Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.17.110.58 on 05/17/24

Préciser l'intervention d'une équipe de première ligne en santé mentale: un exercice plus difficile qu'il n'y paraît

Claire Page
Université du Québec à Rimouski

Alain Lesage et Nicole Ricard
Hôpital Louis-H. Lafontaine

RÉSUMÉ

Plusieurs équipes de première ligne en santé mentale ont été implantées au Québec. Ces équipes se développent en l'absence de modèles bien définis. Une étude de cas, inspirée d'une approche constructiviste, visait à soutenir l'une de ces équipes dans un processus d'énonciation et de consolidation de son modèle d'intervention. Deux groupes, l'équipe ($n = 16$) et ses partenaires ($n = 42$), ont participé à l'étude. Bien qu'un modèle d'intervention ait été énoncé, celui-ci apparaît peu explicite. Préciser un modèle novateur d'intervention pour l'équipe de première ligne en santé mentale est apparu d'une complexité quasi inextricable, dont la meilleure issue s'est trouvée dans la réaffirmation d'un énoncé général orientant vaguement l'intervention.

Le mouvement consistant à mettre en place des équipes multidisciplinaires de première ligne en santé mentale poursuit, au Québec, un parcours lent et ardu (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004). Alors que plusieurs études ont permis de démontrer l'efficacité de programmes relativement bien définis de suivi intensif dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves (Conseil

Claire Page, Ph.D., Professeure, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski; Alain Lesage, MD, Centre de recherche Fernand Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Professeur titulaire, Département de psychiatrie, Université de Montréal; Nicole Ricard, Ph.D., Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à: Claire Page, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski, 300, allée des Ursulines, C.P. 3300, succ. A, Rimouski, QC G5L 3A1; tél.: (418) 723-1986, poste 1845; courriel: claire_page@uqar.qc.ca

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.17.110.58 on 05/17/24

d'évaluation des technologies de la santé du Québec, 1999; Salyers & Tsemberis, 2007; Simmonds, Coid, Joseph, Mariott, & Tyrer, 2001), les équipes de première ligne en santé mentale ont beaucoup moins attiré l'attention des chercheurs. À ce jour, les écrits ne permettent pas de tirer des indications claires sur les besoins que ces dernières ciblent, ni sur les services qu'elles dispensent, leurs façons d'intervenir et leurs modes de fonctionnement, et encore moins sur leur efficacité.

Néanmoins, le *Plan d'action en santé mentale 2005–2010: La force des liens* (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005), lancé au Québec en 2005, prônait sans équivoque une approche populationnelle en misant sur le renforcement des services de première ligne en santé mentale. Dans la perspective d'une hiérarchie de services, l'équipe de première ligne est dorénavant vue comme la porte d'entrée, un lieu de traitement et un lieu intégrateur des soins offerts à un individu, tandis que les problèmes complexes et très complexes deviennent l'apanage des services de deuxième et de troisième ligne. Par ailleurs, dans un tout récent rapport, l'Organisation mondiale de la santé et la World Organization of Family Doctors (2008) réaffirment la nécessité d'intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires. Dans cette optique, ce premier niveau de services devrait pourvoir à l'identification précoce des troubles mentaux, aux traitements des troubles mentaux courants, au *management* des personnes dont la condition de santé mentale est stable et à la référence à d'autres niveaux de services lorsque requis. Une attention devrait être portée aux problèmes de santé mentale chez les personnes atteintes de problèmes de santé physique, de même qu'à la prévention des troubles mentaux et à la promotion de la santé mentale.

RECENSION DES ÉCRITS

Les écrits traitant des équipes multidisciplinaires dans la communauté proviennent surtout de pays européens. Outre les études s'intéressant au suivi intensif dans le milieu, ils portent généralement sur des équipes intervenant auprès de personnes avec des troubles mentaux graves, situées à proximité des services de *santé primaire*. En fait, plutôt que de fournir des indications provenant d'études scientifiques, ces écrits exposent un débat mettant en opposition, d'une part, un enthousiasme soulevé à l'idée que ces équipes pourraient servir de tremplin pour l'implantation de pratiques novatrices et le développement d'une nouvelle culture en santé mentale et, d'autre part, des critiques sévères pour les difficultés qu'elles rencontrent en pratique. De façon générale, on leur reproche de poursuivre des buts trop larges et trop ambitieux, d'accorder peu d'attention au développement de services adaptés aux besoins de la population, et de manquer de moyens de gérer et d'évaluer les services qu'elles mettent sur pied (Anciano & Kirkpatrick, 1990; Brown, Crawford, & Darongkamas, 2000; Burns, 2004; Galvin & McCarthy, 1994; Huxley & Oliver, 1993; McGrath, 1993; Mistral & Velleman, 1997; Ovretveit, 1990; Patmore & Weaver, 1990; Paxton, 1995; Peck, 1995; Pugsley, Rees, & Dimond, 1996; Reiman, 1989; Richards & Rees, 1998; Sayce, Craig, & Boardman, 1991; Searle, 1991).

Selon Galvin et McCarthy (1994), leur prolifération reposerait davantage sur une idéologie que sur des résultats probants. De plus, plutôt que d'intégrer stratégiquement les habiletés variées et complémentaires de leurs membres, ces équipes seraient généralement une source commune de travail générique dans lequel nul ne saurait dire qui est responsable de quoi, ce qui contribuerait à la déqualification, à la confusion et à la démoralisation des professionnels et professionnelles. Munetz, Birnbaum et Wyzik (1993) déplorent un manque de consensus conceptuel, d'un modèle idéologique intégrateur suffisamment développé pour orienter les activités réalisées par ces équipes. Une étude réalisée par Mistral et Velleman (1997) démontre en effet

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.17.110.58 on 05/17/24

que les professionnelles et professionnels regroupés dans des équipes de santé mentale dans la communauté peuvent entretenir des attentes et des points de vue très différents, tant sur le rôle de l'équipe que sur leur propre rôle à l'intérieur de celle-ci. Ces chercheurs se demandent si l'équipe ne serait pas davantage un mirage qu'une réalité. En contrepartie, Onyett et Ford (1996) répliquent que les difficultés relevées dans les écrits correspondent essentiellement à des faiblesses liées à l'implantation des équipes, plutôt qu'à une critique constructive et documentée par les recherches à l'endroit de la notion d'équipe multidisciplinaire en santé mentale dans la communauté.

Des écrits exposent comment le flou entourant l'intervention des équipes de première ligne se pose comme problème. Par exemple, Tyrer (2000) soutient que les interventions pratiquées dans un modèle de suivi intensif dans le milieu pourraient être, en réalité, assez semblables à celles accomplies dans les services génériques. Certaines composantes définissant essentiellement le suivi intensif peuvent être absentes, comme par exemple le ratio d'un intervenant pour 12 clients ou clientes, tandis que les suivis dits *standards* (ni intensifs, ni spécialisés) peuvent contenir plusieurs interventions accomplies traditionnellement dans la communauté. La différence se situerait donc plus par rapport à la quantité des interventions qu'à leur nature. Simmonds et al. (2001) relèvent également, comme difficulté au plan méthodologique pour la recherche, l'impossibilité de définir les équipes de santé mentale dans la communauté autrement que de façon très large, soit en les reliant à des soins génériques, c'est-à-dire qui ne correspondent pas à un modèle spécifique, sans pouvoir considérer les activités thérapeutiques accomplies.

Selon Holloway et Carson (2001), les futures recherches devraient porter sur le développement de services qui intègrent des interventions spécifiques visant l'amélioration de résultats cliniques, puisque selon eux, la gestion de cas, même intensive, correspond davantage à un modèle d'organisation des services plutôt que de traitement. Encore en 2005, une équipe de chercheurs (Adair et al., 2005) s'intéressant au lien entre la continuité des services et les résultats cliniques chez des personnes atteintes de troubles mentaux graves, a été confrontée à l'énorme diversité des modèles d'intervention comme impasse sur le plan méthodologique.

Dans le contexte de changements structurels importants, où des besoins énormes sont en compétition, la question qui se pose est comment les équipes de première ligne en santé mentale arrivent-elles, en l'absence de balises précises, à préciser un cadre d'intervention capable d'orienter efficacement leurs actions. Des telles préoccupations étaient à l'origine de notre étude, débutée en 2001. Cette étude de cas, inspirée de l'évaluation de quatrième génération, aussi nommée l'évaluation constructiviste sensible (Guba & Lincoln, 1989), visait à soutenir l'une de ces équipes dans un processus d'énonciation et, éventuellement, de consolidation de son modèle d'intervention. Après avoir présenté la méthodologie utilisée dans cette étude, nous présentons les principaux résultats obtenus à chacune des grandes étapes réalisées. Ces résultats indiquent comment il s'est avéré difficile pour l'équipe de circonscrire les besoins ciblés, de même que les pratiques. Cette difficulté, inhérente au contexte particulier d'une équipe multidisciplinaire de première ligne en santé mentale, est discutée.

MÉTHODOLOGIE

Milieu de recherche

L'équipe qui a participé à l'étude est située dans un Centre local de santé communautaire–Centre hospitalier de soins de longue durée (CLSC-CHSLD), localisé dans une ville dont la population compte environ 43 100 personnes. Avec les municipalités avoisinantes, l'équipe dessert 53 000 personnes, réparties

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.17.110.58 on 05/17/24

sur un territoire d'environ 2 762 kilomètres carrés. Le CLSC se trouve à proximité d'un centre hospitalier ayant une mission régionale (population: 206 033) et suprarégionale pour des services spécialisés et ultra-spécialisés. Ce dernier comprend deux départements et une clinique externe de psychiatrie, un hôpital de jour, un réseau de résidences de type familial (127 places) et de ressources intermédiaires (124 places) et 36 lits, voués aux soins psychiatriques de longue durée. Un mandat régional est attribué à divers organismes communautaires locaux poursuivant différents objectifs d'aide et de soutien.

À ses débuts, en 1997, l'équipe était formée de trois intervenantes, soit une infirmière, une travailleuse sociale et une éducatrice spécialisée. À partir de 1998, en vue de ramener l'intervention en santé mentale le plus près possible de la communauté dans l'esprit de la réforme du réseau de la santé, l'équipe accueille graduellement d'autres membres. Ceux-ci proviennent majoritairement du domaine du travail social. En 2000, s'ajoute à l'équipe un groupe d'intervenants et intervenantes chargé du suivi intensif dans le milieu. Ce groupe se retranche de l'équipe quelques mois plus tard en raison des particularités distinctes de son programme. Bien qu'affilié au centre hospitalier, il demeure dans les locaux du CLSC.

Au début de l'étude, un sous-groupe de l'équipe, formé de travailleuses sociales ou d'agentes de relations humaines, d'une infirmière, d'une éducatrice spécialisée et d'un psycho-éducateur, assure le suivi dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves. À ce groupe est rattaché un psychologue dont le mandat consiste à offrir une psychothérapie aux personnes souffrant de troubles transitoires *complexes*. Quelques semaines après le début de l'étude, un psychologue et une travailleuse sociale se joignent à l'équipe, avec le mandat d'implanter un programme bien structuré de traitement pour les personnes atteintes de troubles graves de la personnalité à structure limite. Il s'agit d'une équipe qui se retrouve au cœur d'un processus de structuration de son modèle d'intervention, ayant le souci de remplir le mieux possible leur mandat dans l'optique de la réforme du réseau de la santé.

Participants et participantes

Les personnes ayant participé à cette étude se divisent en deux groupes, soit les membres de l'équipe et les principaux partenaires de cette dernière. Tous les membres de l'équipe (n = 16) y ont participé (voir tableau 1). Huit membres ont participé à toutes les étapes, tandis que huit autres, dû au roulement du personnel, se sont ajoutés ou retirés en cours de route. La majorité (14 membres sur 16) ont complété des études universitaires et ont plus de 10 ans d'expérience (10 membres sur 16).

Tous les partenaires identifiés par les membres de l'équipe comme étant susceptibles de fournir une information utile pour les aider à consolider leur modèle d'intervention ont été invités à participer à l'étude. Sur 16 d'entre eux, deux ont décliné l'invitation. Celles et ceux qui ont accepté ont désigné eux-mêmes les personnes qui allaient participer à l'entrevue (n = 42) (voir tableau 1).

Devis et déroulement de l'étude

Comme devis de recherche, nous avons opté pour une stratégie apte à soutenir les efforts fournis par une équipe en vue d'atteindre un consensus sur un énoncé explicite de son modèle d'intervention. Nous avons supposé que cet exercice, par la réflexion personnelle et collective qu'il nécessite, conduirait à la consolidation de ce modèle. L'évaluation de quatrième génération (Guba & Lincoln, 1989) constitue une

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.17.110.58 on 05/17/24

Tableau 1
Participantes et participants à l'étude

Membres de l'équipe	Partenaires de l'équipe

Suivi dans la communauté (5.5 ETC[a])
• Infirmières (*n* = 2)
• Travailleuses sociales ou agentes de relations humaines (*n* = 5)
• Psycho-éducateur (*n* = 1)
• Éducatrices spécialisées (*n* = 2)
 	
Programme de traitement des troubles de la personnalité à structure limite (1.5 ETC)
• Psychologue (*n* = 1)
• Travailleuse sociale (*n* = 1)
 	
Psychothérapie (troubles transitoires complexes) (1 ETC)
• Psychologue (*n* = 1)
 	
Chefs de service (*n* = 2) (1 ETC)
 	
Médecin attitré à l'équipe (*n* = 1) (0.5 ETC)
	Organismes communautaires
	• Association canadienne pour la santé mentale (*n* = 4)
	• Aide aux parents et amis (*n* = 2)
	• Défense des droits (*n* = 2)
	
	Services spécialisés
	• Suivi intensif dans le milieu (*n* = 4)
	• Clinique externe de psychiatrie
	  ◦ psychiatres et chef (*n* = 8)
	  ◦ autres intervenant(e)s (*n* = 4)
	
	Médecins
	• CLSC (*n* = 1)
	• Pratique privée (*n* = 2)
	
	Autres programmes au CLSC
	• Soutien à domicile (*n* = 2)
	• Enfance jeunesse famille (*n* = 4)
	• Accueil-Évaluation-Orientation et équipe 24/7 (*n* = 4)
	• Services psychosociaux adultes (*n* =3)
	
	Régie régionale de la Santé et des Services sociaux (*n* = 2)

[a] ETC = Équivalents temps plein.

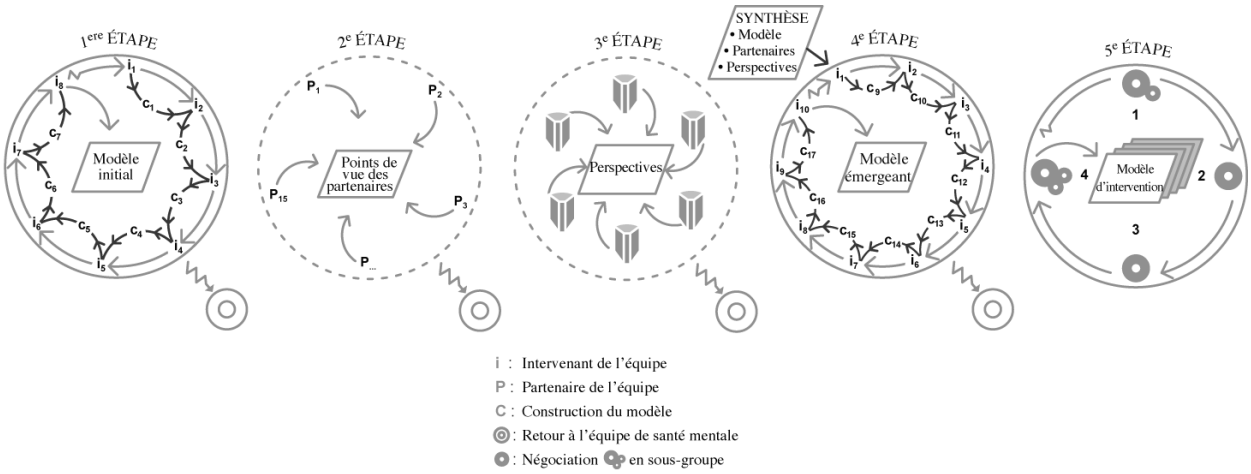
approche propice à l'atteinte de ce but. Inspirée de cette approche, cette étude repose essentiellement sur un processus dialectique, signifiant que les différents points de vue sont juxtaposés, comparés, contrastés, ce qui force à reconsidérer les positions antérieures.

Cinq grandes étapes ont été réalisées (voir figure 1). La première étape (décembre 2000 à mai 2001), consistait à interviewer individuellement tous les membres de l'équipe sur la nature et sur les caractéristiques de leur modèle d'intervention. Les thèmes abordés ont trait à la raison d'être de l'équipe, à la place de celle-ci par rapport aux autres services de santé ou ressources communautaires, aux valeurs partagées par les membres, aux besoins ciblés et aux moyens utilisés pour y répondre. Au fur et à mesure, toutes les données étaient retranscrites, analysées et transposées dans l'énoncé d'un modèle d'intervention émergent, mettant en évidence les points convergents et les points divergents ou litigieux. L'énoncé issu de cette première étape a été présenté aux membres de l'équipe. Leurs réactions et commentaires ont également été transcrits, analysés et considérés comme données. La deuxième étape (juin à septembre 2002), a consisté à recueillir les points de vue des partenaires à propos du rôle de l'équipe, de la façon dont ses services complètent les leurs et des améliorations possibles. Une synthèse de ces données transcrites et analysées a également été présentée aux membres de l'équipe. Leurs propos lors de cette rencontre ont une fois de plus été considérés.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.17.110.58 on 05/17/24

La troisième étape (juin 2003) consistait à ressortir, à partir de résultats probants et de documents ministériels, de l'information susceptible d'aider les membres de l'équipe à préciser, à consolider ou à enrichir leur modèle. Un document a été rédigé et leur a été présenté. Y sont abordés les thèmes suivants: les services de base versus les services spécialisés, les différents modèles de suivi dans la communauté, les besoins des différents groupes de clients et clientes, les traitements et les pratiques exemplaires, les concepts d'interdisciplinarité et de réseau local de services intégrés. Au cours de la quatrième étape (octobre 2003 à janvier 2004), une nouvelle série d'entrevues individuelles a été réalisée auprès de tous les membres en vue de raffiner le modèle d'intervention à la lumière de l'ensemble des données disponibles. Ces nouvelles données étaient transcrites, analysées et colligées au fur et à mesure pour raffiner le modèle. La cinquième étape (mai à juillet 2004), a correspondu à un processus de recherche de consensus entre les membres de l'équipe à propos de l'énoncé de leur modèle d'intervention. De nombreux textes de synthèse et plusieurs versions du modèle ont donc soutenu et alimenté leur réflexion. Tous et toutes ont pu réagir à la construction collective, tandis que la chercheure occupait un rôle d'animatrice et de médiatrice.

Figure 1
Étapes de l'étude



Critères de rigueur

Plusieurs moyens permettent de répondre aux critères de rigueur d'une recherche qualitative. Tel que le suggèrent Guba et Lincoln (1989), l'analyse qualitative a été faite simultanément à la collecte des données, de façon similaire à la méthode d'analyse de la théorisation ancrée. À partir des transcriptions intégrales de toutes les entrevues, une analyse de contenu considérant systématiquement toutes les idées exprimées par les répondants et répondantes (Mayer & Ouellet, 1991) a été réalisée. Il s'agit d'une analyse directe, c'est-à-dire

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.17.110.58 on 05/17/24

qu'elle porte essentiellement sur le sens littéral ou manifeste des propos, plutôt que sur le sens latent des discours. Les synthèses ont sans cesse été retournées aux personnes participantes pour fins de validation. Au fur et à mesure, de façon horizontale, les synthèses étaient comparées et intégrées à une construction émergente du modèle d'intervention de l'équipe. La constance et l'uniformité ont été assurées du fait que les entrevues et l'analyse des données ont été réalisées par une même personne. Les discussions continuelles entre l'investigatrice principale et deux autres chercheurs ont contribué à prévenir les biais et ont facilité les choix méthodologiques. La tenue d'un journal de bord, la durée prolongée de l'étude, la possibilité de retracer le trajet parcouru[1] et le fait que les membres de l'équipe soient demeurés maîtres de l'énonciation de leur modèle d'intervention s'ajoutent aux critères qui renforcent la validité de l'étude.

Considérations éthiques

Les membres de l'équipe se sont engagés volontairement. La possibilité de se retirer du projet à tout moment a été assurée, de même que la confidentialité des informations qui permettraient de les identifier. L'impossibilité de préserver l'anonymat, étant donné le choix des répondants et répondantes et la circulation des points de vue (Guba & Lincoln, 1989), leur a été expliquée. Tous et toutes ont préalablement signé un formulaire de consentement. Cette recherche a été approuvée par le comité d'éthique d'une institution d'enseignement universitaire.

RÉSULTATS

Les résultats sont présentés selon les cinq grandes étapes successives réalisées dans l'étude.

Première étape: Des interventions globales comme réponse aux besoins multiples de personnes présentant des troubles mentaux graves

Les propos émis par les membres de l'équipe lors de la première étape traduisent la complexité énorme que représente l'exercice de préciser un modèle d'intervention de première ligne en santé mentale:

> Faire quelque chose qui va tout englober, c'est comme mission impossible!

Les données indiquent que, selon eux, l'intervention résulte en bonne partie de la personnalité de l'intervenant ou l'intervenante, de ses intuitions, de ses connaissances, de ses croyances et des approches dans lesquelles il ou elle se sent à l'aise. On dit:

> Autant d'intervenants, autant de modèles d'intervention.

Alléguant que la supériorité d'aucune approche n'a été démontrée par rapport à une autre, les membres de l'équipe s'en remettent à une approche éclectique. De son coté, la chercheure a parfois l'impression de nager à contre-courant en incitant les membres à circonscrire, à définir et à établir des repères clairs, représentant avec justesse l'intervention en première ligne, ou ce qu'elle devrait être.

Par ailleurs, plusieurs membres de l'équipe avouent ne pas trop savoir comment leurs collègues interviennent:

> Je ne sais pas comment les autres fonctionnent. Non, je n'en ai aucune idée!

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.17.110.58 on 05/17/24

Certaines interventions suscitent la dissension, comme par exemple la nature et les limites du soutien à offrir à la personne atteinte ou à ses proches, le recours à des interventions près du domaine de la psychothérapie, ou l'équilibre entre la prise en charge et la responsabilisation de la personne. L'interdisciplinarité et le partenariat, bien que valorisés d'emblée, sont perçus comme des vœux pieux. Pour plusieurs, l'implication accrue des autres équipes du CLSC par rapport à la santé mentale apparaît cruciale. L'idée de s'investir dans des activités de prévention ou de traitements des troubles mentaux transitoires apparaît peu réaliste, compte tenu de la surcharge de travail et du dilemme posé par les listes d'attente qui s'allongent sans cesse. Aussi, le vocabulaire utilisé pour désigner la clientèle ciblée (troubles transitoires, troubles graves), ou le niveau d'intensité du suivi (intensif, non intensif, intensité variable), apparaît confondant selon plusieurs, et peu utile pour guider les choix à faire.

Néanmoins, il ressort essentiellement du modèle émergent que les personnes atteintes de troubles mentaux graves constituent la clientèle visée par l'équipe. Des principes de respect et de responsabilisation de la personne sont reconnus d'emblée par tous et toutes. L'intervention, visant l'individu plutôt qu'une famille ou un groupe, s'apparente à une approche de résolution de problèmes concrets en vue de maintenir la personne dans son milieu de vie. Décrite comme étant globale, elle s'inspire avec souplesse de différents courants théoriques, et exige des frontières souples entre les rôles des différents professionnels ou professionnelles.

Deuxième étape: Des attentes énormes exprimées par les partenaires

Les données indiquent que la connaissance qu'ont la majorité des partenaires sur les services de santé mentale offerts au CLSC est très limitée. Globalement, il en ressort des attentes démesurées, allant de la prévention à la réadaptation, du trouble de l'adaptation au trouble grave, de l'enfance à l'âge avancé et de l'intervention individuelle à la thérapie familiale ou de groupe. Des critiques portent sur les critères d'accès considérés trop restrictifs. Plusieurs partenaires considèrent trop faible la préoccupation de l'équipe pour le traitement des troubles mentaux et le suivi des clients et clientes sur le plan de la santé physique. Des partenaires disent avoir l'impression que les interventions découlent plus de l'intuition que de connaissances découlant des différentes disciplines ou de résultats probants. Alors que certains perçoivent chez les membres une tendance à surprotéger les clients et clientes, d'autres relèvent au contraire une tendance à surestimer leur autonomie. Certains rappellent que l'interdisciplinarité et le partenariat passent d'abord par la précision des rôles des membres de l'équipe et de ses partenaires, une connaissance accrue les uns et des autres, une meilleure communication et le respect de l'autonomie de chacun et chacune.

Troisième étape: Un intérêt mitigé pour les approches reconnues pour leur efficacité

Lors de la présentation de l'information susceptible, selon l'auteure, d'aider les membres de l'équipe à préciser leur modèle et à reconsidérer leurs pratiques et leurs choix, les membres se disent *noyés* par le matériel soumis à leur attention. Des commentaires laissent présager un intérêt mitigé pour les différentes sources d'information. Par exemple, des membres insistent sur l'écart considérable existant entre la théorie et la pratique. Certain(e)s allèguent que plusieurs précisions ont déjà été apportées dans le cadre d'autres travaux portant sur les services de première ligne en santé mentale, réalisés par des comités aux niveaux régional et local, parallèlement à l'étude.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.17.110.58 on 05/17/24

Quatrième étape: Une transformation plutôt modeste

La majorité des membres de l'équipe considèrent que l'énoncé du modèle d'intervention (modèle émergent issu de la première étape) reflète assez bien leur réalité:

> Une définition qui est assez générale. Parce que c'est ça qu'on fait aussi. C'est assez général!

Par contre, certains membres relèvent comme dilemme le danger qu'une description trop globale soit peu significative, alors qu'une description très précise donnerait l'impression d'une fermeture pour tout ce qui ne cadre pas exactement dans les critères établis. Pour certains, des termes comme première ligne ou deuxième ligne, suivi intensif ou non intensif, demeurent toujours théoriques, tandis que d'autres les considèrent satisfaisants. Pour l'équipe, adopter de nouvelles pratiques fait peu de sens, en raison du fardeau de tâches, des listes d'attente qui s'allongent, et de la décision d'adopter des approches éclectiques, systémiques, globales et générales, lesquelles se rapprochent selon eux de la notion d'une première ligne de services.

En dépit de toute l'information obtenue aux étapes antérieures, la majorité des membres de l'équipe maintiennent un point de vue quasi similaire à celui exprimé lors de la première entrevue, ou n'ont qu'une vague idée des changements qui pourraient éventuellement être envisagés pour consolider le modèle. De son coté, la chercheure aurait souhaité percevoir, chez les membres, l'intention de s'engager dans un processus de changement en vue de préciser un modèle d'intervention de première ligne novateur, inspiré des plus récents travaux de recherche scientifique.

Cinquième étape: Demeurer le plus englobant possible

Les membres de l'équipe s'impliquent dans de nombreuses rencontres visant la recherche de consensus. Les grandes lignes du modèle issu de la démarche effectuée sont présentées dans le tableau 2. Les personnes atteintes de troubles mentaux graves sont visées par le suivi dans la communauté. Les membres identifient aisément un grand nombre de valeurs auxquelles se rattachent leurs interventions. La clientèle présente une panoplie de besoins, donnant lieu à une panoplie d'interventions. L'alliance thérapeutique, l'approche éclectique et l'approche systémique sont privilégiées. Les principes d'interdisciplinarité et de partenariat, bien que difficilement applicables, sont intégrés au modèle d'intervention.

Un modèle est donc énoncé. Pourtant, la chercheure demeure avec l'impression que, plutôt que d'apporter des précisions, les membres de l'équipe optent plutôt pour des énoncés généraux qui pourraient englober à peu près toutes les situations possibles ou, sous le couvert d'une approche éclectique et systémique, toutes les interventions qui pourraient à toute fin être utiles. Certains points, comme par exemple le meilleur contrôle possible sur les symptômes ou le maintien d'une bonne santé physique, n'ont, en réalité, que très rarement été abordés. Les points de vue provenant des partenaires semblent avoir été classés sous le registre d'un manque de connaissances ou de compréhension des services offerts au CLSC. L'information présentée provenant de résultats probants ou de documents ministériels n'a fait que peu de rebonds. La chercheure se doute que nombre de questions et de contradictions ont pu être évincées par des formulations générales ou neutres.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.17.110.58 on 05/17/24

Tableau 2
Modèle d'intervention de première ligne du suivi dans la communauté

Définition générale
Ensemble d'interventions variées et globales dispensées essentiellement dans la communauté. Ces interventions répondent aux besoins des personnes présentant un problème significatif dans les sphères clinique ou sociale en lien avec un trouble mental grave. La responsabilisation et l'autonomisation de la personne et l'utilisation optimale de l'ensemble des ressources disponibles se posent comme principes à la base de l'intervention.

Valeurs	Clientèles ciblées et besoins	Interventions
• Respect • Espoir • Accessibilité • Qualité • Efficience • Continuité • Interdisciplinarité • Partenariat • Intersectorialité • Confidentialité • Créativité	Personnes atteintes d'un trouble grave et cas particuliers: • Contrôle sur les symptômes et leurs répercussions • Connaissance de la maladie et de ses traitements • Besoins de base (logis, etc.) • Habiletés cognitives et sociales • Espoir • Réseau de soutien affectif • Estime de soi, confiance en soi • Contrôle exercé sur sa vie • Rôle social significatif • Bonne santé physique • Loisirs • Situations de crise • Recours aux services de santé	• Services offerts sur un continuum • Alliance thérapeutique • Démarche thérapeutique • Suivi dans la communauté (approche éclectique et systémique) • Interventions usuelles: psychoéducation, soutien aux besoins de subsistance, développement des habiletés pour accomplir les activités de la vie quotidienne ou domestique, suivi du traitement pharmacologique, suivi de l'état de santé physique, consolidation du réseau de soutien, restructuration des distorsions cognitives, intégration socioprofessionnelle, intervention en situation de crise, conseils à d'autres intervenant(e)s

DISCUSSION

Il semble qu'en dépit d'efforts considérables investis par un groupe de cliniciennes et de cliniciens chevronnés, motivés, la démarche systématique rigoureuse réalisée n'ait pas abouti à des avancées tangibles, en l'occurrence un modèle d'intervention de première ligne en santé mentale vraiment explicite et novateur. Par contre, les résultats obtenus, examinés sous l'angle de perspectives théoriques, apportent un éclairage utile sur les difficultés rencontrées par les équipes de première ligne en santé mentale mises au défi d'inventer de nouveaux modèles. En fait, tout au long de l'étude, les questionnements de l'équipe semblaient évoluer dans un univers d'une complexité inextricable, dont la meilleure issue se trouvait dans la réaffirmation d'un énoncé général, laissant place à tous les points de vue possibles.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.17.110.58 on 05/17/24

Or, si l'on reformulait de façon un peu caricaturale la question posée aux membres de l'équipe, elle pourrait ressembler à la suivante: comment, précisément, allez-vous répondre à une multitude de besoins des plus diversifiés, au moyen d'une foule d'interventions possibles, tirées de différents champs de connaissances, en collaboration avec nombre de collègues qui adhèrent à différents modèles de pensée et d'intervention, de même qu'avec de nombreux partenaires impliqués, spécifiquement ou non, à différents niveaux, dans la quasi-totalité des sphères qui touchent l'être humain? Et encore, faut-il ajouter que la question se pose dans le contexte changeant où les orientations, les paramètres et les définitions se transforment continuellement, suivant les réformes du réseau de la santé et les grands courants qui marquent les pratiques en santé mentale.

D'emblée, les membres de l'équipe reconnaissent le respect des clients et clientes comme valeur fondamentale. Le maintien de l'espoir, le développement optimal du potentiel des clients et clientes et leur participation active dans la communauté guident les interventions, disent-ils. Ces principes, justes et légitimes, s'apparentent avec ceux de l'appropriation du pouvoir d'agir et du rétablissement soutenus dans les orientations ministérielles et par les groupes communautaires. Cependant, sans balises claires, ils risquent de laisser entrevoir des conditions idéales, se prêtant difficilement à la détermination de définitions précises et de limites, par rapport à l'aide pouvant être apportée. De plus, étant généralement parvenus à créer un bon lien avec leurs clients et clientes, les membres de l'équipe pourraient être portés à répondre à des besoins de façon illimitée.

Burns (2004) observe que les modèles développés par les équipes de santé mentale reflètent l'évolution d'approches *désordonnées*, axées sur des besoins essentiellement humains. L'auteur explique que travailler avec des personnes souffrant de troubles mentaux exige la capacité de comprendre, de démontrer de l'empathie et de reconnaître la détresse au-delà de comportements dérangeants ou bizarres. Le développement d'un véritable respect pour la diversité et les différentes façons de voir le monde, lequel est absolument nécessaire, peut faire en sorte que des approches spécifiques soient perçues comme des carcans inutiles, ayant peu de sens dans les situations rencontrées sur le terrain.

Ce point de vue peut être renforcé par les perspectives scientifiques qui mettent au premier plan, comme facteurs déterminants de l'efficacité des interventions, la motivation de la personne, la personnalité de l'intervenant ou l'intervenante et la qualité de la relation. Ainsi, selon leur optimisme, leurs valeurs, leur degré de persévérance ou l'idée qu'ils se font du juste milieu entre la responsabilisation de la personne et son besoin d'être pris en charge, les cliniciens et cliniciennes créent, pour chaque personne se présentant avec sa situation unique, une aide *sur mesure* qu'il est difficile de transposer au plan conceptuel. Cette idée rejoint les résultats d'une étude qualitative réalisée par Hyvönen et Nikkonen (2004), à l'effet que des professionnels et professionnelles dans des services de première ligne, bien que détenant des formations semblables, interviennent souvent différemment dans des situations similaires. Les chercheurs ont nommé la personnalité du clinicien ou de la clinicienne le *méga-outil*, afin de souligner l'influence majeure de ses façons personnelles d'intervenir, de ses attitudes et de ses valeurs sur les décisions concernant le choix d'outils versatiles, dont le soutien et l'écoute ressortent comme étant les principaux.

Par ailleurs, ce qui a été observé dans cette étude peut être en partie expliqué par les résultats d'une autre recherche qualitative, où l'on observe chez des professionnels et professionnelles en santé mentale dans la communauté, une tendance nette à adopter des modèles beaucoup plus près de la dimension sociale que de

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.17.110.58 on 05/17/24

la dimension biomédicale (Morant, 1998). En effet, l'élément central de la conception que les répondants ou répondantes ont de la maladie mentale n'est pas tant les symptômes de la personne que l'impact de ceux-ci sur la capacité de composer avec les exigences de la vie quotidienne et la stigmatisation. De façon cohérente avec cette conception, ils orientent leurs interventions dans un cadre essentiellement social, cherchant à améliorer la qualité de vie des clients et clientes en diminuant leur détresse et en restaurant une forme de *normalité*.

Cette normalité, en accord avec les politiques de santé, se traduit surtout par la capacité de vivre de façon autonome dans la communauté. Les répondants et répondantes ne se perçoivent pas comme étant associés au modèle médical ou engagés dans un modèle curatif des problèmes de santé mentale qui, de toute façon, leur apparaissent comme des conditions persistantes ne pouvant être enrayées. Or, puisque les écrits ne permettent pas d'établir clairement la véritable bonne façon de solutionner les problèmes ou de traiter la maladie, et que les résultats d'une stratégie sont en bonne partie imprévisibles, l'approche la plus sûre demeure un éclectisme très large, comprenant toute une panoplie de stratégies formelles et informelles, visant l'amélioration du fonctionnement social et de la gestion des activités quotidiennes. Enfin, malgré leur statut d'expertes et experts, les répondantes et répondants apparaissent fondamentalement peu certains des stratégies qu'ils utilisent.

Matland (1995) apporte également un éclairage pertinent sur les résultats obtenus dans cette étude, en situant l'implantation du changement en fonction du degré de conflit et d'ambiguïté qui le caractérise (*ambiguity-conflict matrix*). Le conflit résulte d'un désaccord avec les buts de l'intervention à implanter. Les actions deviennent alors le résultat d'un processus de négociation. Quant à l'ambiguïté, elle peut être une caractéristique des buts de l'implantation ou des moyens choisis. L'ambiguïté des moyens survient dans les cas où la technologie nécessaire à l'atteinte des buts n'existe pas, elle est incertaine, ou il est difficile d'identifier les meilleurs outils à utiliser. Par conséquent, les résultats ne peuvent être vraiment prévisibles. L'ambiguïté se manifeste également lorsqu'il existe des incertitudes relativement aux rôles que des organisations variées ont à jouer dans le processus de changement. Les programmes implantés varient ainsi d'un site à l'autre.

Ce que nous observons dans cette étude correspond à la situation caractérisée par un bas niveau de conflit et un haut niveau d'ambiguïté. En effet, le degré de conflit peut sembler relativement bas, puisque les membres de l'équipe appuient d'emblée les grandes orientations ministérielles pour répondre aux besoins de leurs clientes et clients. Il en va tout autrement pour ce qui est du degré d'ambiguïté. Ce critère semble s'appliquer parfaitement dans le cas des équipes de première ligne en santé mentale, la quasi-absence de construit théorique à la base de modèles d'intervention étant la préoccupation à l'origine de ce projet de recherche. De surcroît, en dépit d'une position politique claire, l'ambiguïté des moyens pour en atteindre les objectifs très larges semble s'être imposée comme cheval de bataille par excellence tout au long de l'étude.

Selon Matland (1995), ce type d'implantation peut présenter l'avantage d'une grande ouverture permettant d'adapter la réforme aux besoins locaux et à l'évolution des différentes organisations entourant les acteurs impliqués. De plus, il peut conduire à l'acquisition de nouvelles connaissances sur des technologies ou au développement d'interventions novatrices. Les variations des modèles implantés constituent une abondance de nouvelles connaissances. Matland identifie cependant deux pièges à éviter lorsque l'implantation répond à ce paradigme, à savoir une forte recherche d'uniformité sous-jacente au processus d'implantation, ainsi qu'une information non rassemblée ni comparée, ce qui aboutirait à des modèles hasardeux. Or, le

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.17.110.58 on 05/17/24

premier piège ne semble pas se dresser dans la situation qui nous intéresse. Les partenaires ont exprimé clairement le besoin d'accroître l'uniformisation des équipes de santé mentale pour des fins de planification et de partenariat plus efficients. Le deuxième piège semble plus réel puisque, tout au long de l'étude, n'ont pu être écartées les questions à savoir sur quelles balises, précisément, étaient basées les pratiques intégrées sous le couvert de l'éclectisme ou d'une approche systémique.

CONCLUSION

Cette étude d'une équipe de santé mentale de première ligne indique une orientation possible vers le développement *d'équipes de première ligne de suivi dans la communauté* de personnes atteintes de troubles graves, imprégnées d'une expérience et d'une histoire de suivi intensif dans le milieu ou d'interventions spécialisées. Ce modèle diffère de celui d'équipes de première ligne capables de couvrir l'ensemble des besoins de personnes de tout âge, en lien avec l'approche populationnelle prônée dans le plan d'action ou reflétant la perspective des soins de santé primaires. Ainsi, l'intérêt de préciser des modèles novateurs pour ces nouvelles équipes demeure crucial. Comment de telles équipes pourraient, de façon efficiente, répondre à tous les mandats d'une équipe de première ligne en santé mentale?

La démarche réalisée dans cette étude soulève une question préoccupante par rapport au processus de transfert des connaissances. Nombre d'interventions, basées sur des résultats probants ou les guides de pratiques, pourraient être précisées en tenant compte des différents niveaux de spécialisation des services. Les professionnels et professionnelles seraient ainsi en mesure de mieux apprécier leurs compétences et leurs connaissances par rapport à ce qui est attendu d'eux, ainsi que leurs besoins de formation ou de supervision. Par exemple, pour un trouble mental fréquent comme celui de la dépression majeure, des stratégies de *soins en collaboration* impliquant des infirmières et infirmiers ou des intervenants et intervenantes multiples, semblables aux modèles de *gestion de maladies chroniques* existant pour prévenir et traiter des problèmes de santé physique comme le diabète ou les maladies cardiaques, pourraient être implantées (Beaucage, Cardinal, Kavanagh, & Aubé, 2009). Au niveau de la première ligne, ce suivi pourrait comprendre des interventions telles que la psychoéducation, le suivi téléphonique, la pharmacothérapie, la thérapie cognitivo-comportementale, la liaison et les relances. Une telle approche viserait un suivi proactif et une facilité d'accès à des soins spécialisés.

Il va de soi que, peu importe les stratégies d'interventions appliquées, elles doivent absolument l'être dans un climat de compassion et de respect chaleureux de la personne, en tenant compte des valeurs et des préférences de cette dernière. Il est aussi évident qu'un modèle d'intervention, aussi explicite soit-il, ne pourrait d'aucune façon diminuer l'importance du jugement clinique et de la créativité de l'intervenant ou de l'intervenante. Un tel modèle permettrait par contre d'être examiné et revu dans l'optique de répondre le mieux possible aux besoins de santé mentale de la population.

NOTE

1. La méthode et les choix faits sont présentés en détails et accessibles, de même que de nombreux extraits appuyant les résultats tirés de l'étude (Page, 2007).

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.17.110.58 on 05/17/24

ABSTRACT

A number of frontline mental health care teams have been established in Quebec. These teams have evolved by trial and error, without the benefit of an explicit model. A case study, based on a constructivist approach, sought to assist a team in enunciating and consolidating its intervention model. Two groups, the team (n = 16) and its partners (n = 42), participated in the study. A model was articulated, but it does not appear to be very explicit. Trying to specify an innovative intervention model for the frontline mental health care team proved inextricably complex, and the best solution was to fall back on the existing general statement, which vaguely describes the interventions.

RÉFÉRENCES

Adair, C.E., McDougall, G.M., Mitton, C.R., Joyce, A.S., Wild, T.C., Gordon, A., et al. (2005). Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services, 56*(9), 1061-1069.

Anciano, D., & Kirkpatrick, A. (1990). CMHTs and clinical psychology: The death of a profession? *Clinical Psychology Forum, 26*, 9-12.

Association des CLSC et des CHSLD du Québec. (2004). *Offre de services de première ligne en santé mentale (version abrégée)*. Québec, QC: Auteur.

Beaucage, C., Cardinal, L., Kavanagh, M., & Aubé, D. (2009). La dépression majeure en première ligne et les impacts cliniques des stratégies d'intervention: une revue de la littérature. *Santé mentale au Québec, 34*(1), 77-100.

Brown, B., Crawford, P., & Darongkamas, J. (2000). Blurred roles and permeable boundaries: the experience of multi-disciplinary working in community mental health. *Health and Social Care in the Community, 8*(6), 425-435.

Burns, T. (2004). *Community mental health teams: A guide to current practices*. New York: Oxford University Press.

Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. (1999). *Suivi intensif en équipe dans la communauté pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*. Québec, QC: Auteur.

Galvin, S.W., & McCarthy, S. (1994). Multi-disciplinary community teams: Clinging to the wreckage. *Journal of Mental Health, 3*, 157-166.

Guba, E., & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.

Holloway, F., & Carson, J. (2001). Review article: Case management: An update. *International Journal of Social Psychiatry, 47*(3), 21-31.

Huxley, P., & Oliver, J. (1993). Mental health policy in practice: Lessons from the all Wales strategy mental illness. *International Journal of Social Psychiatry, 39*(3), 177-189.

Hyvönen, S., & Nikkonen, M. (2004). Primary health care practitioners' tools for mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11*, 514-524.

Matland, R.E. (1995). Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory, 5*(2), 145-174.

Mayer, R., & Ouellet, A. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville, QC: Gaëtan Morin.

McGrath, M. (1993). Whatever happened to teamwork?: Reflections on CMHT. *British Journal of Social Work, 23*(1), 15-29.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005–2010: la force des liens*. Québec, QC: Auteur.

Mistral, W., & Velleman, R. (1997). CMHTs: The professionals' choice? *Journal of Mental Health, 6*(2), 125-140.

Morant, N. (1998). The social representation of mental ill-health in communities of mental health practitioners in the UK and France. *Social Science Information, 37*, 663-685.

Munetz, M.R., Birnbaum, A., & Wyzik, P.F. (1993). An integrative ideology to guide community-based multidisciplinary care of severely mentally ill patients. *Hospital and Community Psychiatry, 44*(6), 551-555.

Onyett, S., & Ford, R. (1996). Multidisciplinary community teams: Where is the wreckage? *Journal of Mental Health, 5*(1), 47-55.

Organisation mondiale de la santé & World Organization of Family Doctors (Wonca). (2008). *Integrating mental health into primary care: A global perspective.* Geneva: Organisation mondiale de la santé; London: World Organization of Family Doctors.

Ovretveit, J. (1990, March). Making the team work!... *Professional Nurse*, 284-288.

Page, C. (2007). *Modèle d'intervention d'une équipe de première ligne en santé mentale en CLSC: une étude de cas*. Thèse de doctorat. Université de Montréal, Montréal.

Patmore, C., & Weaver, T. (1990). Rafts on an open sea. *Health Service Journal, 100*, 1510-1512.

Paxton, R. (1995). Goodbye community mental health teams—at last. *Journal of Mental Health, 3*, 331-334.

Peck, E. (1995). On the team. *Health Service Journal, 105*(5447), 28-29.

Pugsley, D., Rees, P., & Dimond, B. (1996). Community mental health teams: Development in community care. *British Journal of Nursing, 5*(22), 1398-1401.

Reiman, S. (1989). Multidisciplinary teamwork in a community setting: A discussion paper. *Clinical Psychology Forum, 24*, 18-21.

Richards, A., & Rees, A. (1998). Developing criteria to measure the effectiveness of community mental health teams. *Mental Health Care, 21*(1), 14-17.

Salyers, M.P., & Tsemberis, S. (2007). ACT and recovery: Integrating evidence-based practice and recovery orientation on assertive community treatment teams. *Community Mental Health Journal, 43*(6), 619-641.

Sayce, L., Craig, T.K.J., & Boardman, A.P. (1991). The development of community mental health centres in the U.K. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 26*, 14-20.

Searle, R.T. (1991). Community mental health teams: Fact or fiction? *Clinical Psychology Forum, 31*, 15-17.

Simmonds, S., Coid, J., Joseph, P., Mariott, S., & Tyrer, P. (2001). Community mental health team management in severe mental illness: Systematic review. *British Journal of Psychiatry, 178*, 497-502.

Tyrer, P. (2000). Are small case-loads beautiful in severe mental illness? *British Journal of Psychiatry, 177*, 386-387.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.17.110.58 on 05/17/24