

**Trousse de départ**  
**Programme québécois pour les**  
**troubles mentaux (PQPTM)**

Document à l'intention des intervenants et du  
personnel en soutien clinique

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	1
<b>Section 1 : Le PQPTM</b> .....	2
Mise en contexte .....	2
Lexique .....	3
Les principes phares des bonnes pratiques en santé mentale .....	4
<b>Les 3 piliers</b> .....	5
L'organisation des soins et services .....	5
La mesure clinique en continu .....	6
Le soutien clinique et la formation continue .....	8
<b>Section 2 : Qu'est-ce que ça ajoute dans ma pratique?</b> .....	11
La posture de l'intervenant .....	11
L'analyse réflexive .....	12
<b>Section 3 : Où trouver la documentation?</b> .....	13
<b>Section 4 : Volet clinico-administratif</b> .....	14
Notes évolutives .....	14
Note au dossier .....	14
Analyse des données dossier .....	14
Conservation et transmission des données .....	14
I-CLSC .....	14
La plateforme de soins virtuels (PSV) .....	15
<b>Annexe A</b> .....	16
Orientation du nouvel intervenant .....	16
<b>Annexe B</b> .....	17
La décision partagée .....	17
<b>Annexe C</b> .....	19
Aide-mémoire à l'analyse réflexive .....	19
<b>Annexe D</b> .....	20
Le processus clinique .....	20

## **Introduction**

Cette trousse découle d'un besoin identifié pour soutenir les intervenants et le personnel en soutien clinique dans l'intégration des différents outils déployés dans le cadre du programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM). Globalement, il s'agit d'un document qui résume le programme, guide l'intervenant dans son cursus de formation et fournit des repères pour soutenir l'intégration dans sa pratique. Certaines sections seront révisées en fonction du déploiement.

## Section 1 : Le PQPTM

### Mise en contexte

La nécessité de revoir l'offre de services en santé mentale considérant les besoins et défis croissants de la population a amené l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) à comparer les programmes d'accès aux services en santé mentale existant à travers le monde. La création du PQPTM par le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) s'inspire du programme anglais *Improving access to psychological therapies*<sup>1</sup>(IAPT) vu sa compatibilité avec l'organisation des services au Québec (universel, gratuit, organisé de manière à offrir des soins et services par étapes en fonction des besoins de la personne) et la démonstration faite de son efficacité à l'égard de son efficacité (augmentation du nombre d'utilisateurs traités, délais d'attente réduits et taux de rémission des symptômes traités améliorés). Le PQPTM vise ainsi à garantir à tous les groupes d'âge un accès optimal à une gamme de soins et de services structurés, diversifiés et de qualité. Le déploiement graduel du PQPTM soutient l'amélioration continue ainsi que la consolidation des pratiques cliniques et des trajectoires de services en santé mentale.

### Pourquoi?

- Améliorer l'accès aux soins et services pour les troubles mentaux les plus fréquents;
- Implanter le modèle de soins par étapes;
- Harmoniser la pratique, outiller les intervenants afin de mieux repérer la clientèle, instaurer des mesures cliniques en continu;
- Bonifier et diversifier les interventions reconnues pour leur efficacité afin d'offrir des services mieux adaptés aux choix et aux besoins des personnes.

### Pour qui?

- Personnes de tout âge présentant des symptômes d'un trouble mental fréquent, leur famille et leur entourage.

### Comment?

En mettant l'emphase sur des principes phares des bonnes pratiques en santé mentale :

- Le rétablissement;
- Les soins centrés sur la personne;
- Les soins de collaboration et d'implication des partenaires, incluant la personne, la famille et l'entourage;
- La promotion/prévention et les services de proximité;
- L'estimation de la dangerosité.

### Par qui?

- Les programmes jeunesse et adultes incluant les guichets d'accès, les services généraux, spécifiques, spécialisés et complémentaires;
- Les partenaires du réseau du secteur public, privé ou communautaire (GMF, Centre de services scolaires, milieu carcéral, CRD, etc.).

---

<sup>1</sup> Voir : NHS England : <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/nhs-talking-therapies/#:~:text=The%20NHS%20Talking%20Therapies%2C%20for,anxiety%20disorders%20within%20the%20NHS.>

## Lexique<sup>2</sup>

Le PQPTM permet de favoriser un langage commun dans le continuum de soins et services en santé mentale. Voici certains termes centraux utilisés dans le PQPTM :

Appréciation	Activité qui se définit par une prise en considération des indicateurs (symptômes, manifestations cliniques, difficultés ou autres) obtenus à l'aide d'observations cliniques et de questionnaires.
Autogestion	Actions qu'une personne utilise pour prendre du pouvoir sur sa santé par l'adoption de comportements qui diminuent les symptômes, contribuent à la prévention des rechutes et améliorent le bien-être au quotidien. Par exemple : Aller mieux à ma façon.
Autosoins	Interventions structurées et brèves de faible intensité reposant sur les TCC dans lesquelles la personne s'engage dans le but de traiter par elle-même, avec ou sans accompagnement, ses symptômes anxieux ou dépressifs d'intensité faible à modérée en utilisant du matériel autoportant.
Éducation psychologique	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. Elle peut être utilisée à toutes les étapes du processus de soins et de services.
Mesure clinique en continu	Administration en continue des questionnaires d'appréciation. La fréquence de passation dépend du niveau de soin et des préférences de la personne.
Repérage	Processus de reconnaissance des personnes présentant des manifestations associées à un trouble mental ou qui se trouvent dans une situation susceptible de les faire émerger dans le but de les orienter vers les services appropriés.
Surveillance active	Processus actif d'appréciation des symptômes et du fonctionnement, incluant un suivi et un monitoring dans les deux semaines suivantes. Ce processus inclut des informations sur la nature et l'évolution du trouble, des conseils et du soutien offerts à la personne par le dialogue établi à propos du ou des problèmes présentés et des préoccupations que la personne pourrait avoir à leurs sujets.

<sup>2</sup> Afin de faciliter la lecture du présent document, les références exactes pour chacun des termes n'ont pas été incluses. Les définitions sont inspirées de celles des différents guides de pratique clinique ou à l'intention des établissements produits par le MSSS. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-mentale/programme-quebecois-pour-les-troubles-mentaux/>.

## Les principes phares des bonnes pratiques en santé mentale

Gardez ces principes en tête tout au long de la lecture de ce document, des différentes activités de formation que vous suivrez et dans l'actualisation de vos apprentissages dans votre pratique.

Rétablissement	Processus subjectif non linéaire d'une reprise du pouvoir d'agir d'une personne dans la réponse à ses besoins et l'atteinte de ses buts.
Soins centrés sur la personne	Approche de soins qui tient compte des préférences de la personne, de ses besoins et valeurs afin de soutenir la démarche de décision partagée.
Soins de collaboration et d'implication des partenaires, incluant la personne, la famille et l'entourage	Mode de collaboration entre la personne utilisatrice de services et les professionnels qui l'entourent, tenant compte des expertises et du savoir expérientiel en vue de favoriser son rétablissement, dans une démarche commune.
Promotion/prévention et services de proximité	Processus qui consiste à permettre aux personnes de mieux maîtriser les déterminants de leur santé, de prévenir l'aggravation des symptômes et d'être mieux outillées et autonomes pour y faire face.
Estimation de la dangerosité	Activité qui consiste à déterminer le risque suicidaire, homicidaire ou la menace à l'intégrité de la personne. La gestion de la crise doit être priorisée en assurant la sécurité immédiate dans un premier temps et intervenant conformément aux bonnes pratiques, aux lois, aux politiques et aux procédures en place concernant les personnes qui présentent un danger grave et immédiat pour elles-mêmes ou pour autrui.

## Les 3 piliers<sup>3</sup>

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

### L'organisation des soins et services

Le modèle de soins par étape :

Le modèle de soins et de services par étapes permet une approche personnalisée et graduée pour le traitement des troubles mentaux. Il s'agit d'un cadre qui facilite l'accès à des soins appropriés en fonction des besoins spécifiques des personnes, tout en tenant compte de la gravité des symptômes et de la complexité des situations cliniques. Ce modèle assure également une flexibilité dans le parcours de soins, permettant aux individus d'être orientés au niveau de soins requis de manière non linéaire.

Il identifie les soins et services recommandés les moins intrusifs et les plus efficaces selon les données probantes à jour et révisées régulièrement. Il reconnaît qu'une intensité moindre ne signifie pas une efficacité moindre<sup>4</sup>; l'efficacité reposant plutôt sur le bon niveau de soins selon les besoins et préférences de la personne. Les recommandations respectent les normes éthiques, législatives, scientifiques et économiques qui prévalent au Québec.

Les guides :

Des guides de pratique clinique concernant différents troubles mentaux étayent des interventions recommandées par le *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*. Celles-ci reposent sur des données probantes et un consensus d'experts en plus d'être traduites et adaptées au contexte québécois.

Les guides 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.

Consulter les [guides de pratique clinique](#)

D'autres guides sont également disponibles : des guides à l'intention des établissements en soutien à l'organisation des soins et services et des guides à l'intention de la personne en soutien à sa démarche de rétablissement.

---

<sup>3</sup> [Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie \(PQPTM\)](#)

<sup>4</sup> Menear, M. (2024). Formation PQPTM : Le modèle de soins par étape. Université Laval. Communication offerte dans le cadre de la communauté de pratique PQPTM du MSSS.

## La mesure clinique en continu

Elle consiste à apprécier systématiquement la situation clinique à l'aide de questionnaires validés scientifiquement lorsque des indices associés à un trouble mental sont repérés.<sup>5</sup>

Dans le cadre du PQPTM, les questionnaires utilisés varient selon le trouble mental et la clientèle concernée. Les questionnaires visent à apprécier des symptômes et le niveau de fonctionnement de la personne. L'appréciation est la première activité possible de la démarche évaluative. Cette approche de la mesure, évaluée depuis plusieurs années dans les services de santé mentale, a démontré des effets positifs tant pour la personne que pour les intervenants<sup>6</sup> :

- Elle aide la personne à suivre ses symptômes et à s'impliquer dans son rétablissement, favorisant ainsi sa participation aux traitements et diminuant le risque d'abandon;
- Elle permet aux intervenants d'ajuster les soins et services en fonction de l'évolution et des besoins de la personne, contribuant à renforcer la relation thérapeutique;
- Elle offre également aux établissements des données détaillées pour évaluer l'efficacité et l'amélioration.

Les questionnaires disponibles<sup>7</sup>

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

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

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

<sup>5</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux(MSSS). (2020). Document d'information à l'intention des établissements-Programme québécois pour les troubles mentaux : des auto-soins à la psychothérapie (PQPTM). Gouvernement du Québec.

<sup>6</sup> Société canadienne de psychologie. (2018). Outcomes and Progress Monitoring in Psychotherapy. [https://cpa.ca/docs/File/Task\\_Forces/Treatment%20Progress%20and%20Outcome%20Monitoring%20Task%20Force%20Report\\_Final.pdf](https://cpa.ca/docs/File/Task_Forces/Treatment%20Progress%20and%20Outcome%20Monitoring%20Task%20Force%20Report_Final.pdf)

<sup>7</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux(MSSS). (2020). Document d'information à l'intention des établissements-Programme québécois pour les troubles mentaux : des auto-soins à la psychothérapie (PQPTM). Gouvernement du Québec.

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

Trouble mental	Appréciation des symptômes dépressifs	Appréciation des symptômes spécifiques	Appréciation du niveau de fonctionnement
Appréciation des troubles mentaux	RCADS-25 et RCADS-P-25	RCADS-25 et RCADS-P-25	WSASY et WSAS-P
En appui à la démarche évaluative	RCADS-47 et RCADS-P-47	RCADS-47 et RCADS-P-47	WSAS-Y et WSAS-P
Trouble dépressif	RCADS-25 et RCADS-25	RCADS-25 et RCADS-P-25	WSAS-Y et WSASY-P
Anxiété de séparation	RCADS-MDD et RCADS-P-MDD	RCADS-SAD et RCADS-P-SAD	WSASY et WSASY-P
Anxiété généralisée	RCADS-MDD et RCADS-P-MDD	RCADS-GAD et RCADS-P-GAD	WSAS-Y et WSASY-P
Trouble panique	RCADS-MDD et RCADS-P-MDD	RCADS-PD et RCADS-P-PD	WSAS-Y et WSASY-P
Anxiété sociale	RCADS-MDD et RCADS-P-MDD	RCADS-SP et RCADS-P-SP	WSASY et WSASY-P
Trouble obsessionnel-compulsif	RCADS-MDD et RCADS-P-MDD	RCADS- OCD et RCADS-P-OCD	WSAS-Y et WSASY-P
Trouble de stress post-traumatique	RCADS-MDD et RCADS-P-MDD	CRIES-8	WSAS-Y et WSASY-P

Note : CRIES : *Children's Impact of Events Scale*; GAD : *Generalized Anxiety Disorder*; MDD : *Major Depression Disorder*; OCD : *Obsessive-Compulsive Disorder*; P : *Parent version*; PD : *Panic Disorder*; RCADS: *Revised Child Anxiety and Depression Scale*; SAD: *Separation Anxiety Disorder*; SP : *Social Phobia*; WSAS: *Work and Social Adjustment Scale*; Y: *Youth version*.

### Les repères d'utilisation : administration et analyse

- Le seuil clinique : Score à partir duquel on peut considérer que la personne présente une condition clinique significative selon la sensibilité et la spécificité des questionnaires. Les seuils varient d'un questionnaire à l'autre et ne doivent pas être considérés comme unique point de repère à l'orientation des soins et services<sup>8</sup>.
- L'indice de changement significatif : Différence entre deux scores d'un même questionnaire et d'un même répondant à deux temps de mesure différents. Il permet de mesurer l'ampleur des changements observés chez la personne que ce soit une amélioration, une détérioration ou une stabilité<sup>9</sup>.
- Les questionnaires présentent certaines limites quant à leur utilisation ou leur analyse auprès de populations spécifiques.
- La discussion : L'auto-administration appuie l'importance de contextualiser les résultats à partir du discours de la personne et d'ainsi compléter l'analyse quantitative par une analyse qualitative.

Des aide-mémoires sont disponibles pour soutenir l'utilisation des questionnaires. Pour les trouver, allez dans la section 3 : *Où trouver la documentation ?*

<sup>8</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux(MSSS). (2020). Document d'information à l'intention des établissements-Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM). Gouvernement du Québec.

<sup>9</sup> Idem

## Le soutien clinique et la formation continue

Le PQPTM remet de l'avant l'importance du soutien clinique régulier et de la formation continue des intervenants comme une bonne pratique en santé mentale.

### Soutien clinique

Le soutien clinique est l'un des éléments clés qui permet d'améliorer l'efficacité des traitements. Il favorise le développement continu de compétences chez l'intervenant, permet de dénouer les défis cliniques et est centré sur l'amélioration de la condition de la personne et de la réponse à ses besoins<sup>10</sup>.

Le coordonnateur interprofessionnel (CIP) de votre service ou le spécialiste en activités cliniques (SAC) de votre programme sont des personnes-ressources à consulter pour vous soutenir dans votre pratique. Les révisions de charge de cas, le soutien clinique en groupe ou le co-développement sont des exemples d'opportunités pour poser vos questions, partager vos réflexions et poser un regard sur votre pratique.

Des documents de soutien à la pratique vous sont proposés. Pour les trouver, allez dans la section *Annexes* ou à la section 3 : *Où trouver la documentation?*

### Formations

Le MSSS rend plusieurs formations disponibles sur l'Environnement d'apprentissage numérique (ENA) et la Direction des programmes santé mentale et dépendance du CISSS de Lanaudière propose diverses activités de formation et moyens de soutien complémentaires via l'équipe de déploiement du PQPTM.

Les tableaux suivants présentent les formations offertes sur l'ENA et l'outil Planif pouvant soutenir votre appropriation. Informez-vous à votre gestionnaire pour connaître les formations à compléter et la procédure d'inscription. Dans le tableau *Complémentaire pour tous*, vous trouverez les formations dont les principes sont promus et mis de l'avant dans les bonnes pratiques en santé mentale. D'autres formations seront proposées, lorsque de nouveaux guides de pratique seront déployés par le ministère.

---

<sup>10</sup> Programme québécois pour les troubles mentaux : des auto-soins à la psychothérapie (PQPTM)

<b>Guide pour le parcours d'appropriation au PQPTM</b> <i>Titre de la formation (ctrl+clic pour accéder à la formation)</i>	<b>ENA</b>	<b>Outil planif.</b>
<b>Transversal</b>		
Introduction au PQPTM (20 min) - En cours de révision	✓	
<u>PQPTM - Trouble stress post-traumatique: guide de pratique clinique</u> (1h)	✓	
<u>L'accompagnement des personnes lors d'autosoins en santé mentale</u> (1h30)	✓	
<u>PQPTM Autosoins numériques</u> (2h)		✓
<b>Adulte</b>		
<u>PQPTM - Monitoring en continu de l'évolution clinique des troubles mentaux fréquents chez les adultes</u> (40 min)	✓	
<u>PQPTM Troubles mentaux fréquents: repérer, évaluer et intervenir</u> (3h+consolidation 1h)		✓
<u>Trouble anxiété généralisée et trouble panique TAG-TP Guide de pratique clinique</u> (1h)	✓	
<u>PQPTM Guide d'autosoins: Bien se reposer</u> (2h)		✓
<u>PQPTM Guide d'autosoins: Je m'active, je me sens bien</u> (2h)		✓
<b>Jeunesse</b>		
<u>PQPTM - Trouble dépressif chez les enfants et les adolescents: guide de pratique clinique</u> (1h25) <sup>11</sup>	✓	
<u>PQPTM Trouble dépressif chez les jeunes: repérer, évaluer et intervenir</u> (3h+3h)		✓
<u>PQPTM Éducation psychologique et sommeil chez les jeunes</u> (2h)		✓
<u>PQPTM Éducation psychologique et gestion des émotions chez les jeunes</u> (2h)		✓

<sup>11</sup> Noter qu'une mise à jour de cette formation est disponible depuis juin 2024. Il est recommandé de faire celle-ci si vous avez fait la version précédente.

<b>Complémentaire pour tous</b>		
<u>Favoriser le rétablissement en santé mentale</u> (1h)	✓	
<u>Le consentement aux soins : une démarche clinique évolutive loin d'être banale!</u> (1h35)	✓	
<u>Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus – repérer et appliquer les mesures de protection requises</u> (3h30)	✓	
<u>Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger</u> (10h en ligne+7h en présentiel+3.5h suivi post-formation en groupe)	✓	✓
Intervenir auprès des enfants de 5-13 ans à risque suicidaire – En cours de révision  Guide disponible : <a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003071/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003071/</a>		✓
<u>La pertinence des soins: au cœur de nos pratiques</u> (45 min)	✓	
<u>Initiation à l'entretien motivationnel</u> (2h)	✓	

## Section 2 : Qu'est-ce que ça ajoute dans ma pratique?

### La posture de l'intervenant<sup>12</sup>

Dans les postulats sous-jacents au modèle de soins par étapes, l'intervenant se positionne davantage comme un accompagnateur qui guide la personne selon ses choix et ses préférences dans la trajectoire de soins et services, plutôt qu'en expert.

Mais qu'est-ce que cela signifie avoir un rôle d'accompagnateur?

- Mettre la personne au cœur des soins et services :
  - Est-ce que j'ai réellement écouté et compris les besoins de la personne?<sup>13</sup>
  - Est-ce que la personne a pu exprimer ses besoins, ses préférences, ses valeurs à l'égard de la problématique et des moyens pour l'aider à cheminer vers le rétablissement? A-t-elle pu clarifier son projet de vie?
  - Est-ce que je suis objectif à l'égard de la relation et conscient des enjeux relationnels qui pourraient influencer mon jugement clinique et la relation?
  - Suis-je la bonne personne pour intervenir? Est-ce que j'ai bien compris la demande d'aide pour orienter vers des solutions adaptées et réalisables pour la personne?
  - Est-ce que j'ai proposé les questionnaires auto-administrés et pris le temps de discuter des réponses avec la personne pour bien saisir son point de vue par rapport à sa situation.
  - Est-ce que mon jugement clinique considère le savoir expérientiel exprimé par la personne, ses besoins, ses valeurs, ses préférences et s'appuie sur des données probantes?
  - Est-ce que mon accompagnement favorise l'autodétermination de la personne? (Voir Annexe C) Est-ce que je soutiens la personne ou je la prends en charge? Est-ce que je l'accompagne (ainsi que son entourage) dans l'utilisation de ses ressources et de ses capacités? Est-ce que j'ai envisagé, voire proposé, les autosoins comme moyens utiles afin de susciter une participation active de la personne de même que de sa famille ou de son entourage?
- Partager mes savoirs théoriques et professionnels et considérer les savoirs expérientiels de la personne.
  - Est-ce que la personne a eu l'opportunité d'exprimer son opinion sur ce qu'elle vit, sur l'aide qu'elle aimerait recevoir, sur les moyens qui lui sont proposés?
  - Est-ce que je lui ai exposé différents moyens/traitements reconnus en expliquant les avantages et les inconvénients de chacun pour permettre un consentement libre et éclairé<sup>14</sup>?
  - Y a-t-il un réel dialogue entre la personne et l'intervenant?
  - Est-ce que la communication entre la personne et l'intervenant témoigne de la décision partagée<sup>15</sup>? (voir annexe B)

---

<sup>12</sup> Suggestion de lecture : Paul, M. (septembre 2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*. 110 : 13-20

<sup>13</sup> Certaines questions sont tirées des lignes directrices de OPPQ [https://ordrepsed.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/Lignes-directrices-evaluation-psychoeducative\\_final.pdf](https://ordrepsed.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/Lignes-directrices-evaluation-psychoeducative_final.pdf)

<sup>14</sup> Référez-vous au document interne sur le consentement, aux guides de pratique clinique du PQPTM qui présente les différentes options thérapeutiques reconnues selon le niveau de soins requis et précise comment les présenter à la personne.

<sup>15</sup> NICE. (2021). Shared making decision. NICE guideline NG197. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197>

- Est-ce que l'intervenant actualise sa pratique en fonction des pratiques probantes ou prometteuses?
- Impliquer, en respect des lois et politiques régissant le consentement, la famille et l'entourage de la personne.
  - Est-ce que j'ai demandé à la personne si elle souhaite impliquer un tiers? Est-ce que l'implication de la famille et de l'entourage ainsi que de son apport a été discutée avec la personne? Dans le cas d'un refus initial de la personne elle-même ou du membre de l'entourage, est-ce que ce dialogue a été réitéré en cours de route, et ce, en respect du rythme de chacun? À cet effet, l'entretien motivationnel a-t-il été une stratégie adoptée?
  - Est-ce que la famille ou l'entourage ont eu l'opportunité de poser leur question? D'obtenir de l'information ou de discuter sur leur rôle?
  - Est-ce que la famille ou l'entourage ont eu l'opportunité d'obtenir des réponses en respect des règles de confidentialité et de s'exprimer sur leur besoin dans leur rôle de soutien ou de proposer des moyens pour aider la personne?
  - Est-ce que j'ai proposé les questionnaires auto-administrés et pris le temps de discuter des réponses avec le parent pour bien saisir son point de vue par rapport à la situation de son enfant?

### ***L'image du co-pilote***

*La personne est celle qui se trouve derrière le volant. Elle décide de la destination, du chemin à prendre et de la vitesse de croisière. L'intervenant peut lui conseiller d'ajuster ses rétroviseurs ou l'aider à comprendre le tableau de bord, à voir les angles morts, lui proposer un autre chemin, lui indiquer la vitesse permise et lui refléter ses observations sur la conduite, l'état de la personne ou sur le paysage qui défile pendant la route, mais à part si la personne décide de faire un virage brusque qui s'avérerait dangereux, il lui laisse le contrôle du volant.*

### **L'analyse réflexive**

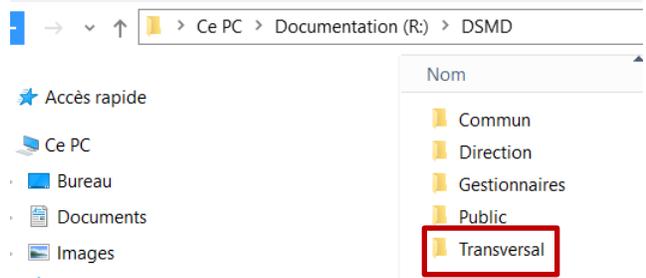
Il s'agit d'analyser ses expériences professionnelles pour mieux comprendre la relation thérapeutique et en tirer des enseignements pour améliorer sa pratique. Cela passe par la prise de conscience des théories, valeurs et présupposés qui influencent son action. En examinant les connexions et réflexions personnelles, on peut identifier les filtres inconscients et présupposés qui façonnent la pratique. Il est également utile de réévaluer la situation sous un autre angle, par exemple du point de la personne aidée<sup>16</sup> (Voir l'annexe C).

---

<sup>16</sup> Danielle Paquette. (2013). Pratique réflexive. (<https://edu1072.telug.ca/janalyse/pratique-reflexive/>); Alexandre, M. et Grisé, X-M (2021). Vous avez dit...démarche réflexive en enseignement ? L'adoption d'une démarche réflexive dans la pratique professionnelle. Observatoire de la formation professionnelle du Québec. <https://observatoirefp.org/portail>.

## Section 3 : Où trouver la documentation?

Vous trouverez l'ensemble de la documentation pour soutenir votre pratique (exemple : guides de pratique clinique, fiches d'aide au repérage, fiches d'éducation psychologique, questionnaires auto-administrés, outils d'intervention, etc.) dans le dossier PQPTM de la section transversale de la DSMD : R:\DSMD\Transversa\PQPTM. Ce dossier est régulièrement mis à jour avec les nouveaux documents ou ceux révisés.

- 
- 
- 

Certains documents se trouvent également dans la section *Professionnels* du [site internet du CISSS de Lanaudière](#).<sup>17</sup>



Québec Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Médias Nous joindre English

Emplois Professionnels

Votre CISSS Liste de soins et services Carrières Documentation

Ressources pour les professionnels

- Gabarits et trajectoire
- Informations nouveaux médecins de famille

Ressources pour les professionnels

- Accueil clinique
- Antibiothérapie
- Ordonnances collectives - Soins infirmiers
- Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM)
- Programme régional TCCL

<sup>17</sup> À noter que des sections s'ajouteront au fil du déploiement de nouveaux guides de pratique clinique et que des mises à jour seront faites périodiquement pour rester fidèles aux bonnes pratiques en fonction des nouvelles données de recherche et en réponse à l'évolution des besoins des intervenants et de leur clientèle.

## Section 4 : Volet clinico-administratif<sup>18</sup>

### Notes évolutives

#### Note au dossier

La note au dossier est une obligation de l'intervenant afin de rendre compte des services rendus. Pour plus d'information, référez-vous au Cadre de référence sur la tenue de dossier.

#### Analyse des données dossier

En plus de rendre compte du travail effectué par le professionnel auprès de la personne, la note au dossier doit contenir l'analyse qualitative des réponses et des résultats globaux aux questionnaires, la discussion avec la personne répondante ainsi que les ajustements qui en découlent, le tout en respect des lois et règlements régissant la confidentialité et le consentement. Lorsqu'un professionnel doit joindre son analyse des résultats au questionnaire, il doit tout de même faire une note au dossier. Pour ce faire, il peut reprendre son texte d'analyse dans la note à même le questionnaire et la compléter avec les autres informations pertinentes.

#### Conservation et transmission des données

Les différents formats de questionnaires offrent tous la possibilité d'enregistrer et de conserver les données brutes de manières inaliénables et inaltérables. Les professionnels doivent se référer à leurs ordres professionnels pour prendre connaissance de leurs obligations concernant la conservation des données brutes. Il est également de sa responsabilité de s'assurer qu'il agit en conformité avec son code de déontologie et les exigences de son ordre professionnel ainsi qu'aux lois et règlements en vigueur régissant la transmission d'informations.

Pour trouver l'aide à la rédaction, allez dans la section 3 :  
*Où trouver la documentation ?*

### I-CLSC

*« Toute intervention avec un usager qui reçoit un service dans le cadre de la trajectoire du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) devra être codifiée avec le profil 411 - PQPTM dans votre statistique. Il est de la responsabilité de l'intervenant d'utiliser le bon code de profil selon la trajectoire utilisée pour l'usager »<sup>19</sup>.*

Référez-vous au guide de saisie de votre programme pour connaître les actes qui s'inscrivent dans les recommandations cliniques du PQPTM, lors de l'assignation d'un dossier.

Votre CIP peut soutenir l'application de la saisie statistique.

---

<sup>18</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux(MSSS). (2020). Document d'information à l'intention des établissements-Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM). Gouvernement du Québec.

<sup>19</sup> Guide de saisi I-CLSC PQPTM disponible au : [https://www.ciasss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/ciasss\\_lanaudiere/Professionnels/PQPTM/Outils/ICLSC\\_PQPTM.pdf](https://www.ciasss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/ciasss_lanaudiere/Professionnels/PQPTM/Outils/ICLSC_PQPTM.pdf)

## **La plateforme de soins virtuels (PSV)**

La PSV est une application provinciale en déploiement graduel à travers le continuum qui favorisera les échanges interprofessionnels tout en permettant de suivre l'évolution de la situation de la personne. De plus, elle offrira éventuellement un portail spécifique aux personnes utilisatrices de services. Les questionnaires d'appréciation du PQPTM s'y retrouvent.

Informez-vous auprès de votre gestionnaire afin de savoir si la PSV est déployée dans votre équipe. Le cas échéant, privilégier l'utilisation de celle-ci lorsque la personne y consent. Autrement, continuez d'utiliser les questionnaires dans le format habituel.

L'équipe de déploiement du PQPTM est responsable de l'atelier d'appropriation à la PSV qui vise à se familiariser avec ses fonctionnalités et son utilisation. Informez-vous auprès de votre gestionnaire pour connaître la procédure d'inscription à l'atelier et à la plateforme.

Des documents de soutien à l'utilisation de la PSV sont disponibles.  
Pour les trouver, allez dans la section 3 : *Où trouver la documentation ?*

## Annexe A

### Orientation du nouvel intervenant

- Remettre la trousse de départ pour lecture au nouvel intervenant en expliquant brièvement le PQPTM
- Rencontrer l'intervenant pour soutenir sa compréhension du PQPTM et planifier les formations à réaliser en débutant par celles-ci :
- Compléter les formations de base. Informez-vous à votre gestionnaire pour connaître les formations à compléter et la procédure d'inscription.

<b>Transversale</b>	✓
Introduction au PQPTM ( ENA 20 min) - En cours de révision	
<b>Adulte</b>	
<u>PQPTM – Monitoring en continu de l'évolution clinique des troubles mentaux fréquents chez les adultes</u> (ENA 40 min)	
<u>PQPTM – Trouble mentaux fréquents : repérer, évaluer et intervenir</u> (PLANIF 3 h+consolidation 1 h)	
<b>Jeunesse</b>	
<u>PQPTM – Trouble dépressif chez les enfants et les adolescents : guide de pratique clinique</u> (ENA 1 h 25)	
<u>PQPTM Trouble dépressif chez les jeunes: repérer, évaluer et intervenir</u> ( PLANIF 3h+3h)	

- Contacter l'équipe de déploiement PQPTM pour planifier l'atelier d'appropriation à l'utilisation de la PSV (si utilisé dans votre secteur)
- Planifier la suite des formations pertinentes et les besoins de soutien en fonction des attentes du service.

## Annexe B

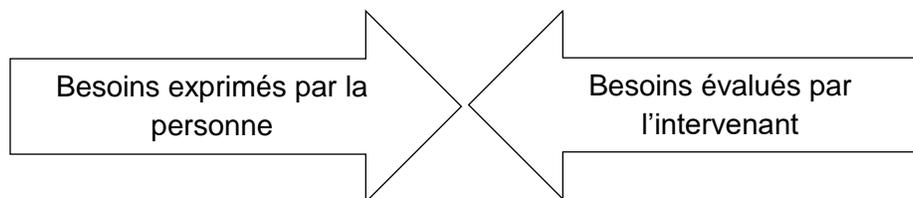
### La décision partagée

La décision partagée est un processus en continu permettant à la personne d'être impliquée tout au long de sa démarche de rétablissement. Ce travail collaboratif entre la personne et l'intervenant permet d'arriver à une décision commune quant aux soins qui seront donnés en fonction autant des données probantes que des préférences, croyances et valeurs de la personne. La personne peut ainsi décider de ce qui est la meilleure option pour elle à ce moment, incluant l'option de choisir de ne pas recevoir de soins ou ne rien changer à ce qu'elle fait actuellement.

#### Fait intéressant!

En aucun cas on ne parle de refus de traitement, mais plutôt du choix de la personne de n'apporter aucun changement ou de ne choisir aucune option. Cela ramène à la posture d'accompagnateur et à l'importance de la réflexivité de l'intervenant.

La décision partagée c'est une rencontre entre :



**La théorie de l'autodétermination** s'appuie sur trois besoins fondamentaux de la personne : le besoin de compétence, d'autonomie et d'appartenance sociale. Ceux-ci sont reconnus dans la littérature comme des déterminants d'une bonne santé mentale et d'un sentiment d'accomplissement chez la personne.  
(Deci et Ryan, 2016 dans OPPQ, 2024)

### Questions pour soutenir une décision partagée

Celles que la personne peut poser à l'intervenant :

- Quelles sont les options?
- Quels sont les risques et bénéfices de ces options?
- Comment pouvons-nous prendre ensemble une décision qui me convient?

Celles que l'intervenant doit se poser<sup>20</sup> :

- Quel est le degré d'importance que j'accorde à la perception de la personne sur sa situation?
- Est-ce que la personne est en mesure de nommer son point de vue? D'exprimer ses attentes, ses préoccupations?

<sup>20</sup> Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2024). L'évaluation psychoéducatrice de la personne en difficulté d'adaptation. Lignes directrices.

- Est-ce que la personne est écoutée?
- Est-ce que les particularités liées au contexte culturel de la personne sont prises en compte?

### Décision partagée, mais aussi éclairée!

Utiliser	Valider	Énoncer	Expliquer
Un langage adapté	La compréhension de la personne incluant les risques, bénéfiques et conséquences possibles des différentes options, incluant celle de ne rien faire, à partir de l'échange et des informations partagées.	Clairement la décision prise afin de s'assurer d'une compréhension commune avec la personne (ce qui a été convenu, ce qui va se passer après, durée du service, moment où il y aura révision du plan).	La possibilité de revenir sur sa décision à tout moment.

### Impacts d'une décision partagée :

- Meilleure satisfaction en regard de la décision prise
- Meilleure compréhension des risques et bénéfices
- Meilleure communication entre la personne et le professionnel, sentiment « d'être entendu »
- Meilleure relation de confiance entre la personne et le professionnel

Accepter et reconnaître que le choix, l'orientation prise par la personne et son entourage peut différer du celui du professionnel.

### Ressources pour aller plus loin et s'outiller

- L'outil : *Guide personnel d'aide à la décision (Ottawa)*
- Le site de l'Université Laval pour aller plus loin : Boîtes à décision
  - Le test SURE : Identifier les besoins décisionnels de la personne et y répondre
- Consultez la vidéo de l'INESSS : Soutenir la décision partagée
- *Le «three-talk model» à 3 étapes : Choice, option, decision*<sup>21</sup>
- *Les techniques Chunk and check et Teach back : Donner de l'information, confirmer la compréhension*<sup>22</sup>

La décision partagée s'inscrit dans les pratiques collaboratives, il est donc pertinent de concevoir ce concept avec la personne, mais aussi les autres partenaires. Il a été démontré que les facteurs comme l'âge, l'ethnicité, la religion et la culture sont des facteurs exerçant une influence sur la communication entre les professionnels (American Psychiatric Association, 2016).

<sup>21</sup> <https://www.bmj.com/content/359/bmj.j4891> et <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29109079/>

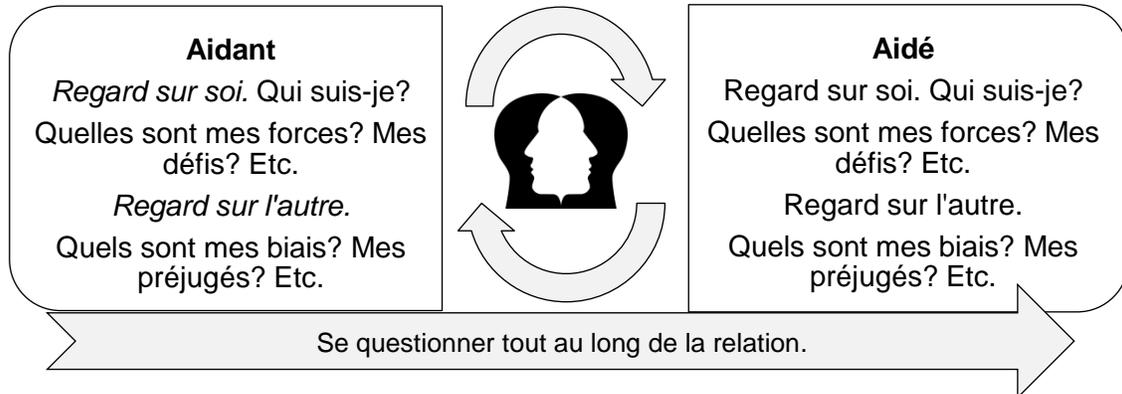
<sup>22</sup> <https://www.ahrq.gov/sdm/share-approach/index.html> et <https://www.healthliteracyplace.org.uk/toolkit/techniques/chunk-and-check/#:~:text=To%20implement%20the%20chunk%20and,for%20understanding%20before%20moving%20on.>

## Annexe C

### Aide-mémoire à l'analyse réflexive<sup>23</sup>

L'analyse réflexive implique de reconnaître les attitudes relationnelles impliquées dans la relation thérapeutique et d'avoir une bonne connaissance de soi pour comprendre les interactions entre l'aidant et l'aidé et ainsi réfléchir à sa pratique. N'oublions pas que l'aidé porte aussi un regard sur l'aidant.

#### La connaissance de soi



Exemples de questionnements:

- Est-ce j'accorde trop d'importance à certaines informations?
- Est-ce que je minimise l'impact de certaines informations?
- Est-ce que j'accorde toute mon attention à la situation particulière et unique qui est devant moi, à la fois semblable à d'autres situations rencontrées (mon expérience) et différentes de celles-ci (ouverture, écoute)?
- Est-ce que j'ai involontairement certains préjugés en lien avec certaines problématiques? Situations?
- Est-ce que cette situation me touche différemment, en lien avec mon histoire de vie personnelle?

Avoir une pratique réflexive ne se réduit pas à porter un regard sur nos savoirs et savoir-faire, mais aussi sur les émotions ressenties par l'aidant durant l'interaction et les motivations derrière les actions professionnelles posées. Tel que rapporté par Lafantaisie et Roy (2023 dans OPPQ, 2022), il s'agit d'apporter autant d'importance à l'analyse des faits que de ce qui n'en est pas.

Exemples de questions à se poser :

- Quelles sont les rapports de forces et intérêts dans cette situation?
- Est-ce que certaines de mes valeurs sont confrontées dans la situation?
- Dans ma pratique, est-ce que je prends des moyens pour analyser mes actions professionnelles?
- Est-ce que je suis capable de prendre en compte les avis contraires aux miens afin de bonifier mes réflexions.

<sup>23</sup> Tirées des lignes directrices de l'OPPQ [https://ordrepsed.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/Lignes-directrices-evaluation-psychoeducative\\_final.pdf](https://ordrepsed.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/Lignes-directrices-evaluation-psychoeducative_final.pdf)

## Annexe D

### Le processus clinique

Principes directeurs guidant le processus	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confidentialité</li> <li>• Consentement libre et éclairé</li> <li>• Implication de la famille et l'entourage</li> <li>• Approche axée sur le rétablissement</li> <li>• Décision partagée</li> <li>• Application des lois en vigueur et respect des codes déontologiques</li> <li>• Prendre le temps d'établir une relation thérapeutique</li> <li>• S'assurer de donner de l'information adaptée à la personne</li> <li>• Analyse réflexive</li> </ul>	
Étapes	Actions
Accueil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyser la demande (besoins, préférences, attentes, motivations, etc.)</li> <li>• Repérer (fiche d'aide au repérage en soutien)</li> </ul>
Démarche évaluative	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprécier les symptômes et le fonctionnement à l'aide des questionnaires et valider l'expérience de la personne.</li> <li>• Estimer la dangerosité (automutilation, comportements autodestructeurs et idées suicidaires).</li> <li>• Détecter un trouble ou problème concomitant (consommation, négligence, abus, intimidation, tr apprentissage, etc.).</li> <li>• Recueillir des données incluant les antécédents de troubles mentaux et familiaux, la situation sociale, occupationnelle et familiale incluant la qualité des relations.</li> <li>• Considérer les facteurs liés à l'origine ethnique et à la culture.</li> <li>• Orienter pour une évaluation du trouble mental au besoin.</li> </ul>
Orientation/ Élaboration du PI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convenir des objectifs et des moyens d'intervention en collaboration et en fonction des besoins de la personne.</li> <li>• Intervenir en priorité sur les comportements autodestructeurs et des idées suicidaires s'il y a lieu.</li> <li>• Identifier le niveau de soins requis.</li> <li>• Considérer la motivation à s'engager et le niveau d'implication nécessaire. Utiliser l'entretien motivationnel au besoin.</li> <li>• Élaborer le PI - présenter les options thérapeutiques (guide de pratique clinique disponible pour soutenir) et analyser les risques et bénéfices de chacune des options.</li> <li>• Prendre en considération la réponse aux traitements antérieurs s'il y a lieu.</li> </ul>
Mise en œuvre du PI/Suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir de l'éducation psychologique.</li> <li>• Actualiser les moyens prévus au PI.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Effectuer la mesure clinique en continu incluant la validation de l'expérience de la personne.</li> </ul>
Évaluation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>Révisé de PI: ajuster les objectifs ou les moyens ou élaborer de nouveaux objectifs à partir des résultats de l'évaluation en continu incluant la mesure clinique.</li> <li>Réévaluer les progrès et les besoins avec la personne à partir de la mesure clinique en continu et de la validation de son expérience.</li> <li>Collaborer avec les partenaires. Élaborer un PSI/PII au besoin.</li> </ul>
Fin de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire un bilan</li> <li>Élaborer avec la personne, sa famille et son entourage un plan de prévention de la rechute.</li> <li>Référer au besoin de la personne et/ou sa famille et son entourage vers d'autres ressources dans la communauté.</li> <li>Orienter la personne vers un autre service (niveau de soin ou service) si besoin résiduel, si augmentation ou diminution de l'intensité des services est requis.</li> <li>Mettre fin au suivi.</li> </ul>

### Outil de soutien à la révision du processus clinique.

Contexte d'utilisation : Lors d'une discussion de cas clinique ou d'une démarche d'évaluation individuelle de sa pratique, il peut être intéressant d'utiliser les pistes de réflexion suivantes pour s'assurer que l'intervention offerte répond aux besoins de la personne, sa famille et son entourage, en fonction du modèle de soins par étape.

Principe	Piste de réflexions
 <p><b>Interventions fondées sur les données probantes</b> Se référer aux guides de pratique clinique ou synthèse pour les recommandations. Cela n'exclut pas d'autres pratiques professionnelles probantes.</p>	<p>Sur quoi est basée l'intervention proposée? Quelles sont les bonnes pratiques possibles selon les besoins identifiés? Qui peut offrir cette intervention?</p>
 <p><b>Soins personnalisés</b> Offrir les choix possibles dans l'offre de service afin d'adapter le plus possible l'intervention aux besoins du jeune et de sa famille.</p>	<p>Est-ce que les options d'interventions ont été présentées/proposées et expliquées? Est-ce que le jeune et sa famille/entourage ont exprimé une préférence face aux interventions proposées, aux modalités, etc?</p>
 <p><b>Interventions les moins intenses possible</b> En fonction des besoins ciblés, identifier les interventions possibles qui imposent le moins lourd fardeau à la personne et au service.</p>	<p>Est-ce que l'intensité de l'intervention proposée est appropriée aux besoins? (nombre d'intervenants impliqués, déplacements nécessaires de la personne ou de l'intervenant, durée des rencontres, etc.)</p>
 <p><b>Les soins s'adaptent en fonction de la réponse au traitement</b> Utilisation de la mesure clinique à l'aide des outils validés afin de faire une surveillance régulière de l'évolution des symptômes, du fonctionnement, des effets indésirables et de l'adhésion à l'intervention. Cela permet de suivre l'évolution et de s'ajuster rapidement.</p>	<p>Est-ce que les questionnaires de repérage ou d'appréciation ont été utilisés? À quels moments? Quelle analyse peut être faite à partir des résultats et des éléments observés/recueillis? Est-ce qu'on observe une amélioration? un maintien? une détérioration? Est-ce que des ajustements sont nécessaires (ex : prévoir la fin du suivi, modifier les moyens ou objectifs, espacer les rencontres, collabo avec autre service, etc.)</p>

Inspiré de la présentation *Formation PQPTM : Le modèle de soins par étapes* de Matthew Menear, PhD Chercheur, VITAM Centre de recherche en santé durable.

Pour trouver cet outil, allez dans la section 3 : *Où trouver la documentation ?*

**Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de Lanaudière**

**Québec** 

**Production :** Direction des programmes santé mentale et  
dépendance; Équipe de déploiement du PQPTM  
(mai 2025)