

Les interventions psychologiques de haute intensité pour les personnes souffrant de troubles dépressifs et anxieux

Conférencier

Martin D. Provencher, Ph.D.

Professeur titulaire, École de psychologie, Université Laval

Chercheur régulier, Institut universitaire en santé mentale de Québec et

Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval

Invité

Rodrigue Côté, M.A.P.

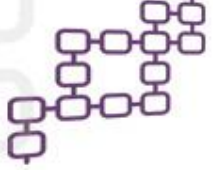
Directeur adjoint des programmes Santé mentale et Dépendances - volet maintien dans la communauté

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale

Une série de webinaires organisée par P. Roberge, L. Fournier, H. Brouillet et l'équipe du projet Cible qualité III.



OBJECTIFS DE LA PRÉSENTATION

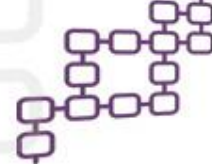


À la suite de ce webinaire, les participants seront en mesure de :

- connaître les différentes approches psychothérapeutiques reconnues efficaces ;
- tenir compte des différents facteurs dans le choix d'un traitement psychologique ;
- apprécier les défis liés à l'accès à la psychothérapie fondée sur les données probantes dans le réseau de la santé ;
- connaître les règles qui encadrent la pratique de la psychothérapie au Québec.



SOINS EN ÉTAPES



Sévérité - Complexité

ÉTAPE 4 :

Dépression sévère et complexe²; risque pour la vie; autonegligence grave.

> [page 53](#)

Traitements pharmacologiques, interventions psychologiques de haute intensité, électrochocs, services de gestion de crise, traitements combinés, soins multidisciplinaires, et hospitalisation.

ÉTAPE 3 :

Persistance de symptômes dépressifs sous le seuil diagnostique, ou dépression légère ou modérée avec une réponse inadéquate aux interventions initiales. Dépression modérée à sévère.

> [page 35](#)

Traitements pharmacologiques, interventions psychologiques de haute intensité, traitements combinés, soins en collaboration, et aiguillage vers des évaluations et interventions plus poussées.

ÉTAPE 2 :

Persistance de symptômes dépressifs sous le seuil diagnostique ou dépression légère à modérée.

> [page 32](#)

Interventions psychologiques et psychosociales de faible intensité, traitements pharmacologiques et aiguillage vers des évaluations et interventions plus poussées.

ÉTAPE 1 :

Toutes les présentations connues et soupçonnées de la dépression.

> [page 22](#)

Évaluation, soutien, psychoéducation, surveillance active et aiguillage vers des évaluations et interventions plus poussées.

Expertise – Soins spécialisés



PLAN DE LA PRÉSENTATION

- Définition de la psychothérapie et modèles théoriques
- Les données probantes en psychothérapie
- L'efficacité des psychothérapies pour les troubles anxieux et de l'humeur
- Rapport coûts/efficacité de la psychothérapie
- Conclusion



DÉFINITION DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

(Projet de loi 21, maintenant loi 28)

« La psychothérapie est un ***traitement psychologique pour un trouble mental***, pour des perturbations mentales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique » ¹



DÉFINITION DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

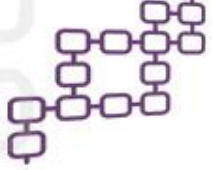
(Loi 28)

La psychothérapie se caractérise par :

- un processus interactionnel structuré entre un professionnel et un client ;
- une **évaluation initiale rigoureuse** ;
- l'application de modalités thérapeutiques basées sur la communication ;
- des moyens reposant sur des **modèles théoriques scientifiquement reconnus** et **s'appuyant sur des méthodes d'intervention validées**, respectant la dignité humaine, le cadre législatif et les règles de déontologie.¹



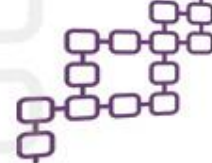
MODÈLES THÉORIQUES RECONNUS PAR L'ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC (OPQ)



- Modèles cognitivo-comportementaux
- Modèles psychodynamiques
- Modèles humanistes
- Modèles systémiques et les théories de la communication



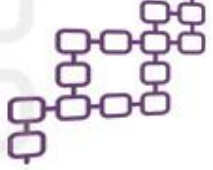
L'ORIENTATION COGNITIVE- COMPORTEMENTALE²



- Les spécialistes de ces approches considèrent que les difficultés psychologiques sont liées à des pensées ou à des comportements inadéquats qui ont été appris par une personne dans son environnement quotidien.
- Il s'agit donc d'analyser ces comportements et pensées, ainsi que le milieu de vie de la personne, et d'apprendre de nouveaux comportements, de remplacer ces pensées ou émotions non désirées par d'autres qui sont davantage adaptées.
- La thérapie comportementale et la thérapie émotionnelle-rationnelle sont des exemples d'approches associées à cette orientation.



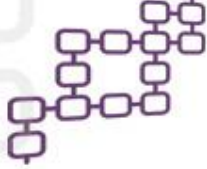
L'ORIENTATION PSYCHODYNAMIQUE-ANALYTIQUE²



- Fortement influencées par la psychanalyse et faisant appel à la notion d'inconscient, ces approches établissent un lien entre les difficultés actuelles et les expériences, les conflits refoulés et non résolus de l'histoire personnelle.
- La personne est ainsi amenée à prendre progressivement conscience de l'influence des conflits inconscients sur son fonctionnement actuel afin de les comprendre et de s'en dégager graduellement.



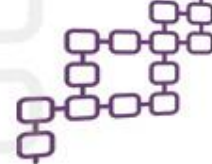
L'ORIENTATION EXISTENTIELLE-HUMANISTE²



- Les approches de cette orientation sont fondées sur la capacité de l'être humain à diriger son existence et à se réaliser pleinement.
- L'accent est mis sur le moment présent, sur la capacité de la personne à prendre conscience de ses difficultés actuelles, de les comprendre et de modifier, en conséquence sa façon d'être ou d'agir.
- Le psychologue facilite ainsi l'exploration de soi engagée par le client de même que l'expérimentation de nouvelles façons d'être ou d'agir.
- La personne qui consulte est considérée comme un «client» qui est sur un pied d'égalité avec le thérapeute.
- L'approche rogérienne, la Gestalt thérapie et l'autodéveloppement sont des exemples d'approches issues de ce courant de pensée.



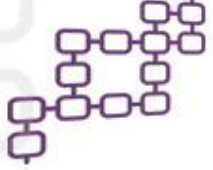
L'ORIENTATION SYSTÉMIQUE- INTERACTIONNELLE²



- Dans cette approche, on considère que les problèmes personnels surgissent et se maintiennent à cause du genre d'interaction entre une personne et son entourage (famille, amis, équipe de travail, etc.).
- Après analyse de la situation problématique, l'objectif de la psychothérapie est de modifier les relations entre la personne et son entourage.
- Il est ainsi fréquent que le psychologue rencontre des membres importants de l'entourage de son client.
- La thérapie familiale et la thérapie brève constituent des exemples de cette orientation.



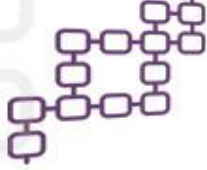
AUTRES APPROCHES THÉRAPEUTIQUES



- Il existe d'autres approches fondées sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus et s'appuyant sur des méthodes d'intervention validées.
- Par exemple, la **Psychothérapie interpersonnelle** (PTI) est un traitement bref, pragmatique et supporté empiriquement qui a été développé pour traiter la dépression majeure.
- D'autres exemples inclus :
 - la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)
 - la thérapie centrée sur les émotions (EFT)
 - les interventions basées sur l'entretien motivationnel (MI)
 - la thérapie base sur la pleine conscience (MBCT)



POURQUOI S'INTÉRESSER AUX MEILLEURES PRATIQUES EN PSYCHOTHÉRAPIE AU QUÉBEC?



Remise en question de la psychothérapie auprès du public

- Reportage à l'émission « Enjeux » sur les psychothérapies (2004)
- Reportage de l'émission « Enquête » sur la biologie totale (2008)

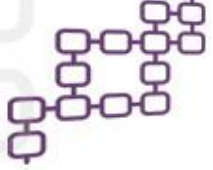
Initiatives et législations provinciales et nationales favorisant l'utilisation des données probantes

- Rapport Trudeau sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines (2005)
- Plan d'action en santé mentale du MSSS (2005-2010)
- Projet de Loi 21 (Loi 28, juin 2013) : réserve du titre de psychothérapeute
- Rapport du CPA Task Force on Evidence-Based Practice of Psychological Treatments (2012)
- Rapport de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) sur l'accès équitable aux services de psychothérapie (2015)
- Code de déontologie des psychologues (OPQ et CPA)
- PASM du MSSS (2015-2020)

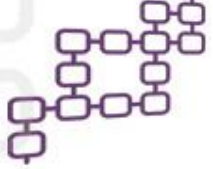


PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE DU MSSS

(PASM, 2005-2010)

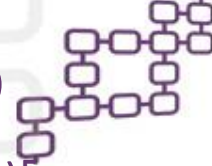


« Par souci de garantir la qualité des services, ainsi que l'efficacité et l'efficience du système de soins, le Plan d'action prend en considération les mesures dont ***l'efficacité a été démontrée*** et les ***expérimentations documentées et prometteuses***. Les connaissances issues de la recherche et de l'expérience doivent contribuer à améliorer les pratiques et les modes d'organisation » (MSSS, p. 14)³



« Le **PASM 2015-2020** instaure quant à lui des mesures qui facilitent la consolidation des changements amorcés, tout en favorisant l'amélioration des pratiques et la réponse en temps opportun aux besoins diversifiés des personnes utilisatrices de services. Dans un contexte de ressources limitées, **les mesures les plus efficaces, efficaces et prometteuses sont favorisées.** » (MSSS, p. 9)⁴





RAPPORT DU « CPA TASK FORCE ON EVIDENCE-BASED PRACTICE OF PSYCHOLOGICAL TREATMENTS » (SCP, 2012)⁵

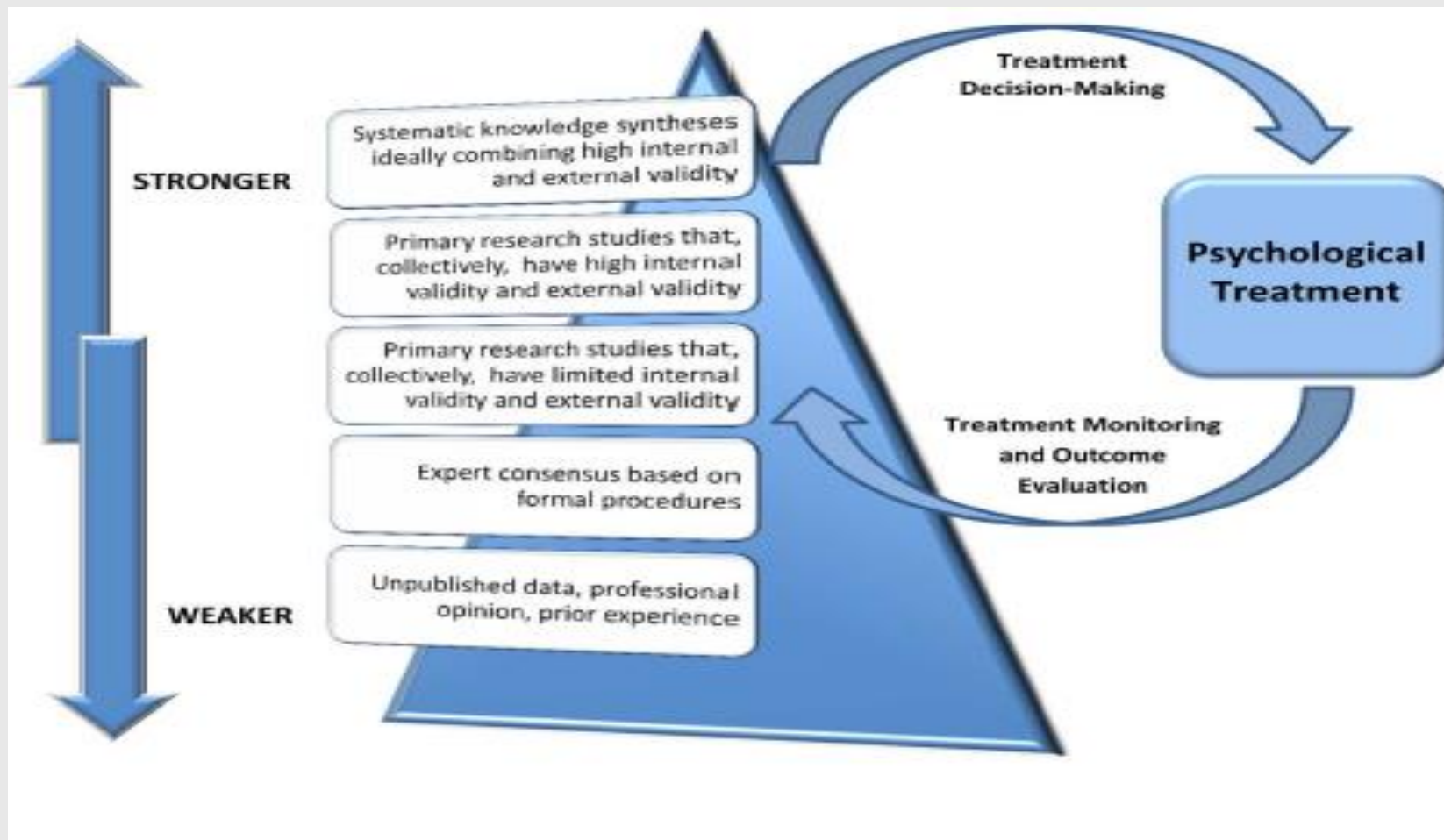
- Les preuves pour recommander ou fournir un traitement devraient provenir de la recherche sur les études de traitement, la recherche sur les processus de traitement et la recherche psychologique fondamentale.
- Avant de fournir un traitement, les psychologues devraient d'abord considérer la hiérarchie des preuves disponibles pour les traitements considérés.
- Les psychologues devraient utiliser les meilleures données disponibles (preuves les plus élevées dans la hiérarchie) qui comprennent les résultats répliqués dans d'autres études et qui utilisent des méthodes qui tiennent compte des menaces à la validité
 - P. ex., essais randomisés pour contrer les menaces à la validité interne; études observationnelles pour contrer les menaces à la validité externe.

(Traduction libre)

vivre en bonne santé mentale



« THE HIERARCHY OF RESEARCH EVIDENCE RELATED TO CLINICAL PRACTICE » (SCP, 2012)⁵





RAPPORT DU «CPA TASK FORCE ON EVIDENCE-BASED PRACTICE OF PSYCHOLOGICAL TREATMENTS» (SUITE)⁵

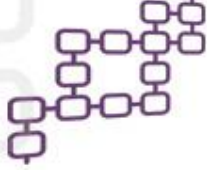
- Dans les cas où il y a peu ou pas de recherche sur les traitements concernés, les guides de pratique clinique basés sur un consensus entre les experts et définis par des méthodes structurées peuvent être disponibles.
- Au cours du traitement, les psychologues devraient fréquemment et systématiquement surveiller les réactions des clients, leurs symptômes et leur fonctionnement.
- Les psychologues doivent être prêts à modifier le traitement sur la base de données provenant de l'évaluation continue du traitement, des discussions avec le client et de la révision de la hiérarchie des preuves pertinente.

(Traduction libre)

vivre en bonne santé mentale



REVUE SYSTÉMATIQUE DES CONNAISSANCES



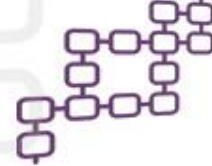
Australian Psychological Society (2010). *Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders : A literature review (3rd ed)*⁶

Niveaux de preuves :

- I : Revue systématique de tous les essais contrôlés randomisés pertinents
- II : Au moins un essai contrôlé randomisé bien conçu
- III-1 : Essais pseudo-randomisés contrôlés bien conçus (allocation alternative ou autre méthode)
- III-2 : Études comparatives avec contrôles concomitants et allocation non randomisée (études de cohorte) ou série chronologique interrompue avec groupe témoin
- III-3 : Études comparatives avec contrôle historique, deux études ou plus à groupe unique, ou série chronologique interrompue sans groupe témoin parallèle
- IV : Séries de cas, soit post-test, ou pré-test et post-test



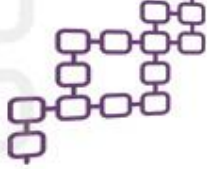
EFFICACITÉ DES PSYCHOTHÉRAPIES POUR LES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR (APS, 2010)⁶



	CBT	IPT	NARRATIVE	FAMILY	MBCT	ACT	SFBT	DBT	SCHEMA-FOCUSED	PSYCHO-DYNAMIC	EMOTION-FOCUSED	HYPNOSIS	SELF-HELP	PSYCHO-EDUCATION
Mood disorders														
Depression	Level I	Level I	E	E	Level III-2	Level III-1	Level II	Level II	E	Level I	Level II	E	Level I	Level II
Bipolar	Level II*	Level II*	E	Level II*	Level II*	E	E	E	E	E	E	E	E	Level II*
Anxiety disorders														
Generalised anxiety	Level I	E	E	E	Level IV	E	E	E	E	Level II	E	E	Level IV	E
Panic	Level I	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	Level II	Level II
Specific phobia	Level I	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	Level II	E
Social anxiety	Level I	Level II-1	E	E	E	Level IV	E	E	E	Level II*	E	E	Level II	E
Obsessive compulsive	Level I	E	E	E	E	Level IV	E	E	E	E	E	E	Level II	E
Posttraumatic stress ¹⁹	Level I	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E



EFFICACITÉ DES PSYCHOTHÉRAPIES POUR LES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR (SUITE)



Plusieurs traitements ont démontré leur efficacité pour la dépression. Les données probantes sont par contre plus importantes pour la TCC, la PTI et l'activation comportementale.

- Fournier, L., Roberge, P., & Brouillet, H. (2012). Faire face à la dépression au Québec : *Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*. Montréal : Centre de recherche du CHUM.⁷

La TCC est efficace pour l'ensemble des troubles anxieux, mais il existe peu de données probantes pour les autres traitements. En général, la TCC est le traitement ayant cumulé le plus de données probantes pour les troubles anxieux et de l'humeur.

- Hunsley, J., Elliot, K., & Therrien, Z. (2014). The Efficacy and Effectiveness of Psychological Treatments for Mood, Anxiety, and Related Disorders. *Canadian Psychology, 55*, 161-176.⁸



LA PSYCHOTHÉRAPIE EST-ELLE EFFICACE DANS LES MILIEUX CLINIQUES?



Revue des études effectuées dans les milieux naturels⁹ (voir aussi 8)

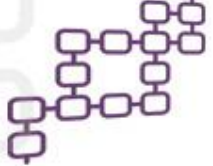
- **21 études** de traitement pour les **adultes** ;
- **14 études** de traitement pour les **enfants et adolescents**.

Comparaison études contrôlées/milieus naturels

- Le taux moyen d'amélioration est comparable entre les deux types d'études tant pour les adultes que pour les enfants/adolescents :
 - dépression adulte : 74 % complètent le traitement et 51 % s'améliorent ;
 - troubles anxieux (enfants/ados) : 87 % complètent le traitement et 63 % s'améliorent.



RAPPORT COÛTS/EFFICACITÉ DE LA PSYCHOTHÉRAPIE POUR LES TROUBLES MENTAUX



- Les inquiétudes liées aux coûts des soins en santé mentale et au rapport coûts/efficacité de la psychothérapie sont universelles.
- Aux États-Unis, le débat a débuté dans les années 1980 et a conduit à la publication du rapport de la division 12 de l'APA en 1995.
- Ce débat a été repris en Angleterre dans les années 1990.
- Le *National Institute for Health and Care Excellence*, anciennement NICE, produit des guides de pratique clinique pour plusieurs problèmes de santé mentale (www.nice.org.uk).
- Ces lignes directrices sont utilisées pour déterminer les traitements psychologiques offerts dans le système de santé en Angleterre.
 - p. ex. : Improving Access to Psychological Therapies (IAPT).¹⁰
- Au Québec, le rapport de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) sur l'accès équitable aux services de psychothérapie a été publié en 2015.¹¹



RAPPORT DE L'INESSS SUR L'ACCÈS ÉQUITABLE AUX SERVICES DE PSYCHOTHÉRAPIE (2015)¹¹



- Volet I – Examen des données probantes sur l'efficacité et le coût de la psychothérapie comparativement à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement des adultes atteints de troubles anxieux et dépressifs.
- Méthode : revue des revues systématiques et des rapports d'évaluation des technologies de la santé (ETS).
- La revue de la littérature de l'Australian Psychological Society (APS, 2010)⁶ a été sélectionnée comme étude de référence (qualité méthodologique).
- Une mise à jour de cette revue a été effectuée (2009 à 2013) en utilisant la même stratégie de recherche que celle utilisée dans la revue de l'APS.
- 12 revues systématiques additionnelles, y compris les méta-analyses, ont été retenues aux fins de l'analyse de l'efficacité.
- Concernant l'aspect économique, 2 revues d'études économiques et 1 rapport d'évaluation de technologie en santé ont été retenus (2006-2013).



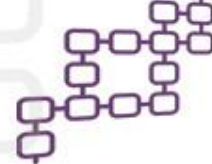
CONCLUSIONS RAPPORT DE L'INESSS (2015)¹¹



- L'efficacité de la psychothérapie est similaire à celle de la pharmacothérapie pour les troubles dépressifs ou anxieux modérés.
- L'effet de la psychothérapie a tendance à se maintenir plus longtemps que celui de la pharmacothérapie (moins de rechutes).
- La combinaison de la psychothérapie et de la pharmacothérapie est plus efficace que la psychothérapie seule dans les cas plus sévères.
- Les analyses économiques publiées tendent à montrer un meilleur rapport coût/efficacité de la psychothérapie comparativement à celui de la pharmacothérapie en plus de sa rentabilité à long terme.
- L'accès à la psychothérapie par les patients atteints de troubles anxieux ou dépressifs modérés devrait être une avenue à préconiser.
- Une analyse d'impact budgétaire devrait être effectuée afin de statuer sur le coût pour le système de santé.



RAPPORT COÛTS/EFFICACITÉ DE LA TCC POUR LES TROUBLES MENTAUX



Revue de **22 études** documentant des analyses économiques de la TCC dans le traitement des troubles mentaux¹²

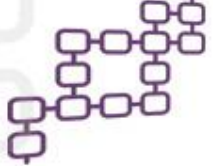
- **Troubles de l'humeur (12), anxieux (6)**, psychotiques (3), somatoformes (1).
- Effectuées au Canada, USA, Angleterre, Australie et Allemagne.

Conclusions

- La TCC utilisée seule est aussi efficace et moins dispendieuse que la médication pour les troubles anxieux et de l'humeur.
- Les coûts initiaux de la TCC sont compensés par une utilisation réduite des soins de santé.
- Une plus grande accessibilité de la TCC pourrait produire une diminution significative des coûts pour le gouvernement canadien et une amélioration de l'efficacité des interventions en santé mentale.



CONCLUSION



- Plusieurs études ont démontré l'efficacité et le rapport coûts/efficacité de traitements psychologiques spécifiques.
- Il existe plusieurs formes de traitements psychologiques efficaces pour plusieurs problèmes de santé mentale.
- Les études qui permettent d'arriver à ces conclusions sont rigoureuses et nombreuses.
- En général, la TCC est le traitement ayant cumulé le plus de données probantes pour les troubles anxieux et de l'humeur*.
- L'efficacité et l'accessibilité à ces interventions psychologiques de haute intensité demeurent un défi dans le réseau de la santé.
- Deux exemples d'implantation d'interventions psychologiques fondées sur les données probantes dans le réseau de la santé.

*Dans le rapport de l'INESSS (2015), la majorité des études évaluant l'efficacité de la psychothérapie et l'ensemble des études évaluant le rapport coût/efficacité de ces interventions psychologiques portent sur l'évaluation de la TCC.



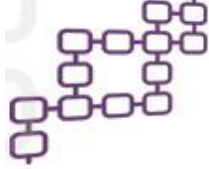
GROUPE PSYCHOÉDUCATIF POUR LE TROUBLE BIPOLAIRE¹³



- Implantation du groupe (7 rencontres) à l'IUSMQ et dans deux CSSS de la région de Québec (Provencher et al., 2014)
- Groupes administrés à 73 patients par 15 thérapeutes différents.
- Les résultats suggèrent que la psychoéducation est associée à :
 - Une augmentation des connaissances, une meilleure acceptation de la maladie et une diminution des symptômes dépressifs.
 - Un niveau de satisfaction élevé des participants et des animateurs.
- L'implantation démontre l'importance de la formation des intervenants pour un transfert des connaissances efficace.
- Une intervention psychologique fondée sur les données probantes peut être implantée de façon efficace dans le réseau de la santé.



TCC TRANSDIAGNOSTIQUE DE GROUPE POUR LES TROUBLES ANXIEUX



- Essai contrôlé randomisé pragmatique en première ligne subventionné par les IRSC (P. Roberge et M. D. Provencher investigateurs principaux).
- Implantation de la psychothérapie de groupe (12 rencontres) dans les régions de Sherbrooke, Québec et Laval.
- Objectif : examiner l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité d'une TCC transdiagnostique comparée aux soins usuels.
- Les premiers groupes débutent à l'automne et nous prévoyons recruter 180 participants sur une période de 2 ans.
- Pour plus d'information sur les traitements transdiagnostiques des troubles anxieux, voir Guimond et al. (2013)¹⁴.





**« In the absence of science,
opinion prevails »¹⁵**



L'EXPÉRIENCE AU CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE

RODRIGUE CÔTÉ



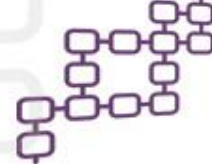
- Maîtrise en administration publique, gestion des services de santé et des services sociaux.
- Baccalauréat en sciences administratives (management) et baccalauréat en sciences infirmières.
- Directeur adjoint des programmes Santé mentale et Dépendances - volet Maintien dans la communauté, CIUSSS de la Capitale-Nationale



DES SERVICES QUI S'APPUIENT SUR LES DONNÉES PROBANTES

Les défis d'implantation en première ligne





1. BREF HISTORIQUE DE LA SANTÉ MENTALE EN 1^{RE} LIGNE

Avant 2005

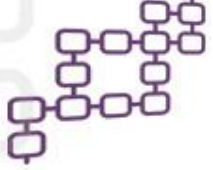
- Les services s'adressent aux personnes présentant un problème de santé mentale menacé et un trouble de santé mentale. Les services sont axés sur les besoins.
- Équipe majoritairement composée de Travailleurs sociaux (2/3).

Le plan d'action en santé mentale 2005³ :

- Passe de la période de réponse aux besoins à celle de réponse aux besoins, symptômes et diagnostic.
- Transformation des équipes à volet social, pour des équipes à volet social et psychothérapeutique (2/3 psychothérapeutes).
- Le guichet d'accès, le MSRP et les niveaux de services.
- La hiérarchisation des services, le continuum de services (GASM-transfert de connaissances, PRSM/MSRP), soutien des cliniques médicales et soins de collaboration, qualité de l'approche clinique (l'organisation des soins et services via le modèle de soins en étapes).



2. LES DÉFIS ET ENJEUX D'IMPLANTER LES MEILLEURES PRATIQUES



Pour les organisations :

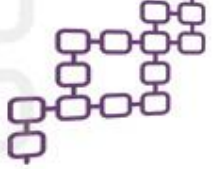
- Modèle théorique provenant majoritairement de la deuxième ligne (IU en 1^{re} ligne) ;
- Choix des modèles théoriques en première ligne peu documenté ;
- Peu de soutien (conseiller-cadre en travail social, soins infirmiers, ergothérapie)
- Pas de modèle d'organisation des services ;
- L'accès aux experts (IUSM et Université) ;
- Le transfert des connaissances (entre intervenants de 1^{re} ligne peu de la 2^e ligne).

Pour les intervenants :

- Impression qu'on entre dans leur bureau et qu'on devient plus prescriptif quant aux modèles théoriques ;
- Meilleures pratiques sont souvent pour des cas purs.



3. LES ASSISES POUR IMPLANTER LES MEILLEURES PRATIQUES



Le Plan d'action en SM 2015-2020⁴

Hiérarchisation des services

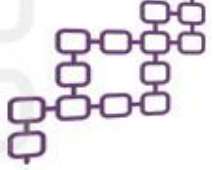
- 70 % des besoins doivent être répondus en première ligne
- Niveau de soins et services sont déterminés en fonction des symptômes et des besoins et non uniquement en fonction du diagnostic
- Les services spécialisés :
 - ❑ Consultation ponctuelle (évaluation et précision diagnostic, recommandation pour le traitement)
 - ❑ Problèmes complexes (résistances aux Tx habituels, faible prévalence, risque de rupture avec la société)

Continuum de services

- Intervention ou traitement selon une approche biopsychosociale
- Transfert de connaissances (PRSM/MSRP)



3. LES ASSISES POUR IMPLANTER LES MEILLEURES PRATIQUES



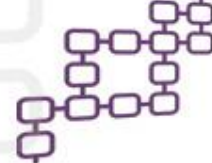
Le Plan d'action en SM 2015-2020⁴

Qualité de l'approche clinique

- Rôle actif de l'utilisateur et son entourage (autotest = PHQ-9 et GAD-7, soutien à l'autogestion des soins, etc)
- Utilisation de protocole et outils reconnus (Faire face à la dépression)
- Supervision clinique (centrée qualité: visant optimisation, efficacité, efficience des services)



3. LES ASSISES POUR IMPLANTER LES MEILLEURES PRATIQUES



Le Plan d'action en SM 2015-2020⁴

Accès équitable aux services de psychothérapie pour les personnes atteintes de troubles mentaux qui les requièrent, le MSSS suit les travaux effectués par (INESSS) sur les différents modèles permettant d'améliorer l'accès à ces services et les modalités de financement à mettre en œuvre à cette fin.

Volet 1 : Efficacité et innocuité comparée de la psychothérapie et les médicaments

Volet 2 : Modèles organisationnels permettant l'accessibilité à la psychothérapie

Volet 3: Enjeux liés aux différents modèles et **recommander les modèles et modalités d'accès à privilégier**



4. LES OPPORTUNITÉS

CIUSSS

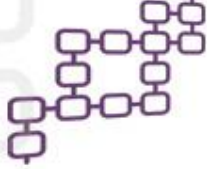
- Instituts Universitaires en Première Ligne
- Direction de l'enseignement et affaires universitaires
- Regroupe la première, la deuxième et la troisième ligne (cliniques spécialisées avec Tx première ligne)
- Plus grand nombre de psychothérapeutes et autres professionnels en SM ce qui favorise le développement et le transfert de connaissances
 - ❑ Conseiller-cadre en psychologie, en ergothérapie, en TS
 - ❑ Spécialistes en Activités Cliniques

CNESM

- Mandat élargi vers les équipes de Tx première ligne



5. DES SERVICES QUI SE PRÉCISENT ET S'ORGANISENT



5.1 Les soins par étapes : mise sur la base de la pyramide

Étape 1 : Évaluation, soutien, psychoéducation, surveillance active

Étape 2 : Intervention psychosociale et psychologique de faible intensité

- Soutien à l'autogestion des soins : guides en autogestion des soins
- Groupes psychoéducatifs
- Résolution de problème et fonctionnement social (principalement TS)

Étape 3 : Traitement pharmacologie et intervention psychologique de haute intensité

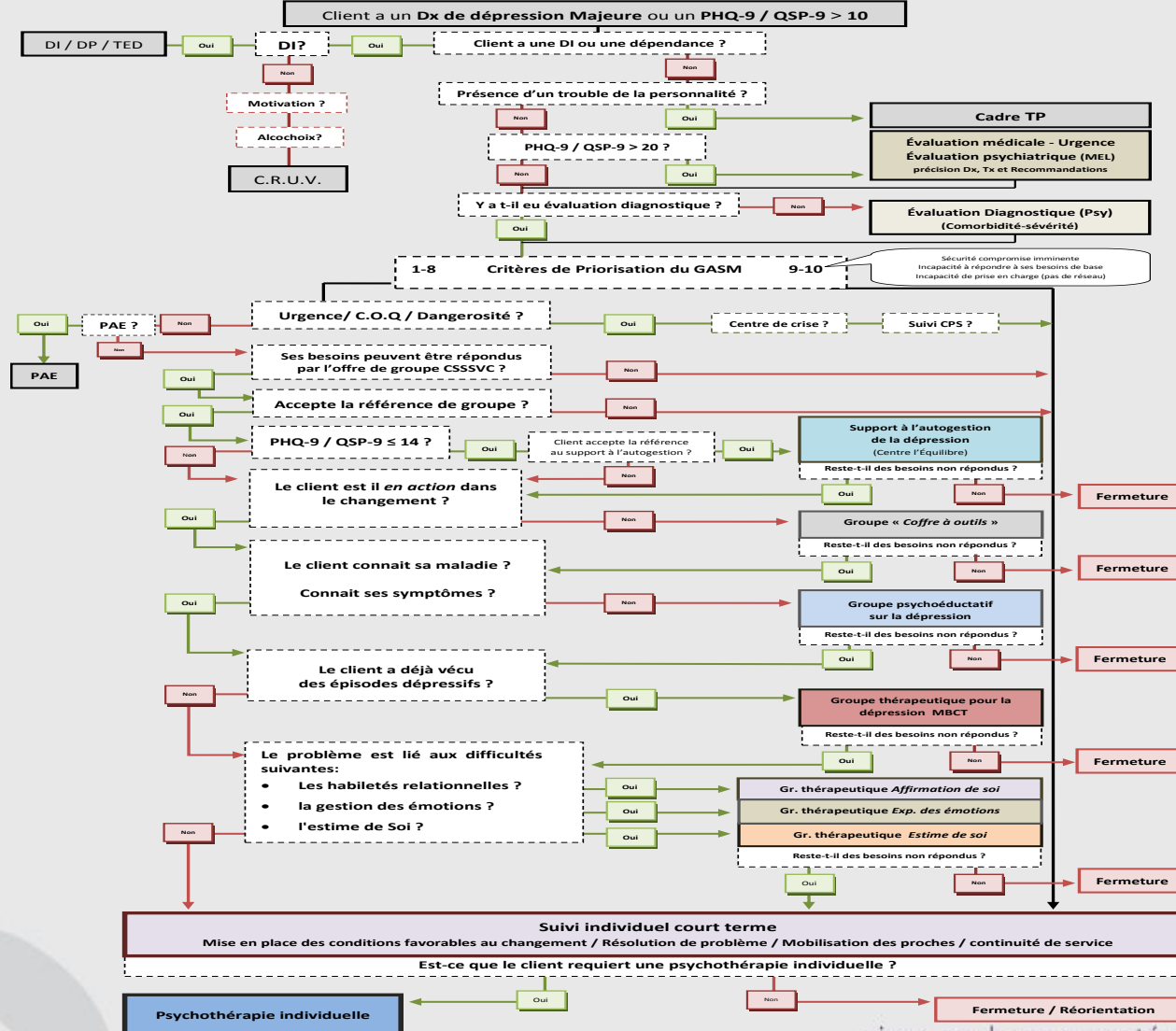
- Groupes psychothérapeutiques
- Psychothérapie individuelle



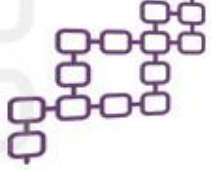
5. DES SERVICES QUI SE PRÉCISENT ET S'ORGANISENT

5.2 Des outils pour orienter

Arbre décisionnel - Troubles dépressifs



5. DES SERVICES QUI SE PRÉCISENT ET S'ORGANISENT



5.3 L'intervention de groupe

A) Pourquoi ?

- efficacité/qualité
- accessibilité/efficience

B) Pour qui ? (PHQ-9 et GAD – 7)

- faible intensité (majoritairement celle développée)
- haute intensité (3 groupes : TCC pour les TAG / Pleine Conscience pour Dépression et les Tr. Anx. / Plus développé en Tr. Pers.)

C) Par qui ?

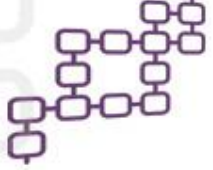
- minimalement un psychothérapeute et un autre professionnel (TS, ergothérapeute)

D) Durée ?

- selon le type de groupe (groupe fermé entre 8 et 12 rencontres)



5. DES SERVICES QUI SE PRÉCISENT ET S'ORGANISENT

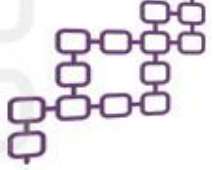


5.4 L'intervention psychologique de haute intensité

- A) Suivi de groupe :** Améliore l'accès : proximité, délais, diversité pour les personnes présentant :
- Troubles anxieux = TCC - Pleine Conscience
 - Dépression majeure = PTI – TCC – Pleine Conscience
- B) Suivi individuel :**
- Utilisation des mêmes modèles théoriques : TCC, PTI, Mentalisation
 - Les critères pour l'accès au suivi individuel :
 - Urgence, Comorbidité, Complexité, Capacité d'évoluer en groupe, Introspection
 - Choix de la personne et disponibilité (approche motivationnelle)



5. DES SERVICES QUI SE PRÉCISENT ET S'ORGANISENT

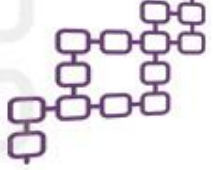


5.5 Le choix des modèles cliniques

- Des critères pour choisir les Modèles Cliniques mais, pas de proposition de modèles (comme en SIM et SIV);
- De l'espoir
 - Des travaux sur l'identification des modèles menés par l'INESSS
 - Choisir le ou les bons modèles en première ligne via des modèles organisationnels
 - L'identification des modèles en émergences vs données probantes
- Un défi
 - Intervention psychologique de Haute Intensité, fidèle au mandat de première ligne



6. LE TRANSFERT DES CONNAISSANCES



- Les connaissances organisationnelles
- Le soutien clinique mise sur le développement par compétences
 - Identification des compétences transversales et par professions
 - Formations
 - Consultation professionnelle individuelle ou de groupe : permet d'obtenir un avis ou un point de vue professionnel, vise à résoudre ou à identifier la meilleure stratégie d'intervention pouvant répondre à une situation spécifique ou complexe
 - Supervision clinique en individuelle ou en groupe : modalité pédagogique essentielle au développement et à l'intégration des diverses dimensions de la compétence professionnelle. Elle repose principalement sur l'analyse réflexive des théories, des concepts, des principes et sur la capacité à les transformer en actions et en habiletés de pratique. Elle est planifiée et structurée dans le temps et s'appuie sur un contrat.
 - Un plan de développement personnel et d'équipe

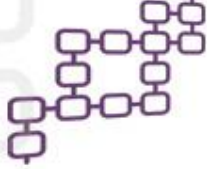




ÉCHANGES ET DISCUSSION



ÉQUIPE DE RECHERCHE DE CIBLE QUALITÉ



Chercheuses principales :

- Pasquale Roberge, Ph.D. ^{CQ, CQII, CQIII}
- Louise Fournier, Ph.D. ^{CQ, CQII, CQIII}

Co-chercheurs :

- Denise Aubé, M.D., M.Sc. ^{CQ}
- Marie-Dominique Beaulieu, M.D., M.Sc. ^{CQ}
- Astrid Brousselle, Ph.D. ^{CQ}
- Isabelle Gaboury, Ph.D. ^{CQIII}
- Janie Houle, Ph.D. ^{CQII, CQIII}
- Catherine Hudon, M.D., Ph.D. ^{CQII, CQIII}
- Jean-Frédéric Lévesque, M.D., Ph.D. ^{CQII}
- Martin D. Provencher, Ph.D. ^{CQII, CQIII}

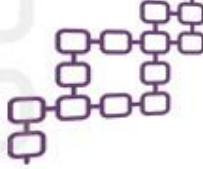
Courtière de connaissances :

- Hélène Brouillet, M.Ps. ^{CQ, CQII, CQIII}

Agentes de recherche :

- Annie Benoît, M.Sc. ^{CQII, CQIII}
- Anne-Marie Cloutier, M.Sc. ^{CQII, CQIII}

PARTENAIRES DE CIBLE QUALITÉ



Principaux partenaires financiers

- Institut de recherche en santé du Canada ^{CQ, CQII, CQIII}
- Fonds de recherche du Québec – Santé ^{CQ, CQII}
- Bell Canada ^{CQII}

Autres partenaires

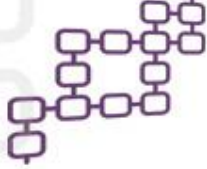
- Institut national de santé publique du Québec ^{CQ, CQII, CQIII}
- Centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal ^{CQ}
- Ministère de la Santé et des Services sociaux ^{CQ, CQII}
- Comité d'experts Jalons ^{CQII}
- Revivre ^{CQII}

Organisations ayant participé aux projets CQI et CQII

- CSSS de la Baie-des-Chaleurs
- CSSS de la Vieille-Capitale
- CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent
- Centre de Santé de Tulattavik de l'Ungava
- CSSS du Sud-Ouest-Verdun
- CSSS de Laval
- CSSS Pierre-Boucher
- CSSS Jeanne-Mance
- CSSS de Chicoutimi
- CSSS du Suroît



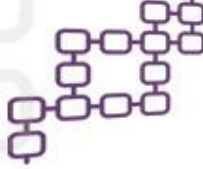
RÉFÉRENCES



1. Assemblée nationale du Québec. (2009). Projet de loi no 21. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, c 28. Éditeur officiel du Québec; Québec. Disponible à : <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-21-39-1.html>
2. Ordre des psychologues du Québec. Orientations théoriques. Disponible à : <https://www.ordrepsy.qc.ca/fr/public/la-psychotherapie/orientations-theoriques.sn>
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*. Québec: Gouvernement du Québec. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble autrement*. Québec : Gouvernement du Québec. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
5. Canadian Psychological Association. (2012). *Evidence-based practice of psychological treatments: a Canadian perspective*. Ottawa, Canada: CPA Task Force on Evidence-Based Practice of Psychological Treatments. Disponible à : http://www.cpa.ca/docs/File/Practice/Report_of_the_EBP_Task_Force_FINAL_Board_Approved_2012.pdf
6. Australian Psychological Society. (2010). *Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: A literature review (3rd ed.)*. Retrieved from <http://www.psychology.org.au/Assets/Files/Evidence-Based-Psychological-Interventions.pdf>
7. Fournier, L., Roberge, P., & Brouillet, H. (2012). *Faire face à la dépression au Québec : Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*. Montréal : Centre de recherche du CHUM.
8. Hunsley, J., Elliot, K., & Therrien, Z. (2014). The Efficacy and Effectiveness of Psychological Treatments for Mood, Anxiety, and Related Disorders. *Canadian Psychology*, 55, 161-176.



RÉFÉRENCES (suite)



9. Hunsley, J., & Lee, C. M. (2007). Research-informed benchmarks for psychological treatments: Efficacy studies, effectiveness studies, and beyond. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 21-33.
10. Improving Access to Psychological Therapies. Disponible à : <http://www.iapt.nhs.uk/>
11. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet I – Examen des données probantes sur l'efficacité et le coût de la psychothérapie comparativement à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement des adultes atteints de troubles anxieux et dépressifs*. Québec, Qc : INESSS; 2015. 35 p. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/PsychiatriePsychologie/INESSS_Psychotherapie_VoletI_cout_psycho_compare_cout_pharmaco.pdf
12. Myhr, G., & Payne, K. (2006). Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy for mental disorders: implications for public health care funding policy in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 662-670.
13. Provencher, M. D., Hawke, L. D., Bélair, M., Guimond, A.-J., & Baruch, P. (2014). Dissemination of a brief psychoeducational intervention for bipolar disorder in community mental health settings. *International Journal of Clinical Psychiatry and Mental Health*, 2, 93-103.
14. Guimond, A.-J., Provencher, M. D., & Bélair, M. (2013). Traitements cognitifs-comportementaux transdiagnostiques des troubles anxieux : Recension des écrits. *Revue québécoise de psychologie*, 34, 265-293.
15. Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (2007) *A guide to treatments that work*, 3rd ed. New York: Oxford University Press.

