Les travaux ayant mené à la rédaction de ce document de soutien 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 guide.

## PRÉAMBULE

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'infirmité<sup>1</sup> ». La santé mentale et la santé psychosociale sont des déterminants sociaux importants de la santé. 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 collègue<sup>2</sup>. Selon les données d'enquête de 2012, les troubles anxieux et les troubles dépressifs représenteraient 65 % des troubles mentaux au Québec et constituent donc les troubles mentaux les plus fréquents<sup>3</sup>.

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 problèmes de santé mentale ou des troubles mentaux consultent un professionnel ou font des démarches pour obtenir des soins et services<sup>4</sup>. 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 invoquées 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 comblés<sup>5</sup>.

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.

- 
1. 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 17 août 2020 : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.
  2. 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>.
  3. INESSS (2017). *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. Rapport rédigé par Micheline Lapalme, Brigitte Moreault, Alvine Fansi et Cedric Jehanno. INESSS, 97 p.
  4. INESSS (2017). *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. Rapport rédigé par Micheline Lapalme, Brigitte Moreault, Alvine Fansi et Cedric Jehanno. INESSS, 97 p.
  5. 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.

Face à ce constat, 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. C'est sur la base de cette série d'analyse rigoureuse, effectuée entre 2012 et 2017, que le gouvernement a créé le *Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie* (PQPTM) en décembre 2017.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
1.1. Jugement clinique .....	2
<b>2. CONTEXTE .....</b>	<b>3</b>
2.1. Services sociaux généraux.....	3
2.2. Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM).....	4
2.3. Trois piliers du PQPTM .....	4
2.4. Organisation et services fondés sur les données probantes .....	5
2.5. Mesure clinique en continu (aussi nommée <i>monitorage</i> ).....	8
2.6. Intervenants et professionnels formés et soutenus cliniquement.....	9
<b>3. INTÉGRATION DES PREMIÈRES ÉTAPES DU PQPTM AUX SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX .....</b>	<b>10</b>
3.1. Repérage .....	10
3.2. Indices et symptômes associés à la présence d'un trouble mental.....	11
3.3. Passation des questionnaires d'appréciation .....	13
3.4. Estimation de la dangerosité.....	16
3.5. Orientation vers les services de santé mentale .....	16
3.6. Mesure clinique en continu dans les services sociaux généraux.....	18
<b>4. INTERVENTIONS RECOMMANDÉES POUR TOUS TYPES DE SYMPTÔMES – PREMIÈRE ÉTAPE.....</b>	<b>19</b>
4.1. Éducation psychologique .....	22
4.2. Surveillance active.....	22
<b>5. INTERVENTIONS DE LA SECONDE ÉTAPE .....</b>	<b>24</b>
5.1. Interventions recommandées pour tous types de symptômes.....	25
5.2. Interventions recommandées pour des symptômes spécifiques.....	26
<b>6. FIN DU SUIVI .....</b>	<b>29</b>
<b>ANNEXE 1 : TERMES UTILISÉS DANS LE PRÉSENT DOCUMENT .....</b>	<b>30</b>

## Liste des figures

<b>Figure 1</b> – Les trois piliers du PQPTM et leurs composantes .....	5
---	---

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1</b> – Interventions recommandées aux premières étapes en fonction des symptômes du trouble mental repéré* .....	20
<b>Tableau 2</b> – Place des interventions des étapes 1 et 2 du PQPTM dans le continuum des services pour adultes .....	21

## 1. INTRODUCTION

Ce document s'adresse principalement aux décideurs, aux gestionnaires, aux intervenants et aux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, notamment ceux œuvrant au sein des services sociaux généraux et des services de proximité (ex. : groupes de médecine de famille [GMF]).

Il se veut un soutien au repérage, à l'orientation et aux interventions<sup>6</sup> pour les adultes présentant des symptômes d'un trouble mental fréquent, avec des difficultés de fonctionnement de nature ponctuelle ou situationnelle. Il vise à présenter la trajectoire de services, basée sur le modèle des soins et services par étapes, qui permettra de faciliter l'accès à des soins et à des services adaptés aux besoins de la personne, par le bon intervenant et au bon moment, et ce, dès la demande de service et peu importe la porte d'entrée.

En s'inscrivant dès les premiers contacts avec la personne, les interventions prévues dans les premières étapes du modèle de soins et de services par étapes permettront de faciliter l'accès aux services et de prévenir l'apparition, l'aggravation ou la chronicisation de troubles mentaux. Ces interventions permettent d'offrir le niveau de soins et de services requis par la situation de la personne selon la bonne intensité et au moment opportun.

Les mesures recommandées dans ce document ont été construites à partir des différents guides de pratique publiés par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE), principalement le guide *Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services*, lequel a été traduit et adapté au contexte québécois. Les guides du NICE sont le fruit d'un examen minutieux des données probantes disponibles.

Les interventions recommandées le sont en fonction de la situation de la personne et non en fonction des lieux où elles sont offertes. Il est de la responsabilité de l'intervenant d'informer la personne concernant les interventions recommandées et répondant à son besoin, de leur disponibilité ou non au sein des services et de l'orienter vers ceux-ci au besoin.

Ce document de soutien croise les modalités d'intervention utilisées actuellement aux services sociaux généraux et les recommandations prévues dans les différents guides de pratique pour les troubles mentaux qui seront déployés dans le cadre du Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM).

---

6. Le terme *intervention* a été priorisé dans le contexte de ce document. Dans le cadre du PQPTM, cette appellation désigne tout type d'aide qui n'est pas de la psychothérapie, notamment : le counseling, les rencontres avec un pair aidant, l'intervention de soutien, l'intervention conjugale et familiale, l'éducation psychologique, la réadaptation, le suivi clinique, le coaching, l'intervention en cas de crise et les autosoins.

Le terme *traitement* est utilisé lorsqu'il est question de l'ensemble des modalités, incluant la psychothérapie et la pharmacothérapie.

### **1.1. JUGEMENT CLINIQUE**

Ce document vise à offrir des recommandations éprouvées qui, jumelées à l'expertise et au jugement clinique de l'intervenant, permettent une prise de décision éclairée avec la personne.

Il est attendu que, lorsqu'ils exercent leur jugement clinique, les professionnels et les intervenants tiennent compte de ce document de soutien de même que des besoins particuliers, des préférences et des valeurs de la personne utilisatrice des services. La mise en application des recommandations n'est pas obligatoire, et ce document de soutien ainsi que les guides de pratique qui y sont associés ne l'emportent pas sur la responsabilité de prendre les décisions appropriées en fonction de la situation d'une personne, et ce, dans un processus de décision conjointe avec cette dernière de même qu'avec les membres de son entourage, son tuteur ou son curateur.

## 2. CONTEXTE

### 2.1. SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX

Les services sociaux généraux constituent la porte d'entrée principale pour l'ensemble de la population. Ainsi, à ce titre, ils ont la responsabilité de répondre à toute personne qui se présente pour obtenir une réponse à un besoin social ou psychologique et de l'orienter vers les services appropriés. Ils ont également la responsabilité de répondre aux personnes qui présentent des problèmes généralement ponctuels ou de courte durée, qui peuvent aussi être de nature aiguë et réversible. À cet effet, les services sociaux généraux comprennent les services suivants<sup>7</sup> :

- Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR);
- Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social 811);
- Intervention de crise dans le milieu 24/7;
- Consultation sociale;
- Consultation psychologique;
- Volet psychosocial en contexte de sécurité civile.

Les services sociaux généraux peuvent être offerts dans les centres locaux de services communautaires (CLSC), les GMF ou d'autres lieux dans les communautés. Comme près de 90 % des personnes présentant des problèmes de santé mentale ou des troubles mentaux sont suivies dans le cadre des services de proximité, et étant donné leur place dans l'architecture du système de santé et de services sociaux, les services sociaux généraux offrent régulièrement des interventions psychosociales aux personnes présentant des symptômes de troubles mentaux fréquents, que la présence d'un trouble ait été confirmée ou non.

Les services sociaux généraux, en tant que l'une des principales portes d'entrée des établissements pour la population, offrent la possibilité d'avoir accès rapidement à des intervenants et à des professionnels formés pour réaliser le repérage des personnes ayant vécu un événement difficile ou présentant des symptômes d'un trouble mental fréquent. Ce faisant, les services sociaux généraux contribuent à améliorer l'accessibilité aux services en santé mentale en offrant des interventions ponctuelles ou de courte durée ou en orientant les personnes vers le bon niveau de services.

---

7. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013). *Services sociaux généraux : offre de service – Programme-services, services généraux, activités cliniques et d'aide – Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*. MSSS, 67 p.

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

Le PQPTM s'inscrit dans l'élaboration d'un nouveau programme d'accès et d'accompagnement en santé mentale au Québec basé sur un modèle de soins et de services par étapes développé selon les données probantes. Il vise à fournir un cadre à la prestation de services, et ce, dès les services sociaux généraux, y compris les GMF 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.

Bien qu'inspiré du programme *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) en Angleterre, le PQPTM est adapté pour être conforme au contexte des soins, des services et de l'organisation du système québécois de santé et de services sociaux 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 »).

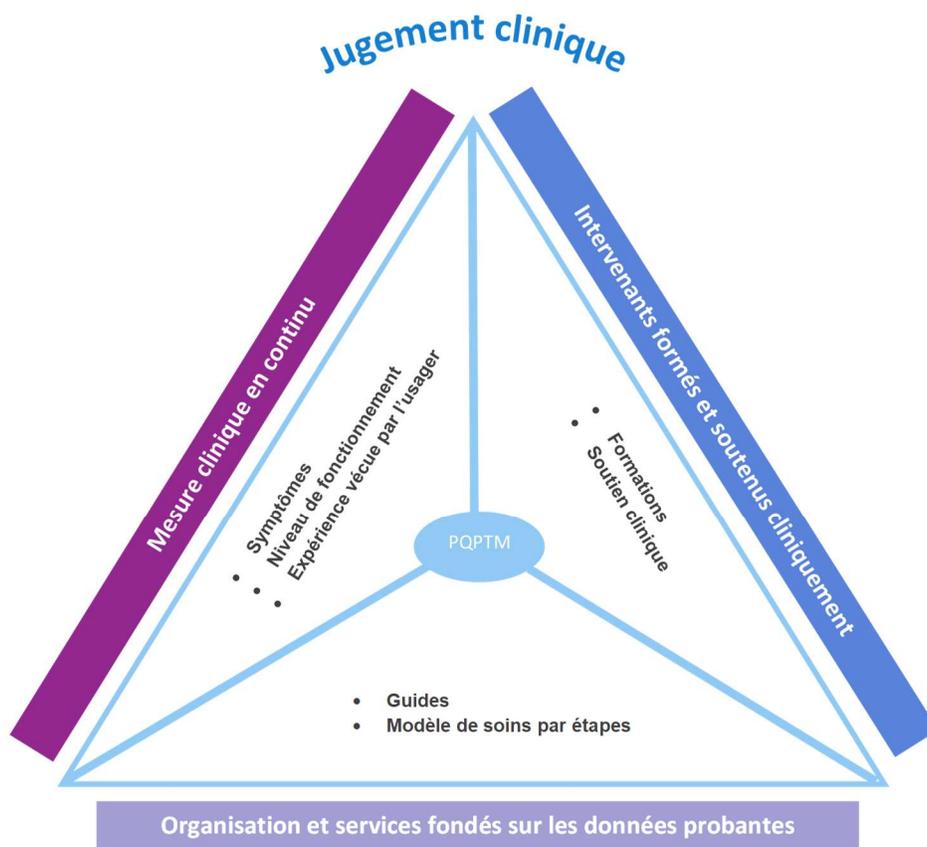
## **2.3. TROIS PILIERS DU PQPTM**

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 et professionnels formés et soutenus cliniquement.

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

Figure 1 – Les trois piliers du PQPTM et leurs composantes



## 2.4. ORGANISATION ET SERVICES FONDÉS SUR LES DONNÉES PROBANTES

L'offre de soins et de services est basée sur les traitements et interventions 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 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.

### 2.4.1. Modèle de soins et de services par étapes

La plupart des guides de pratique clinique du NICE portant sur les troubles mentaux sont construits selon le modèle de soins et de services par étapes. Ce modèle précise les soins et services recommandés les moins intrusifs et les plus efficaces, selon une gradation et une hiérarchisation des soins et services. La hiérarchisation des services telle qu'elle est définie par

le ministère de la Santé et des Services sociaux, soit les services de proximité (les services généraux et les services spécifiques), les services de deuxième ligne (les services spécialisés) et les services de troisième ligne (les services surspécialisés), facilite le cheminement des personnes entre les niveaux de services et vient traduire la complexité et l'intensité des interventions nécessaires pour répondre aux besoins de santé, sociaux ou psychologiques. Ainsi, la hiérarchisation des services 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 interventions ou des traitements et une expertise de plus en plus spécialisée. Par ailleurs, les soins et services 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.

Ainsi, lorsqu'une personne consulte parce qu'elle vit de la détresse ou présente des signes et symptômes s'apparentant à un trouble mental, le professionnel ou l'intervenant à qui elle s'adresse analyse la situation au regard de la récurrence, des habitudes de vie, du réseau social et familial, de l'état de santé, des conditions de vie et des besoins exprimés par la personne. Certaines personnes peuvent démontrer des symptômes de troubles mentaux fréquents dus à une situation ponctuelle difficile, comme un deuil, une instabilité résidentielle ou une perte d'emploi; pour d'autres, cela peut être l'apparition d'un trouble mental spécifique. Le jugement clinique du professionnel ou de l'intervenant tient donc compte de ces facteurs dans l'analyse de la situation, l'intervention psychosociale et l'orientation de la demande de service.

Concrètement, les étapes vont des modalités comme la veille ou la surveillance active et les autosoins aux premières étapes jusqu'à des traitements plus spécifiques et spécialisés comme de la psychothérapie ou des interventions s'y apparentant et le traitement combiné avec la médication, aux niveaux supérieurs.

Dans le contexte de ce document de soutien, seules les **deux premières étapes** seront considérées. Elles pourront être appliquées à la fois dans les services sociaux généraux et dans les services spécifiques en santé mentale. Certaines interventions recommandées à ces étapes peuvent également être effectuées à des étapes supérieures si elles répondent aux besoins de la personne.

Pour de l'information supplémentaire concernant le modèle de soins par étapes dans le cadre des soins et services de santé mentale au Québec, référez-vous au *Document d'information à l'intention des établissements du PQPTM*.

#### **2.4.1.1. Premières étapes du modèle de soins et de services par étapes**

La **première étape** correspond aux premiers pas de la personne dans la trajectoire de services. C'est le moment où l'intervenant repère de possibles symptômes de troubles mentaux, les analyse en fonction du vécu de la personne et de ses besoins et discute avec la personne de l'orientation (choix possibles en fonction de ses valeurs et de ses préférences, recommandations cliniques, modalités possibles dans l'établissement, etc.) à donner à la demande de service.

La **deuxième étape** comprend des interventions, dont certaines peuvent être offertes directement par les services sociaux généraux et d'autres sont généralement offertes par les services en santé mentale en fonction de l'organisation des services de l'établissement.

#### **2.4.2. Bonnes pratiques cliniques recommandées dans le cadre du PQPTM**

##### **2.4.2.1. 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 devraient avoir l'occasion de prendre des décisions éclairées au sujet des soins, des services et des interventions qu'elles reçoivent, en partenariat avec les intervenants qui les accompagnent ainsi que leurs proches.

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.

##### **2.4.2.2. Soins et services fondés sur des pratiques collaboratives**

Dans le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : *Faire ensemble et autrement* (PASM 2015-2020), les soins et 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 permettent de renforcer le partenariat et constituent un processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'information, d'éducation et de prise de décisions. Les pratiques de collaboration peuvent être interprofessionnelles et intersectorielles.

##### **2.4.2.3. Familles et membres de l'entourage**

Les familles et les membres 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 constituent un facteur de protection important. Si la personne utilisatrice de services y consent, sa famille et ses proches devraient se voir offrir la possibilité de participer aux décisions sur les soins et les

services qui la concernent. La famille et les membres de l'entourage de la personne utilisatrice de services devraient également obtenir l'information et le soutien dont ils ont besoin<sup>8</sup>.

#### **2.4.2.4. Rétablissement**

Le rétablissement est un principe directeur du PASM 2015-2020. Le Québec fonde les soins et les services du secteur de la santé mentale sur le rétablissement. Le Ministère 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 par exemple une plus grande implication de la personne dans l'intervention et la reprise de son pouvoir d'agir<sup>9</sup>.

### **2.5. MESURE CLINIQUE EN CONTINU (AUSSI NOMMÉE MONITORAGE)**

La mesure (monitorage) clinique en continu consiste à passer les mêmes questionnaires autoadministrés à intervalle régulier. L'utilisation de ces questionnaires validés scientifiquement permet à l'intervenant et à la personne de suivre l'évolution des symptômes et du fonctionnement de cette dernière tout au long de son suivi.

Les personnes qui reçoivent de la rétroaction sur l'amélioration de leur fonctionnement et de leur mieux-être obtiennent généralement des scores aux questionnaires d'appréciation qui démontrent leurs avancées vers le rétablissement. Des études ont démontré que les personnes qui reçoivent de la rétroaction sur leur progression obtiennent de meilleurs résultats.

Pour l'intervenant ou le professionnel, la mesure clinique en continu permet d'améliorer la relation thérapeutique ainsi que de favoriser une approche centrée sur la personne et axée sur la collaboration. Cela représente le point de départ de la discussion avec la personne au sujet de son cheminement vers le rétablissement et de la revue des services offerts :

- Si le fonctionnement de la personne s'améliore et que les symptômes diminuent, les interventions ont intérêt à se poursuivre jusqu'à la fin du suivi.
- S'il n'y a aucune diminution des symptômes et aucune amélioration du fonctionnement, la situation doit être revue avec la personne et certains changements devraient être envisagés au suivi.
- Si les symptômes et le fonctionnement de la personne se détériorent, il sera possible pour l'intervenant ou le professionnel d'en être informé rapidement et d'en discuter avec la personne, le cas échéant, pour ajuster les interventions ou en envisager d'autres.

Pour aider l'intervenant à déterminer le moment de la fin de son suivi, les scores des questionnaires d'appréciation peuvent être utilisés pour voir si les symptômes de la personne

---

8. D'après le guide de pratique clinique du PQPTM [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#), p. 6.

9. 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/>.

ont diminué de manière à représenter une amélioration significative et s'ils se retrouvent maintenant sous le seuil clinique associé à un trouble mental.

Pour l'ensemble du PQPTM, la mesure clinique en continu permet aussi d'évaluer l'efficacité des interventions offertes par le programme ainsi que la performance de l'organisation des services en général. Cependant, la mesure clinique en continu n'a pas été conçue et ne doit pas être utilisée pour l'évaluation du travail des intervenants et des professionnels. Ce sont les mécanismes usuels de gestion des ressources humaines des établissements qui doivent être utilisés à cette fin.

## **2.6. INTERVENANTS ET PROFESSIONNELS FORMÉS ET SOUTENUS CLINIQUEMENT**

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

### **2.6.1. Intervenants et professionnels formés**

Afin d'être en mesure de comprendre et d'intégrer les éléments composant le PQPTM, les intervenants et les professionnels doivent recevoir des formations concernant le programme lui-même. Pour s'assurer de la compréhension de celui-ci, le Ministère a mis en place divers moyens, tels que la désignation de chargés de projet dans les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et le développement de capsules de formation traitant des diverses composantes du programme (ex. : mesure clinique en continu, autosoins, etc.).

Chacune des interventions, psychothérapies ou activités réservées en fonction du Code des professions (ex. : évaluation des troubles mentaux) doit être offerte par un professionnel compétent et formé spécifiquement pour celle-ci.

### **2.6.2. Intervenants et professionnels soutenus cliniquement**

Les intervenants et les professionnels bénéficient aussi d'un soutien clinique centré, entre autres, sur la mesure clinique de la réponse à leurs interventions, sur les besoins et préférences de la personne suivie ainsi que sur le cheminement thérapeutique répondant le mieux à la situation. Les professionnels qui offrent le soutien clinique sont expérimentés et possèdent les compétences cliniques leur permettant de soutenir le développement des pratiques des intervenants et des professionnels à qui ils offrent ce soutien.

### 3. INTÉGRATION DES PREMIÈRES ÉTAPES DU PQPTM AUX SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX

Les personnes qui effectuent une demande de service à l'AAOR<sup>10</sup> ou par le biais des autres portes d'entrée présentent des besoins divers. En 2013, l'INESSS<sup>11</sup> établissait que huit grandes catégories de raisons d'intervention étaient à l'origine de 75 % des interventions offertes par les services sociaux généraux au Québec :

1. Relations intrafamiliales;
2. Relations de couple;
3. Adaptation sociale (incluant le vieillissement, l'épuisement du proche aidant et le bien-être subjectif);
4. Violence conjugale et familiale;
5. Gestion de la colère et de l'agressivité;
6. Agression à caractère sexuel;
7. Deuil;
8. Difficultés professionnelles et stress.

Tant le rapport de l'INESSS<sup>12</sup> qu'une revue de la littérature d'Alegría et de ses collaborateurs<sup>13</sup> datant de 2018 observent à divers degrés une association entre la présence de problèmes sociaux et la présence de symptômes associés à des troubles mentaux fréquents. Bien que la détermination de liens entre les problèmes sociaux et les problèmes de santé mentale demeure propre à l'histoire de vie de chaque personne, il n'en demeure pas moins que la coexistence étroite de ces problèmes justifie l'importance de considérer la présence de symptômes de troubles mentaux fréquents lorsqu'une personne demande de consulter pour des problèmes psychosociaux.

#### 3.1. REPÉRAGE

Le repérage n'est pas une démarche de dépistage systématique. C'est lorsqu'un intervenant ou un professionnel des services sociaux généraux 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

---

10. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013). *Services sociaux généraux : offre de service – Programme-services, services généraux, activités cliniques et d'aide – Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*. MSSS, 67 p.

11. INESSS (2013). *Efficacité des interventions sociales et psychologiques de courte durée : revue systématique*. Rapport rédigé par Annie Tessier. ETMIS, vol. 9, n° 9, p. 1-62.

12. INESSS (2013). *Efficacité des interventions sociales et psychologiques de courte durée : revue systématique*. Rapport rédigé par Annie Tessier. ETMIS, vol. 9, n° 9, p. 1-62.

13. Alegría, M., A. NeMoyer, I. Falgàs Bagué, Y. Wang et K. Alvarez (2018). « Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go ». *Current Psychiatry Reports*, vol. 20, n° 11, p. 95.

Québec et au Canada<sup>14</sup>, de même que les difficultés de fonctionnement qui y sont associées. Les questionnaires proposés dans cette démarche viennent appuyer le jugement clinique de l'intervenant ou du professionnel afin de préciser l'analyse des besoins pour orienter la personne vers la bonne intervention ou le bon traitement, au bon moment et par le bon type d'intervenant ou de professionnel.

L'intervenant ou le professionnel pourra alors intégrer les résultats du repérage à son analyse en prenant soin de les contextualiser en fonction de la situation vécue par la personne (deuil, perte d'emploi, stress financier, etc.) et de ses conditions de vie.

### **3.2. INDICES ET SYMPTÔMES ASSOCIÉS À LA PRÉSENCE D'UN TROUBLE MENTAL**

Bien que l'évaluation du trouble mental ne s'effectue pas au niveau des services sociaux généraux, il demeure pertinent pour les intervenants et les professionnels de connaître différents indices et symptômes de ces troubles mentaux pour amorcer au besoin les premières interventions et orienter rapidement les personnes vers les bons services.

Cependant, la présence de certains symptômes ne signifie pas automatiquement la présence d'un trouble mental, une évaluation plus approfondie étant nécessaire pour confirmer cela. En cas d'observation d'indices ou de symptômes, les intervenants et les professionnels peuvent approfondir leur analyse :

- en passant des questionnaires d'appréciation des symptômes du trouble dépressif (PHQ-9), des symptômes du trouble d'anxiété (GAD-7) ou du fonctionnement social et au travail (WSAS) (voir la section suivante);
- en se référant aux guides de pratique correspondant au trouble mental présumé;
- en consultant leur conseiller en soutien clinique;
- en orientant la personne vers le guichet d'accès en santé mentale pour une analyse plus approfondie ou une évaluation du trouble mental.

#### **3.2.1. Symptômes associés à un trouble d'anxiété généralisée**

Il est possible d'envisager la présence d'anxiété généralisée chez les personnes présentant de l'anxiété ou une inquiétude importante, ainsi que chez les personnes qui sollicitent des consultations fréquentes dans le cadre des services de proximité et qui :

- soit présentent un problème de santé physique chronique;
- soit n'ont aucun problème de santé physique, mais cherchent à être rassurées au sujet de symptômes somatiques;
- soit présentent des inquiétudes récurrentes au sujet d'un vaste éventail de problèmes<sup>15</sup>.

---

14. INESSS (2017). *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. Rapport rédigé par Micheline Lapalme, Brigitte Moreault, Alvine Fansi et Cedric Jehanno. INESSS, 97 p.

15. D'après le guide de pratique clinique du NICE sur l'anxiété généralisée et le trouble panique (avec ou sans agoraphobie) chez les adultes ([CG113](#)) (anglais seulement).

### **3.2.2. Symptômes associés à un trouble panique**

Lors d'une attaque de panique, une personne ressent l'apparition soudaine d'une crainte intense accompagnée de plusieurs symptômes physiques (battements de cœur rapides ou forts, transpiration, tremblements, étourdissements ou vertiges, nausées, etc.), qui atteignent leur point culminant rapidement (en dix minutes ou moins). Il est important de rappeler qu'une attaque de panique isolée ne signifie pas nécessairement qu'une personne présente un trouble panique et qu'intervenir adéquatement après une attaque peut freiner la progression vers ce trouble.

Il est possible d'envisager la présence d'un trouble panique lorsqu'une personne vit des attaques de panique fréquentes et intenses qui l'empêchent de fonctionner et d'agir normalement au travail, en société ou dans d'autres domaines de la vie quotidienne. La personne devient alors craintive de vivre une nouvelle attaque de panique<sup>16</sup>.

### **3.2.3. Symptômes associés à un trouble d'anxiété sociale**

Il est possible d'envisager la présence d'anxiété sociale lorsqu'une personne décrit une peur intense dans les situations sociales entraînant de la détresse considérable et ayant des répercussions sur son fonctionnement dans différentes sphères de sa vie<sup>17</sup>.

### **3.2.4. Symptômes associés à une phobie spécifique**

Il est possible d'envisager la présence de phobies spécifiques si la personne décrit une peur injustifiée, extrême et persistante d'un objet, d'un animal ou d'une situation particulière qui nuit à son fonctionnement<sup>18</sup>.

### **3.2.5. Symptômes associés à un trouble obsessionnel-compulsif**

Il est possible d'envisager la présence d'un trouble obsessionnel-compulsif si la personne décrit une peur excessive ou démesurée qui s'accompagne de pensées récurrentes qui sont difficiles à ignorer ou de comportements répétitifs pour lesquels il est difficile d'y mettre fin. Cette peur ou anxiété prend une telle ampleur qu'elle peut nuire au fonctionnement de la personne<sup>19</sup>.

### **3.2.6. Symptômes associés au trouble de stress post-traumatique**

Une personne ayant vécu une expérience potentiellement traumatique récemment pourrait présenter des symptômes d'anxiété et des difficultés de fonctionnement qui y sont associées. La présence de cauchemars ou de réviviscences de l'événement en question, l'évitement de

---

16. D'après le guide de pratique clinique du NICE sur l'anxiété généralisée et le trouble panique (avec ou sans agoraphobie) chez les adultes ([CG113](#)) (anglais seulement).

17. Pour plus de détails, référez-vous au guide de pratique clinique du NICE sur l'anxiété sociale ([CG159](#)) (anglais seulement).

18. D'après le guide complet de pratique clinique du NICE sur les troubles mentaux fréquents ([CG123](#)) (anglais seulement).

19. Pour plus de détails, référez-vous au guide de pratique clinique du NICE sur le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble de dysmorphie corporelle ([CG31](#)) (anglais seulement).

situations pouvant rappeler l'événement, l'impression d'être constamment sur ses gardes ou un sentiment de détachement ou d'indifférence envers les autres ou les activités autrefois appréciées peuvent indiquer que la personne vit une réaction de stress à l'événement ou un trouble de stress post-traumatique.

### **3.2.7. Symptômes associés aux troubles dépressifs**

Les personnes qui ont des antécédents de trouble dépressif, qui présentent de possibles symptômes somatiques de trouble dépressif ou qui ont un problème de santé physique chronique associé à une altération du fonctionnement sont plus à risque de présenter un trouble dépressif<sup>20</sup>. Plusieurs personnes présentant des symptômes dépressifs ne sont pas reconnues comme telles, en grande partie parce que ces personnes consultent principalement pour des symptômes somatiques et ne se considèrent pas comme déprimées. Des symptômes comme la fatigue, l'insomnie et la douleur chronique, qui sont associés à la dépression, peuvent échapper à la vigilance des intervenants ou des professionnels parce qu'ils sont attribués à un trouble physique (un trouble qui serait en fait concomitant avec la dépression)<sup>21</sup>.

### **3.3. PASSATION DES QUESTIONNAIRES D'APPRÉCIATION**

Lorsqu'une personne présente l'un ou l'autre des indices énumérés plus haut, la passation de questionnaires d'appréciation permettra de décrire la fréquence et la sévérité des symptômes ressentis par la personne, de guider les interventions de la première et de la deuxième étape du modèle de soins et de services par étapes et de repérer les personnes pour qui une évaluation du trouble mental ou une intervention plus spécialisée doit être effectuée.

Pour repérer et détecter de possibles troubles mentaux fréquents, deux questionnaires sont proposés.

#### **3.3.1. Questionnaire d'appréciation des symptômes d'anxiété généralisée (GAD-7)**

Ce questionnaire autoadministré de sept questions est validé scientifiquement en plusieurs langues, dont le français et l'anglais. Il a été développé pour repérer la présence d'anxiété généralisée, mais présente une bonne sensibilité pour ce qui est de détecter la présence d'un trouble panique, d'un trouble d'anxiété sociale et d'un trouble de stress post-traumatique<sup>22</sup>.

- Si la personne obtient un score égal ou supérieur à 8 au questionnaire GAD-7 avec des symptômes qui affectent son fonctionnement et persistent durant au moins six mois, l'intervenant ou le professionnel l'oriente vers le guichet d'accès en santé mentale. Le professionnel ou l'intervenant indique tout indice de troubles anxieux spécifiques dans

---

20. D'après la recommandation 1.3.1.1 du guide [Troubles mentaux fréquents: repérage et trajectoires de services](#).

21. Pour plus de détails, référez-vous à la page 91 du guide complet de pratique clinique du NICE sur les troubles mentaux fréquents ([CG123](#)) (anglais seulement).

22. 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.

sa note clinique.

- Si la personne obtient un score légèrement inférieur à 8 au questionnaire GAD-7, mais que la possibilité d'un trouble anxieux demeure préoccupante, posez la question suivante : « Évitez-vous des lieux ou des activités, et cette situation est-elle une source de problèmes? » Dans l'affirmative, considérez un trouble anxieux comme une possibilité<sup>23</sup>.
  - Si vous estimez que les symptômes s'apparentent à ceux d'un trouble d'anxiété généralisée, d'un trouble panique (avec ou sans agoraphobie) ou d'un trouble d'anxiété sociale lié à un problème de nature ponctuelle ou situationnelle, des interventions aux services sociaux généraux peuvent être entreprises pour aider la personne.
  - Si vous estimez que les symptômes s'apparentent à ceux d'un trouble obsessionnel-compulsif ou d'un trouble de stress post-traumatique, il est préférable d'orienter cette personne vers le guichet d'accès en santé mentale. Afin d'éviter une détérioration de son état, il pourrait néanmoins être pertinent d'offrir à cette personne des interventions d'éducation psychologique ainsi que d'entreprendre toute intervention psychosociale visant la résolution des problèmes cernés lors de l'analyse de la situation. Ces premières interventions pourraient être offertes au service d'AAOR ou de consultation sociale des services sociaux généraux.
- Si la personne obtient un score inférieur à 4 au questionnaire GAD-7, elle présente peu ou pas de symptômes. Si la possibilité d'un trouble anxieux n'est pas préoccupante, l'intervenant ou le professionnel entreprend les interventions psychosociales visant la résolution des problèmes cernés lors de l'analyse de la situation.

### 3.3.2. Questionnaire d'appréciation des symptômes dépressifs (PHQ-9)

Ce questionnaire autoadministré de neuf questions est aussi validé scientifiquement en plusieurs langues, dont le français et l'anglais. Il a été développé pour détecter la présence d'un possible trouble dépressif. Il présente aussi une bonne sensibilité pour ce qui est de détecter la présence de détresse psychologique en général<sup>24</sup>.

- Si la personne obtient un score de 10 ou plus au questionnaire PHQ-9, considérez le trouble dépressif comme une possibilité<sup>25</sup>. L'intervenant ou le professionnel l'oriente

---

23. D'après la recommandation 1.3.1.2 du guide [Troubles mentaux fréquents: repérage et trajectoires de services](#). La recommandation initiale a été modifiée afin de tenir compte du contexte d'implantation du PQPTM. La recommandation initiale dirigeait la personne vers l'évaluation du trouble mental. Cette activité n'est pas structurée actuellement dans le contexte québécois et les personnes nécessitant une évaluation du trouble mental devront être orientées vers les trajectoires de services habituelles de l'établissement.

24. 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, n° 1, p. 150-157.

25. D'après la recommandation 1.3.1.1 du guide [Troubles mentaux fréquents: repérage et trajectoires de services](#).

alors vers le guichet d'accès en santé mentale.

- Si la personne obtient un score légèrement inférieur à 10 au questionnaire PHQ-9, mais que vous estimez toujours la présence de symptômes qui s'apparentent à ceux d'un trouble dépressif lié à un problème de nature ponctuelle ou situationnelle, des interventions aux services sociaux généraux peuvent être entreprises pour aider la personne.
- Si la personne obtient un score inférieur à 5 au questionnaire PHQ-9, elle présente peu ou pas de symptômes. Si la possibilité d'un trouble dépressif n'est pas préoccupante, l'intervenant ou le professionnel entreprend les interventions psychosociales visant la résolution des problèmes cernés lors de l'analyse de la situation.

Lorsqu'une indication d'un diagnostic de trouble mental fréquent est inscrite dans la demande de service ou le dossier antérieur de la personne, faites remplir systématiquement les deux questionnaires d'appréciation afin de mesurer les symptômes associés au trouble et soutenez votre jugement dans la décision d'orienter ou non la personne vers les services en santé mentale. Selon la nature de la demande, plusieurs des besoins de la personne peuvent être répondus au niveau des services sociaux généraux, notamment pour des symptômes légers et stables ou pour des problèmes psychosociaux de nature ponctuelle et situationnelle.

### **3.3.3. Questionnaire d'appréciation relatif aux activités sociales et au travail (WSAS)**

Ce questionnaire de cinq questions, pouvant être autoadministré, est validé scientifiquement<sup>26</sup>. Il peut être utilisé au besoin par l'intervenant ou le professionnel en complément à son analyse de la situation de la personne. Il a été développé pour apprécier le fonctionnement de la personne et sa capacité à exercer des activités dans les cinq sphères suivantes : le travail (lorsqu'applicable), les tâches domestiques, les activités sociales, les loisirs individuels ainsi que les relations familiales et sociales. Bien qu'il n'y ait pas de seuil clinique associé, ce questionnaire permet de quantifier globalement le fonctionnement de la personne pour suivre son cheminement d'une consultation à l'autre, en plus de déterminer les sphères qui présentent des besoins prioritaires pouvant être ciblés comme objectifs d'intervention, selon le jugement clinique.

### **3.3.4. Conservation des questionnaires**

Contextualisez les résultats au questionnaire sur le formulaire destiné à l'analyse des besoins de la personne ou sur une note évolutive.

Déposez les questionnaires remplis au dossier. Si votre code déontologique l'exige, inscrivez une courte analyse des résultats dans la case prévue à cette fin sur le formulaire.

---

26. Mundt, J. C., I. M. Marks, M. K. Shear et J. H. Greist (2002). « The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning ». *The British Journal of Psychiatry*, vol. 180, p. 461-464. doi : 10.1192/bjp.180.5.461.

### 3.4. ESTIMATION DE LA DANGEROUSITÉ

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 % des cas de suicide<sup>27</sup> <sup>28</sup>. Le risque de blesser une autre personne est aussi plus élevé chez les personnes qui présentent un trouble mental fréquent (NICE, 2010).

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 et d'intervenir [conformément aux bonnes pratiques](#), aux lois, aux politiques et aux procédures en place au Québec et dans votre établissement.

Si une personne qui démontre des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent présente un risque d'**autonégligence** important ou une **altération grave du fonctionnement**, procédez aussi, sans délai, à l'estimation de la dangerosité, notamment celle relative au passage à l'acte suicidaire, et du danger pour autrui. Assurez la prise en charge de la personne et orientez-la en vous référant aux politiques, aux procédures et au continuum de services de votre établissement.

Si une personne qui présente des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui, assurez la sécurité immédiate et la prise en charge de la personne et orientez-la en vous référant aux politiques, aux procédures et au continuum de services de votre établissement.

Consultez le [Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux](#), le [Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux](#) de même que le [Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui](#).

### 3.5. ORIENTATION VERS LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Les informations recueillies pendant l'intervention ainsi que celles obtenues à l'aide des questionnaires autoadministrés permettent d'orienter la personne vers les services les plus appropriés compte tenu des besoins qu'elle a nommés.

Si la situation de la personne et ses antécédents relatifs au trouble mental fréquent suggèrent que ce dernier est léger, qu'il n'atteint pas le seuil clinique aux questionnaires GAD-7 et PHQ-9, qu'il est d'apparition récente et que son évolution est rapide et favorable, envisagez d'avoir

---

<sup>27</sup> INESSS (2017). *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. Rapport rédigé par Micheline Lapalme, Brigitte Moreault, Alvine Fansi et Cedric Jehanno. INESSS, 97 p.

<sup>28</sup> Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (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.

recours à l'éducation psychologique et à la surveillance active avant d'offrir à la personne une évaluation du trouble mental ou de l'orienter vers une autre intervention. Cette façon de faire peut donner lieu à une amélioration dans les cas les moins graves, ce qui permet d'éviter la nécessité de mettre en œuvre d'autres interventions<sup>29</sup>.

Ces interventions relèvent de l'étape 1 du modèle de soins et de services par étapes et peuvent être offertes dès l'AAOR, car elles demandent une implication à très court terme de l'intervenant. Pour plus de détails, voir la section 5 sur les interventions des premières étapes du PQPTM, aussi appelées *interventions de première intention*.

Les personnes utilisatrices de services sont orientées vers un suivi en consultation sociale ou en consultation psychologique dans les services sociaux généraux lorsqu'elles présentent, selon les questionnaires d'appréciation, des symptômes d'un trouble mental sous le seuil clinique et qu'elles n'ont pas répondu aux premières interventions offertes à l'AAOR. Elles peuvent également avoir des scores qui atteignent les seuils cliniques ou qui se situent légèrement au-dessus, mais vivre peu d'effets sur leur fonctionnement. Lors de ces suivis, des interventions des étapes 1 et 2 peuvent être mises en place en fonction du besoin ciblé avec la personne.

Ainsi, à l'exception de la possibilité de la présence d'indices ou de symptômes associés à ceux d'un **trouble obsessionnel-compulsif** ou d'un **trouble de stress post-traumatique**, l'atteinte du seuil clinique au questionnaire d'appréciation des symptômes ne signifie pas une orientation systématique vers les services spécifiques ou spécialisés. Des interventions peuvent être effectuées aux services de consultation sociale ou de consultation psychologique des services sociaux généraux, s'ils sont disponibles dans votre secteur. Dans le même ordre d'idées, un besoin d'évaluation du trouble mental ne signifie pas nécessairement que le suivi devra être transféré vers les services en santé mentale.

### 3.5.1. Guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA)

Les personnes présentant des symptômes d'un trouble mental fréquent dont les résultats aux questionnaires d'appréciation des symptômes sont au-dessus du seuil clinique et qui vivent des répercussions fonctionnelles de ces symptômes, de même que les personnes n'ayant pas répondu aux interventions des deux premières étapes données dans les services sociaux généraux, devraient être dirigées vers le GASMA pour accéder aux services de santé mentale.

La confirmation de la présence d'un trouble mental par un médecin ou un professionnel habilité n'est pas obligatoire pour avoir accès aux services spécifiques. Dans le même ordre d'idées, la présence d'un diagnostic de trouble mental ne signifie pas nécessairement un acheminement vers le GASMA. La décision d'orientation doit reposer sur l'analyse faite par l'intervenant ou le professionnel et une discussion avec la personne.

---

29. D'après la recommandation 1.3.2.8 du guide [Troubles mentaux fréquents: repérage et trajectoires de services](#).

### **3.6. MESURE CLINIQUE EN CONTINU DANS LES SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX**

Dans les services sociaux généraux, une première mesure aura été prise au moment de l'accueil et de l'analyse de la situation de la personne grâce aux questionnaires d'appréciation mentionnés précédemment. Afin de déterminer si les interventions offertes ont aidé la personne, une mesure doit minimalement être prise à la fin du suivi pour s'assurer que les symptômes ont diminué ou qu'ils sont demeurés stables.

Les questionnaires d'appréciation sont écrits dans un langage simple et peuvent être autoadministrés. Si la personne présente un niveau de littératie faible, un trouble cognitif ou toute autre difficulté, elle peut remplir le questionnaire avec l'assistance d'un proche, d'un pair aidant, d'un intervenant ou d'un professionnel. Comme pour toute intervention, la personne doit d'abord consentir à remplir les questionnaires et peut refuser de les remplir en tout temps.

Si l'intervenant ou le professionnel présume une détérioration du trouble de la personne ou envisage la nécessité d'une orientation vers des services en santé mentale, celui-ci peut administrer les questionnaires d'appréciation à tout moment au cours du suivi et les joindre à sa demande d'orientation.

Puisqu'une majorité de personnes suivies dans les services sociaux généraux présenteront déjà des scores légèrement sous les seuils cliniques fixés dans les questionnaires d'appréciation (soit un score de 8 pour le GAD-7 et un score de 10 pour le PHQ-9), l'intervenant ou le professionnel n'a pas à analyser les scores pour déterminer s'ils ont augmenté de manière significative en cours de suivi. Cependant, à la fin prévue du suivi, il est important de déterminer si la personne a retrouvé ou maintenu un fonctionnement adéquat (avec le questionnaire WSAS ou autre méthode d'analyse) et si ses symptômes n'ont pas augmenté de manière à avoir un score au-dessus des seuils cliniques des questionnaires d'appréciation. Si c'est le cas, un ajustement ou un prolongement des interventions devraient être envisagés, ainsi que la possibilité d'une orientation vers le guichet d'accès en santé mentale.

Tant pour les questionnaires utilisés lors du repérage que lors de la mesure en continu, l'intervenant ou le professionnel contextualise les résultats au questionnaire dans une note évolutive ou selon la procédure de votre établissement. Les questionnaires remplis doivent être déposés au dossier. Si votre code déontologique l'exige, inscrivez une courte analyse des résultats dans la case prévue à cette fin sur le formulaire.

#### **4. INTERVENTIONS RECOMMANDÉES POUR TOUS TYPES DE SYMPTÔMES – PREMIÈRE ÉTAPE**

Les interventions de l'étape 1 du modèle de soins et de services par étapes proposées auprès des personnes présentant des symptômes de troubles mentaux fréquents, ou dont la présence d'un tel trouble a été confirmée, donnent à ces personnes les connaissances, les outils et les habiletés leur permettant d'être des acteurs dans leur rétablissement.

Ces interventions peuvent être effectuées dès les services de proximité, dont les services sociaux généraux, de même que dans les GASMA. Elles sont offertes lorsque, au moment de l'analyse de la demande, la personne présente des symptômes sous le seuil clinique aux questionnaires autorapportés et que le fonctionnement de la personne est préservé.

Ainsi, à la suite du repérage, lorsque des symptômes d'un trouble mental sont présents, il est recommandé par le NICE d'offrir de l'information au sujet des soins et services formant la trajectoire de services, y compris :

- l'offre de soins et services en santé et services sociaux;
- la portée et la nature des interventions offertes;
- le contexte de l'offre des soins et services;
- le processus régissant la progression de la personne utilisatrice de services dans la trajectoire de services;
- les méthodes de mesure des résultats (monitorage clinique) et les indicateurs de l'évolution de la situation de la personne utilisatrice de services.

Considérant que le niveau de littératie est un important prédicteur de l'état de santé<sup>30, 31</sup> et du bien-être psychosocial, les stratégies de communication doivent être adaptées lors des échanges avec la personne utilisatrice et ses proches, lorsque la situation le requiert. Ainsi, lors de la remise d'information sur les trajectoires locales de services aux personnes qui présentent des symptômes relatifs aux troubles mentaux fréquents de même qu'aux membres de leur famille et de leur entourage, tous les intervenants devraient :

- tenir compte des connaissances et de la compréhension de la personne au sujet des troubles mentaux fréquents et des interventions relatives à ces troubles;
- s'assurer que l'information fournie est appropriée sur le plan culturel et accessible 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.

---

30. Richard, C., et M.-T. Lussier (2009). « La littératie en santé, une compétence en mal de traitement ». *Pédagogie Médicale*, vol. 10, n° 2, p. 123-130.

31. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. MSSS, 46 p.

**Tableau 1** – Interventions recommandées aux premières étapes en fonction des symptômes du trouble mental repéré\*

Étapes du modèle de soins et de services	Interventions adaptées aux symptômes du trouble mental repéré
<b>Étape 1</b>	
<b>Tous les cas confirmés ou présumés de troubles mentaux fréquents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repérage;</li> <li>• Éducation psychologique;</li> <li>• Surveillance active;</li> <li>• Évaluation du trouble mental;</li> <li>• Orientation aux fins d'évaluation ou de traitement.</li> </ul>
<b>Étape 2</b>	
<b>Tous les troubles mentaux fréquents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupes d'autosoins<sup>(a)</sup>;</li> <li>• Groupes de soutien ou d'entraide;</li> <li>• Services de soutien à l'éducation et à l'emploi;</li> <li>• Orientation aux fins d'évaluation, d'intervention ou de traitement.</li> </ul>
<b>Trouble dépressif</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes dépressifs persistants sous le seuil clinique;</li> <li>• Trouble dépressif léger ou moyen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autosoins individuels dirigés;</li> <li>• Interventions utilisant les techniques cognitivo-comportementales et assistées par les technologies de l'information et de communication (TIC);</li> <li>• Programmes structurés d'activités physiques;</li> <li>• Programmes de soutien par les pairs en groupe (autosoins)<sup>(b)</sup>;</li> <li>• Antidépresseurs (pour ceux répondant à certains critères).</li> </ul>
<b>Anxiété généralisée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autosoins individuels dirigés et non dirigés;</li> <li>• Éducation psychologique en groupe.</li> </ul>
<b>Trouble panique léger ou moyen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autosoins individuels dirigés et non dirigés.</li> </ul>
<b>Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) léger ou moyen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Cognitive behaviour therapy including exposure response prevention (ERP)</i> individuelle.</li> </ul>
<b>Trouble de stress post-traumatique (TSPT)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Trauma-focus cognitive behaviour therapy</i>;</li> <li>• <i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)</i>.</li> </ul>
<sup>(A)</sup> À l'exception du trouble de stress post-traumatique.	
<sup>(B)</sup> Pour les personnes qui présentent un trouble dépressif et un problème de santé physique chronique.	
<p>* Le tableau présente l'ensemble des interventions recommandées en fonction du trouble de la personne et non en fonction du programme-service ou du milieu où elles sont offertes.</p>	

**Tableau 2 – Place des interventions des étapes 1 et 2 du PQPTM dans le continuum des services pour adultes**

		Tous symptômes ou troubles de santé mentale			Tous symptômes ou troubles de santé mentale, sauf TSPT				Dépression		TOC	TSPT	
		Repérage	Surveillance active	Éducation psychologique	Autosoins non dirigés	Autosoins dirigés	Groupes d'autosoins	Éducation psychologique en groupe	Programmes de soutien par les pairs (autosoins)	Programmes structurés d'activités physiques	<i>Cognitive behaviour therapy including exposure and response prevention (ERP) INDIVIDUELLE</i>	<i>Trauma-focus cognitive behaviour therapy</i>	EMDR
Services sociaux généraux	AAOR (fiche 1)	√	√	√	√								
	Info-Social (fiche 2)	√		√	√								
	Consultation sociale (fiche 4)	√	√	√	√	√	√	√					
	Consultation psychologique (fiche 5)	√	√	√	√	√	√	√					
Services spécifiques	Guichet d'accès en santé mentale adulte	√	√	√	√	√	√	√	√	√			
	Services spécifiques		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√

#### 4.1. ÉDUCATION PSYCHOLOGIQUE

L'éducation psychologique est définie comme « l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l'autonomie ou la santé de la personne, notamment à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux incluant les troubles mentaux ou la détérioration de l'état mental. L'enseignement peut porter par exemple sur la nature de la maladie physique ou mentale, ses manifestations, ses traitements y incluant le rôle que peut jouer la personne dans le maintien ou le rétablissement de sa santé et aussi sur des techniques de gestion de stress, de relaxation ou d'affirmation de soi<sup>32</sup> ». L'éducation psychologique est habituellement de courte durée, initiée par un intervenant, et soutenue par l'utilisation de documents écrits. La bibliothérapie, soit la remise d'un livre ou d'un document d'information sur le trouble ou les symptômes vécus par la personne, peut être utilisée en soutien à l'éducation psychologique.

De plus, il importe de promouvoir et d'expliquer l'importance des saines habitudes de vie et d'encourager la personne à adopter des choix de vie sains, notamment une bonne hygiène du sommeil, la pratique régulière d'activités physiques, une saine alimentation, une consommation d'alcool et de caféine modérée et, si possible, aucun usage de drogues.

Selon le service où l'éducation psychologique est effectuée, son format est adapté :

- Au 811, l'éducation psychologique concerne le vécu immédiat de la personne et les éléments décelés pendant la discussion.
- À l'**AAOR** ou au **GASMA**, elle pourra être effectuée dans un format d'une à trois rencontres, incluant le suivi des retombées de l'intervention à l'aide des questionnaires de la mesure clinique en continu.
- À la **consultation sociale** ou à la **consultation psychologique** dans les services sociaux généraux, l'éducation psychologique s'inscrit dans un plan d'intervention complet pour des personnes présentant des difficultés plus importantes de fonctionnement, mais qui sont de nature ponctuelle et/ou situationnelle. Dans ce contexte, elle s'inscrit dans les interventions de l'étape 2 du modèle de soins et de services par étapes.

#### 4.2. SURVEILLANCE ACTIVE

Dans le guide *Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services*, la surveillance

---

32. Collège des médecins du Québec, Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec/Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, Ordre des psychologues du Québec, Ordre professionnel des criminologues du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec et Ordre professionnel des sexologues du Québec. (2018). *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie*. Consulté le 1 septembre 2020 : « [L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie](#). »

active implique de discuter du ou des problèmes présentés et des préoccupations que la personne pourrait avoir à leur sujet, en plus de fournir des informations sur la nature et l'évolution du trouble. Elle implique également d'organiser un rendez-vous de suivi, normalement à l'intérieur de deux semaines, et de communiquer avec la personne si elle ne se présente pas au rendez-vous.

La surveillance active peut notamment être effectuée dans le cadre des rôles de l'AAOR et du GASMA. Elle se concentre sur le suivi de l'évolution des symptômes détectés et est constituée d'une rencontre initiale et d'une ou deux rencontres de suivi. Elle peut également être appliquée, dans certaines circonstances, lors d'un suivi en consultation sociale ou en consultation psychologique dans les services sociaux généraux, entre autres :

- lorsque la personne présente des symptômes d'un trouble mental fréquent qui n'atteignent pas les seuils cliniques aux questionnaires GAD-7 et PHQ-9;
- lorsque la personne présente un trouble léger accompagné d'autres besoins psychosociaux nécessitant les services de consultation sociale ou de consultation psychologique des services sociaux généraux.

## 5. INTERVENTIONS DE LA SECONDE ÉTAPE

Les interventions de la seconde étape du modèle de soins et de services sont indiquées chez les personnes qui présentent, selon les questionnaires d'appréciation, des symptômes d'un trouble mental légèrement sous le seuil clinique et qui n'ont pas répondu aux interventions de la première étape. Selon l'analyse des besoins de la personne, de ses préférences et des données probantes, l'intervenant ou le professionnel pourrait également envisager ces interventions auprès des personnes se situant légèrement au-dessus des seuils cliniques, mais vivant peu d'effets sur leur fonctionnement social.

Lors de la discussion concernant les différents soins et services avec une personne qui présente des symptômes d'un trouble mental fréquent, tenez compte des aspects suivants :

- L'expérience antérieure de la personne relativement au trouble;
- Les interventions et traitements antérieurs et la réponse à ces derniers;
- L'évolution des symptômes;
- La conclusion relative à la présence d'un trouble mental ou ses caractéristiques, sa gravité et sa durée;
- L'importance de toute altération du fonctionnement associée aux symptômes de troubles mentaux, à un trouble diagnostiqué ou à tout problème de santé physique chronique;
- La présence de tout facteur personnel ou social pouvant contribuer à l'apparition ou à la persistance des symptômes;
- La présence de toute comorbidité<sup>33</sup>.

Lors de la discussion concernant les différents soins et services avec une personne qui présente des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent, fournissez-lui de l'information sur les éléments suivants :

- La nature, le contenu et la durée de toute intervention recommandée;
- L'acceptabilité de toute intervention recommandée, de même que la tolérance et l'adhésion à celle-ci;
- Les interactions possibles avec toute autre intervention en cours;
- Les conséquences de la poursuite de toute intervention en cours<sup>34</sup>.

Les interventions de cette étape peuvent s'appliquer à la plupart des troubles mentaux fréquents ou aux personnes présentant des symptômes, et ce, indépendamment de la confirmation ou non de la présence d'un trouble mental. Seul le trouble de stress post-traumatique bénéficie d'une trajectoire spécifique, qui sera détaillée plus bas.

---

33. D'après la recommandation 1.4.1.1 du guide [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#).

34. D'après la recommandation 1.4.1.2 du guide [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#).

## **5.1. INTERVENTIONS RECOMMANDÉES POUR TOUS TYPES DE SYMPTÔMES**

### **5.1.1. Soutien social, scolaire ou professionnel**

Les groupes de soutien ou d'entraide et les services de soutien aux études et à l'emploi sont recommandés pour tous les troubles mentaux fréquents. Ainsi, si une personne qui présente des symptômes d'un trouble mental fréquent ou un trouble confirmé a besoin de soutien sur le plan social, scolaire ou professionnel, envisagez les possibilités suivantes :

- La transmission d'informations sur les organismes communautaires qui offrent des groupes de soutien, d'entraide ou d'autosoins (les autosoins ne sont toutefois pas recommandés pour les personnes présentant un trouble de stress post-traumatique) ou sur les autres ressources locales ou nationales;
- Des rencontres avec un pair aidant (en association avec une autre intervention en cours). Au Québec, il existe un programme, Pairs Aidants Réseau, qui constitue le premier programme de pairs aidants de la francophonie;
- La participation à un programme de réadaptation pour une personne présentant un trouble moyen ou grave persistant. La réadaptation peut prendre différentes formes au Québec, qu'elle soit fonctionnelle, psychosociale ou socioprofessionnelle;
- La transmission d'informations sur les services de soutien aux études et à l'emploi<sup>35</sup>.

### **5.1.2. 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 sont très utiles afin de susciter une participation active de l'utilisateur, qui devient ainsi un ingrédient central dans son cheminement vers le rétablissement. Les autosoins peuvent prendre différentes formes (ex. : individuels ou en groupe) ou modalités (ex. : dirigés ou non) et utiliser divers médias (ex. : livres, sites Internet, etc.). Veuillez consulter l'annexe 1 du présent document pour plus d'informations au besoin.

#### **5.1.2.1. Autosoins non dirigés<sup>36</sup>**

Ils se caractérisent généralement par un minimum d'interventions avec un intervenant (par exemple, des entretiens téléphoniques occasionnels de cinq minutes ou moins) et des consignes afin que la personne utilisatrice de services puisse travailler de façon autonome et systématique à l'aide du matériel proposé pendant au moins six semaines.

#### **5.1.2.2. Autosoins dirigés<sup>37</sup>**

En général, un intervenant ayant reçu une formation pertinente effectue la présentation du matériel aux personnes présentant des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent afin

---

35. D'après la recommandation 1.4.1.10 du guide [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#).

36. Définition provenant du guide [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#).

37. Définition provenant du guide [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#).

d'en faciliter l'utilisation. Il assure également un suivi des progrès réalisés et des résultats à l'aide de la mesure clinique en continu. L'intervention consiste en un maximum de 6 à 8 séances (rencontres en personne ou entretiens téléphoniques) et se déroule sur une période de 9 à 12 semaines.

### **5.1.2.3. Groupes d'autosoins**

Le groupe d'autosoins se distingue de l'éducation psychologique en groupe par le fait que les informations nécessaires ne sont pas transmises lors des rencontres de groupe par l'intervenant, mais à travers l'outil d'autosoins utilisé dans le cadre de ce groupe.

Dans le contexte des services de santé et des services sociaux du Québec, la modalité du groupe d'autosoins pourrait être menée par un intervenant ayant reçu une formation pertinente et connaissant le matériel utilisé. Ce dernier effectue la présentation du matériel aux participants afin d'en faciliter l'utilisation. Il facilite le partage des expériences personnelles, utilisant l'aide mutuelle pour soutenir le changement. Ses interventions sont minimales et centrées autour de l'outil d'autosoins, favorisant la reprise du pouvoir des personnes. Il assure également un suivi des progrès réalisés et des résultats à l'aide de la mesure clinique en continu.

## **5.2. INTERVENTIONS RECOMMANDÉES POUR DES SYMPTÔMES SPÉCIFIQUES**

### **5.2.1. Symptômes dépressifs ou troubles dépressifs**

En plus des interventions recommandées par le NICE pour tous types de symptômes (section 6.1) et celles concernant les autosoins individuels dirigés, les professionnels et les intervenants peuvent orienter les personnes vers les interventions suivantes en fonction de l'offre de service dans votre région.

#### **5.2.1.1. Programmes de soutien par les pairs ou groupes de soutien et d'entraide**

Dans le guide de pratique du NICE *Depression in adults : recognition and management*, on indique que les programmes de soutien par les pairs sont recommandés pour les personnes présentant un problème de santé physique chronique et des symptômes dépressifs ou une dépression confirmée, et ayant en commun un problème de santé physique chronique. La Commission de la santé mentale du Canada définit comme facteur important du rétablissement le soutien par les pairs, lequel consiste en une relation d'entraide qui se crée entre deux personnes ayant un vécu expérientiel commun<sup>38</sup>.

Dans le cadre des séances, les échanges portent en particulier sur le partage d'expériences et d'émotions associées au problème de santé physique chronique. Un intervenant possédant des connaissances sur les problèmes de santé physique chroniques des participants et leurs répercussions sur le trouble dépressif agit à titre de facilitateur lors des séances et assure un

---

38. Cyr, C., H. McKee, M. O'Hagan, et R. Priest (2016). *Le soutien par les pairs : une nécessité*. Commission de la santé mentale du Canada, 154 p.

suivi des résultats de l'intervention chez chacun des participants. L'intervention consiste habituellement en séances hebdomadaires se déroulant sur une période de 8 à 12 semaines.

#### **5.2.1.2. Programmes structurés d'activités physiques en groupe**

Le NICE recommande un programme structuré d'activités physiques en groupe pour les personnes présentant des symptômes dépressifs sous le seuil clinique persistant ou une dépression légère ou modérée. Ce type de programme peut être offert dans les services en fonction de l'organisation dans votre établissement. Ce programme devrait :

- être offert en groupe avec le soutien d'intervenants ayant reçu une formation pertinente;
- consister généralement en trois séances hebdomadaires de durée moyenne (de 24 minutes à 1 heure) se déroulant pendant 10 à 14 semaines (12 semaines en moyenne).

#### **5.2.2. Symptômes anxieux, trouble d'anxiété généralisée**

En plus des interventions recommandées par le NICE pour tous types de symptômes (section 6.1) et celles concernant les autosoins individuels dirigés ou non dirigés, les professionnels et les intervenants peuvent orienter les personnes vers les interventions suivantes en fonction de l'offre de service dans votre région.

##### **5.2.2.1. Éducation psychologique en groupe**

Le NICE recommande l'éducation psychologique en groupe spécifiquement pour les personnes présentant des symptômes d'anxiété généralisée sous le seuil clinique et n'ayant pas répondu aux interventions de l'étape 1. Des personnes présentant des symptômes d'anxiété atteignant le seuil clinique ou se situant légèrement au-dessus, mais vivant peu d'effets fonctionnels, peuvent également bénéficier de ce genre d'intervention.

Cette intervention peut se dérouler dans le cadre des services sociaux généraux, selon les orientations ministérielles relatives à la consultation sociale, ou auprès des services spécifiques de santé mentale. L'atteinte du seuil clinique ne signifie pas automatiquement que la personne doit obtenir les services auprès des services spécifiques : c'est la conjugaison du seuil clinique et de l'analyse des besoins et des choix de la personne qui sous-tendent la décision d'orientation. Le **jugement** de l'intervenant ou du professionnel est, ici, primordial.

L'éducation psychologique en groupe devrait :

- reposer sur des principes issus des modèles théoriques cognitivo-comportementaux et favoriser les interactions ainsi que l'apprentissage par observation;
- inclure des présentations et des manuels d'autosoins;
- être menée par des intervenants ayant reçu une formation pertinente;
- respecter un rapport de 1 intervenant pour environ 12 participants;
- consister, en règle générale, en six séances au total, à raison d'une rencontre d'environ deux heures par semaine.

Les intervenants qui offrent des autosoins dirigés ou de l'éducation psychologique en groupe devraient :

- faire régulièrement l'objet de soutien clinique afin de permettre leur développement ainsi que le maintien de compétences professionnelles et de bonnes pratiques cliniques;
- utiliser des instruments autoadministrés mesurant l'évolution clinique en continu (monitorage clinique) et veiller à ce que la personne qui présente des symptômes d'anxiété généralisée participe à l'évaluation de l'efficacité des interventions.

### **5.2.3. Trouble de stress post-traumatique**

Mis à part les groupes de soutien ou d'entraide et les services de soutien à l'éducation et à l'emploi (interventions recommandées pour tous types de symptômes, section 4.4.1), les personnes ayant vécu une expérience potentiellement traumatique récemment et dont les résultats aux outils de repérage suggèrent la présence d'indices ou de symptômes associés à un trouble de stress post-traumatique devraient être orientées aux fins d'évaluation, d'intervention ou de traitement vers les services disposant de ces ressources.

Pour les personnes dont les résultats aux outils de repérage sont sous le seuil clinique, vous pouvez vous référer à la formation provinciale sur l'intervention psychosociale en contexte de sécurité civile et ses outils (Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale [CRAIP], 2019) ainsi qu'aux [outils psychosociaux en contexte de sécurité civile](#). Ces documents présentent des stratégies d'intervention psychosociale appropriées.

### **5.2.4. Trouble obsessionnel-compulsif**

Mis à part les interventions recommandées pour tous types de symptômes (section 6.1), les personnes chez qui la présence d'un trouble obsessionnel-compulsif est présumée doivent être acheminées ou orientées aux fins d'évaluation, d'intervention ou de traitement vers les services disposant de ces ressources.

## 6. FIN DU SUIVI

La décision de mettre fin au suivi est prise conjointement avec la personne et en concordance avec les [orientations ministérielles relatives aux standards de l'offre de service des services sociaux généraux](#) et les procédures de l'établissement.

Dans une perspective de rétablissement, l'intervenant ou le professionnel appuie son jugement clinique sur l'atteinte des objectifs visant la résolution des problèmes psychosociaux ciblés initialement. Il y intègre les informations obtenues lors de l'appréciation du fonctionnement de la personne, notamment à l'aide du questionnaire WSAS. Il prend également en compte la présence de facteurs de risque ou de protection dans l'environnement de la personne et tout autre élément pertinent à la situation.

Il se base de plus sur la diminution ou la faible sévérité des symptômes associés à un trouble mental, mesurées à l'aide des questionnaires PHQ-9 et GAD-7. L'intervenant ou le professionnel vérifie également auprès de la personne si les résultats aux questionnaires correspondent à l'expérience réelle vécue par celle-ci.

Avec toutes ces informations en sa possession, l'intervenant ou le professionnel 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 éventuelle de sa situation. Ainsi, en tenant compte des opinions de la personne, l'intervenant ou le professionnel pourrait poursuivre les suivis, espacer graduellement les rencontres afin de soutenir le maintien des acquis, orienter la personne vers un service plus approprié ou mettre fin au suivi.

## ANNEXE 1 : TERMES UTILISÉS DANS LE PRÉSENT DOCUMENT

### 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.

### Autosoins non dirigés<sup>39</sup>

Dans le cadre de ce document, les autosoins non dirigés (aussi appelés *autosoins purs*) comportent l'utilisation de matériel écrit, électronique ou faisant appel aux technologies de l'information et des communications. Ils s'appuient sur les principes issus des modèles théoriques cognitivo-comportementaux. Ils sont également adaptés au niveau de lecture de la personne. Ils se caractérisent généralement par un minimum d'interventions avec un intervenant (par exemple, des entretiens téléphoniques occasionnels) et des consignes afin que la personne utilisatrice de services puisse travailler de façon autonome et systématique à l'aide du matériel proposé pendant au moins six semaines.

### Autosoins dirigés<sup>40</sup>

Dans le cadre de ce document, les autosoins dirigés conventionnels comportent l'utilisation d'un éventail de livres, de manuels d'autosoins ou de matériel électronique adaptés au niveau de lecture de la personne utilisatrice de services et reposant sur les principes issus des modèles théoriques cognitivo-comportementaux. Il peut s'agir également de programmes d'autosoins dirigés assistés par les technologies de l'information et des communications. En général, un intervenant ayant reçu une formation pertinente effectue la présentation du matériel aux personnes présentant des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent afin d'en faciliter

---

39. Définition provenant du guide [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#).

40. Définition provenant du guide [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#).

l'utilisation. Il assure également un suivi des progrès réalisés et des résultats. L'intervention consiste en un maximum de 6 à 8 séances (rencontres en personne ou entretiens téléphoniques) et se déroule sur une période de 9 à 12 semaines.

### **Groupes d'autosoins**

Les groupes d'autosoins se déclinent de plusieurs façons, allant des groupes de pairs structurés, comme les Alcooliques Anonymes, jusqu'à des autosoins dirigés en groupe. Ainsi, il est complexe de trouver une définition précise de ce type de groupe. Comme l'ensemble des modalités relevant des autosoins, ces groupes permettent de susciter une participation active de la personne utilisatrice de services dans son cheminement vers le rétablissement. Ces groupes soutiennent la personne dans ce qu'elle peut faire elle-même au quotidien pour favoriser une meilleure santé physique et mentale. Nous pouvons dégager trois composantes d'un groupe d'autosoins<sup>41</sup> :

- L'accent mis sur l'expérience personnelle comme source d'apprentissage;
- Un animateur agissant comme facilitateur et adoptant un rôle minimal;
- Un programme ayant une certaine structure.

Le groupe d'autosoins se distingue de l'éducation psychologique en groupe par le fait que les informations nécessaires ne sont pas transmises lors des rencontres de groupe par l'intervenant, mais à travers l'outil d'autosoins utilisé dans le cadre de ce groupe.

---

41. Karlsson, M., E. J. Grassman et J. H. Hansson (2002). « Self-Help Groups in the Welfare State: Treatment Program or Voluntary Action? ». *Nonprofit Management and Leadership*, vol. 13, n° 2, p. 155-167.

