



# GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT

---

Pour l'implantation  
des soins en étapes  
en troubles de la personnalité

Dans le présent document, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Nous autorisons l'impression de ce document à des fins personnels.

Mai 2021

## **Production**

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2021

Tous droits réservés.

Dépôt légal, 2021

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-89254-0 (PDF)

## **Auteurs**

Marc Tremblay, chef de programme, Équipe de traitement première ligne à Charlesbourg et Des Rivières et Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean, Direction des programmes Santé mentale et Dépendances-volet services spécifiques et spécialisés (DSMD)

Audrey Duchesne, agente de planification, de programmation et de recherche, Service des pratiques de pointe et des mandats nationaux, Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU)

## **Comité de projet de la pratique de pointe et relecture**

Audrey Duchesne, agente de planification, de programmation et de recherche, Service des pratiques de pointe et des mandats nationaux, DEAU

Martine Gervais, usagère partenaire

Nadia L'Heureux, psychologue et coordonnatrice professionnelle, Équipe de traitement première ligne, DSMD

Sonia Levasseur, psychoéducatrice et coordonnatrice professionnelle, Équipe de traitement première ligne, DSMD

Claudia Savard, Ph. D., psychologue et professeure agrégée, Université Laval; chercheure, Centre de recherche CERVO; chercheure régulière, Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS)

Marie-Claude Savard, travailleuse sociale et coordonnatrice professionnelle, Équipe de traitement première ligne, DSMD

Marie-Lylian Simard, psychologue et coordonnatrice professionnelle, Équipe de traitement première ligne, DSMD

Marc Tremblay, chef de programme, Équipe de traitement première ligne à Charlesbourg et Des Rivières et Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean, DSMD

## **Révision linguistique**

Anne-Marie Tourville, technicienne en administration, DEAU

## **Mise en page**

Karine Binette, technicienne en arts graphiques, DEAU

Edith Ramos Lau, technicienne en communication, DEAU

## **Acteurs ayant collaboré au développement du modèle (2016-2017)**

Amélie Auclair, psychologue, Équipe de traitement première ligne, DSMD

Johanne Boutet, coordonnatrice, Centre Entraides-Émotions

Isabelle Bureau, psychologue, Équipe de traitement première ligne, DSMD

Renée-Claude Dompierre, psychologue, Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean, DSMD

Louise Gauthier, psychologue, Équipe de traitement première ligne, DSMD

Martine Gervais, usagère partenaire

Christian Jacques, infirmier clinicien, Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean, DSMD

Sonia Levasseur, psychoéducatrice, Soutien d'intensité variable, DSMD

Jocelyne Moisan, psychologue, Équipe de traitement première ligne, DSMD

Caroline Pageau, travailleuse sociale, Soutien d'intensité variable, DSMD

Marie-Claude Savard, travailleuse sociale et coordonnatrice professionnelle, Équipe de traitement première ligne, DSMD

Gina Tremblay, travailleuse sociale et coordonnatrice professionnelle, Soutien d'intensité variable, DSMD

Dr Evens Villeneuve, psychiatre responsable, Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean, DSMD

Nous remercions tous les intervenants des équipes de traitement première ligne du CIUSSS de la Capitale-Nationale qui ont participé à l'actualisation et à la mise en œuvre du continuum de services en trouble de la personnalité.

## **Gestionnaires qui ont permis le développement et l'implantation du modèle (2017-2018)**

Nancy Biron, cheffe de programme, Équipe de traitement première ligne Basse-Ville, Haute-Ville, Limoilou et de la clinique spécialisée en troubles anxieux, DSMD

Hélène Gendreau, cheffe de programme, Équipe de traitement première ligne Beauport et de la clinique spécialisée en troubles de l'humeur, DSMD

Rodrigue Côté, directeur adjoint, Volet maintien dans la communauté, DSMD

Claudine Lemay, directrice adjointe, Volet services spécifiques et courants, DSMD

Sylvie Lessard, cheffe de programme, Équipe de traitement première ligne de Jacques-Cartier, Sainte-Foy et Des Rivières, DSMD

## **Formateurs qui ont soutenu le développement de la pratique**

Geneviève Beaupré, travailleuse sociale et psychothérapeute, Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean, DSMD

Line Rochette, travailleuse sociale, Équipe de traitement première ligne, DSMD

Rachel Roy, psychologue, Équipe de traitement première ligne, DSMD

Claudia Savard, Ph. D., psychologue et professeure agrégée, Université Laval; chercheure, Centre de recherche CERVO; chercheure régulière, Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS)

Marc Tremblay, chef de programme, Équipe de traitement première ligne, Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean, DSMD

Laurence Viau-Guay, psychologue, Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean, DSMD

# Table des matières

Liste des abréviations.....	10
Faits saillant du modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité du CIUSSS de la Capitale-Nationale .....	11
<b>Introduction.....</b>	<b>13</b>
À qui s'adresse le guide?.....	13
Les objectifs du guide.....	14
Comment utiliser ce guide.....	14
<b>Section 1 : Pertinence du modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité du CIUSSS de la Capitale-Nationale .....</b>	<b>15</b>
Qu'est-ce qu'un modèle de soins en étapes? .....	15
Un modèle fondé sur les meilleures pratiques d'intervention en troubles de la personnalité.....	17
Les forces du modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité du CIUSSS de la Capitale-Nationale .....	19
<b>Section 2 : Description du modèle de soins en étapes pour les troubles de la personnalité du CIUSSS de la Capitale-Nationale .....</b>	<b>20</b>
Les trajectoires de service.....	20
Monitoring en continu .....	22
Services offerts.....	23
Niveau 1 : Services généraux.....	24
Niveau 2 : Services spécifiques.....	24
Personnalité et ses composantes.....	25
<i>Good Psychiatric Management (GPM)</i> .....	25
Niveau 3 : Services spécifiques intensifs .....	25
Programme comportemental dialectique (TCD).....	25
Programme mentalisation (TBM).....	26
Groupe expressif.....	26
Psychothérapie individuelle.....	26
Clinique externe en psychiatrie générale.....	27
Niveau 4 : Services en clinique spécialisée .....	27
Évaluation spécialisée.....	27
<i>Good Psychiatric Management (GPM)</i> .....	27
Psychothérapie focalisée sur le transfert (TFT) .....	27
Psychothérapie de mentalisation (TBM).....	28
Réadaptation .....	28
Suivi psychiatrique.....	28
Adaptation pour certaines clientèles particulières.....	28

Organisation des services sur le territoire.....	29
Mécanismes de coordination.....	30
Collaboration interprofessionnelle .....	30
Limites du modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité du CIUSSS de la Capitale-Nationale.....	32
<b>Section 3 : Planter un modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité.....</b>	<b>33</b>
Étape 1 : La planification et le contexte de départ .....	36
Étape 2 : Les choix.....	39
Adaptation du modèle de soins en étapes à d'autres contextes .....	41
Étape 3 : Planifier les mécanismes de coordination et les trajectoires de services.....	44
Étape 4 : L'implantation.....	47
Implantation des services, des trajectoires et des mécanismes de coordination.....	47
Outiller les intervenants .....	48
Gestion du changement.....	52
Étape 5 : Suivi d'indicateurs et amélioration continue .....	55
Suivi d'indicateurs.....	55
Mécanismes d'amélioration en continu .....	57
Sur le plan local : Caucus d'amélioration continue .....	57
Sur le plan régional : Comité d'amélioration continue de l'offre de service.....	58
Composition et fonctionnement du comité d'amélioration continue.....	58
<b>Conclusion.....</b>	<b>60</b>
Bibliographie.....	61

## Annexes

Annexe 1 : Formations et outils disponibles.....	69
Annexe 2 : Problématique : les troubles de la personnalité, un enjeu de santé publique.....	70
Annexe 3 : Outils d'aide à la décision.....	71
Annexe 4 : Définition des modalités de coordination et de soutien.....	91
Annexe 5 : Méthodologie de l'évaluation d'implantation.....	92
Annexe 6 : Synthèse du modèle de soins en étapes pour les troubles de la personnalité du CIUSSS de la Capitale-Nationale.....	93
Annexe 7 : Les rencontres RE.P.E.R.E. ....	94
Annexe 8 : Versions originales anglaises.....	96
Annexe 9 : Comité régional de coordination des cas complexes.....	97
Annexe 10 : Le cycle du changement.....	98
Annexe 11 : Exemple de rapport de monitoring en continu.....	99



## Figures

Figure 1 : Modèle de soins en étapes des troubles de la personnalité — Clientèle.....	23
Figure 2 : Modèle de soins en étapes des troubles de la personnalité — Services.....	24
Figure 3 : Modèle de collaboration interprofessionnelle utilisé au CIUSSS de la Capitale-Nationale.....	31
Figure 4 : L'exemple de Charlevoix.....	41
Figure 5 : Processus de développement et de maintien des compétences du CIUSSS de la Capitale-Nationale.....	51
Figure 6 : Processus d'amélioration continue.....	58

## Tableaux

Tableau 1 : Un modèle fondé sur les meilleures pratiques - synthèse.....	17
Tableau 2 : Meilleures pratiques pour le traitement de comorbidités spécifiques.....	22
Tableau 3 : Synthèse des étapes d'implantation.....	33
Tableau 4 : Le choix des modalités.....	42
Tableau 5 : Les outils sélectionnés pour le monitoring en continu.....	43
Tableau 6 : Modèle de formation sur les interventions en troubles de la personnalité.....	49
Tableau 7 : Indicateurs d'implantation.....	55
Tableau 8 : Indicateurs de processus.....	56
Tableau 9 : Indicateurs de performance.....	56

## Encadrés

Encadré 1 : Caractéristiques des soins et des services de qualité.....	15
Encadré 2 : Définition des troubles mentaux fréquents.....	20
Encadré 3 : Coconstruire avec des usagers partenaires.....	36
Encadré 4 : Définir les zones de pouvoir des intervenants.....	37
Encadré 5 : Dresser le portrait de la situation actuelle.....	37
Encadré 6 : Critères pour le choix des interventions.....	39
Encadré 7 : L'importance d'un cadre clinique clair.....	40
Encadré 8 : Exemples de questions à poser pour baliser la fin de services.....	45
Encadré 9 : « Transfert toxique » dans les services en troubles de la personnalité : épreuve de l'intégrité des intervenants.....	48
Encadré 10 : Quelques stratégies à utiliser pour la gestion du changement.....	53
Encadré 11 : Le calcul de l'indicateur des abandons.....	56
Encadré 12 : Le défi de l'harmonisation.....	57

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

APA	<i>American Psychological Association</i>
CISSSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale
CRDS	Centre de répartition des demandes de spécialistes
DI-TSA-DP	Déficience intellectuelle - trouble du spectre de l'autisme – déficience physique
DSMD	Direction des Programme Santé mentale et Dépendances
FEJ	Famille enfance jeunesse
GASMA	Guichet d'accès en santé mentale adulte
GMF	Groupe de médecine de famille
GPM	<i>Good Psychiatric Management</i>
ICASI	Infirmière clinicienne assistant au supérieur immédiat
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
MEL	Module d'évaluation et liaison
MSRP	Médecin spécialiste répondant en psychiatrie
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OASIS	<i>Overall Anxiety Severity and Impairment Scale</i>
PASM	Plan d'action en santé mentale
PESC	Personnalité et ses composantes
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire - 9</i>
PSI	Plan de service individualisé
QFS	Questionnaire sur le fonctionnement social
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SAPAS	<i>Standardized Assessment of Personality - Abbreviated Scale</i>
SCM	<i>Structured Clinical Management</i>
STEPPS	<i>Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving</i>
SPG	Services psychosociaux généraux
TFT	Psychothérapie focalisée sur le transfert
TCD	Thérapie comportementale dialectique
TBM	Thérapie basée sur la mentalisation
TPL	Trouble de la personnalité limite

# FAITS SAILLANT DU MODÈLE DE SOINS EN ÉTAPES EN TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ DU CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE

- › Le modèle de soins en étapes représente un modèle de hiérarchisation des services pertinent pour une clientèle ayant des besoins en lien avec un trouble de la personnalité;
- › Il intègre les principes du moindre fardeau et de la révision planifiée;
- › Il se fonde sur une approche populationnelle de réponse aux besoins;
- › Il se base sur les meilleures pratiques en intervention auprès de cette clientèle;
- › Il préconise des mécanismes de coordination et de soutien;
- › Le modèle proposé est reconnu comme une pratique de pointe :
  - Il est innovant;
  - Il se base sur un créneau d'expertise de l'établissement;
  - Il a été développé en collaboration avec la recherche;
  - Il a fait l'objet d'une évaluation rigoureuse;
  - Il fait l'objet de transfert de connaissances tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement.
- › Le modèle de soins en étapes propose quatre niveaux d'interventions probantes dans un continuum de traitement;
- › Il intègre les approches cliniques cohérentes orientées sur la thérapie comportementale dialectique (TCD), la thérapie basée sur la mentalisation (TBM), la psychothérapie focalisée sur le transfert (TFT) et *Good Psychiatric Management* (GPM);

## POINTS FORTS

- Modèle intégrant des approches cliniques probantes et cohérentes;
- Soutien clinique et coordination;
- Les résultats de l'implantation indiquent que :
  - Les usagers rapportent un niveau de satisfaction global de 87,3 %;
  - 89 % des usagers rapportent que leurs difficultés ont diminué;
  - 87,3 % affirment avoir amélioré leur fonctionnement;
  - 95,3 % d'entre eux ont le sentiment que le service reçu correspondait à leur besoin;
  - L'accès aux services spécialisés est grandement facilité;
  - Les délais d'attente ont grandement diminué;
  - Le nombre d'usagers pris en charge annuellement a augmenté.

## À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

- La définition des zones de négociation et de pouvoir lors du développement et de l'implantation;
- La vitesse et l'ampleur de l'implantation;
- La communication et la gestion du changement;
- La mise en place du monitoring en continu;
- La fin des suivis.

- > Une stratégie d'implantation basée sur l'expérience du CIUSSS de la Capitale-Nationale comprend :
- La planification et le contexte de départ;
  - Les choix;
  - La planification des trajectoires de services et des mécanismes de coordination;
  - L'implantation des services, des trajectoires et des mécanismes de coordination;
  - Le suivi d'indicateurs et les processus d'amélioration continue.

## INTRODUCTION

Dans la foulée de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) de 2015, il est apparu essentiel pour le CIUSSS de la Capitale-Nationale de restructurer les services en santé mentale adulte afin qu'ils correspondent davantage à la vision du Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020, principalement en ce qui a trait à la hiérarchisation des soins. C'est ainsi que s'est amorcé un grand chantier de travail pour développer trois continuums de services basés sur le modèle de soins en étapes : troubles anxieux, troubles de l'humeur et troubles de la personnalité. Si les soins en étapes étaient reconnus comme un modèle de hiérarchisation efficace pour les troubles de l'humeur et les troubles anxieux (Wilson, 2011), il n'était qu'évoqué dans la littérature en ce qui concerne les troubles de la personnalité.

Le modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité développé au CIUSSS de la Capitale-Nationale est reconnu comme une pratique de pointe, c'est-à-dire que la pratique est innovante, basée sur un créneau d'expertise de l'établissement, a été développée en collaboration avec la recherche, a été évaluée, et a fait l'objet de transfert de connaissances tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement. Il est le fruit d'un effort important et soutenu des équipes en santé mentale du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

À notre connaissance, c'est le premier modèle de soins en étapes complet en troubles de la personnalité au Québec, c'est-à-dire qu'il inclut le continuum de services en entier (traitement/réadaptation et gestion de crise), des services généraux (groupes de médecine de famille [GMF]) aux services spécialisés de psychiatrie, en passant par les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les organismes communautaires. Il comporte des mécanismes de coordination définis afin de faciliter la fluidité entre les différents niveaux de services, et des mécanismes de soutien au développement et au maintien des compétences des intervenants ont été mis en place afin de soutenir l'implantation et sa pérennisation.

Ce modèle de soins en étapes concerne toutes les personnes qui présentent un trouble de la personnalité<sup>1</sup> ou des difficultés sur le plan de la personnalité et des relations, qu'elles aient un diagnostic ou non. Afin d'alléger le texte, nous utiliserons l'expression « troubles de la personnalité » pour désigner toutes ces présentations.

L'intervention auprès de cette clientèle diffère par ses approches cliniques centrées sur la responsabilisation et le soutien à l'autonomie. Pour répondre à ses besoins, il importe d'avoir une offre de service et des trajectoires cohérentes. Ainsi, un modèle de soins en étapes en trouble de la personnalité prend en considération les différents enjeux et difficultés qu'il faut relever pour offrir des services de qualité et efficaces. Nous avons le plaisir de partager le modèle et les connaissances développés dans ce processus afin de le rendre accessible aux autres établissements du réseau.

### À qui s'adresse le guide?

Ce guide s'adresse aux gestionnaires et aux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux qui souhaitent implanter un modèle de soins en étapes pour les troubles de la personnalité afin d'améliorer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services. Bien que ce modèle ait été développé dans un contexte urbain, il se veut transposable dans d'autres contextes, tel qu'en fait foi l'application dans deux réseaux locaux de services de la Capitale-Nationale, soit Portneuf et Charlevoix. Des pistes pour adapter le modèle sont également présentées dans ce guide.

<sup>1</sup> Voir l'annexe 2 pour un portrait de la problématique concernant les troubles de la personnalité.

## Les objectifs du guide

En sachant que les milieux évoluent dans des contextes organisationnels et cliniques différents, nous espérons avec ce guide :

- › Proposer un modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité;
- › Aider à le mettre en œuvre en partageant notre expérience;
- › Identifier quelques pièges à éviter;
- › Souligner les meilleurs résultats obtenus;
- › Inspirer l'organisation de vos services.

## Comment utiliser ce guide

Ce guide comporte trois sections. La première met en lumière les bases et les forces du modèle vous permettant ainsi de vous positionner sur la pertinence d'implanter le modèle dans votre organisation.

La deuxième section présente le modèle tel qu'il est implanté au CIUSSS de la Capitale-Nationale, avec toutes ses composantes et ses rouages. Il peut être implanté tel quel ou être adapté en fonction de vos besoins.

Finalement, la troisième section propose un mode d'emploi pour implanter et adapter le modèle dans votre milieu. Forts de notre expérience, nous y proposons des pistes pour que l'implantation se déroule avec succès. Nous proposons des exemples et plusieurs outils. Une évaluation d'implantation a été réalisée et les résultats ont grandement nourri les recommandations proposées.

## SECTION 1

# PERTINENCE DU MODÈLE DE SOINS EN ÉTAPES EN TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ DU CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE



Cette section vous permettra de mieux comprendre la pertinence d'implanter ce modèle dans votre milieu et de justifier ce choix. Elle comporte :

- > Les principes et composantes des modèles de soins en étapes;
- > La correspondance entre les meilleures pratiques d'intervention en troubles de la personnalité et le modèle du CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- > Les principales retombées du modèle au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

## Qu'est-ce qu'un modèle de soins en étapes?<sup>2</sup>

Le PASM 2015-2020 identifie des modèles d'organisation de soins visant à répondre aux différents enjeux de qualité, de sécurité et de performance. Le modèle de soins en étapes représente un modèle de hiérarchisation des services favorisant l'accessibilité, la continuité, la fluidité et la qualité des soins et des services. C'est sur ce modèle théorique que prend assise le modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Bien cerner les principes et les composantes du modèle théorique est nécessaire, car ils encadrent la démarche de construction et d'implantation qui s'ensuit.

Les modèles de soins en étapes se fondent sur une approche populationnelle couvrant l'ensemble des besoins de santé d'une population, de la prévention aux traitements spécialisés. Ces besoins sont évalués en prenant en compte la complexité et l'intensité des symptômes, les caractéristiques personnelles et sociales et les préférences des usagers. Les modèles de soins en étapes sont le plus souvent décrits comme l'interaction de deux principes (Richards et al., 2012) :

- > Le principe du « **moins fardeau** » : une intervention probante (efficace) de basse intensité est offerte en premier, et les traitements de plus haut niveau d'intensité sont offerts aux personnes à risque pour elles-mêmes ou pour autrui, qui ont des antécédents d'échecs thérapeutiques ou qui ne démontrent pas d'amélioration à la suite de l'intervention initiale;
- > Le principe de la « **révision planifiée** » qui est nécessaire afin que le client puisse « changer de palier » vers un traitement plus intensif ou changer vers une autre intervention dans le même palier. La révision planifiée utilise une mesure objective de l'effet de l'intervention pour accompagner la prise de décision.

### Encadré 1

#### Caractéristiques des soins et des services de qualité

Des soins et des services de qualité sont :

- Efficaces (fondés sur les connaissances scientifiques);
- Centrés sur le patient (respectueux et à l'écoute de ses préférences, besoins et valeurs dans les décisions cliniques);
- Accessibles en temps opportun;
- Efficaces (évitent le gaspillage des ressources financières, matérielles et humaines);
- Sécuritaires (évitent les blessures et autres dommages aux patients);
- Équitables (leur qualité ne varie pas en fonction des caractéristiques personnelles des patients).

(INESSS, 2012)

2 La définition présentée ici est issue en grande partie de : Centre national d'excellence en santé mentale (2017). *Cadre de référence: Offre de services de groupe pour troubles de la personnalité en contexte de 1<sup>re</sup> ligne santé mentale - Le trouble de personnalité limite*. MSSS.

À chaque étape du continuum de services, les interventions à privilégier sont définies en fonction de ce que la littérature reconnaît comme efficace pour répondre aux besoins identifiés. De plus, la réponse aux interventions est monitorée régulièrement afin de valider l'adéquation des services aux besoins du client et à son évolution. Ce monitoring en continu détermine l'arrêt ou la poursuite des services ou le passage à des interventions plus ou moins intensives ou spécialisées, si nécessaire.

Des interventions par « épisodes de soins », selon la demande et les besoins de la personne, sont proposées. Ces épisodes de soins comportent des services structurés, limités dans le temps et sont associés à des objectifs et à des interventions spécifiques. Un client peut ainsi obtenir des services de crise durant quelques jours, puis être orienté vers des services spécifiques<sup>3</sup> pour quelques mois. Il pourra par la suite obtenir d'autres services spécialisés si sa condition clinique le requiert et si sa motivation est soutenue. Dans cette organisation des services, il n'y a pas de durée maximale de suivi, mais chaque épisode de soins est limité dans le temps et répond à des objectifs précis.

Selon le Australian Government Department of Health (2016), « Les éléments suivants sont essentiels dans un modèle de soins en étapes :

- a) Stratifier la population en différents groupes de besoins, allant des besoins de la population générale en matière de promotion et de prévention en santé mentale jusqu'à ceux présentant une condition sévère, complexe ou persistante;
- b) Structurer les interventions pour chaque groupe de besoins – essentielle puisque les besoins ne requièrent pas tous des interventions formelles;
- c) Définir un « menu » complet basé sur les données probantes afin de répondre à un large spectre de besoins;
- d) Identifier le type de services correspondant aux objectifs de traitement pour chaque groupe de besoins et offrir le service en conséquence. »

<sup>3</sup> Par souci de clarté, nous avons choisi d'utiliser les termes services généraux, services spécifiques et services spécialisés plutôt que première et deuxième ligne. Voir l'annexe 2 du PASM 2015-2020.



## Un modèle fondé sur les meilleures pratiques d'intervention en troubles de la personnalité

Le modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité a été développé en s'appuyant largement sur les meilleures pratiques telles que décrites dans la littérature scientifique.

**Tableau 1 : Un modèle fondé sur les meilleures pratiques - synthèse**

CE QUI EST RECOMMANDÉ	SOLUTIONS PROPOSÉES
<p>Il est recommandé de hiérarchiser les soins (MSSS, 2015), notamment en adaptant le modèle de soins en étapes à la clientèle en trouble de la personnalité (Paris, 2016; Choi-Kain, Albert et Gunderson, 2016; CNESM, 2017) :</p> <p>a) Stratifier les différents groupes de besoins de la population. (Australian Government Department of Health, 2016);</p> <p>b) Structurer les interventions pour chaque groupe (Australian Government Department of Health, 2016);</p> <p>c) Définir un « menu » complet basé sur les données probantes. (Australian Government Department of Health, 2016);</p> <p>d) Identifier le type de services correspondant aux objectifs de traitement pour chaque groupe de besoins et offrir le service en conséquence (Australian Government Department of Health, 2016);</p> <p>e) Adopter le principe du « moindre fardeau » (Richards et al., 2012);</p> <p>f) Intégrer le principe de la « révision planifiée » (Richard et al., 2012).</p>	<p>Les services offerts en troubles de la personnalité au CIUSSS de la Capitale-Nationale sont organisés selon les principes des soins en étapes :</p> <p>a) La population a été stratifiée en quatre niveaux en fonction de la présentation, de la sévérité et de la complexité des besoins – des services généraux aux services spécialisés<sup>4</sup>;</p> <p>b) À chaque niveau de besoins correspondent des services adaptés à la sévérité et à la complexité de la clientèle;</p> <p>c) Plusieurs approches qui ont fait leurs preuves auprès de la clientèle en troubles de la personnalité sont offertes et adaptées selon les niveaux de soins requis;</p> <p>d) Des indices de sévérité et des outils de soutien clinique<sup>5</sup> ont été développés afin d'aider à identifier les services les plus adéquats pour chaque personne;</p> <p>e) Les usagers sont d'abord dirigés vers un service de moindre intensité, en tenant toutefois compte de leur présentation clinique, de leurs antécédents de services et de leur historique de réussites et d'échecs thérapeutiques;</p> <p>f) Des questionnaires autorapportés sont utilisés afin de monitorer la progression des usagers et d'ajuster l'intensité des services<sup>6</sup>.</p>
<p>Les recherches (Choi-Kain et al., 2016; Paris, 2017, Cristea et al., 2017) indiquent que ces types d'interventions peuvent aider à diminuer les symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· De type psychothérapeutique (orientée sur la mentalisation, focalisée sur le transfert, selon la théorie des schémas);</li> <li>· De type d'éducation psychologique (TCD, GPM, Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving [STEPPS]).</li> </ul>	<p>Plusieurs approches reconnues comme efficaces ont été intégrées au modèle de soins en étapes<sup>7</sup> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Psychothérapie basée sur la mentalisation (TBM) et psychothérapie focalisée sur le transfert (TFT);</li> <li>· <i>Good Psychiatric Management</i> (GPM), thérapie comportementale dialectique (TCD).</li> </ul>

4 Voir figure 1 : Modèle de soins en étapes des troubles de la personnalité – Clientèle

5 Voir annexe 3 : Outils d'aide à la décision

6 Voir tableau 5 : Les outils sélectionnés pour le monitoring en continu

7 Voir figure 2 : Modèle de soins en étapes des troubles de la personnalité – Services

<p>Il n'y a aucune évidence qu'un traitement à long terme est supérieur à des interventions de plus courte durée pour les troubles de la personnalité. (Paris, 2013; Paris, 2016; Zanarini, Frankenburg, Reich et Fitzmaurice, 2012; Laporte, L., Paris, J., Bergevin, T., Fraser, R., et Cardin, J. F., 2018)</p> <p>Proposer des interventions par « épisodes de soins », selon la demande et les besoins de la personne (CNESM, 2017).</p> <p>Ces épisodes comportent des services structurés, limités dans le temps, et sont associés à des objectifs et des interventions spécifiques (CNESM, 2017).</p>	<p>En CLSC, plusieurs durées de traitement, de 10 à 52 semaines, sont disponibles en fonction des services, du niveau de sévérité, des besoins de la personne et de la révision planifiée prédéfinie.</p> <p>En clinique spécialisée, les services peuvent être plus longs allant jusqu'à trois ans en traitement, mais une révision planifiée est effectuée tous les six mois afin de s'assurer que la démarche demeure thérapeutique pour l'utilisateur<sup>8</sup>.</p> <p>Les épisodes de soins étant structurés, notamment dans le cas des interventions de groupes, les balises sont très claires dès le départ pour les usagers.</p>
<p>Importance de présenter un cadre d'intervention stable, prévisible et cohérent à la personne qui consulte (Paris, 2017).</p>	<p>Dans le modèle de soins en étapes, les différents services offerts ont une grande cohérence entre eux, ce qui permet à l'utilisateur de s'y retrouver plus facilement.</p>
<p>Trois choses essentielles à faire (Paris, 2017) :</p> <p>a) Avoir un contrat d'engagement;</p> <p>b) Développer ses habiletés sociales par l'éducation psychologique;</p> <p>c) Avoir un rôle social, en débutant par un rôle productif plutôt que relationnel (avoir des amis, un conjoint).</p>	<p>a) Les usagers doivent remplir un contrat thérapeutique ou d'engagement pour chaque offre de service;</p> <p>b) Des activités d'éducation psychologique sont prévues en groupe (Personnalité et ses composantes [PESC], TCD) ou en individuel (GPM)<sup>9</sup>;</p> <p>c) Ce thème est spécifiquement abordé dans PESC et dans GPM. De plus, avoir un rôle productif est une condition pour recevoir de la psychothérapie<sup>10</sup>.</p>
<p>L'intervention doit mettre l'accent sur le changement (National Health and Medical Research Council, 2012).</p>	<p>Chaque service est structuré et comporte ses propres objectifs qui visent à ce que la personne retrouve un fonctionnement social optimal<sup>11</sup>.</p>
<p>L'intervention doit être offerte par un intervenant formé et soutenu cliniquement (National Health and Medical Research Council, 2012).</p>	<p>Les intervenants sont formés sur les troubles de la personnalité et sur les interventions spécifiques. Un processus de formation continue est défini<sup>12</sup>, et des mécanismes de soutien clinique sont offerts aux intervenants en contact avec la clientèle<sup>13</sup>.</p>
<p>Des bilans fréquents doivent être réalisés afin d'évaluer la progression et de prendre la mesure de l'utilité de l'intervention (Menchaca et al., 2007; Gunderson, 2014).</p>	<p>Un monitoring en continu est prévu à la fin de chaque épisode de services ou à intervalle régulier dans le cas des suivis individuels<sup>14</sup>.</p>
<p>L'intensité des services est déterminée en fonction des symptômes et du niveau de fonctionnement de la personne, de même qu'en fonction de sa capacité à bénéficier des interventions (CNESM, 2017).</p>	<p>Des tests autorapportés<sup>15</sup> et des outils d'aide à la décision<sup>16</sup> permettent de déterminer les services en fonction des différents profils de la clientèle. Des mécanismes de coordination locaux et régionaux permettent de faciliter l'orientation vers le bon service dans les cas plus complexes<sup>17</sup>.</p>

8 Voir section « Services offerts »

9 Voir section « Services offerts »

10 Voir section « Services offerts »

11 Voir annexe 3 : Outils d'aide à la décision

12 Voir section « Outiller les intervenants »

13 Voir annexe 4 : Définition des modalités de coordination et de soutien

14 Voir section « Monitoring en continu »

15 Voir section « Les choix »

16 Voir annexe 3 : Outils d'aide à la décision

17 Voir section « Mécanismes de coordination »

## Les forces du modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Au CIUSSS de la Capitale-Nationale, l'implantation de ce modèle a fait ses preuves en générant plusieurs retombées positives. Un des gains majeurs a été la diminution significative des temps d'attente pour l'accès aux services. En 2016, les délais d'attente pouvaient atteindre deux ans en services spécifiques. En janvier 2020, les usagers référés étaient pris en charge dans un délai moyen d'environ trois mois (services en groupe et en individuel), et ce, malgré l'importante augmentation du nombre de demandes de consultation (200 % entre 2016 et 2020). Un sondage mené auprès d'usagers<sup>18</sup> ayant complété un épisode de services montre qu'ils considèrent en majorité (85 %) qu'il s'agit d'un délai raisonnable<sup>19</sup>. De plus, 69,9% des usagers affirment avoir reçu le service au moment où ils en avaient besoin. En clinique spécialisée, le temps d'attente est passé de 400 jours à moins de 100 durant la même période.

Cette diminution des délais ajoutée à la diversification des services disponibles améliorent nettement la capacité de l'établissement à offrir le bon service, à la bonne personne, au bon moment. De plus, les intervenants constatent une meilleure adéquation entre le profil de la clientèle et les services, particulièrement pour la psychothérapie.

L'implantation du modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité a aussi permis d'améliorer la cohérence entre les services et la fluidité entre chacun d'eux. Il est maintenant plus facile de suivre l'évolution de la clientèle. Les différents niveaux de soins ainsi que les différents acteurs sont mieux arrimés, ce qui a eu pour retombée de faciliter l'accès aux services spécialisés pour les usagers qui en avaient besoin. Ceci représente un gain important pour la clientèle.

Dans le cadre de l'évaluation d'implantation, le sondage mené auprès des usagers indique les effets positifs des services perçus par la clientèle et le niveau de satisfaction élevé. En moyenne, les usagers rapportent un niveau de satisfaction global de 87,3 %. De plus, 89 % des usagers mentionnent que leurs difficultés ont diminué, 87,3 % affirment avoir amélioré leur fonctionnement et 95,3 % d'entre eux ont le sentiment que le service reçu correspondait à leurs besoins.

Dans le même ordre d'idées, l'évaluation d'implantation a relevé que le taux d'abandon après le début des services était relativement faible (20 %) en comparaison avec ce qui est rapporté dans la littérature pour cette clientèle (médiane à 37 %; McMurrin, Huband et Overton, 2010).

En terminant, l'implantation du modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité représente un changement important pour les intervenants, d'autant plus qu'il s'est déroulé dans la foulée de la grande fusion à la base de la création des CISSS et CIUSSS et en même temps que d'autres changements importants (ex. : les mécanismes d'accès aux services du CIUSSS de la Capitale-Nationale). Toutefois, les intervenants mentionnent<sup>20</sup> la pertinence des services offerts, la qualité du soutien qui est disponible pour eux et disent en majorité (75 %) être satisfaits des tâches qu'ils sont amenés à réaliser dans le cadre du modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité. Ces principales retombées positives démontrent la pertinence de l'utilisation de ce modèle dans le RSSS.

18 Voir annexe 5 : Méthodologie de l'évaluation d'implantation

19 Parmi les répondants qui ont attendu moins de quatre mois pour obtenir leur service.

20 Voir annexe 5 : Méthodologie de l'évaluation d'implantation

## SECTION 2

# DESCRIPTION DU MODÈLE DE SOINS EN ÉTAPES POUR LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ DU CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE



Cette section vous permettra de prendre connaissance des détails du modèle du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Elle permettra aussi d'entamer la réflexion sur les choix à faire par l'organisation : Quoi implanter? Quoi et comment l'adapter? Elle aborde :

- Les trajectoires de service;
- Les services offerts;
- Les adaptations pour certaines clientèles particulières;
- L'organisation des services sur le territoire;
- Les mécanismes de coordination;
- Le fonctionnement de la collaboration interprofessionnelle;
- Les limites du modèle.

Cette section présente le modèle du CIUSSS de la Capitale-Nationale. **L'ampleur et la variété des services offerts dans le cadre d'un modèle de soins en étapes varieront selon les caractéristiques du territoire.** Le modèle présenté ici inclut une offre de service diversifiée que l'on retrouve dans un territoire avec un bassin d'usagers important. Mais, dans un autre contexte tel que dans les Réseaux Locaux de Services (RLS) de Charlevoix et de Portneuf, un modèle de soins en étapes demeurera tout aussi pertinent en diminuant, par exemple, le nombre de modalités par niveau d'intensité. Le modèle décrit ici pourrait ainsi être reproduit tel quel ou adapté en fonction des besoins et des réalités propres à chaque RLS.

### Les trajectoires de service

En se basant sur la définition des troubles de santé mentale fréquents (voir encadré ci-contre), il a été déterminé qu'aucun diagnostic n'est requis pour une référence en santé mentale adulte. Par contre, pour distinguer la clientèle des services psychosociaux généraux de celle de la santé mentale adulte, nous avons choisi d'identifier la clientèle ayant des symptômes actifs d'un trouble de la personnalité (avec ou sans diagnostic du trouble). Ces symptômes doivent avoir un impact sur le fonctionnement et la personne doit avoir le désir de s'investir. Des questionnaires autorapportés (SAPAS, PHQ-9, OASIS, QFS)<sup>21</sup>, utilisés lors de la référence, servent à identifier et à harmoniser ces caractéristiques ainsi qu'à établir une compréhension commune entre les différents programmes-services du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

#### Encadré 2

##### Définition des troublets mentaux fréquents

[Les troubles mentaux fréquents] répondent à certains critères de diagnostic, sont suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'un individu et nécessitent un traitement, selon les standards professionnels largement reconnus. Les troubles mentaux courants sont donc généralement moins handicapants que les troubles mentaux graves.

(MSSS, 2015)

<sup>21</sup> Voir l'annexe 6 : Synthèse du modèle de soins en étapes pour les troubles de la personnalité du CIUSSS de la Capitale-Nationale, pour une schématisation des processus d'entrée.

Une particularité au CIUSSS de la Capitale-Nationale est qu'il n'y a plus de guichet d'accès en santé mentale (GASMA). Ceci a un impact sur le processus de référence et d'entrée dans les services, mais comme ses fonctions ont été préservées, le fonctionnement peut être transposé dans une autre structure. Au CIUSSS de la Capitale-Nationale, des évidences<sup>22</sup> ont été identifiées afin de permettre de référer les personnes vers les services qui répondront le mieux à leurs besoins prioritaires identifiés (mandat d'évaluation du GASMA). Une équipe de coordination régionale des demandes est responsable des premières orientations dans les services en santé mentale adulte (mandat d'orientation et de gestion de listes d'attente). Cette équipe coordonne et gère les listes d'attente régionalement. C'est aussi à elle que revient le mandat de former les groupes. Ainsi, peu importe l'adresse du client, il a accès à tous les services de la région en fonction de ses préférences de lieu, temps d'attente et d'horaire.

Étant donné que les personnes qui arrivent dans les services sont moins connues, le groupe d'entrée *Personnalité et ses composantes* (PESC), permet d'offrir un premier service rapidement et fait office de processus de triage. L'objectif poursuivi est toujours le bon client, dans le bon service, au bon moment. Pendant un épisode de services, lorsque survient une impasse thérapeutique, il est possible de faire une rencontre RE.P.E.R.E.<sup>23</sup> avec la personne afin de dénouer l'impasse, de la réorienter vers un service plus approprié ou alors de mettre fin à l'épisode de soins au besoin. Ainsi, à n'importe quel niveau de service, à n'importe quel moment, l'utilisateur peut être réorienté vers un service plus adapté à son besoin.

Après que l'utilisateur ait reçu un premier service, et après chaque épisode de soins, l'intervenant et le coordonnateur professionnel discutent de l'arrêt ou de la poursuite des services ainsi que de l'intensité de ceux-ci en fonction de la réponse à l'intervention (monitorage en continu), de la motivation, des besoins de la personne et de ses préférences. Ainsi, un client ayant une présentation clinique sévère et complexe pourrait, à la suite de quelques rencontres dans les services spécifiques, être orienté vers la clinique spécialisée, sans avoir recours à une évaluation psychiatrique, ni avoir complété l'ensemble de l'offre de service en services spécifiques.

Le continuum des troubles de la personnalité se veut souple et en relation avec les services et les clientèles des continuums de services en troubles anxieux et en troubles de l'humeur. Ainsi, une personne peut passer d'un continuum de services à l'autre en fonction de ses besoins et de la réponse à l'intervention. La clientèle est orientée en fonction du besoin prioritaire à un moment précis et les mécanismes de coordination en place<sup>24</sup> pourront être utilisés si nécessaire afin de passer d'un continuum à l'autre. De manière générale, les meilleures pratiques en lien avec le traitement des comorbidités en présence d'un trouble de la personnalité limite (TPL) sont appliquées.

22 Fiches descriptives des services du CIUSSS. Ces fiches sont des repères qui sont élaborées et chaque porte d'entrée les utilise, ce qui permet de bien orienter l'utilisateur vers les programmes-services. Elles permettent d'avoir des balises et des informations suffisamment claires quant aux programmes-services.

23 Voir annexe 7 : Les rencontres RE.P.E.R.E, pour plus d'information

24 Voir section « Mécanismes de coordination »



**Tableau 2 : Meilleures pratiques pour le traitement de comorbidités spécifiques**

RECOMMANDATION	COMORBIDITÉ	EXPLICATION
Prioriser le traitement du TPL	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Troubles dépressifs</li> <li>· Dépression bipolaire</li> <li>· Bipolaire de type 2</li> <li>· Troubles anxieux</li> <li>· Phobie sociale</li> <li>· Boulimie</li> <li>· Trouble de la personnalité narcissique</li> </ul>	Les comorbidités vont probablement se rétablir ou s'améliorer si les symptômes TPL s'atténuent.
Stabiliser le TPL avant de traiter les comorbidités	<ul style="list-style-type: none"> <li>État de stress post-traumatique</li> <li>Trouble obsessionnel compulsif</li> <li>Trouble de panique</li> </ul>	Stabiliser le TPL en premier augmente les capacités de la personne à tolérer l'exposition.
Prioriser le traitement des comorbidités	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bipolaire de type 1 (mania)</li> <li>Trouble d'utilisation des substances sévères</li> <li>Anorexie avec un faible poids</li> </ul>	Ces comorbidités empêchent souvent l'engagement actif dans les apprentissages.

Traduction libre de Sonley, A. K., et Choi-Kain, L. W. [Eds.], 2020, p. 109<sup>25</sup>

## Monitoring en continu

Le monitoring en continu est un outil qui permet de rendre compte de la réponse du client à l'intervention et contribue ainsi à l'orientation clinique, répondant alors au principe de la « révision planifiée » comme stipulé dans le modèle de soins en étapes (Richard et al., 2012). Les usagers remplissent des questionnaires autorapportés à leur entrée dans les services, puis à la fin de chaque modalité ou chaque six mois (pour les suivis individuels à plus long terme). Le monitoring en continu est composé de plusieurs échelles validées et permet d'objectiver l'évolution des symptômes, du trouble de santé mentale et du fonctionnement de la personne<sup>26</sup>. En utilisant les mêmes principes que le modèle de soins en étapes, le monitoring en continu s'ajuste à l'intensité du niveau de services offerts. D'un questionnaire de 30 énoncés pour les références, nous passons à 80 énoncés dans les services spécifiques et à plus de 300 pour l'évaluation d'entrée en clinique spécialisée. Pour rendre compte de l'évolution de la personne, les mêmes questionnaires sont utilisés tout au long du cheminement.

Ce monitoring en continu permet aux intervenants d'appuyer leur jugement clinique afin de mieux orienter ou de terminer un épisode de soins. Il sert aussi de balise afin d'harmoniser le jugement clinique entre les intervenants. Le monitoring en continu de la réponse à l'intervention peut aussi être utilisé dans le cadre des interventions comme moyen de rétroaction sur l'évolution des symptômes de la personne. En l'utilisant de cette manière, de l'éducation psychologique peut être faite sur la relation entre l'intensité des manifestations des symptômes et les comportements, pensées et agissements de la personne. Enfin, les résultats de ce processus de monitoring peuvent être rassemblés dans une perspective d'amélioration continue ou une d'une démarche d'évaluation de programme.

<sup>25</sup> Voir annexe 8 pour la version originale en anglais.

<sup>26</sup> Voir tableau 5 : Les outils sélectionnés pour le monitoring en continu

## Services offerts

Le modèle comporte plusieurs approches thérapeutiques validées. Certaines interventions sont données en groupe, d'autres en individuel, et ce, que ce soit pour la psychothérapie, l'éducation psychologique ou d'autres types de services. Le modèle intègre les services généraux, spécifiques et spécialisés et organise les étapes en quatre niveaux d'intensité de besoins et de soins (voir figures 1 et 2 ci-dessous). Le premier niveau de soins concerne l'approche plus généraliste et regroupe les GMF et les services psychosociaux généraux. Les deuxième et troisième niveaux se donnent en CLSC, alors que le quatrième concerne la clinique spécialisée.

Les figures suivantes proposent une vision d'ensemble des services généraux, spécifiques et spécialisés offerts à la clientèle ayant des besoins en lien avec les troubles de la personnalité. Bien que le document explicite seulement le continuum de traitement, nous y avons inclus les services de traitement de la crise, même s'ils ne sont pas décrits en détail. Le continuum de traitement et celui de la crise ont été séparés pour favoriser la compréhension et la vue d'ensemble.

Figure 1 : Modèle de soins en étapes des troubles de la personnalité — Clientèle

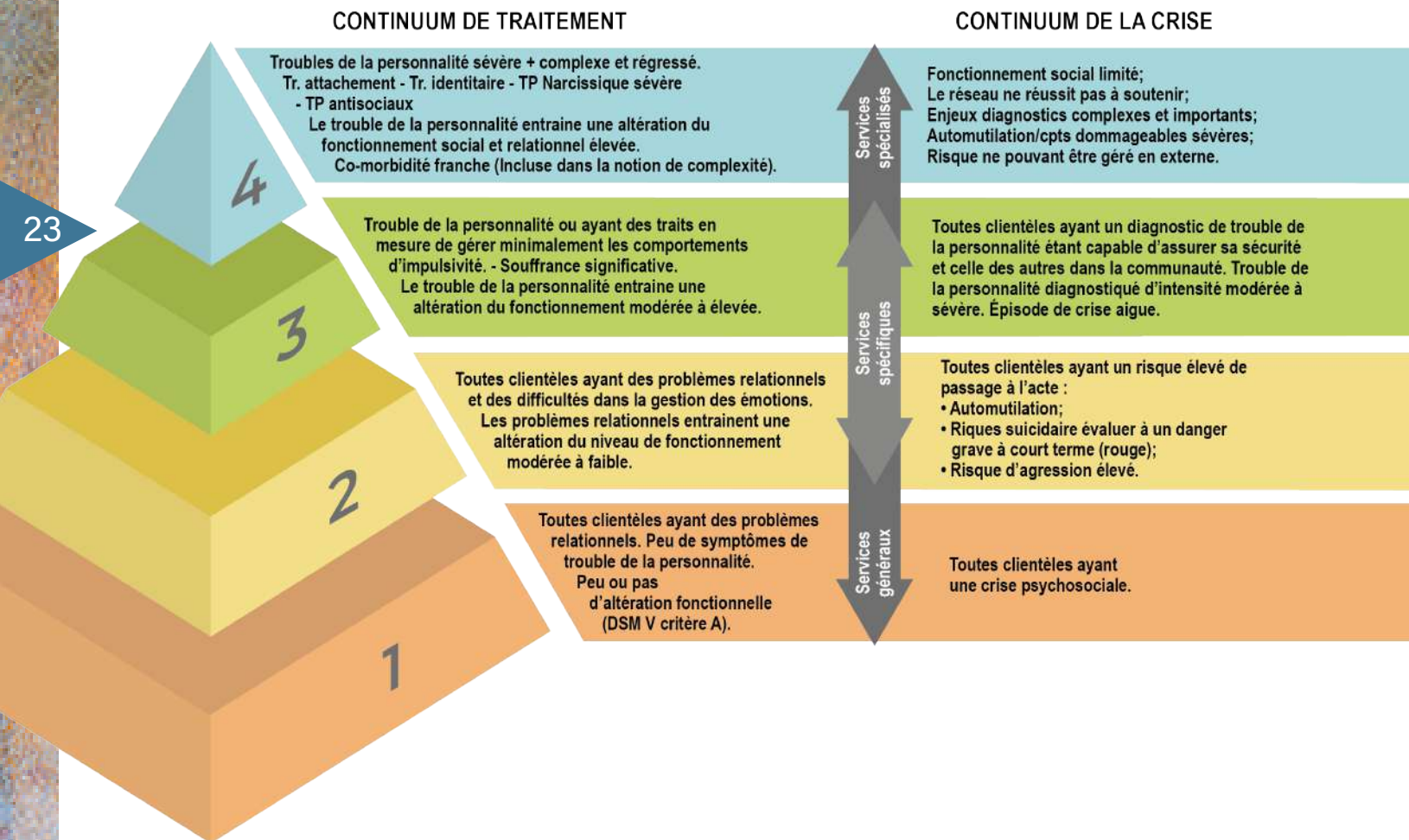
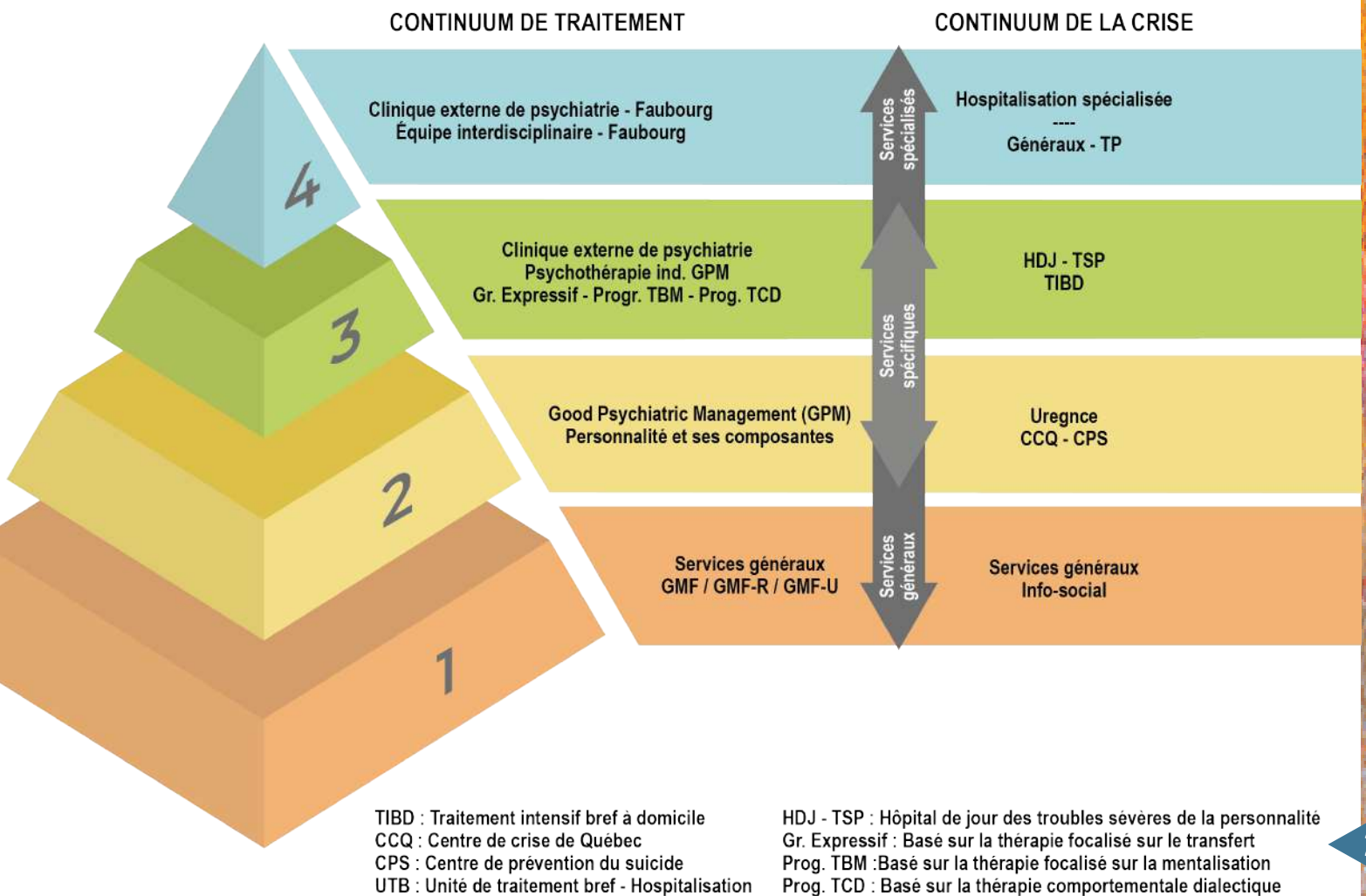


Figure 2 : Modèle de soins en étapes des troubles de la personnalité — Services



## Niveau 1 : Services généraux<sup>27</sup>

Ce niveau de soins est pris en charge par les services psychosociaux généraux (SPG) et les GMF. Il s'adresse à une clientèle qui présente une ou des difficultés du fonctionnement social de nature situationnelle ou ponctuelle qui amènent un déséquilibre ou une déstabilisation. L'offre de service de la consultation sociale est assurée principalement par des travailleurs sociaux qui ont pour fonction de soutenir la personne dans les situations pouvant engendrer du stress, de l'anxiété, du découragement ou des atteintes fonctionnelles (social, fonctionnel, activités de vie domestique, activités de vie quotidienne). Les interventions proposées agissent spécifiquement sur les impacts de la problématique situationnelle vécue permettant l'amélioration du fonctionnement social des personnes. Lorsque le client n'est pas connu et qu'une orientation vers des services spécifiques s'avère nécessaire, des rencontres de consultation sociale peuvent être offertes afin de favoriser une reconnaissance du problème et d'accompagner la personne pour qu'elle adhère aux services proposés.

## Niveau 2 : Services spécifiques

Le niveau 2 est pris en charge par les services spécifiques offerts en CLSC. Il s'adresse à une clientèle ayant des difficultés sur le plan relationnel et de la gestion des émotions qui entraînent une altération du fonctionnement.

<sup>27</sup> Les services sont ici décrits globalement. Pour plus de détails, consulter l'annexe 3 : Outils d'aide à la décision.



## Personnalité et ses composantes

Il s'agit d'un groupe d'éducation psychologique de huit semaines, basé principalement sur les approches de la mentalisation, comportementale dialectique et de la réadaptation. Toute personne présentant des difficultés sur le plan de la personnalité ou interférant avec son fonctionnement personnel et interpersonnel (hypersensibilité émotionnelle, difficulté à gérer les émotions, impulsivité, conflits relationnels fréquents, etc.) peut en bénéficier. Il s'agit du groupe d'entrée du continuum vers lequel sont dirigés dans un premier temps la majorité (un peu plus de 50%) des clients, ce qui fait en sorte qu'il est offert très fréquemment. Ce service sert à apprécier la présentation clinique des clients tout en donnant un premier service rapidement. Il permet aussi de valider le fonctionnement de la personne en groupe, modalité qui pourra être privilégiée par la suite dans les autres services. Il est animé en dyade par des intervenants de toutes professions (psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, psychoéducateurs). Le groupe peut être offert de manière semi-ouverte, en intégrant de nouvelles personnes à la première rencontre et à la cinquième, ou en groupe fermé.

### *Good Psychiatric Management (GPM)*

Le GPM est une approche d'adaptation à un handicap lié à l'hypersensibilité relationnelle et émotionnelle. Cette modalité s'adresse surtout aux personnes présentant des troubles relationnels ayant un impact sur une ou plusieurs sphères de leur fonctionnement. Il s'agit principalement d'un suivi individuel d'un maximum de 52 rencontres, qui peut être jumelé avec d'autres types de rencontres (ex. : motivationnelle) et qui peut être d'une intensité variable. L'objectif principal est de permettre à la personne de vivre une vie qui vaut la peine d'être vécue, en visant principalement le rôle productif et l'établissement ou le maintien de relations interpersonnelles satisfaisantes. Cette modalité peut être offerte par des ergothérapeutes, travailleurs sociaux, éducateurs ou psychoéducateurs en fonction des besoins ciblés par la personne.

Référence :

Gunderson, J. G. (2014). *Handbook of Good Psychiatric Management (GPM) for borderline personality disorder*. American Psychiatric Pub.

25

## Niveau 3 : Services spécifiques intensifs

Le niveau 3 est aussi pris en charge par les services spécifiques offerts dans les CLSC. Il s'adresse à une clientèle pour qui le trouble de la personnalité entraîne une altération du fonctionnement modérée à élevée.

### Programme comportemental dialectique (TCD)

Il s'agit d'un programme d'éducation psychologique de 15 semaines composé d'un groupe, jumelé à des rencontres individuelles. Les rencontres individuelles servent à identifier des objectifs de changement (trois prérencontres), à intégrer du contenu et à ajuster le suivi (six rencontres pendant le groupe) ainsi qu'à la fermeture ou à l'orientation (une rencontre bilan). Le programme s'adresse aux personnes présentant des éléments de la personnalité ou des difficultés interférant avec leur fonctionnement personnel et interpersonnel (hypersensibilité émotionnelle, difficulté à gérer ses émotions, conflits relationnels fréquents, impulsivité), mais plus spécifiquement aux personnes présentant une plus faible capacité d'introspection ou d'autocritique, ainsi qu'à celles présentant une impulsivité entraînant des comportements dommageables. Dans la trajectoire de services, ce groupe s'insère souvent entre le groupe *Personnalité et ses composantes* (PESC) et le *Programme de mentalisation* (TBM). Il est animé en dyade, soit par des psychologues, des travailleurs sociaux, des psychoéducateurs ou des ergothérapeutes.

#### Références :

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY: Guilford Press.

Linehan, M., Page, D. et Wehrlé, P. (2010). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*. Médecine et Hygiène.

## Programme mentalisation (TBM)

Ce programme de psychothérapie d'une durée de 20 semaines s'adresse aux personnes ayant un trouble de la personnalité ou ayant des traits qui engendrent une souffrance significative et qui présentent une certaine capacité d'introspection sans présenter de profil à haut risque d'abandon<sup>28</sup>. Il est divisé en 16 rencontres de groupes psychothérapeutiques et 12 rencontres individuelles – 4 avant le groupe servant à identifier les objectifs à travailler et 8 pendant le groupe servant à adresser certains enjeux individuels. Il est animé par deux psychologues ou psychothérapeutes.

#### Références :

Bateman, A. et Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51.

Bateman, A. et Fonagy, P. (2019). *Mentalisation et trouble de la personnalité limite : guide pratique*. De Boeck Supérieur.

## Groupe expressif

Il s'agit d'un groupe psychothérapeutique d'une durée de 20 semaines. Sauf exception (rencontre RE.P.E.R.E.<sup>29</sup>), il n'y a pas de rencontres individuelles. Ce groupe vise à mieux comprendre les enjeux personnels qui sont activés dans les relations (ex. : estime, abandon, rejet, méfiance, contrôle, omnipotence, fonction des comportements, etc.). L'objectif est de développer une meilleure connaissance de soi et de ses besoins et d'accroître les capacités d'adaptation dans les différents contextes de vie. Cette approche tient compte de l'importance du langage implicite dans la psychothérapie. Elle est offerte particulièrement aux personnes qui ont déjà reçu des services et qui reviennent après un an ou deux. Elle peut être offerte aussi aux personnes ayant des enjeux relationnels, mais qui ont reçu des services pour des problèmes affectifs. Toutefois, les personnes ne doivent pas présenter de profil à haut risque d'abandon. Le groupe est animé par deux psychologues ou psychothérapeutes.

#### Références :

Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*, American Psychiatric Publishing.

Yeomans, F., Delaney, J., et Renaud, A. (2007). *La psychothérapie focalisée sur le transfert*. Santé mentale au Québec, 32(1), 17-34.

## Psychothérapie individuelle

La psychothérapie individuelle est offerte à une clientèle pour qui cette modalité est la mieux indiquée ou pour qui l'offre de groupe n'est pas adaptée. Elle est offerte par des psychothérapeutes formés en TBM ou en TFT en cohérence avec les autres services offerts dans le continuum. En première ligne, la durée maximale pour de la psychothérapie individuelle est de 20 semaines avec une révision planifiée à la douzième rencontre.

<sup>28</sup> Grille des facteurs pronostics à la psychothérapie, voir Gamache, Savard, Lemelin et Villeneuve, 2017.

<sup>29</sup> Voir annexe 7 : Les rencontres RE.P.E.R.E

## Clinique externe en psychiatrie générale

Il s'agit d'un suivi donné par un psychiatre et parfois une infirmière pour une clientèle demandant des ajustements de médication et souvent ayant d'autres conditions physiques ou psychologiques en comorbidité. Cette modalité est offerte dans les milieux hospitaliers en clinique externe.

## Niveau 4 : Services en clinique spécialisée

Le niveau 4 du continuum de soins en troubles de la personnalité est pris en charge par la clinique spécialisée. Les services de cette clinique s'adressent aux adultes présentant un trouble de la personnalité (DSM-5), particulièrement un trouble de la personnalité limite (environ 50 %) un trouble de la personnalité narcissique (environ 40 %), ou autres types de troubles de la personnalité (antisocial ou schizotypique : environ 10 %) ou pour qui les services dans les niveaux 1, 2 et 3 ou dans la communauté s'avèrent peu adaptés ou insuffisants. La clinique prend en charge uniquement les profils cliniques les plus sévères et les plus complexes, qui présentent une altération du fonctionnement social et relationnel élevée et qui ont un pronostic positif de rétablissement.

## Évaluation spécialisée

À l'entrée dans les services spécialisés, les usagers font l'objet d'une évaluation comportant des questionnaires autorapportés et d'une évaluation psychologique. Cette évaluation, réalisée par des psychologues, permet de préciser le diagnostic, de documenter la sévérité du trouble et de formuler des recommandations de traitement. Un complément d'évaluation par un psychiatre peut être effectué au besoin. À la suite de cette évaluation, la personne est dirigée vers le service spécialisé, spécifique ou communautaire le plus approprié avec des recommandations de traitements au besoin.

## Good Psychiatric Management (GPM)

Il s'agit de la même approche que celle utilisée dans les services spécifiques, mais utilisée avec une clientèle ayant une problématique plus sévère et donnée par des intervenants des services spécialisés. Il n'y a pas de nombre de rencontres maximal dans les services spécialisés. Toutefois, des révisions planifiées sont prévues minimalement tous les six mois. L'accent est mis sur l'éducation psychologique du trouble de la personnalité et sur l'adaptation de la personne à son contexte de vie actuel. Ce service peut être offert par des ergothérapeutes, des travailleurs sociaux ou des psychoéducateurs.

Référence :

Gunderson, J. G. (2014). *Handbook of Good Psychiatric Management (GPM) for borderline personality disorder*. American Psychiatric Pub.

## Psychothérapie focalisée sur le transfert (TFT)

Cette psychothérapie s'adresse aux personnes présentant une organisation limite de la personnalité incluant plus particulièrement les troubles du groupe B du DSM-IV, mais n'excluant pas non plus ceux des groupes A et C. Cette approche fut développée à partir de la conception selon laquelle les individus vivent et perçoivent le monde extérieur à travers leur monde interne de relations d'objet. Le travail de la TFT consiste à prendre conscience des représentations clivées de soi et de l'autre qui sculptent les relations du patient avec lui-même et avec les autres. L'objectif de la TFT est de réconcilier les éléments clivés de la personnalité de l'utilisateur afin qu'il parvienne à les intégrer dans un monde de représentations internes plus intégré (moins clivé).

Références :

Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. et Kernberg, O. F. (2006), *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. American Psychiatric Publishing.

Yeomans, F., Delaney, J. et Renaud, A. (2007). La psychothérapie focalisée sur le transfert. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 17-34.

## Psychothérapie de mentalisation (TBM)

La psychothérapie de mentalisation utilise à la fois les séances individuelles et les séances de groupe. Elle s'adresse aux personnes ayant un trouble sévère de la personnalité et qui désirent développer leur compréhension d'eux-mêmes, des autres et de leurs relations. Ces personnes doivent aussi avoir expérimenté plusieurs essais thérapeutiques qui se sont avérés infructueux. La psychothérapie de la mentalisation vise le développement de relations interpersonnelles plus saines et satisfaisantes en développant de meilleures capacités de mentalisation.

Références :

Bateman, A. et Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51.

Bateman, A. et Fonagy, P. (2019). *Mentalisation et trouble de la personnalité limitée : guide pratique*. De Boeck Supérieur.

## Réadaptation

Les services de réadaptation sont offerts par des ergothérapeutes, des travailleurs sociaux et des psychoéducateurs dont l'objectif est de travailler sur le fonctionnement social et occupationnel afin de favoriser l'intégration à la communauté et la réalisation d'un projet de vie. Cette modalité s'adresse à une clientèle qui souffre de troubles sévères de la personnalité et qui a des difficultés importantes de fonctionnement compromettant leur engagement et leur satisfaction dans leurs occupations de la vie quotidienne et leurs rôles sociaux signifiants.

## Suivi psychiatrique

Le suivi psychiatrique est destiné aux personnes présentant un trouble de la personnalité sévère et qui ont déjà reçu plusieurs modalités de services sans succès ou avec un succès partiel. Ce service de maintien intègre une approche de réduction des méfaits. La modalité comporte des rencontres individuelles de soutien et d'éducation psychologique principalement par des infirmières, un travailleur social et un psychoéducateur avec le soutien d'un psychiatre. L'objectif est de maintenir un équilibre de vie et une stabilité sur le plan de la santé mentale. Par ailleurs, un volet est consacré aux patients présentant un mauvais pronostic de rémission (ex. : trouble de la personnalité antisociale). Ces clients sont suivis seulement par les psychiatres de la clinique.

## Adaptation pour certaines clientèles particulières

La présentation clinique des personnes ayant une problématique en lien avec un trouble de la personnalité est hétérogène. En cohérence avec le modèle de soins en étapes, toutes les présentations devraient être incluses dans le continuum de services. Ainsi, nous avons établi quelques lignes directrices pour aider les intervenants dans la prise en charge de la clientèle.

- > Les personnes ayant un profil clinique laissant croire à un trouble de personnalité antisocial :
  - Si les conduites antisociales sont associées à une grande sévérité des symptômes ou à plusieurs contre-indications pour un cheminement thérapeutique (ex. : sadisme, contre-transfert massif, psychopathie, etc.), la personne est redirigée au comité régionale de coordination des cas complexes;
  - Sinon, la trajectoire de services normale peut être offerte en assurant la sécurité du groupe et de l'individu (en motivationnel) le cas échéant.
- > Les personnes ayant un profil clinique de l'ordre de la dépendance relationnelle :
  - Si la dépendance relationnelle est associée à un trouble anxieux ou à un trouble de l'humeur, il est recommandé d'offrir des services dans le continuum des troubles anxieux et des troubles de l'humeur pour débiter;

- Si la dépendance relationnelle est associée à un trouble de personnalité limite, les services seront offerts dans le continuum des troubles de la personnalité :
    - Ajustement du cadre d'intervention : la progression dans les services, voire la poursuite des services, se fait sur la base du changement. Ainsi s'il y a changement, les services sont poursuivis; s'il n'y a pas de changement, le suivi prend fin.
  - Un cadre clair de suivi avec la personne doit être établi au départ et doit être strictement respecté;
  - La personne peut aussi être dirigée vers des groupes de soutien dans la communauté au besoin.
- › Les personnes ayant un profil clinique de l'ordre de l'évitement (trouble de personnalité évitant) :
- En fonction de la présentation clinique, le meilleur service pourrait être dans le continuum des troubles anxieux ou dans le continuum de la personnalité.
- › Les personnes ayant un profil clinique laissant croire à un trouble de personnalité schizotypique :
- Les services d'éducation psychologique tels que le *Good Psychiatric Management* (GPM) et la partie d'éducation psychologique de la mentalisation peuvent aider la personne à progresser. Il faut aussi ajuster (voire réduire) les attentes par rapport aux changements en fonction de la présentation clinique de l'utilisateur.

## Organisation des services sur le territoire

Le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale est divisé en quatre RLS dont deux sont moins densément peuplés. En milieu urbain, il y a six équipes en services spécifiques (CLSC) à un maximum de 20 km les uns des autres, ce qui permet de facilement déplacer les effectifs pour augmenter l'offre de groupes et de répartir les services pour mieux répondre aux besoins. Les services inclus dans le modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité étant offerts de manière régionale, un client peut aller dans le CLSC de son choix ou dans celui qui offre le service qui lui est nécessaire en fonction de sa disponibilité (matin, après-midi, soir, jour de la semaine). La concentration des points de services en milieu urbain permet d'offrir une plus grande gamme de services que les territoires ruraux, et ce, sans égard aux effectifs disponibles (nombre d'intervenants/100 000 habitants). La mobilité de la clientèle et des intervenants favorise la mise en place de services diversifiés. L'établissement dispose d'une clinique spécialisée dans les problèmes les plus complexes concernant les troubles de la personnalité. La moitié des clients en services spécifiques ont des besoins en lien avec le continuum des troubles de la personnalité, ce qui génère un volume assez important pour maintenir les compétences et offrir des services diversifiés. Ces caractéristiques expliquent l'ampleur des services offerts sur le territoire, mais ne facilitent en rien la mise en place d'un modèle de soins en étapes qui, par ailleurs, demeure tout aussi pertinent dans des contextes différents. En contexte rural, les principes demeurent les mêmes, et ce, même si le nombre de services disponibles dans chaque niveau d'intensité et la nature de ceux-ci varient en fonction des réalités de chaque organisation et des besoins de leur clientèle<sup>30</sup>.

<sup>30</sup> Voir section « Adaptation du modèle de soins en étapes à d'autres contextes » pour un exemple.



## Mécanismes de coordination

Un des enjeux des modèles de soins en étapes est d'assurer la fluidité et la continuité des services. Pour répondre à ces objectifs et assurer une cohérence régionale dans l'orientation des clients, plusieurs mécanismes sont mis en place :

- **Des outils de soutien à la décision** clinique sont mis à disposition des intervenants. Ces outils définissent chaque offre de service et chaque clientèle y est décrite en fonction de ses besoins, de ses symptômes et de son niveau de fonctionnement. De plus, un indice de sévérité élaboré à partir des questionnaires cliniques permet à l'intervenant d'orienter la personne selon le requis de service<sup>31</sup>;
- **Des mécanismes de coordination locale** (coordonnateur professionnel, discussion de cas multidisciplinaire, consultation auprès d'un médecin spécialiste répondant en psychiatrie [MSRP], etc.) sont mis en place pour les cas demandant une concertation clinique<sup>32</sup>;
- Si une impasse demeure après l'étape de la coordination locale, il est possible de présenter un cas clinique au **comité régional de coordination des cas complexes**<sup>33</sup>.

Avoir accès aux services spécialisés lorsque les besoins le requièrent demeure un défi pour l'intégration et la continuité des services. Quatre mécanismes facilitent l'accessibilité aux équipes spécialisées :

- Le comité régional de coordination des cas complexes peut faire la référence à la clinique spécialisée, qui sera automatiquement acceptée;
- Les équipes des services spécifiques peuvent décider de faire la référence à la clinique spécialisée. Dans ce cas, le coordonnateur professionnel des services spécifiques contacte l'infirmière clinicienne assistant au supérieur immédiat (ICASI) de la clinique spécialisée pour valider l'orientation et effectuer la référence au besoin;
- Les médecins spécialistes répondants en psychiatrie (MSRP) dans les équipes des services spécifiques peuvent faire la référence;
- Une demande par le médecin de famille au centre de répartitions des demandes de spécialistes (CRDS) ou au module d'évaluation liaison (MEL) peut être faite lorsque l'évaluation psychiatrique ou l'optimisation du traitement est un enjeu primordial.

Un seul chef de programme est responsable des services du continuum, même si plusieurs chefs ont des équipes qui donnent des services dans ce continuum. Avec un seul responsable des services, il est plus facile d'assurer une cohérence et un passage fluide des clients des services spécifiques vers les services spécialisés et de soutenir le développement des compétences en intervention en troubles de la personnalité.

## Collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle est une composante intrinsèque de l'intensification des services du modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité. Des intervenants de plusieurs professions (psychologues, psychothérapeutes, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, éducateurs spécialisés, psychoéducateurs, infirmières, etc.) peuvent avoir un apport important dans l'intervention auprès des usagers aux prises avec un trouble de la personnalité et répondent à une gamme plus importante de besoins. Il importe de clarifier l'apport que peut avoir chaque professionnel et de définir le rôle qui sera joué par chacun dans le modèle de soins en étapes.

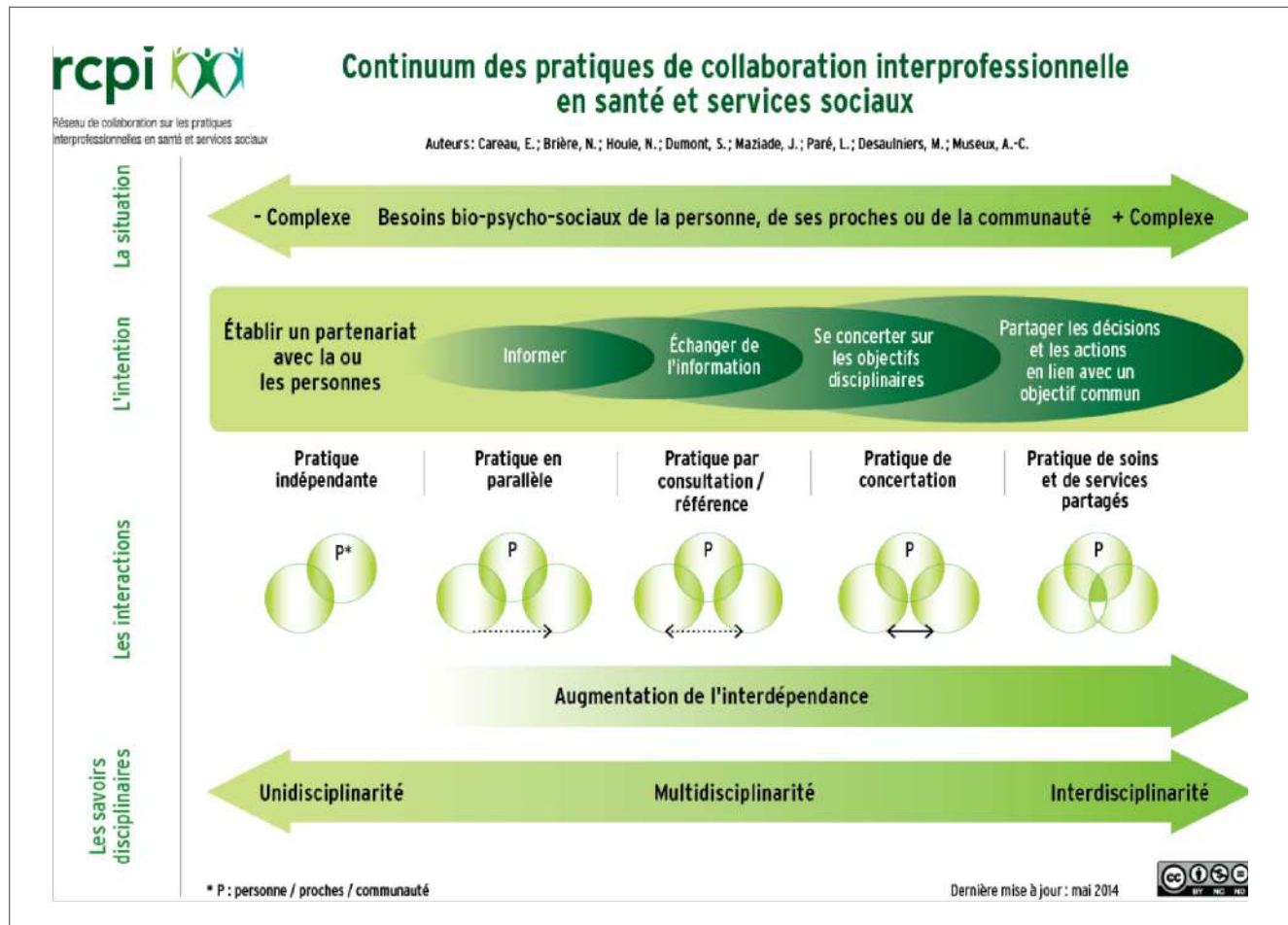
31 Voir annexe 3 : Outils d'aide à la décision

32 Voir annexe 4 : Définition des modalités de coordination et de soutien

33 Voir annexe 9 : Comité régional des cas complexes

Pour faire vivre la collaboration interprofessionnelle, des moments d'échanges interprofessionnels sont créés, notamment dans le cadre des interventions (visant le développement de compétences), de rencontres multidisciplinaires ainsi que lors de rencontres de concertation avec d'autres programmes-services (ex. : DI-TSA-DP, SAPA, FEJ, etc.).

Figure 3 : Modèle de collaboration interprofessionnelle utilisé au CIUSSS de la Capitale-Nationale



Souvent, le changement de la condition clinique de l'utilisateur exige une modification de l'offre de service, ce qui peut influencer sur le type et l'intensité des services offerts. Parmi les critères soutenant une discussion d'équipe ou une réorientation, on note (Careau et al., 2018) :

- > Les progrès insuffisants de la personne en suivi;
- > Une vision partielle de la situation dans le cas de multiples suivis pour multiples problématiques;
- > Un message différent ou contradictoire de plusieurs intervenants ou équipes de suivi;
- > De nouveaux besoins;
- > L'instabilité de l'état de santé;
- > Une situation de compromission (l'abandon, la négligence, les mauvais traitements psychologiques, les abus sexuels, les abus physiques et les troubles de comportements sérieux);
- > Un état de vulnérabilité.

Il est important qu'une collaboration étroite soit établie et maintenue avec les différents prestataires de soins. Au premier plan de cette collaboration se trouve le médecin de famille de l'utilisateur qui devrait demeurer impliqué dans la prestation des services. Ainsi, le partage des objectifs de suivi, du début et de la fin d'un épisode de soins, ainsi que l'évolution de la personne sont des informations qui peuvent aider le médecin de famille dans son propre suivi et favoriser le rétablissement de la personne.

Différentes stratégies peuvent être mises en place pour faciliter la communication et le travail inter-professionnel avec les médecins famille, par exemple :

- > Présenter à l'utilisateur tous les avantages du travail en collaboration et les désavantages à ne pas le faire;
- > Préparer l'utilisateur à sa rencontre médicale et favoriser la bonne collaboration de ce dernier;
- > Favoriser un cadre cohérent d'intervention favorisant une meilleure évolution;
- > Une fois le consentement obtenu, le partage du plan d'intervention avec le médecin favorise la collaboration.

## **Limites du modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité du CIUSSS de la Capitale-Nationale**

Le modèle présenté ici répond aux besoins d'une grande majorité d'utilisateurs en troubles de la personnalité, mais il est important de prévoir assez de souplesse pour répondre à des besoins qui se présentent plus rarement. Il est à noter que ce modèle a été pensé pour offrir des services à court et moyen terme et qu'il vise le rétablissement, l'amélioration des symptômes et du fonctionnement social plutôt que la guérison ou la rémission complète des symptômes, ce qui représente un changement de paradigme pour les intervenants.

Bien que le modèle de soins en étapes présente plus d'avantages que d'inconvénients, il convient de mentionner quelques enjeux :

- > Ajuster l'offre de service en fonction des niveaux de services et des effectifs disponibles;
- > Préparer l'utilisateur à la fin des services et statuer sur un moment de fermeture de dossier demeure difficile en particulier lorsque le client se détériore avec la fin du suivi. Un des dangers dans un modèle de soins en étape est de passer d'un niveau d'intensité à un autre presque automatiquement;
- > Le modèle de soins en étapes favorise une continuité de services par le passage d'un niveau de services à un autre, ce qui peut engendrer une sous-utilisation du réseau communautaire local et des cabinets privés;
- > Étant donné le nombre de services inclus dans le modèle, il est difficile pour tous les intervenants d'avoir une connaissance approfondie de chacune des modalités afin d'orienter les personnes dans le bon service en fonction de leurs besoins;
- > L'accessibilité aux premiers services est améliorée par le modèle de soins en étapes, mais l'attente vers un 2<sup>e</sup> service, dans les cas où celui-ci est opportun, peut s'avérer un enjeu pour certains services particulièrement ceux en groupe;
- > L'adaptation des modèles généraux en place (ex. : GPM) à des contextes plus particuliers tels que la parentalité et la clientèle avec une intelligence limite peut parfois être difficile.



## SECTION 3

# IMPLANTER UN MODÈLE DE SOINS EN ÉTAPES EN TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ



Cette section du guide est divisée en cinq étapes qui ont pour objectif de vous guider dans l'implantation du modèle de soins en étapes pour les troubles de la personnalité du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Des icônes sont utilisées pour faciliter le repérage dans le texte :

**Objectifs de chacune des étapes**



**Éléments importants à prendre en compte**



**Outils**



**Une liste à cocher pour ne rien oublier**



Tableau 3 : Synthèse des étapes d'implantation

OBJECTIF	ACTIVITÉ	OUTIL/MÉTHODE
<b>Étape 1 : La planification et le contexte de départ</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaborer des structures fonctionnelles qui vont permettre de mener à terme le projet et qui vont faciliter la gestion du changement;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réunir un groupe de travail qui implique tous les acteurs du continuum de service;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Co-construire avec des usagers partenaires<sup>34</sup>;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clarifier les rôles et responsabilités ainsi que les éléments négociables et non négociables;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Charte de rôles et responsabilités<sup>35</sup>;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Documenter la situation de départ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Établir un plan de communication;</li> <li>Faire le bilan de l'offre de service actuelle et des besoins de la clientèle;</li> <li>Objectiver le bilan par des données pertinentes à la compréhension;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De manière usuelle, en prenant en considération les éléments décrits dans la section « Gestion du changement ».</li> <li>Cueillette de données clinico-administratives pertinentes<sup>36</sup>, Diagramme cause effet (Ishikawa);</li> <li>Statistiques sur les délais d'attente, le nombre de personnes en suivi, les durées de suivis, etc. (outil de suivi des clientèles tel que Clinibase).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stratifier la clientèle en fonction de ses besoins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voir Figure 1 pour un exemple.</li> </ul>

34 Voir encadré 3 : Coconstruire avec des usagers partenaires

35 Voir encadré 4 : Définir les zones de pouvoir des intervenants

36 Voir encadré 5 pour des suggestions de questions à se poser pour dresser un portrait.

OBJECTIF	ACTIVITÉ	OUTIL/MÉTHODE
<b>Étape 2 : Les choix</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Choisir les interventions, les mécanismes de coordination et les modalités de monitoring de la réponse à l'intervention à mettre en place.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Choisir les interventions à mettre en place;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Utiliser les interventions proposées dans ce guide<sup>37</sup> et utiliser les critères de sélection présentés dans l'encadré 6 ou d'autres critères appropriés au contexte;</li> <li>· Comité de travail;</li> <li>· Au besoin, une recension des écrits peut aider à compléter les choix;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Adapter certaines interventions au besoin et harmoniser les contenus en cohérence avec les autres modalités d'intervention;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Identifier des cliniciens responsables (experts) du contenu de chacune des modalités;</li> <li>· Comité de travail d'experts de contenu;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Choisir les modalités de monitoring de la réponse à l'intervention.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Déterminer les dimensions à monitorer<sup>38</sup>, la définition de la sévérité et de la complexité, portrait de la clientèle, par exemple en faisant un brainstorm;</li> <li>· Utiliser les propositions de ce guide ou consulter un chercheur dans le domaine, réaliser une recension d'écrits scientifiques pour sélectionner d'autres tests.</li> </ul>

OBJECTIF	ACTIVITÉ	OUTIL/MÉTHODE
<b>Étape 3 : Planifier les mécanismes de coordination et les trajectoires de service</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>· S'assurer de la fluidité du continuum de services de même que la cohérence régionale;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Structurer les trajectoires;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Utiliser les trajectoires proposées<sup>39</sup>;</li> <li>· Outiller les intervenants<sup>40</sup>;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Améliorer l'adhésion au traitement de la clientèle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Prévoir les mécanismes de coordination;</li> <li>· Réviser les mécanismes d'accès aux services spécialisés;</li> <li>· Planifier l'entrée dans les services;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Utiliser les mécanismes de coordination proposés<sup>41</sup>;</li> <li>· Impliquer les services spécifiques et spécialisés dans la réflexion;</li> <li>· Définir les mécanismes d'accès; <ul style="list-style-type: none"> <li>· Offrir un premier service rapidement;</li> <li>· Mettre en place une procédure pour que les usagers soient suffisamment informés avant de recevoir leur service;</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Planifier la fin des épisodes de soins et les balises de fermeture des dossiers.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Voir encadré 8 pour des suggestions de réflexions à avoir.</li> </ul>

37 Voir section « services offerts »

38 Voir tableau 5 : Les outils sélectionnés pour le monitoring en continu,

39 Voir section « Les trajectoires de services »

40 Voir des exemples à annexe 3 : Outils d'aide à la décision et l'annexe 6 : Synthèse du modèle de soins étapes pour les troubles de la personnalité du CIUSSS de la Capitale-Nationale

41 Voir section « Mécanismes de coordination »

OBJECTIF	ACTIVITÉ	OUTIL/MÉTHODE
<b>Étape 4 : L'implantation</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Réaliser l'implantation du modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité en mettant en place des conditions qui favorisent son appropriation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Implanter les services, les trajectoires et les mécanismes de coordination;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Implanter les étapes de manière progressive par bloc d'intervention (et non de façon séquentielle) : intervention, monitoring en continu, soutien aux intervenants, indicateurs de performance et mécanisme d'amélioration continu;</li> <li>· Utiliser un tableau de suivi et un échancier (Gantt);</li> <li>· Outil Champ de force (lean);</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Outiller les intervenants;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Déterminer les modalités de formation, de transfert de connaissances et de soutien à offrir ou à mettre en place<sup>42</sup>;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Mettre en place des modalités de soutien pour les intervenants;</li> <li>· Mettre en place des mécanismes de communication efficaces et une stratégie de gestion du changement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Consulter l'annexe 4 pour des propositions de modalités de soutien;</li> <li>· Faire un plan de communication;</li> <li>· Utiliser les stratégies proposées pour la gestion du changement<sup>43</sup>.</li> </ul>

OBJECTIF	ACTIVITÉ	OUTIL/MÉTHODE
<b>Étape 5 : Suivi d'indicateurs et amélioration continue</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>· S'assurer que le modèle implanté atteint les objectifs;</li> <li>· Favoriser la gestion du changement;</li> <li>· Améliorer le modèle de façon continue afin d'assurer un fonctionnement optimal et de mieux répondre aux besoins de la clientèle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Mettre en place des indicateurs et en assurer le suivi;</li> <li>· Mettre en place un processus d'amélioration continue sur une base régulière.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Des suggestions d'indicateurs sont disponibles<sup>44</sup>;</li> <li>· Partager et discuter avec les équipes les indicateurs de performance;</li> <li>· Mettre en place une structure locale<sup>45</sup>;</li> <li>· Mettre en place une structure régionale<sup>46</sup>.</li> </ul>

42 Voir tableau 10 : Modèle de formation aux interventions en trouble de la personnalité

43 Voir encadré 11 : Quelques stratégies à utiliser pour la gestion du changement

44 Voir tableaux 6, 7 et 8 pour des indicateurs d'implantation, de processus et de performance

45 Voir section « Sur le plan local : Caucus d'amélioration continue »

46 Voir section « Sur le plan régional : Comité d'amélioration continue de l'offre de service »

## Étape 1 : La planification et le contexte de départ



- **Élaborer des structures fonctionnelles qui vont permettre de mener à terme le projet et qui vont faciliter la gestion du changement;**
- **Documenter la situation de départ.**

En cohérence avec le modèle, toutes les étapes, de la planification à la révision, devraient être réfléchies en continuum de service. L'implication de tous les acteurs concernés (intervenants, usagers partenaires, psychiatres, gestionnaires, organismes communautaires, etc.), dans la mesure du possible, facilite la conception et l'implantation du modèle ainsi que la gestion du changement organisationnel. En prenant part aux réflexions et aux décisions, chaque acteur contribue à la régulation du continuum permettant une meilleure adéquation entre les services et les besoins des clients. Cette méthode diminue le risque qu'une partie de la clientèle ne soit pas incluse dans les services ou dirigée vers le mauvais niveau de service, tout en facilitant la mise en place de mécanismes de coordination efficaces entre les différents services. Afin d'adapter ou d'implanter le modèle de soins en étapes, il convient de réunir un groupe de travail. S'il y a un nombre important d'acteurs, il est possible de créer un groupe de travail (environ 10 personnes) et un groupe de consultation ou de révision (plus de 10 personnes). Le groupe de travail élabore la conceptualisation clinique du modèle de soins en étapes, tandis que le groupe de consultation identifie les enjeux et les problèmes en lien avec le continuum de services et valide les orientations prises.



### Encadré 3

#### Coconstruire avec des usagers partenaires

Le travail de collaboration avec des usagers partenaires est de plus en plus incontournable dans le réseau de la santé et des services sociaux. L'implication d'un ou plusieurs usagers partenaires dans le comité de travail sur le modèle de soins en étapes permet d'orienter les décisions en prenant réellement en considération le point de vue des personnes qui ont utilisé ces services. Celui-ci permet de changer la perspective et de réfléchir à des aspects auxquels aucun des autres acteurs n'avait réfléchi. C'est certainement un élément gagnant dans une démarche de transformation importante comme celle-ci. Il est essentiel de bien soutenir l'usager partenaire en adaptant son langage (définir les abréviations et le jargon) et en expliquant son rôle au sein du groupe de travail. Pour faciliter sa prise de parole, un temps peut lui être consacré pendant les rencontres de travail. L'animateur doit déterminer avec l'usager la meilleure manière de soutenir sa contribution au sein du groupe.

Voici un outil très utile pour favoriser la participation d'usagers partenaire :

Allaire, J.-F., St-Martin, K.-A., Massougbodji, J., Zomahoun, H.T.V. et Langlois, L. (2018). *S'outiller pour favoriser la participation des usagers, des proches, des citoyens et des communautés à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services : Recueil d'idées inspirantes*. Sous la direction de Paul Morin. Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. [http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/IUPL/Recueil\\_Participation\\_usagers-citoyens.pdf](http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/IUPL/Recueil_Participation_usagers-citoyens.pdf)

Il importe dans les premières rencontres de clarifier avec toutes les parties prenantes leurs rôles et leurs responsabilités dans la démarche. Particulièrement, il est nécessaire de distinguer en début de processus les éléments qui peuvent être discutés et négociés de ceux qui ne peuvent pas être modifiés. Il convient d'y revenir à plusieurs reprises, notamment avec les cliniciens. Par exemple, le modèle de soins en étapes est incontournable, ce qui implique des interventions probantes, du monitoring en continu et des services de moindre intensité en premier. Toutefois, l'identification des besoins de la clientèle et leurs réponses par des interventions probantes, les outils de monitoring en continu et la hiérarchisation des services représentent des thèmes dans lesquels les cliniciens peuvent négocier et créer. L'identification de ces zones de négociation limite la perception d'impuissance des cliniciens et leur donne du pouvoir où ils en ont réellement.

Dans le même ordre d'idée, il convient de préparer un plan de communication dès cette étape afin de faciliter la gestion du changement<sup>47</sup>.



#### Encadré 4

##### Définir les zones de pouvoir des intervenants

L'évaluation d'implantation a fait ressortir le caractère essentiel de la définition des éléments sur lesquels les intervenants peuvent avoir du pouvoir. De notre expérience, plusieurs intervenants sont demeurés avec l'impression que les approches cliniques ont été imposées par la gestion, alors qu'elles ont été choisies par des collègues dans le cadre du comité de travail. Cette perception provient du fait que certains éléments n'étaient pas négociables, tels que l'adoption du modèle de soins en étapes et les principes qui le sous-tendent. Même si nous avons présenté et défini les thèmes pouvant être négociés au début de la démarche, il apparaît a posteriori que nous aurions dû davantage insister sur ce point et y revenir plus souvent.

Le point de départ des travaux doit reposer sur la situation actuelle. Pour faciliter la réflexion et diminuer l'effort consenti, il est avantageux d'identifier l'offre de service en place pour les troubles de la personnalité, ses points à améliorer, ses forces, mais aussi l'adéquation entre l'offre et la demande. Sous le principe du modèle de soins en étapes, l'ensemble de la population ayant des symptômes d'un trouble de la personnalité doit être prise en compte, autant la clientèle en GMF que celle en psychiatrie (urgence, hospitalisation, clinique externe), en CLSC (services psychosociaux généraux, santé mentale adulte) ou dans la communauté (soutien d'intensité variable [SIV]). L'implication de différents services, tels que l'urgence, les organismes communautaires, etc., peut enrichir la démarche et faciliter l'obtention d'une vision globale du continuum de services. À partir du portrait de la situation actuelle, on peut circonscrire la majorité des besoins de la clientèle, qu'ils aient trouvé réponse ou non dans l'offre de service. Ensuite, ces besoins en lien avec des profils de clientèle sont stratifiés en fonction de leur complexité et de leur sévérité.



#### Encadré 5

##### Dresser le portrait de la situation actuelle

Quelques suggestions de questions pour dresser le portrait de la situation actuelle :

- Les troubles de la personnalité représentent quel pourcentage de la clientèle en services généraux (SPG, GMF)? En services spécifiques? En services spécialisés?
- Comment se répartit la clientèle en trouble de la personnalité dans le continuum de services?
- Quels services sont offerts à la clientèle?
- Comment se répartissent la clientèle et les besoins sur le territoire? Y a-t-il des particularités à prendre en compte?
- Comment se répartissent les ressources humaines dans le continuum de services?
- Quels sont les points forts de l'organisation des services actuelle (que veut-on conserver)?
- Quels sont les points à améliorer?
- Quels sont les besoins qui trouvent (ou ne trouvent pas) réponse dans l'offre de service?
- Quelques statistiques sur les délais d'attente, le nombre de personnes en suivi, les durées de suivis, etc. peuvent aider à objectiver le portrait.

<sup>47</sup> Des précisions à ce sujet seront apportées à l'étape 4, portant sur l'implantation et plus particulièrement la gestion du changement.

## Notre expérience

Pour démarrer les travaux et nous donner une vision commune de tout le continuum de services, nous avons fait une journée bilan. Une cinquantaine de cliniciens ont été réunis : médecins de famille, psychiatres, intervenants des services spécifiques et spécialisés et organismes communautaires et usagers partenaires. Cette journée a permis à tout le monde de mieux connaître les rôles et les mandats de chaque service, de partager les difficultés vécues dans le suivi de cette clientèle et de commencer des réflexions sur la direction vers laquelle aller. Par la suite, nous avons créé un comité de travail d'une douzaine de personnes représentatives de l'ensemble du continuum de services. Des données quantitatives (ex. : raison de l'intervention, profil sociodémographique de la clientèle, diagnostic ou non, etc.) ont été recueillies à partir des différents systèmes d'information clinique (ex. : Clinibase) de l'établissement et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ces données ont été présentées et contextualisées par le comité de travail.

Ce comité de travail avait le mandat d'identifier les besoins de la clientèle, de les hiérarchiser, ainsi que d'identifier les meilleures pratiques pour y répondre. Enfin, il devait réfléchir à des moyens d'assurer la coordination et la fluidité à travers tout le continuum de services.

Un des rôles des membres du comité était de partager l'information dans leurs équipes et de ramener les commentaires en groupe de travail. Ce rôle a été endossé de différentes manières, certains étant plus à l'aise, d'autres moins. Ainsi, la communication entre le groupe de travail et les intervenants dans les équipes cliniques a été difficile. Pour contrer ce problème, à mi-parcours, des rencontres avec tout le personnel clinique ont été mises en place afin de discuter des changements et des orientations. Au total, trois de ces rencontres ont eu lieu.



### Aide-mémoire - étape 1

#### La planification, le contexte de départ et les choix

- Réunir un groupe de travail qui implique tous les acteurs du continuum de service;
- Clarifier les rôles et responsabilités ainsi que les éléments négociables et non négociables;
- Établir un plan de communication;
- Faire le bilan de l'offre de service actuelle et des besoins de la clientèle;
- Objectiver le bilan par des données pertinentes à la compréhension;
- Stratifier la clientèle en fonction de ses besoins.



## Étape 2 : Les choix



> Choisir les interventions, les mécanismes de coordination et les modalités de monitoring de la réponse à l'intervention à mettre en place.

Une fois les besoins de la clientèle identifiés et stratifiés, le modèle de soins en étapes préconise la mise en place d'interventions basées sur les données probantes. Une recension des meilleures pratiques en troubles de la personnalité peut être réalisée afin d'identifier celles qui conviennent le mieux au contexte de chaque établissement. Cette revue de la littérature est utile non seulement pour s'assurer de mettre en place les meilleures interventions, mais aussi pour élargir les perspectives d'intervention. Au cours des dernières années, plusieurs nouveaux traitements ont vu le jour (ex. : *Good Psychiatric Management*; *Structural clinical management*, STEPPS), et de nouveaux résultats (Bateman et Fonagy, 2015; Linehan, 2020; Choi-Kain et al., 2017) suggèrent l'efficacité de certains traitements en présence de conditions de comorbidités. Bref, s'alimenter des dernières recherches sur le sujet permet de faire de meilleurs choix et de mieux répondre aux besoins de la clientèle.

Outre l'efficacité des traitements, certains critères peuvent guider le choix des interventions à mettre en place :



### Encadré 6

#### Critères pour le choix des interventions

- L'intervention répond à plusieurs besoins des clients;
- L'intervention offre une capacité de prise en charge et une intensité de service correspondant au niveau de service auquel elles sont situées dans le modèle de soins en étapes;
- Les ressources à investir (formation, soutien, etc.) pour mettre les interventions en place et les maintenir sont raisonnables en fonction de la capacité de l'organisation;
- Le rapport coût/efficacité est optimal;
- La cohérence des interventions entre elles tout au long du continuum de services est maintenue.

Ensuite, il convient d'associer les besoins stratifiés dans un continuum de services aux interventions probantes pouvant y répondre en suivant les principes du modèle de soins en étapes. Ainsi, davantage de besoins devraient trouver une réponse dans les interventions de basse intensité<sup>48</sup> dans les premiers niveaux de services. Les interventions de haute intensité devraient être réservées pour les situations plus complexes et sévères.

Une fois les approches cliniques sélectionnées, elles sont adaptées pour répondre aux besoins en suivant ce raisonnement :

> Si l'intervention sélectionnée est déjà offerte dans le continuum de services :

- Identifier deux cliniciens responsables du contenu de la modalité;
- Harmoniser le contenu en cohérence avec les autres modalités d'intervention dans le modèle de soins en étapes;
- Déployer l'offre de service en fonction des besoins;
- Soutenir l'implantation et le développement des compétences par des interventions<sup>49</sup>

48 Pour une définition des services de basse et de haute intensité voir Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2017).

49 Voir annexe 4 : Définition des modalités de soutien et de coordination

- > Si l'intervention sélectionnée n'est pas déjà offerte :
  - Si l'expertise est détenue par des membres du personnel :
    - Identifier les deux experts responsables pour adapter la modalité en fonction du besoin;
    - Former l'ensemble des intervenants qui donneront la modalité;
    - Soutenir l'intégration de la pratique pendant un an par les experts;
    - Offrir du codéveloppement<sup>50</sup> par la suite.
  - Si l'expertise n'est pas détenue dans l'établissement :
    - Former deux intervenants afin qu'ils deviennent experts de l'approche;
    - Adapter la modalité en fonction du besoin par les deux experts;
    - Former des intervenants qui donneront la modalité par les deux experts;
    - Soutenir l'intégration de la pratique pendant un an par les experts;
    - Offrir du codéveloppement par la suite.

Il faut s'assurer de la cohérence entre les services du continuum. Les cadres d'intervention, les contenus et les thèmes abordés doivent être harmonisés dans un tout cohérent. Pour ce faire, il est possible de nommer des responsables de contenu pour chaque offre de service qui devront être arrimés ensemble, dans un comité par exemple.



### Encadré 7

#### L'importance d'un cadre clinique clair

Au moment de l'adaptation des services, il est important de s'assurer d'instaurer des cadres cliniques clairs. Compte tenu du mode relationnel instable et de l'impulsivité de cette clientèle, le consensus clinique dans la littérature est de présenter un cadre d'intervention stable, prévisible et cohérent à la personne qui consulte. Le cadre en place doit contenir des règles claires et connues des personnes balisant les absences, retards, contacts avec l'équipe traitante, gestion des situations de crise et des comportements impulsifs dommageables. Les interventions se déroulent dans un cadre clair qui vient baliser les rôles et responsabilités du client et du thérapeute ainsi que les objectifs poursuivis. La durée de l'épisode de soins est déterminée à l'avance. Le nombre de rencontres individuelles ou de groupe est connu de la personne traitée (Julien, 2015).

Le respect d'un cadre clinique clair et cohérent (*limits setting* selon Green, 1988) est une condition nécessaire, mais non suffisante au traitement des troubles de personnalité. Sans être une approche en soi, le cadre constitue une composante centrale dans toutes les approches reconnues de traitement des troubles de personnalité. Peu importe leur allégeance théorique, l'importance d'un cadre de traitement est soulignée par un grand nombre de spécialistes des troubles de personnalité (ex. : Linehan, 1993; Clarkin, Yeomans et Kernberg, 1999). On définit le cadre comme un « non-processus contenant les constantes à l'intérieur desquelles le processus thérapeutique a lieu, permettant le développement et le maintien de la relation thérapeutique ». Le cadre a comme fonction de préserver ou de rétablir le processus thérapeutique, de parfois suppléer temporairement au jugement de l'intervenant, de fournir une pause symbolique et surtout, de permettre l'intériorisation progressive d'un monde interpersonnel cohérent et prévisible. Il est important que ce cadre soit clair, ferme, concis, préétabli, justifiable, non punitif et suggérant une alternative plus adaptée. Enfin, il est un symbole dépersonnalisé du refus de soutenir des comportements de régression ou de dépendance.

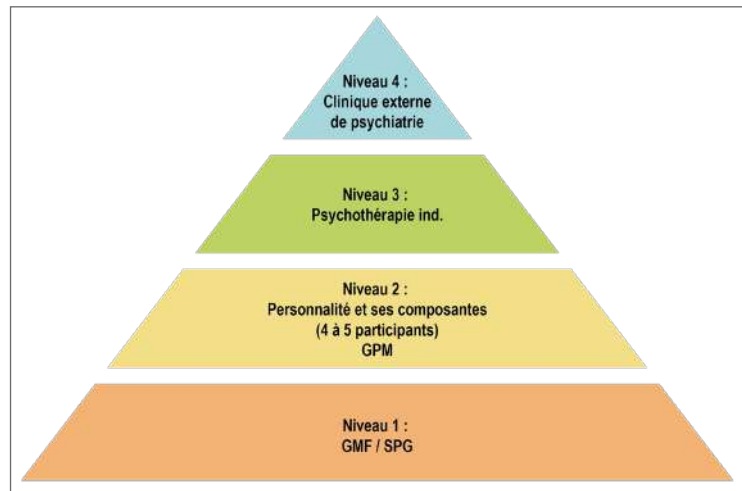
Le monitoring de la réponse à l'intervention est un principe essentiel du modèle de soins en étapes. Afin d'identifier les bons outils, il faut que l'ensemble des acteurs du continuum de services construise une vision commune de la sévérité et de la complexité qui peut s'exprimer par des dimensions cliniques. Ces dimensions peuvent être objectivées par des questionnaires autorapportés ou par une appréciation des intervenants. Les outils autorapportés, plus ou moins courts en fonction des besoins, sont utiles pour monitorer les changements et économiques en termes de temps. Les résultats de ces questionnaires sont indissociables du jugement clinique des intervenants.

<sup>50</sup> Voir annexe 4 : Définition des modalités de soutien et de coordination.

## Adaptation du modèle de soins en étapes à d'autres contextes

Comme il a déjà été mentionné, le modèle de soins en étapes présenté dans ce guide a été développé en milieu urbain. Il est possible d'adapter ce modèle pour l'implanter dans des milieux moins densément peuplés comme il a été fait dans les réseaux locaux de services de Portneuf et de Charlevoix. Au-delà du nombre de services, des modalités et de la clientèle, il convient de respecter les principes du modèle de soins en étapes. Ainsi, un minimum de trois modalités d'intervention devraient être disponibles : deux de basse intensité (ex. : services psychosociaux généraux, GPM, un groupe d'éducation psychologique) et une de haute intensité (ex. : psychothérapie, psychiatrie). La cohérence entre les modalités probantes choisies devrait être un critère de choix. Le cas échéant, des ajustements devraient être envisagés pour assurer la cohérence des services tout au long du continuum. Selon les besoins et le nombre de clients, il conviendrait d'augmenter le nombre d'interventions probantes de basse intensités disponibles, puisque, en cohérence avec le modèle de soins en étapes, davantage de clients en bénéficieraient.

Figure 4 : L'exemple de Charlevoix



Selon Lana (2016), un modèle de soins en étapes devrait comporter au minimum les éléments suivants :

- Une ou plusieurs interventions non spécifiques bien structurées (ex. : guides de pratiques de l'*American Psychology Association* [APA]) pourraient être offertes par les services psychosociaux généraux;
- Une ou plusieurs interventions spécifiques aux troubles de la personnalité moins intensives (adaptations TCD, STEPPS, GPM, etc.) pourraient être offertes par les services spécifiques;
- Une ou plusieurs interventions standards spécifiques aux troubles de la personnalité (TCD, TBM, TFT, thérapie basée sur les schémas, etc.) pourraient être offertes par les services spécifiques ou les services spécialisés.

### Notre expérience

Une recherche documentaire a été effectuée et s'est limitée aux questions que le comité avait telles que : quoi offrir pour les jeunes adultes représentant 25 % des clients et qui sont en augmentation? Est-ce qu'il y a d'autres modèles d'intervention probants possibles en dehors de la TCD et des psychothérapies connues (TBM, TFT, Schéma)? Quels outils seraient pertinents pour le monitoring en continu?

Plusieurs options ont été considérées avant de faire les choix finaux. Nous avons finalement opté pour garder certaines interventions en place qui avaient démontré leur efficacité, pour en adapter d'autres, et nous avons complété l'offre de service avec de nouvelles intervention pour les besoins auxquels nous ne répondions pas.

Basés sur les critères mentionnés ci-dessus<sup>51</sup>, d'autres choix pourraient tout aussi bien convenir dans un contexte différent du nôtre. Toutefois, il est primordial de garder la cohérence des approches dans le continuum de services. Voici quelques exemples d'éléments qui nous ont fait arrêter nos choix.

51 Voir encadré 6 : Critères pour le choix des interventions

**Tableau 4 : Le choix des modalités**

NOS CHOIX	LES RAISONS
Personnalité et ses composantes	<ul style="list-style-type: none"><li>· Intervention rapide et efficace (évaluée par la recherche);</li><li>· Capacité de prendre en compte les divers profils de la clientèle;</li><li>· Bonne proportion des intervenants en mesure d'offrir le service;</li><li>· Facilement modulable en fonction des besoins des clients;</li><li>· Basé sur les approches de la TCD et la TBM.</li></ul>
GPM	<ul style="list-style-type: none"><li>· Reconnu comme une meilleure pratique;</li><li>· Offre un cadre d'intervention généraliste aux professionnels;</li><li>· Peut répondre à une panoplie de besoins psychosociaux;</li><li>· Nécessite une seule journée de formation.</li></ul>
Programme comportemental dialectique	<ul style="list-style-type: none"><li>· Reconnu comme une meilleure pratique;</li><li>· Déjà accessible dans nos services;</li><li>· Répond à des besoins identifiés;</li><li>· Nécessite peu de formation.</li></ul>
Programme de mentalisation	<ul style="list-style-type: none"><li>· Reconnu comme une meilleure pratique;</li><li>· Expertise déjà disponible dans le milieu;</li><li>· Répond à des besoins identifiés;</li><li>· Plusieurs psychothérapeutes souhaitaient s'y investir.</li></ul>
Groupe expressif	<ul style="list-style-type: none"><li>· Reconnu comme une meilleure pratique;</li><li>· Expertise déjà disponible dans le milieu;</li><li>· Permet d'offrir une approche différente;</li><li>· Répond à des besoins identifiés.</li></ul>

Au début du processus, nous avons plusieurs modalités d'intervention disponibles tant dans les CLSC qu'à la clinique spécialisée. Un comité de cliniciens a regroupé ces interventions pour ensuite faire des choix et identifier les manques. Ainsi, le groupe Personnalité et ses composantes était disponible dans trois CLSC sur huit, et le programme comportemental dialectique, dans trois autres. Une révision de ces deux modalités a été effectuée en cohérence avec le nouveau continuum de services. Nous avons augmenté le nombre d'intervenants pouvant animer ces groupes en jumelant des séniors et des novices comme co-animateurs, et ainsi, après une année, huit CLSC avaient la capacité de donner ces groupes.

Par ailleurs, des experts de la mentalisation et de la thérapie centrée sur le transfert étaient disponibles à la clinique spécialisée. Ils ont adapté la psychothérapie pour la donner en CLSC (en 20 semaines au lieu de 2 ans), puis ils ont formé et soutenu les intervenants dans les services spécifiques. Les intervenants psychosociaux restaient dépourvus d'approches probantes. Des intervenants de la clinique spécialisée ont été formés à l'approche GPM et l'ont adaptée pour les services spécifiques en collaboration avec des intervenants du CLSC. Ensuite, de la formation et du soutien ont été mis en place pour favoriser l'appropriation de la modalité pour tous les autres professionnels. Enfin, les modalités d'intervention à la clinique spécialisée ont été adaptées en fonction du nouveau continuum de services (par ex.: le groupe TBM qui se donnait sous 2 formes a été ramené à un seul groupe).

Pour le monitoring en continu, nous avons choisi six dimensions pour objectiver la sévérité et la complexité de la clientèle : les symptômes, le fonctionnement, la dangerosité, la motivation, la comorbidité et l'abandon thérapeutique. Ces dimensions servent non seulement au monitoring, mais également comme indices de sévérité et de complexité. Une chercheuse de l'Université Laval, spécialisée dans les troubles de la personnalité, nous a accompagnés pour identifier les meilleurs outils cliniques pour rendre compte des dimensions identifiées. Le comité de travail a fait le choix de prendre en considération le modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5, soit l'approche dimensionnelle. Les cliniciens considéraient ce modèle plus pertinent et davantage aidant pour l'intervention clinique. Le monitoring en continu a donc été élaboré à partir de ce modèle. De plus, il était souhaité que les questionnaires soient faciles à remplir, le plus court possible, et qu'ils puissent servir à l'éducation psychologique de la personne qui les utilise. Pour le volet « comorbidité », le choix a été arrimé aux travaux des deux autres continuums de services (troubles anxieux et troubles de l'humeur) afin de ne pas multiplier indument les questionnaires.

L'implantation du monitoring en continu s'est faite de manière variable d'une équipe à l'autre, et ce, en fonction de la compréhension et de l'aisance des intervenants, de la disponibilité des ressources logistiques et informationnelles. Pour éviter les nombreux calculs de résultats des instruments choisis, nous avons bâti un outil sur Excel qui facilite la passation des questionnaires, mais aussi l'interprétation des résultats.

**Tableau 5 : Les outils sélectionnés pour le monitoring en continu**

DIMENSION	OUTIL	ITEM	AUTEUR
Symptômes	SAPAS	8 items	Merlhiot et al. (2014)
	Personality Inventory	Version courte : 25 items	Combaluzier et al. (2015)
	Disorder DSM-5 (PID-5)	Version brève : 100 items	Roskam et al. (2015)
	Borderline symptoms list (BSL-23)	23 items	Nicastro et al. (2016)
	BPAQ - Agressivité	12 items	Genoud et al. (2009)
Fonctionnement	Questionnaire de fonctionnement social	16 items	Zanello et al. (2006)
	SIFS - échelle de fonctionnement de soi et interpersonnel (self and interpersonnel functional scale)	245 items	Gamache et al., (2019)
	MACE - empathie	32 items	Vachon et Lynam, (2016)
Dangerosité	Grille d'évaluation du risque suicidaire		Suicide action Montréal
Motivation	Cycle du changement	Échelle de 1 à 15 (cotés par intervenant)	Inspiré de Prochaska et DiClementi (1962) <sup>52</sup>
Comorbidité	Dépression Anxiété Autres	PHQ-9 OASIS Au besoin	Kroenke et al. (2001) Norman et al. (2006)
Abandon thérapeutique	Grille des facteurs pronostics à la psychothérapie	15 items cotés par un intervenant formé	Gamache et al., (2017)



## Aide-mémoire - étape 2

### La planification, le contexte de départ et les choix

- Choisir les interventions à mettre en place;
- Adapter certaines interventions au besoin et harmoniser les contenus en cohérence avec les autres modalités d'intervention;
- Choisir les modalités de monitoring de la réponse à l'intervention.



## Étape 3 : Planifier les mécanismes de coordination et les trajectoires de services



- > S'assurer de la fluidité du continuum de services de même que de la cohérence régionale;
- > Améliorer l'adhésion au traitement de la clientèle.

Après avoir fait un portrait des besoins de la clientèle et choisi les services y répondant le mieux de même que les modalités de monitoring en continu, il reste à s'assurer de la fluidité entre les différents niveaux de services. Pour ce faire, il est d'abord nécessaire de mettre en place des trajectoires de services et des mécanismes de coordination comme proposés précédemment<sup>53</sup>.

Même si des trajectoires de services sont planifiées et convenues, la clientèle en troubles de la personnalité se retrouve souvent dans des situations d'exception. Pour en arriver à un fonctionnement optimal, les services, la trajectoire et la coordination doivent être bien définis. Toutefois, il importe que le modèle prévoie la souplesse nécessaire pour s'adapter en cas de besoin.

L'entrée de l'utilisateur dans les services est un moment crucial dans l'adhésion au traitement. Il faut être en mesure d'offrir un premier service rapidement, car plus la détresse est aiguë, moins les usagers risquent d'abandonner ou de ne pas s'engager dans les services (Clarkin et al., 2006). Peu importe le processus mis en place, il faut garder en tête que les délais d'attente trop longs ont un impact majeur sur les services (augmentation des abandons) et sur les usagers (moins d'engagement, détérioration, chronicité des difficultés, etc.). De plus, étant donné qu'il y a plusieurs options quant au premier service à recevoir, il est important de mettre en place un processus d'orientation efficient. Même s'il est possible de réorienter un usager en cours de services, il pourrait y avoir des impacts sur le reste du groupe (si c'est la modalité utilisée) et sur l'utilisateur lui-même (lui faire vivre un échec ou un abandon) – qu'il reçoive des services en groupe ou en individuel. Par exemple, il pourrait percevoir le retrait de services comme un échec ou un abandon. Aussi, il importe que l'utilisateur soit suffisamment informé sur le service qu'il va recevoir avant le début de l'épisode de soins afin de pouvoir moduler ses attentes. La transmission de cette information peut prendre plusieurs formes selon l'organisation de l'établissement.

Les particularités de la clientèle en troubles de la personnalité font en sorte que les intervenants des services spécifiques peuvent rapidement se retrouver dans une impasse (Bouchard, 2010). Il est préférable de prévoir des mécanismes de soutien à cet effet pour favoriser la prise en charge d'une clientèle qui peut sembler plus sévère<sup>54</sup>. Par ailleurs, des passages rapides entre les services spécifiques et spécialisés doivent aussi être convenus afin d'éviter que les services spécifiques soient congestionnés par des cas trop complexes. Ces mécanismes peuvent être de différents niveaux : au sein de l'équipe, au sein du continuum, au sein de la direction, au sein de l'établissement (CISSS/CIUSSS)<sup>55</sup>.

53 Voir sections « Trajectoires de services »,

54 Pour des exemples, voir annexe 4 : Définition des modalités de coordination et de soutien

55 Voir section « Mécanismes de coordination »



Un autre moment clé de la trajectoire qui doit être planifié judicieusement est la fin des services, soit la fin des épisodes de soins et la fermeture des dossiers. Autrefois, les troubles de la personnalité étaient perçus comme stables et presque irréversibles, mais des recherches plus récentes (Gunderson, 2014) tendent à montrer que la rémission ou le rétablissement est possible dans de nombreux cas. Le modèle de soins en étapes implique des épisodes de soins définis à court, voire à moyen terme dans une optique de rétablissement. L'objectif des services est que la personne retrouve un fonctionnement lui permettant de poursuivre son cheminement. Le large éventail des services offerts permet de répondre aux besoins diversifiés de la clientèle, mais ne doit pas être perçu comme un « programme long » déguisé en épisodes plus courts. Il est important de donner aux intervenants des balises claires par rapport à la fin des services, en particulier avec cette clientèle réputée pour se détériorer à ce moment (Clarkin et al., 2006). Les critères et les mécanismes doivent être bien définis afin d'éviter d'engorger les services.



### Encadré 8

#### Exemples de questions à poser pour baliser la fin de services

- Quels résultats obtenus en fonction des objectifs fixés au départ sont satisfaisants pour justifier la fermeture d'un dossier?
- Comment les désirs de l'utilisateur doivent-ils être pris en considération dans la décision de garder ouvert ou de fermer un dossier?
- Comment peut-on préparer la fin de suivi dès le début de l'intervention?

### Notre expérience

Au CIUSSS de la Capitale-Nationale, la mise en place de mécanismes de coordination a dû être arrimée avec le changement quant à l'accès des services qui s'effectuait au même moment. Il va sans dire que les deux changements en même temps ont été difficiles à manœuvrer, d'autant plus que notre pouvoir d'action était limité en ce qui concerne l'accès du CIUSSS de la Capitale-Nationale (sous la responsabilité d'une autre direction). Ainsi, nous avons dû composer avec les nouvelles méthodes qui comportaient notamment la disparition des GASMA et l'apparition de l'utilisation d'évidences<sup>56</sup>. Les évidences ont donc été sélectionnées pour leur pertinence afin d'orienter de la meilleure façon possible les usagers vers un premier service. Concrètement, un seul processus de référence visant à identifier le besoin prioritaire a été élaboré pour tous les programmes-services du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Les usagers non connus sont référés à l'équipe accès, qui font le processus de référence. Pour les usagers connus, c'est l'équipe en suivi qui doit effectuer le processus d'accès. Dans notre direction, c'est l'équipe régionale de coordination des demandes qui reçoit la demande. Cette équipe a pour rôle d'orienter les personnes vers le bon service, de les contacter pour leur expliquer le service et obtenir leur accord, et finalement de former les groupes. Avec le nouveau processus d'accès harmonisé au CIUSSS de la Capitale-Nationale, nous avons modifié nos groupes d'entrée pour prendre en compte la diversité de la clientèle qui est référée dans nos services. Ainsi, il n'y a pas vraiment de critères d'exclusion pour le groupe Personnalité et ses composantes, sauf la sécurité physique et psychologique du groupe. Des rencontres pré-groupe (à trois ou quatre usagers) sont réalisées afin de s'assurer que tous les usagers peuvent bénéficier du groupe et ne causeront pas de préjudices aux autres. Selon notre expérience, très peu de personnes ont été réorientées à cette étape.

<sup>56</sup> Voir section « Les trajectoires de service » pour une définition

En ce qui concerne les modalités à l'entrée dans les services, c'est l'équipe régionale de coordination des demandes qui informe les usagers des services qu'ils vont recevoir, mais cette étape pourrait aussi être réalisée par les intervenants eux-mêmes, ou alors des rencontres avec les usagers pourraient être organisées. Ainsi, les modalités peuvent prendre plusieurs formes. Les processus visant l'orientation des usagers et les premiers contacts avec eux doivent être réfléchis dans le contexte propre à chaque établissement, en regard des structures déjà en place et en fonction des réalités propres.

Par ailleurs, rapidement les enjeux de coordination des services et de trajectoires ont été mis de l'avant. Après tout, la réforme de 2015 visait particulièrement ces aspects. Le problème décrit par tous les cliniciens concernait les difficultés d'accès à la clinique spécialisée. C'est pourquoi nous avons abordé ce problème en premier. Rapidement, nous avons aboli l'obligation d'une référence psychiatrique pour avoir accès à la clinique spécialisée. Ensuite, nous avons mis sur pied un comité de coordination régional des cas complexes en troubles de la personnalité. Bien que ce comité fût élargi aux autres problèmes de santé mentale deux ans après ses débuts, 80 % des cas présentés demeurent encore aujourd'hui en lien avec un trouble de la personnalité. Ainsi, les cas plus sévères et plus complexes ne restent plus en première ligne et sont orientés plus rapidement vers la clinique spécialisée. Avec la mise en place du continuum de services et contrairement à ce que l'on pouvait envisager, les références en clinique spécialisée ont diminué, les usagers étant davantage orientés vers les services spécifiques (principe du moindre fardeau).

Une fois l'accès aux services spécialisés amélioré, les mécanismes de coordination en première ligne ont été développés. Chaque équipe bénéficie d'un coordonnateur professionnel auquel les intervenants peuvent adresser leurs questionnements quant à l'orientation d'un usager. Les coordonnateurs peuvent prévoir une discussion de cas en équipe multidisciplinaire, se concerter avec la clinique spécialisée ou le MSRP. Après chaque épisode de services, une rencontre avec le coordonnateur est requise pour poursuivre les services ou orienter l'usager.

Les balises concernant la fin des épisodes de soins et la fermeture des dossiers représentent une question complexe. Lors de l'implantation du modèle de soins en étapes, des balises assez larges ont été posées : « Le service se termine à la fin d'un épisode de soins, si les objectifs de l'usager sont atteints OU si le client le désire ». Des travaux sont en cours afin de fournir des balises plus précises qui vont tenir compte des particularités de cette clientèle qui présente souvent une détérioration de leur état en fin de suivi, tout en s'assurant que les personnes reçoivent les services requis.



### Aide-mémoire - étape 3

#### Planifier les mécanismes de coordination et les trajectoires de services

- Structurer les trajectoires;
- Prévoir les mécanismes de coordination;
- Réviser les mécanismes d'accès aux services spécialisés;
- Planifier l'entrée dans les services;
- Planifier la fin des épisodes de soins et les balises de fermeture des dossiers.

## Étape 4 : L'implantation



- Réaliser l'implantation du modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité en mettant en place des conditions qui favorisent son appropriation.

### Implantation des services, des trajectoires et des mécanismes de coordination

Avant l'implantation, il importe de faire un retour en arrière afin de s'assurer que les points forts et ceux à améliorer identifiés lors de la planification ont été pris en compte. Idéalement, le modèle implanté devrait corriger plusieurs points à améliorer, tout en gardant la majorité des points forts, dans un souci coût-bénéfice optimal.

Étant donné l'envergure du changement que représente l'implantation du modèle de soins en étapes, il est apparu qu'une implantation graduelle est une stratégie gagnante qui permet aux intervenants de mieux assimiler les changements et de vivre de petites victoires au fur et à mesure. De plus, le modèle de soins en étapes inclut plusieurs facettes (interventions, coordination, monitoring, etc.) à planter. Au lieu d'un processus d'implantation par facettes séquentielles, qui consiste à planter toutes les interventions puis à planter les mécanismes de coordination et ainsi de suite, il est préférable de procéder par bloc d'intervention. Ainsi, lorsqu'une intervention est prête à être mise en place, elle doit être implantée en incluant : les mécanismes de coordination, les mécanismes de soutien, la formation, le monitoring en continu, etc. Il est important de mettre en place ces éléments presque simultanément, car ils sont nécessaires à la gestion du changement. Ce processus évite de prendre de nouvelles habitudes qui ne sont que partielles et qui devront être rectifiées ultérieurement. Il peut s'avérer gagnant d'identifier des victoires rapides « *quick-win* » pour favoriser l'adhésion des parties prenantes.

L'implantation du monitoring en continu peut représenter un défi important. Au moment d'en choisir les modalités et de l'implanter, il faut s'assurer de l'utilité clinique des outils sélectionnés. De plus, il est important d'outiller les intervenants pour l'interprétation et l'utilisation des résultats, par exemple par le biais de vignettes cliniques. Il faut aussi s'assurer que le processus de gestion et de conservation des données soit clair et en cohérence avec les règles des différents ordres professionnels. L'identification de champions peut être utile pour soutenir les intervenants. Bien que le monitoring en continu constitue une valeur ajoutée pour l'orientation, c'est loin d'être la seule méthode possible. Il semble primordial que les intervenants se l'approprient dans leur suivi clinique, qu'il devienne un outil de monitoring pour eux et un outil éducatif pour l'utilisateur.

#### Notre expérience

Lors des travaux effectués au CIUSSS de la Capitale-Nationale, au fur et à mesure que le comité de travail prenait des orientations, le processus d'implantation s'effectuait. Ainsi, le modèle de soins en étapes a été implanté de manière progressive sur deux ans. Cette stratégie a fait en sorte que les cliniciens ont vu s'implanter de petites victoires au fur et à mesure que les solutions étaient approuvées. Les changements se sont effectués sur une plus longue période, mais à petite dose. Étant donné le nombre de changements ayant déjà eu lieu dans l'organisation en 2016, cette stratégie est apparue gagnante.

Nous avons réalisé l'implantation par bloc d'intervention. Ainsi, lorsqu'une intervention était choisie, nous l'implantions avec les mécanismes de coordination, les mécanismes de soutien et de formation et le processus d'amélioration continue.

Le monitoring en continu a été implanté plus tard, ce qui a nui à l'appropriation par les intervenants. Nous savions que le monitoring en continu serait un enjeu pour plusieurs intervenants qui estiment qu'il s'agit d'une procédure nécessitant beaucoup de temps, en plus de n'y voir que peu d'utilité. Pour faciliter l'utilisation du monitoring en continu et de la comptabilisation des résultats, nous avons développé les questionnaires en version informatisée sur Excel afin d'automatiser les calculs. Ainsi, le client peut répondre aux questionnaires directement sur un ordinateur et les résultats sont disponibles pour l'intervenant dans la minute qui suit. Il est aussi possible de les remplir en version papier et qu'une agente administrative en fasse la saisie sur Excel. Un rapport avec des échelles de couleurs<sup>57</sup> favorise l'interprétation des résultats par l'intervenant. L'implantation du monitoring en continu s'est faite de manière variable d'une équipe à l'autre, et ce, en fonction de la compréhension et de l'aisance des intervenants ainsi que de la disponibilité des ressources logistiques et informationnelles.

Un des effets attendus de l'implantation du continuum était la prise en charge de cas plus qu'avant en services spécifiques. Malgré l'implantation d'interventions plus intensives correspondant à la sévérité des difficultés (TBM, GPM), il était nécessaire que les clients complexes et sévères puissent avoir accès à la clinique spécialisée et ne restent pas en services spécifiques. La possibilité pour des équipes de services spécifiques de référer directement les usagers à la clinique spécialisée et la mise sur pied du comité de coordination régionale des cas complexes ont facilité ce transfert et est reconnu comme un gain majeur de l'implantation du modèle.

## Outiller les intervenants

Les recherches suggèrent que, de façon générale, les intervenants présentent davantage d'attitudes négatives comme la colère, l'irritation et le blâme de leurs comportements, moins d'optimisme envers le pronostic et moins d'empathie envers les personnes ayant un trouble de la personnalité (Brody et Farber, 1996; Markham et Trower, 2003), ce qui peut avoir pour impact de diminuer la qualité des services (Fraser et Gallop, 1993) et de favoriser des effets iatrogènes. Toutefois, des formations sur les troubles de la personnalité aident à changer ces attitudes et croyances envers cette clientèle et favorisent le développement d'attitudes cliniques adaptées (Shanks et al., 2011; Keuroghlian, Palmer, Choi-Kain et al., 2016). Le développement et le maintien des compétences spécifiques en lien avec l'intervention sont primordiaux et doivent être favorisés pour tous les intervenants œuvrant auprès de cette clientèle. Ainsi, à l'exemple des formations offertes sur le suicide et la gestion de la violence (Omega), les intervenants doivent aussi être formés sur les troubles de la personnalité. Le niveau de formation des intervenants des équipes de soins doit cependant être adapté à l'intervention et aux services offerts.



### Encadré 9

#### « Transfert toxique » dans les services en troubles de la personnalité : épreuve de l'intégrité des intervenants

##### Les usagers peuvent :

- Comparer les différents intervenants de l'équipe et leurs décisions;
- Donner de l'information minimale à l'intervenant pour voir comment il réagit;
- Faire un nombre élevé de plaintes;
- Questionner d'autres personnes qui ont le même intervenant sur les actions prises par ce dernier auparavant;
- Refuser de suivre les recommandations, accentuant les vulnérabilités de l'équipe et non la leur;
- Chercher à faire des liens avec l'équipe en adoptant leur langage, leur style et leurs émotions;
- Singulariser le personnel par une attention, un commentaire spécial, un cadeau ou une faveur, une critique ou une agression;
- Exploiter les rivalités interprofessionnelles normales en montant différents professionnels les uns contre les autres;
- Flirter avec les intervenants ou les rejeter.

Tiré de Moore (2012). [Traduction libre], voir annexe 8 pour la version originale en anglais.

57 Voir annexe 11: Exemple de rapport de monitoring en continu

**Pour les intervenants des services psychosociaux généraux**, une formation de base d'une demi-journée devrait être accessible à tous ceux qui interviennent auprès de cette clientèle, peu importe leur programme-service. Les thèmes abordés devraient être entre autres : la définition d'un trouble de la personnalité, le cadre d'intervention et le pronostic de rétablissement.

**Les intervenants en santé mentale des services spécifiques** devraient bénéficier d'au moins une journée de formation regroupant les thèmes de la formation de base, tout en ajoutant des notions adaptées à cette clientèle telles que la gestion du risque suicidaire et la résolution de crise, la gestion des émotions et des comportements dommageables, les balises d'encadrement thérapeutiques et le rétablissement fonctionnel.

Les intervenants œuvrant dans les services spécifiques ciblant cette clientèle doivent être formés autant pour connaître les enjeux cliniques liés à cette clientèle que pour être en mesure d'y faire face. Par la suite, d'autres thèmes peuvent être identifiés en fonction des problématiques vécues dans l'équipe, de la clientèle et de l'expérience des intervenants (ex. : le contre-transfert, le trouble de la personnalité narcissique, l'intervention précoce, l'intervention de crise, etc.).

En ce qui concerne l'intégration de nouvelles approches dans leur pratique (ex. : *Personnalité et ses composantes*, GPM, TCD, TBM, etc.), les intervenants auront besoin d'être outillés. Si certaines mesures de l'ordre du transfert de connaissances peuvent être utilisées (ex. : observation ou jumelage avec un intervenant plus expérimenté), il est important de s'assurer que les intervenants sont suffisamment formés dès le départ.

**Les intervenants en santé mentale des services spécialisés** devraient être les « champions » de certaines approches cliniques. Normalement, ils voient des cas ayant une complexité et une sévérité plus grande. Ainsi, ils devraient être soutenus plus étroitement par des spécialistes, à l'interne ou à l'externe de l'établissement, de manière à poursuivre le développement de leurs compétences.

De manière générale, un plan de formation ajusté annuellement en fonction des besoins est une bonne stratégie pour maintenir les compétences des intervenants.



**Tableau 6 : Modèle de formation sur les interventions en troubles de la personnalité**

Niveau	Personnes ciblées	Thèmes abordés	Durée
Base	Toutes personnes qui interviennent auprès de cette clientèle	<ul style="list-style-type: none"> <li>La définition d'un trouble de la personnalité;</li> <li>Le cadre d'intervention;</li> <li>Le pronostic de rétablissement.</li> </ul>	Une demi-journée
Intermédiaire	Intervenants participant au rétablissement de la personne	<ul style="list-style-type: none"> <li>La gestion du risque suicidaire;</li> <li>La résolution de crise;</li> <li>La gestion des émotions et des comportements dommageables;</li> <li>Les balises d'encadrement thérapeutiques;</li> <li>Le rétablissement fonctionnel.</li> </ul>	Une journée
Spécifique	Intervenants ayant un modèle d'intervention spécifique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modèle d'intervention d'éducation psychologique (PESC, GPM, TCD);</li> <li>Modèle d'intervention psychothérapeutique (TBM, TFT).</li> </ul>	En fonction de la modalité
Spécialisé	Intervenants développant une expertise clinique	Un modèle d'intervention probant	En fonction du curriculum de formation



La formation initiale peut représenter un défi important de l'implantation compte tenu du nombre d'intervenants à former et du nombre de nouvelles approches à intégrer. Le gestionnaire a donc à réaliser un exercice pour déterminer le nombre d'intervenants à former pour chacune des modalités de service à mettre en place. Ce nombre variera en fonction des personnes qui sont déjà formées dans l'équipe, du nombre de modalités de services à offrir par année et des types de groupes (éducation psychologique versus psychothérapie). De plus, selon notre expérience, il peut être plus favorable d'implanter graduellement les nouveaux types d'intervention afin de laisser le temps aux intervenants de se les approprier. En complément aux formations spécifiques sur les troubles de la personnalité, une formation sur l'intervention de groupe peut s'avérer nécessaire lorsque l'équipe est peu familière avec cette modalité d'intervention.

En plus de la formation initiale, il est essentiel de mettre en place des modalités de soutien clinique. Ce soutien doit être effectif dès le début de l'implantation. Si la supervision professionnelle individuelle relève de la responsabilité du professionnel en respect de son ordre professionnel, l'établissement met aussi en place différents mécanismes de soutien clinique<sup>58</sup> afin d'atteindre les objectifs suivants (CNESM, 2017) :

- > Fournir aux usagers des services sécuritaires et de qualité;
- > Optimiser le traitement par des évaluations périodiques au bénéfice des utilisateurs de services;
- > Aider à la prise de décision;
- > Éviter que les situations cliniques complexes ne reposent que sur les épaules d'un seul intervenant;
- > Améliorer l'accessibilité aux soins et aux services;
- > Favoriser le développement professionnel continu par la transmission de l'expertise;
- > Prévenir l'épuisement professionnel – particulièrement prévalent chez les intervenants travaillant avec cette clientèle;
- > Favoriser le travail interdisciplinaire et interdirections.

Le fait de pouvoir discuter des situations cliniques permet au professionnel concerné de prendre du recul et de se sentir appuyé par des membres de son équipe et par son gestionnaire. Les mécanismes de soutien clinique permettent aussi de diminuer la durée des épisodes de soins puisque le traitement se trouve optimisé, et, par conséquent, l'accessibilité pour les personnes en attente est facilitée. Des mécanismes de soutien clinique sont suggérés à annexe 4.

## Notre expérience

L'approche d'intervention avec les troubles de la personnalité représente un défi pour plusieurs intervenants (Bouchard, 2010; Brody et Farber, 1996; Markham et Trower, 2003; Moore, 2012). La formation et le soutien clinique demeurent essentiels afin d'assurer des services de qualité et sécuritaires. Au fil des années d'expérience, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a mis en place un processus de développement et de maintien des compétences qui s'adapte aux besoins des intervenants. Ses diverses composantes sont utilisées en fonction des besoins des intervenants afin d'assurer la qualité et la sécurité des services et en fonction des besoins de l'organisation.

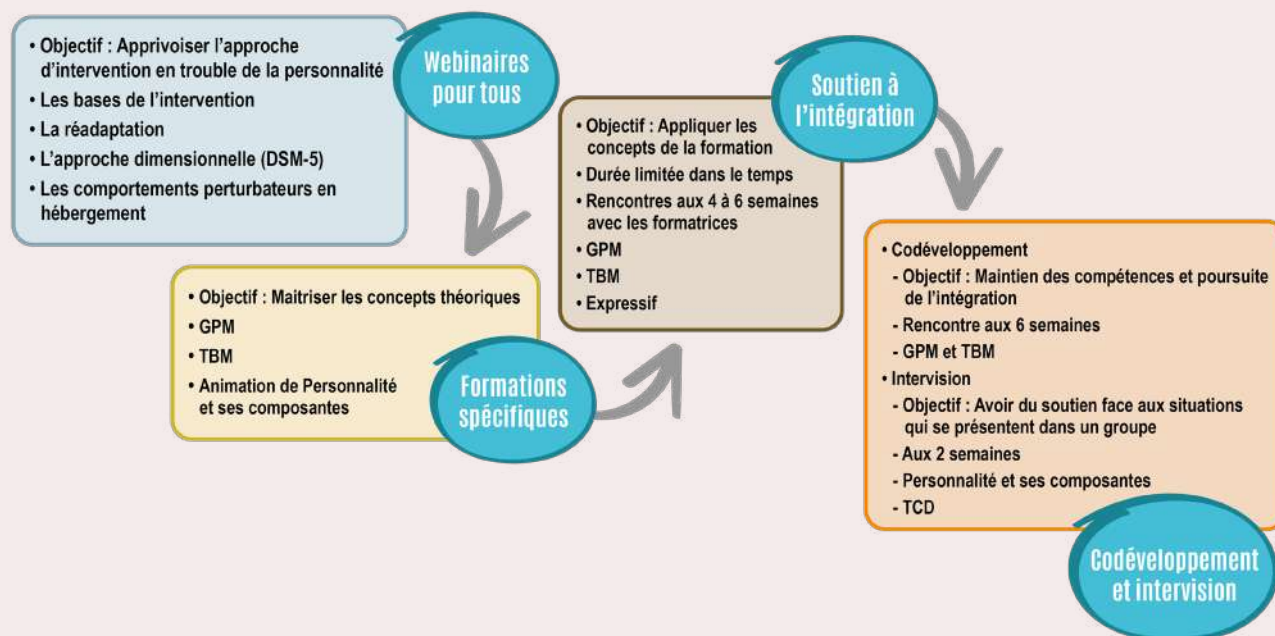
Dans notre programme, trois formations sont obligatoires au cours de la première année : OMEGA communautaire, l'évaluation du risque de passage à l'acte suicidaire et l'entretien motivationnel. Par ailleurs, pour les troubles de la personnalité, un processus de développement et de maintien des

<sup>58</sup> Voir annexe 4 : Définition des modalités de coordination et de soutien



compétences a été développé. Pour tous les intervenants, des webinaires sont disponibles<sup>59</sup> pour apprivoiser l'approche d'intervention en troubles de la personnalité. Ces webinaires peuvent aussi servir à des intervenants d'autres programmes-services. Ensuite, en fonction des tâches de l'intervenant, celui-ci se verra offrir une formation spécifique en lien avec son implication dans un service (ex. : GPM, PES, TBM). Par expérience, nous savons que la formation n'est pas suffisante aux changements et à l'intégration des nouvelles pratiques. Ainsi, du soutien à l'intégration est disponible pendant un an afin d'intégrer les concepts et processus cliniques appris dans la formation. Enfin, pour maintenir les compétences développées, des activités de codéveloppement et d'intervision sont disponibles en fonction des différents thèmes ou services. L'ensemble du processus de développement et de maintien des compétences favorise la prise en charge de cas plus sévères et soutient les intervenants dans leur pratique. Pour les intervenants de la clinique spécialisée, des formations qui permettent le développement de compétences plus approfondies peuvent être disponibles en fonction des besoins.

**Figure 5 : Processus de développement et de maintien des compétences du CIUSSS de la Capitale-Nationale**



Au départ, nous faisons l'intégration des nouveaux animateurs pour Personnalité et ses composantes par l'observation de groupe, mais plusieurs enjeux ont été identifiés en lien avec cette méthode. Maintenant, une formation sur le contenu, mais aussi sur la gestion d'un groupe en troubles de la personnalité, est donnée à nos intervenants (aussi disponible pour les intervenants venant d'autres établissements<sup>60</sup>). Des interventions sont aussi offerts pour les animateurs du groupe afin de favoriser le partage de ce qu'ils vivent dans leur pratique et réfléchir aux présentations cliniques en vue d'orientations subséquentes. Ces interventions sont aussi une occasion d'apprentissage pour les intervenants moins expérimentés. Certaines professions développent des compétences en animation de groupe dans leur cursus universitaire, ce qui n'est pas le cas pour tous. Une formation en animation de groupe peut être requise, particulièrement pour les services en psychothérapie de groupe. Malheureusement, nous n'avons pas pu offrir cette formation jusqu'à maintenant.

59 Voir annexe 1 pour plus d'informations sur ces webinaires.

60 Consulter l'annexe 1 : Formations et outils disponibles.

## Gestion du changement

L'implantation d'un modèle de soins en étapes pour les troubles de la personnalité est un projet d'envergure et il est essentiel de porter une attention particulière à la gestion du changement. Bien que les préoccupations qui surviennent dans tout changement doivent être considérées, nous nous attarderons plus particulièrement aux défis et aux enjeux de la gestion du changement de pratique en lien avec la mise en place d'un modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité.

Quelques aspects cliniques, qui peuvent remettre en question des paradigmes ou des croyances, demandent à être abordés avec les intervenants lorsqu'un modèle de soins en étapes est implanté. Cette section du guide présente des éléments qui peuvent être utilisés afin que les changements puissent avoir du sens pour les intervenants :

### A. Le pronostic en lien avec le diagnostic

Au cours de la dernière décennie, la compréhension du trouble de la personnalité, de son évolution et des interventions s'est beaucoup transformée. D'une compréhension des troubles de la personnalité stables et presque irréversibles comme en fait foi sa place sur l'axe 2 dans le DSM dans les années 80, les nouveaux modèles cliniques (ex. : modèle du DSM-V) proposent une compréhension bien différente et plus nuancée. De plus, le pronostic de rémission est davantage positif qu'il ne l'était il y a 20 ans (Gunderson, 2014). Il s'agit d'un changement important qui doit être bien intégré par les intervenants.

### B. L'efficacité des interventions autres que psychothérapeutiques

Avec l'évolution de la compréhension du trouble, les interventions se sont diversifiées. D'un modèle de psychothérapies plus intensives (ex. : TBM, TFT, etc.) bénéfiques pour un sous-groupe de patients (Gunderson, 2014), nous sommes maintenant passés à des modèles d'interventions moins intensifs<sup>61</sup> démontrés efficaces qui ont été développés au cours des dernières années (GPM, STEPPS, *Structured Clinical Management* [SCM], etc.). Les résultats de recherches (pour une revue, voir Lana, 2016) suggèrent qu'une intervention d'une durée de 6 à 12 mois est efficace pour un bon nombre de personnes et que la rechute est rare (inférieure à 20 %) une fois l'utilisateur engagé sur le chemin du rétablissement.

### C. L'efficacité des services de groupe

Plusieurs approches probantes pour les troubles de la personnalité utilisent la modalité de groupe (TBM, TCD, etc.) L'évaluation d'implantation du modèle a montré que, si les intervenants étaient craintifs face à l'augmentation de l'offre de groupe au départ, après quelques années, ils étaient en mesure de mieux apprécier l'efficacité de cette approche pour une grande majorité de la clientèle en troubles de la personnalité. La gestion du changement doit donc se faire en prenant en considération le temps d'adaptation qui sera nécessaire pour les intervenants, tout en communiquant et en soutenant la transition de façon continue.

En plus d'être efficace, la modalité de groupe permet d'offrir rapidement des services à un plus grand nombre de personnes. Ces dernières obtiennent donc un service plus près du moment où elles en ont besoin, ce qui devient un levier pour le changement et l'engagement dans un rétablissement. On limite ainsi le phénomène de portes tournantes et on évite que les usagers passent beaucoup de temps sur la liste d'attente et qu'ils utilisent des mécanismes malsains ou inadéquats pour diminuer leur souffrance.

Le suivi en continu des indicateurs de performance, comme le nombre d'utilisateurs ayant reçu un service et les délais d'attente, peut aider à soutenir le changement.

<sup>61</sup> Pour une définition, voir INESSS, 2017.

## D. La compréhension du modèle de soins en étapes

Il est essentiel de s'assurer de la compréhension du modèle de soins en étapes par les intervenants. À cet effet, la définition fournie<sup>62</sup> peut se révéler très utile. Toutefois, au-delà du modèle théorique, la compréhension pragmatique du modèle est essentielle. L'adoption d'un modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité implique, la plupart du temps, une diversification des services (plus de variété) et une augmentation des mécanismes de coordination (orientation de la clientèle à travers les différents services). Lorsque l'offre et les mécanismes sont bien connus et compris des intervenants, l'évaluation d'implantation a démontré que ces derniers ont l'impression que l'offre de service est plus claire et mieux définie. Toutefois, une mauvaise compréhension peut créer au contraire un sentiment de confusion pour les intervenants, ce qui peut rendre difficile l'orientation des usagers vers le service qui répondrait le mieux à leurs besoins.

Il est donc essentiel de s'assurer que les intervenants ont une compréhension fine de chacun des services ainsi qu'une vision globale des besoins et des services, des mécanismes de référence et des trajectoires. Pour ce faire, des outils d'appropriation et de soutien tels que ceux présentés dans ce guide<sup>63</sup> peuvent être utilisés.



### Encadré 10

#### Quelques stratégies à utiliser pour la gestion du changement

- Le leadership du projet est assuré par un seul gestionnaire, mais il est primordial que les autres gestionnaires des équipes qui sont touchées par le changement soient impliqués de façon à s'approprier le sens de la pratique et de pouvoir le porter au sein de leurs équipes<sup>64</sup>;
- Impliquer et mettre à contribution un ou des acteurs ayant un leadership clinique important, par exemple un psychiatre ou un chercheur spécialisé en troubles de la personnalité;
- Impliquer et mettre à contribution des usagers partenaires capables d'exprimer ce qu'ils ont vécu dans les services et comment les améliorer;
- Dresser un portrait de l'écart entre la compréhension et les perceptions de l'équipe sur les troubles de la personnalité (interventions efficaces, pronostics, durée des traitements, etc.) et les meilleures pratiques<sup>65</sup>;
- Impliquer les intervenants dans le processus en identifiant clairement les zones de négociation et laisser un espace à la coconstruction;
- Tout au long du processus, réfléchir en continuum de services, non seulement par service, car toute décision ou orientation aura des impacts sur l'ensemble du continuum;
- Lors du travail en comité de développement ou d'implantation et lors de toute communication avec les acteurs concernés (gestionnaires, intervenants, partenaires, etc.), toujours rappeler la vision d'ensemble, même lorsque les aspects adressés sont spécifiques. Il est important de toujours rappeler la vision globale;
- Utiliser une schématisation du modèle que vous implantez ainsi que des outils d'aide à la décision<sup>66</sup>.

En terminant, mentionnons que plusieurs stratégies de gestion du changement peuvent être mobilisées dans l'implantation du modèle de soins en étapes, mais qu'une attention particulière doit être portée à une communication régulière et uniformisée, surtout lorsque plusieurs équipes sont concernées, afin d'accompagner au mieux les intervenants dans ce changement d'envergure.

62 Voir section « Qu'est-ce qu'un modèle de soins en étapes »

63 Annexe 3; annexe 6; figure 1; figure 2

64 Voir la section notre expérience ci-dessous pour des idées de stratégies pouvant être mises en place dans les équipes.

65 Pour les meilleures pratiques, consultez la bibliographie; toutefois, une mise à jour de cette recension pourrait être nécessaire.

66 Voir annexes 3 : « Outils d'aide à la décision » et 6 : « Synthèse du modèle des soins en étapes en troubles de la personnalité du CIUSSS de la Capitale-Nationale »

## Notre expérience

La gestion du changement est toujours un enjeu majeur. Elle peut être influencée par la durée du changement et son ampleur, la communication tout au long du processus et la perception d'influence des acteurs. De notre expérience, les enjeux rencontrés sont venus des nombreux changements (organisationnel, culturel, procédural, etc.) et de la difficulté pour les intervenants de démêler la provenance des changements et leur sens propre. Tous ces changements ont été perçus comme un seul énorme changement sur plusieurs années avec quelques revirements. Notre stratégie a été d'implanter au fur et à mesure des décisions et non à la fin des réflexions. Toutefois, vers la fin de notre processus d'implantation (deux ans), les réflexions sur l'accès aux services du CIUSSS de la Capitale-Nationale ont commencé à prendre forme, ce qui a donné la perception d'un perpétuel changement pendant quatre ans.

La communication est un élément essentiel en période de changement. Au départ, la structure de communication avait été pensée pour que les membres du comité de développement (qui représentaient toutes les équipes concernées) servent de courroie de transmission pour l'information, mais cette stratégie n'a pas fonctionné pour différentes raisons (maîtrise du modèle de soins en étapes, maîtrise des meilleures pratiques, sentiment de compétence, perception de devoir convaincre leurs collègues, résistance dans certaines équipes, etc.), et l'information n'a pas ou a très peu circulé. Pour nous, l'enjeu de la communication a été majeur, car plusieurs équipes, avec des réalités et des cultures différentes, faisaient partie de ce changement. C'est pourquoi la stratégie a été modifiée en cours de processus pour finalement tenir trois grandes rencontres avec toutes les personnes qui étaient visées par le changement.

Le processus d'amélioration continue a été un moyen de poursuivre et d'intégrer les changements amenés par le modèle de soins en étapes et d'en proposer des améliorations dans son application. Par ailleurs, les changements n'ont pas été accueillis ou perçus de la même manière par les intervenants en fonction de leurs années d'expérience. Les réactions les plus virulentes sont venues de ceux qui avaient plusieurs années d'expérience dans l'ancienne offre de service. Les nouveaux intervenants qui sont arrivés pendant ou après l'implantation se sont mieux adaptés à la nouvelle offre de service.

La gestion du changement s'est effectuée de différentes manières auprès des équipes. Selon notre expérience, les endroits où les changements ont été le mieux et le plus rapidement implantés, avec moins de difficulté, avaient ces caractéristiques :

- Un ou des leaders (gestionnaire, coordonnateur, intervenant) qui maîtrisaient bien le sens du changement et le communiquaient efficacement;
- Les indicateurs de changement étaient discutés avec l'équipe;
- Les perceptions étaient réajustées et objectivées avec des données quantitatives;
- Les préoccupations étaient entendues et escaladées au comité de gestion;
- Les bons coups faisaient l'objet de présentations.



### Aide-mémoire - étape 4 L'implantation

- Implanter les services, les trajectoires et les mécanismes de coordination;
- Outiller les intervenants;
- Mettre en place des modalités de soutien pour les intervenants;
- Mettre en place des mécanismes de communication efficaces et une stratégie de gestion du changement.

## Étape 5 : Suivi d'indicateurs et amélioration continue



- › S'assurer que le modèle implanté atteint les objectifs;
- › Favoriser la gestion du changement;
- › Améliorer le modèle de façon continue afin d'assurer un fonctionnement optimal et de mieux répondre aux besoins de la clientèle.

### Suivi d'indicateurs

Lors d'un démarrage de projet, il est habituel de mettre en place rapidement des indicateurs de suivi pour rendre compte de la progression du projet. Dans un changement majeur, les indicateurs de performance peuvent devenir un levier de changement important auprès des cliniciens. Dans ce contexte, l'identification et le suivi d'indicateurs de performance (ex. : nombre de clients ayant reçu un service, délai d'attente, etc.) dès le début du projet contribuent à l'ajustement en temps réel du modèle de soins en étapes.

Pour des fins de compréhension, nous avons regroupé les indicateurs par catégories. Cette liste n'est pas exhaustive et pourrait être modifiée en fonction des réalités propres à chaque établissement.



**Tableau 7 : Indicateurs d'implantation**

Ces indicateurs servent à suivre le processus d'implantation dans chaque équipe.

DIMENSION	INDICATEUR	FRÉQUENCE	PERTINENCE
Implantation du modèle de soins en étapes	• <b>Nombre de modalités disponibles;</b>	<b>Biannuelle</b>	<b>Essentiel</b>
	• Répartition des modalités sur le territoire;	Biannuelle	Facultatif
	• <b>Nombre de monitorages en continu;</b>	<b>Par période</b>	<b>Essentiel</b>
	• Taux d'utilisateurs dirigés vers chaque niveau de services;	Biannuelle	Facultatif
	• Retombées qualitatives perçues par les intervenants et les gestionnaires.	Annuelle	Facultatif
Implantation des mécanismes de coordination	• Nombre de présentations au Comité régional de coordination des cas complexes;	Biannuelle	Facultatif
	• Nombre de clients dirigés en services spécialisés à partir des services spécifiques;	Par période	Facultatif
Développement des compétences	• <b>Nombre d'intervenants formés par modalité d'intervention;</b>	<b>Biannuelle</b>	<b>Essentiel</b>
	• Nombre d'intervenants participant à du codéveloppement;	Par période	Facultatif
	• Nombre d'intervenants participant à des interventions.	Par période	Facultatif



**Tableau 8 : Indicateurs de processus**

Ces indicateurs servent à rendre compte des processus cliniques mis en place dans le cadre du modèle de soins en étapes.

DIMENSION	INDICATEUR	FRÉQUENCE	PERTINENCE
Implantation du modèle de soins en étapes	· Répartition des clients dans les services de bas niveau d'intensité versus ceux de haut niveau;	Biannuelle	Essentiel
	· Fréquence de l'offre des modalités.	Biannuelle	Essentiel
Implantation des mécanismes de coordination	· Satisfaction des usagers (trajectoire et processus);	Annuelle	Essentiel
	· Satisfaction des intervenants concernant les mécanismes de coordination;	Annuelle	Essentiel
	· Satisfaction des intervenants concernant les références à la clinique spécialisée;	Annuelle	Facultatif
	· Fluidité du passage entre les différents services.	Biannuelle	Essentiel
Développement des compétences	· Satisfaction des intervenants concernant les mesures de soutien.	Annuelle	Facultatif

**Tableau 9 : Indicateurs de performance**

Ces indicateurs servent à rendre compte de la performance du continuum de services.

DIMENSION	INDICATEUR	FRÉQUENCE	PERTINENCE
Implantation du modèle de soins en étapes	· Nombre de personnes ayant reçu des services dans le continuum;	Biannuelle	Essentiel
	· Délais d'attente;	Par période	Essentiel
	· Taux d'abandon dans les services;	Biannuelle	Facultatif
	· Taux de refus de services;	Biannuelle	Facultatif
Implantation des mécanismes de coordination	· Taux d'usagers qui ont atteint leurs objectifs.	Annuelle	Facultatif
	· Nombre de personnes ayant passé des services spécifiques aux services spécialisés;	Annuelle	Facultatif
	· Durée des suivis (services spécifiques et services spécialisés).	Annuelle	Facultatif

**Encadré 11****Le calcul de l'indicateur des abandons**

Les clientèles ayant un trouble de la personnalité sont reconnues pour avoir un taux d'abandon élevé (médiane à 37 % selon McMurrin, M., Huband, N. et Overton, E., 2010). Le taux d'abandon des services peut donner l'impression à certains cliniciens que les services ne répondent pas adéquatement aux besoins de la clientèle. Avant d'intervenir, il est important de relativiser les taux d'abandon et de les mettre en parallèle avec les données scientifiques concernant cette clientèle. Aussi, il serait très utile de recueillir des données sur les taux d'abandon avant et après l'implantation des soins en étapes afin de mettre en perspective et d'améliorer les services si effectivement il est démontré que certains besoins n'ont pas trouvé réponse dans les interventions. Lorsque les services ne sont pas offerts au bon moment – c'est-à-dire le plus possible lorsque la détresse se manifeste – il n'est pas rare de voir des taux d'abandon plus élevés. Aussi, nous avons constaté que, pour certains clients, l'abandon résultait d'un retour au fonctionnement antérieur (ex. : reprise de travail) ou de variables sur lesquelles nous n'avons aucun contrôle (ex. : déménagement). Ainsi, il faut éviter les analyses rapides en comparant les taux d'abandon avec ceux d'autres clientèles et pousser la réflexion plus loin en questionnant les personnes qui abandonnent.



## Notre expérience

Dès le départ du projet, nous avons identifié certains indicateurs de performance nous permettant de rendre compte des effets des changements implantés. Pour nous, il était plus facile et pertinent de suivre les délais d'attente (services spécifiques et services spécialisés) et le nombre de personnes ayant reçu un premier service en groupe. Rapidement, en un an, nous avons vu les délais d'attente passer de plus de douze mois à moins de quatre, et ce, autant dans les services spécifiques que dans les services spécialisés. Les autres indicateurs ont été implantés au fur et à mesure de l'avancement des travaux. L'intérêt de ces indicateurs est de pouvoir objectiver les résultats obtenus et de les mettre en lien avec les perceptions des cliniciens. Ils nous ont servi à nous ajuster tout au long de l'implantation, mais aussi, par la suite, à adapter le modèle en fonction des besoins de la clientèle et de la disponibilité des ressources. Dans une gestion du changement, l'objectivation de ce qui se passe permet de mieux rendre compte de la réalité et du chemin parcouru en évitant de rester dans les perceptions. Être capable de rendre compte objectivement des améliorations et des gains que le changement a provoqués contribue au maintien de la mobilisation des intervenants. L'utilisation des indicateurs et leur impact n'est pas à négliger dans la gestion du changement. C'est de cette manière que les indicateurs ont été utilisés tout au long de l'implantation.

## Mécanismes d'amélioration en continu

À la fin de l'implantation du modèle de soins en étapes, il allait de soi qu'un mécanisme d'amélioration en continu devait être instauré afin de garder la cohérence, d'ajuster les interventions aux besoins de la clientèle et de ne pas refaire tout le processus de révision aux trois ans. Ainsi, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a mis en place deux mécanismes d'amélioration en continu : un sur le plan local pour améliorer les services « au quotidien » et un sur le plan régional pour apporter des améliorations plus importantes de façon concertée.



### Encadré 12

#### Le défi de l'harmonisation

Pour les établissements qui implantent les soins en étapes dans plusieurs points de services, conserver une uniformité dans le temps peut représenter un défi important. Afin de garantir l'équité des services reçus par les usagers, il faut s'assurer que la forme des modalités offertes soit la même partout. Notamment, la structure des groupes et le matériel remis aux usagers doivent être uniformes. Chaque milieu et chaque animateur peut avoir ses besoins, ses particularités et justifier des modifications. Pour en tenir compte, dans un souci d'harmonisation, nous avons décidé de nommer deux intervenants responsables de chaque modalité de l'offre de service. C'est à eux que revient la responsabilité des ajustements et de la formation.

## Sur le plan local : Caucus d'amélioration continue

Il s'agit d'une modalité qui permet l'amélioration continue à court terme et permet de faire de légers ajustements au sein des équipes. Sous la responsabilité des chefs de programme, chaque équipe met en place des caucus d'amélioration continue. L'équipe choisit les indicateurs qu'elle souhaite améliorer, et les caucus deviennent la modalité afin de soutenir cette amélioration. Les rencontres, d'une durée de 20 minutes, ont lieu toutes les deux semaines et permettent la recherche de solutions pertinentes à des problèmes vécus par l'équipe et qui mettent en péril l'atteinte de l'objectif.

## Sur le plan régional : Comité d'amélioration continue de l'offre de service

Ce comité est une instance régionale qui permet de faire des améliorations dans les services du continuum tout en gardant la cohérence dans l'ensemble de l'offre de service. C'est aussi le moyen qui a été mis en place afin d'assurer la standardisation de l'offre entre les différents points de services. Le processus se veut participatif et permet des améliorations qui ont du sens sur le plan clinique et qui sont appliquées de façon uniforme dans les différents points de services.

Le comité d'amélioration continu vise à :

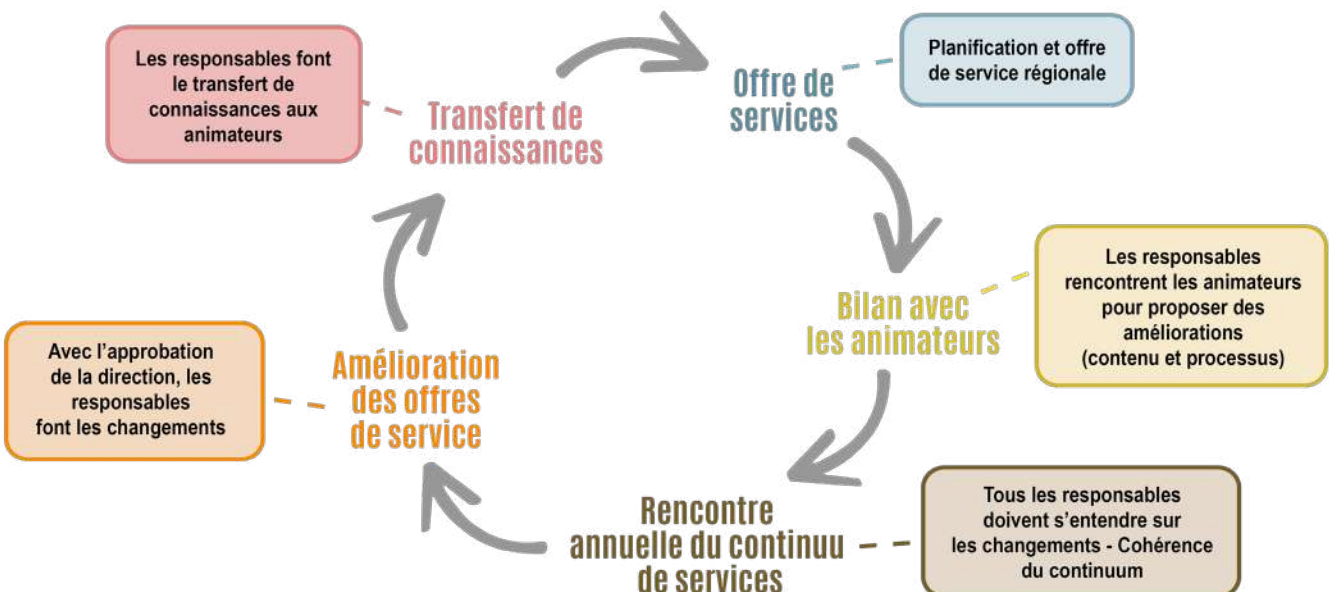
1. Assurer une cohérence dans tout le continuum de services;
2. Assurer l'accessibilité aux services;
3. Améliorer et maintenir la qualité des services régionaux offerts;
4. Déterminer le type de services à offrir à la population;
5. Standardiser les approches thérapeutiques dans tous les secteurs;
6. Assurer une vigie sur le développement de meilleures pratiques;
7. Identifier les besoins de formation et de développement de compétences;
8. Assurer un partage des expériences positives.

### Composition et fonctionnement du comité d'amélioration continue

Deux intervenants et un gestionnaire sont responsables de chacune des modalités de service. Une fois par année, les responsables de chacune des modalités rencontrent tous les intervenants qui donnent la modalité et discutent des améliorations ou des changements à apporter. Par la suite, tous les responsables de toutes les modalités se rencontrent afin de départager les améliorations à mettre en place, en prenant en considération la cohérence à conserver entre les services du continuum (voir figure 6 ci-dessous). Des usagers partenaires participent aussi à ces rencontres.

Le comité d'amélioration continue fait ensuite des recommandations à la direction adjointe (composé des chefs des services ambulatoires) afin d'entériner les changements proposés. Les responsables des modalités de service ont pour rôle d'appliquer les changements décidés et agissent comme intervenant pivot pour l'équipe.

Figure 6 : Processus d'amélioration continue



## Notre expérience

La structure d'amélioration continue a été expérimentée et évaluée. Le processus d'amélioration continue doit se tenir une fois par année. Tous les acteurs s'entendent pour dire que le processus est utile et essentiel. Si les intervenants considéraient que les rencontres devraient être tenues plus d'une fois par année afin d'éviter qu'elles ne soient trop chargées et pour aborder toutes les questions nécessaires, ce serait difficilement réalisable. Le processus de consultation s'étend sur environ deux mois (six groupes de personnes à rencontrer) en plus du temps nécessaire à l'implantation et à l'appropriation des changements convenus (on peut ajouter un autre deux à trois mois). Par ailleurs, il est recommandé de bien camper les objectifs constructifs des rencontres et de s'assurer de clarifier le rôle décisionnel ou seulement consultatif des participants selon le cas. La participation d'usagers partenaires est recommandée, car ils amènent souvent un point de vue complètement différent, mais essentiel. L'objectif principal consiste à ajuster les services en gardant la cohérence entre eux et l'harmonisation régionale. Par exemple, un groupe utilisait le baromètre des émotions, un autre le thermomètre des émotions – tous se sont entendus sur l'utilisation d'un seul outil. Autre exemple, les intervenants de Personnalité et ses composantes voulaient ajouter un thème, toutefois ce thème était abordé dans un autre groupe (TCD) – tous se sont entendus pour que ce thème soit abordé dans TCD et non dans Personnalité et ses composantes.



### Aide-mémoire - étape 5

#### Suivi d'indicateurs et amélioration continue

- Mettre en place des indicateurs et en assurer le suivi;
- Mettre en place un processus d'amélioration continue sur une base régulière.

## CONCLUSION

Le modèle de soins en étapes proposé par le CIUSSS de la Capitale-Nationale a fait ses preuves quant aux retombées qu'il peut amener pour la clientèle en répondant mieux et plus rapidement aux besoins des usagers. Nous espérons que ce guide a su mettre en évidence sa pertinence et a pu vous inspirer pour les services à offrir à la clientèle en troubles de la personnalité dans votre organisation.

Rappelons que le modèle présenté dans ce guide présente un menu de services complet, qui peut être adapté pour des contextes différents. Au-delà des services, il suggère une méthode d'implantation afin de mettre en place les principes directeurs d'un modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité.

Finalement, rappelons aussi qu'une offre de formation et des outils sont disponibles pour soutenir l'implantation dans votre milieu<sup>67</sup>.

<sup>67</sup> Voir annexe 1 : Formations et outils disponibles

## BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie comporte les références mentionnée dans le texte (identifiées par une \*), mais aussi un certain nombre d'autres références qui pourraient être utiles pour le lecteur qui souhaiterait aller plus loin. Les travaux ont été classés par thèmes afin de faciliter l'identification des références pertinentes.

### Modèle de soins en étapes

- \*Australian Government Department of Health. (2016). *PHN Primary mental health care flexible funding pool implementation guidance*.
- Bunting, A. J. (2011). *Evaluating stepped care in the Waitemata District Health Board Mental Health Service: implementation of the stepped care model of healthcare provision* [Thèse de doctorat : Auckland University of Technology].
- \*Choi-Kain, L. W., Albert, E. B. et Gunderson, J. G. (2016). *Evidence-based treatments for borderline personality disorder: implementation, integration, and stepped care*. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 342-356.
- Coyle, D. et Doherty, G. (2010). Stepped care and mental health technologies. *ECCE 2010 Workshop on Cognitive Engineering for Technology in Mental Health Care and Rehabilitation*, 99-102.
- \*Lana, F. (2016, mai). *Towards an evidence-based stepped care approach to psychotherapy in BPD [Communication]*. XI Congreso Nacional de trastornos de la personalidad. Toledo.
- Lana, F., Sanchez-Gil, C., Perez, V. et Martí-Bonany, J. (2016). *A stepped care approach to psychotherapy in borderline personality disorder*. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 28(2), 140-141.
- \*Laporte, L., Paris, J., Bergevin, T., Fraser, R. et Cardin, J. F. (2018). *Clinical outcomes of a stepped care program for borderline personality disorder*. *Personality and mental health*, 12(3), 252-264.
- \*Paris, J. (2013). *Stepped care: an alternative to routine extended treatment for patients with borderline personality disorder*. *Psychiatric Services*, 64(10), 1035-1037.
- \*Paris, J. (2016). *Making psychotherapy for borderline personality disorder accessible*. *Annals of Clinical Psychiatry*, 27(4), 297-301.
- \*Paris, J. (2017). *Stepped care for borderline personality disorder: making treatment brief, effective, and accessible*. Academic Press.
- \*Richards, D.A., Bower, P., Pagel, C., Weaver, A., Utley, M., Cape, J., Pilling, S., Lovell, K., Gilbody, S., Leibowitz, J., Owens, L., Paxton, R., Hennessey, S., Simpson, A., Gallivan, S., Tomson, D. et Vasilakis, C. (2012) : *Delivering stepped care: an analysis of implementation in routine practice*. *Implementation Science* 7(3).
- Sonley, A. K. et Choi-Kain, L. W. (dir.). (2020). *Good Psychiatric Management (GPM) and Dialectical Behavior Therapy: A Clinician's Guide to Integration and Stepped Care*. American Psychiatric Pub.
- \*Wilson, V. (2011). *Facteurs contextuels influençant l'implantation d'un modèle de hiérarchisation des soins en santé mentale : une étude de cas en milieu montréalais* [Mémoire de maîtrise : Université de Montréal].

## Interventions probantes en troubles de la personnalité

- \*Bateman, A. et Fonagy, P. (2015). Borderline personality disorder and mood disorders: mentalizing as a framework for integrated treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 71(8), 792-804.
- \*Bateman, A. et Fonagy, P. (2019). *Mentalisation et trouble de la personnalité limite : guide pratique*. De Boeck Supérieur.
- \*Bateman, A. et Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51.
- Ben-Porath, D. D. (2004). Strategies for securing commitment to treatment from individuals diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(3), 247-263.
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B. et John, D. S. (2004). The STEPPS group treatment program for outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(3), 193-210.
- Blum, N., Pfohl, B., John, D. S., Monahan, P. et Black, D. W. (2002). STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 301-310.
- \*Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A. et Unruh, B. T. (2017). What works in the treatment of borderline personality disorder. *Current behavioral neuroscience reports*, 4(1), 21-30.
- \*Choi-Kain, L. W. et Gunderson, J. G. [dir.] (2019). *Applications of Good Psychiatric Management (GPM) for borderline personality disorder: a practical guide*. American Psychiatric Pub.
- \*Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. et Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. American Psychiatric Publishing.
- \*Clarkin, J. F., Yeomans, F. et Kernberg, O. F. (1999). *Transference-focused psychodynamic therapy for borderline personality disorder patients*.
- \*Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C. et Cuijpers, P. (2017). *Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis*. *Jama psychiatry*, 74(4), 319-328.
- \*Green, S. A. (dir.). (1988). *Limit Setting in a Psychiatric Practice*. American Psychiatric Publishing, Incorporated.
- \*Gross R., Olfson, M. et Gamerov, M. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of International Medicine*, 162, 53-60.
- \*Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166, 530-539.
- \*Gunderson, J. G. (2014). *Handbook of Good Psychiatric Management (GPM) for borderline personality disorder*. American Psychiatric Pub.
- Kramer, U., Kolly, S. et Charbon, P. (2019). *Trouble de la personnalité borderline-Pratiques thérapeutiques*. Elsevier Health Sciences.
- Larivière, N., Desrosiers, J., Tousignant, M. et Boyer, R. (2010). Exploring social participation of people with cluster B personality disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(4), 375-386.



- \*Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.
- \*Linehan, M. M. (2020). *Dialectical behavior therapy in clinical practice*. Guilford Publications.
- \*Linehan, M., Page, D. et Wehrlé, P. (2010). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*. Médecine et Hygiène.
- \*Menchaca, A., Perez, O. et Peralta, A. (2007). Intermittent-continuous eclectic therapy: A group approach for borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 13(4), 281-284.
- Paris, J. (2020). *Treatment of borderline personality disorder: A guide to evidence-based practice* (2e ed.). Guilford Publications.
- \*Yeomans, F., Delaney, J. et Renaud, A. (2007). La psychothérapie focalisée sur le transfert. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 17-34.

### Soutien clinique

- \*Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 61-85.
- \*Brody, E. M. et Farber, B. A. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(3), 372.
- \*Fraser, K. et Gallop, R. (1993). Nurses' confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(6), 336-341.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A., Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry*, 68(8), 827-837.
- \*Keuroghlian, A. S., Palmer, B. A., Choi-Kain, L. W., Borba, C. P., Links, P. S. et Gunderson, J. G. (2016). The effect of attending *Good Psychiatric Management* (GPM) workshops on attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 30(4), 567-576.
- \*Maranda, J., Savard, C. et Villeneuve, E. (2012) *Guide de traitement bref et de coordination des services. Intervenir auprès d'une clientèle présentant une organisation limite de la personnalité dans un contexte de crise*. Institut universitaire en santé mentale de Québec.
- \*Moore, E. (2012). Personality disorder: its impact on staff and the role of supervision. *Advances in psychiatric treatment*, 18(1), 44-55.
- \*Markham, D. et Trower, P. (2003). The effects of the psychiatric label 'borderline personality disorder' on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(3), 243-256.
- \*Shanks, C., Pfohl, B., Blum, N. et Black, D. W. (2011). Can negative attitudes toward patients with borderline personality disorder be changed? The effect of attending a STEPPS workshop. *Journal of personality disorders*, 25(6), 806-812.

## Outils de monitoring en continu

- Arnaud, B., Malet, L., Teissedre, F., Izaute, M., Moustafa, F., Geneste, J., Schmidt, J., Llorca, M. et Brousse, G. (2010) Validity study of Kessler's psychological distress scales conducted among patients admitted to French emergency department for alcohol consumption-related disorders. *Alcohol Clin Exp Res*, 34, 1235-1245.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., et Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42, 32-39.
- Buss, A.H. et Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459.
- \*Combaluzier, S., Gouvernet, B., Menant, F. et Rezrazi, A. (2018). Validation d'une version française de la forme brève de l'inventaire des troubles de la personnalité pour le DSM-5 (PID-5 BF) de Krueger. *L'Encéphale*, 44(1), 9-13.
- \*Gamache, D., Savard, C., Leclerc, P. et Côté, A. (2019). Introducing a short self-report for the assessment of DSM-5 level of personality functioning for personality disorders: The Self and Interpersonal Functioning Scale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(5), 438.
- \*Gamache, D., Savard, C., Lemelin, S. et Villeneuve, É. (2017). Development and Validation of the Treatment Attrition-Retention Scale for Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 31(6), 753-773.
- \*Genoud, P. A. et Zimmermann, G. (2009, Août). *French version of the 12-item Aggression Questionnaire: Preliminary psychometric properties* [communication par affiche]. 11e congrès de la Swiss Psychological Society, Neuchâtel, Suisse.
- Kessler, R. C. (1992). *Kessler psychological distress scale* [Instrument de mesure de la détresse psychologique] Récupéré sur [https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6\\_scales.php](https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scales.php)
- \*Kroenke, K., Spitzer, R. L. et Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613.
- \*Lavoie, B., Lecavalier, M., Angers, P. et Houle, J. (2012). *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire : Fondements théoriques et pratiques*. Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances et Suicide Action Montréal.
- \*Merlhiot, G., Mondillon, L., Vermeulen, N., Basu, A. et Mermillod, M. (2014). Adaptation and validation of the standardized assessment of personality-abbreviated scale as a self-administered screening test (SA-SAPAS). *Journal of Psychology and Psychotherapy*, 4, 6-6.
- \*Norman, S. B., Hami Cissell, S., Means-Christensen, A. J. et Stein, M. B. (2006). Development and validation of an overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). *Depression and anxiety*, 23(4), 245-249.
- \*Nicastro, R., Prada, P., Kung, A. L., Salamin, V., Dayer, A., Aubry, J. M., Guenot, F. et Perroud, N. (2016). Psychometric properties of the French borderline symptom list, short form (BSL-23). *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 3(1), 1-9.

Perreault, M., Leichner, P. (1990), *Développement et validation d'une échelle multi-dimensionnelle de satisfaction des patients de services ambulatoires en psychiatrie*, Rapport final pour le Fonds de recherche en santé du Québec.

\*Roskam, I., Galdiolo, S., Hansenne, M., Massoudi, K., Rossier, J., Gicquel, L. et Rolland, J.-P. (2015). The Psychometric Properties of the French Version of the Personality Inventory for DSM-5. *PLoS ONE*, 10(7).

Savard, C., Gamache, D. et Vachon, D. D. (2019). *Mesure Affective et Cognitive de l'Empathie* [document inédit]. Université Laval.

\*Vachon, D. D. et Lynam, D. R. (2016). Fixing the Problem With Empathy: Development and Validation of the Affective and Cognitive Measure of Empathy. *Assessment*, 23(2) 135 -149.

\*Zanello, A., Rouget, B. W., Gex-Fabry, M., Maercker, A. et Guimon, J. (2006). Validation du Questionnaire de fonctionnement social (QFS), un autoquestionnaire mesurant la fréquence et la satisfaction des comportements sociaux d'une population adulte psychiatrique. *L'encéphale*, 32(1), 45-59.

### **Troubles de la personnalité**

\*Cailhol, L., Lesage, A., Rochette, L., Pelletier, É., Villeneuve, É., Laporte, L. et David, P. (2015). *Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*, Institut National de santé publique du Québec.

\*Comtois, K. A., Russo, J., Snowden, M., Srebnik, D., Ries, R. et Roy-Byrne, P. (2003). Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 54, 1149-1154.

\*Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W. et Kessler, R. C. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62, 553-56.

\*Lieb, K., Zanarini, M., Schmahl, C., Linehan, M. et Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453-461.

\*McMurrin, M., Huband, N. et Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review*, 30, 277- 287.

\*National Health and Medical Research Council (2012). *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne: National Health and Medical Research Council.

\*National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2009). *Borderline personality disorder: treatment and management*. British Psychological Society.

\*Paris, J. et Zweig-Frank, H. (2001) : A twenty-seven year follow-up of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 482-487.

\*Pompil, M., Girardi, P., Ruberto, A. et Tatarelli, R. (2005) : Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis, *Nord J Psychiatry*, 59(5), 319-24.

- \*Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., Grilo, C. M., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Morey, L. C., Sanislow, C. A. et Oldham, J. M. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 276-83.
- \*Soloff, P., Lynch, K. G., Kelly, T. M. et Mann, J. J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 157(4) 601-608.
- \*Stone, M. (1993) *Abnormalities of Personality: Within and Beyond the Realm of Treatment* (1ère ed.). Norton.
- \*Stone, M. (2006). *Personality-disordered patients: treatable and untreatable*. American psychiatric publishing.
- \*Torgersen, S., Kringlen, E. et Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of Internal Medicine*, 58, 590-596.
- \*Van Asset, A. D. I., Dirkseen, C. D., Arntz, A. et Severens, J. L. (2007). The cost of borderline personality disorder: Societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry*, 22, 354-361.
- \*Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B. et Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 476-483.
- \*Zimmerman, M., Rothschild, L. et Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1911-1918.

### **Documents de références**

- \*Allaire, J.-F., St-Martin, K.-A., Massougbodji, J., Zomahoun, H.T.V. et Langlois, L. (2018). *S'outiller pour favoriser la participation des usagers, des proches, des citoyens et des communautés à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services : Recueil d'idées inspirantes*. Sous la direction de Paul Morin. Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. [http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/IUPL/Recueil\\_Participation\\_usagers-citoyens.pdf](http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/IUPL/Recueil_Participation_usagers-citoyens.pdf)
- \*Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2018). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).
- \*Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) (2017). *Cadre de référence : Offre de services de groupe pour troubles de la personnalité en contexte de 1re ligne santé mentale - Le trouble de personnalité limite*. Québec : Gouvernement du Québec.
- CIUSSS de la Capitale-Nationale (2019). *Direction des programmes de santé mentale et dépendances, volet maintien dans la communauté : continuums de services pour les troubles mentaux courants au CIUSSS de la Capitale-Nationale*. Inédit.

- \*Julien, É. (mars, 2015). *Offres de service du CSSS de Québec-Nord pour la clientèle présentant des traits ou un trouble de la personnalité*. CSSS Québec-Nord. Inédit.
- \*Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2012). *Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne*. Rapport rédigé par Marie-Dominique Beaulieu, Marie-Pascale Pomey, Brigitte Côté, Claudio Del Grande, Monia Ghorbel, Phuong Hua et Éric Tremblay. ETMIS 2012; 8(12): 1L68.
- \*Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2017). *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. Rapport rédigé par Micheline Lapalme, Brigitte Moreault, Alvine Fansi et Cedric Jehanno. Québec.
- \*Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : Faire ensemble et autrement*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS: la force des liens*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*. Gouvernement du Québec.
- Pomey, M. P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M. C., Débarges, B., Clavel, N. et Jouet, E. (2015). Le «Montreal model»: enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé publique*, 1(HS), 41-50.





# ANNEXES



### Offre de formation et outils cliniques

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale a développé une offre de formation permettant de faciliter l'implantation du modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité. Toutes les formations incluent le matériel clinique nécessaire pour mettre les modalités d'intervention en place. Les formations offertes permettent d'habiliter les intervenants dans les approches suivantes :

- > Animation du groupe personnalité et ses composantes;
- > Approche *Good Psychiatric Management* (GPM);
- > Programme de mentalisation;
- > Monitoring en continu sur les troubles de la personnalité.

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale est accrédité par la Société de formation et d'éducation continue (SOFEDUC) et applique à ses activités de formation le système des unités d'éducation continue (UEC).

### Webinaires complémentaires

Ce matériel n'a pas été développé dans le contexte de la pratique de pointe, mais pour des besoins spécifiques en 2019. Nous le rendons tout de même disponible étant donné sa pertinence. Les webinaires suivants sont disponibles :

- > Les bases du trouble de la personnalité
- > Troubles de la personnalité – Comportements perturbateurs en hébergement
- > La réadaptation auprès des personnes aux prises avec un trouble de la personnalité
- > Approche dimensionnelle du DSM-5

Pour plus d'informations sur les formations et les webinaires, contacter :

**[formationreseau.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:formationreseau.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca)**

### Formation par nos partenaires

Une formation sur la grille des facteurs pronostics peut-être offerte par une chercheuse de l'Université Laval. Contactez Claudia Savard pour plus d'informations : [claudia.savard@fse.ulaval.ca](mailto:claudia.savard@fse.ulaval.ca).

## ANNEXE 2 : PROBLÉMATIQUE : LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ, UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

Selon le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM, 2017), « Les personnes ayant un trouble de la personnalité (tous types confondus) représentent environ 11 % de la population générale. Les personnes avec un TPL représentent quant à elles près de 2 % de la population générale (Torgersen et al., 2001; Lenzenweger et al, 2007), mais elles sont des utilisatrices fréquentes des services de santé mentale (urgences, centres de crise, services psychiatriques) (Comtois et al, 2003; Cailhol et al, 2015). Ces personnes constituent environ 15-25 % de tous les patients traités dans les services de psychiatrie (Zimmerman et al., 2005; Gunderson, 2009) et 6 % des personnes suivies en première ligne (Gross et al., 2002). Plusieurs études font aussi état d'un usage important de médicaments psychotropes et de leur grande utilisation des services médicaux physiques et des ressources sociales. Les écrits suggèrent également des atteintes sévères de leur fonctionnement général, documentent les limites de leur intégration sociale ainsi que le niveau élevé de leur souffrance et de celle de leurs proches (Lieb et al., 2004; Skodol, et al., 2002).

Les données de l'INSPQ (Cailhol et al., 2015) confirment que les troubles de personnalité du groupe B (limite, narcissique, histrionique et antisocial) constituent un enjeu majeur de santé publique. Ainsi, la mortalité par suicide est significativement surreprésentée chez les personnes ayant un TPL. La probabilité de décès par suicide est 10 fois plus élevée pour les hommes et 21 fois plus élevée pour les femmes. De même, la perte d'années de vie est en moyenne de 13 années pour les hommes et de 9 années pour les femmes en comparaison avec la population générale. Par ailleurs, plusieurs études soulignent le taux élevé de comportements suicidaires (64-80 %) chez les personnes ayant un TPL (Soloff et al., 2000; Stone, 1993) : près de 10 % se suicideront (Pompil et al., 2005; Paris, 2001; Stone, 2006). Enfin, les coûts financiers directs et indirects liés à ces pathologies sont substantiels pour la société (Van Asset et al., 2007; NICE, 2009). »

Cet état de situation montre bien la pertinence de mettre en place des services répondant adéquatement aux besoins de cette clientèle, tels que le modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité du CIUSSS de la Capitale-Nationale, ce qui permet d'avoir des effets positifs sur les problématiques liées aux troubles de la personnalité.

### GROUPE PERSONNALITÉ ET SES COMPOSANTES

#### Niveau 2 du continuum TP

**CLIENTÈLE :** Toute personne présentant des difficultés sur le plan de la personnalité ou des difficultés interférant avec son fonctionnement personnel et interpersonnel (hypersensibilité émotionnelle, difficulté à gérer les émotions, impulsivité, conflits relationnels fréquents, etc.).

**OBJECTIFS :** Développer une capacité d'auto-observation, de réflexion sur soi et de mentalisation, par exemple se questionner pour tenter de mieux comprendre ses pensées, ses émotions, ses comportements et ceux d'autrui.

#### MODALITÉS :

- > Groupe de huit à dix participants, animé par deux professionnels de la santé mentale (psychologue, travailleur social, psychoéducateur, ergothérapeute);
- > Une rencontre d'introduction en deux sous-groupes (50 % d'un groupe);
- > Une rencontre de bilan individuelle;
- > Possibilité d'une rencontre RE.P.È.R.E individuelle dans des cas d'exception.

**INTENSITÉ :** Huit séances de groupe hebdomadaires d'une durée de deux heures (2 h) incluant les échanges entre les participants (1 h) et la présentation d'un contenu psychoéducatif (45 minutes).

**THÈMES :** Personnalité et mentalisation (rencontre d'introduction), introduction à la mentalisation, le dérapage de la mentalisation, gestion de la détresse, la régulation émotionnelle, les mécanismes de défense, les distorsions cognitives, les habiletés de communication, l'importance de la participation sociale.

## INDICE DE SÉVÉRITÉ :

<b>Dimension Symptomatologie</b> BSL23/PID5	<b>Dimension Fonctionnement</b> QFS/SIFS	<b>Dimension Dangerosité</b> Grille d'estimation d'un passage à l'acte suicidaire/Grille d'urgence suicidaire/Risque d'agression physique
<p>Toutes clientèles ayant des problèmes relationnels et des difficultés dans la gestion des émotions BSL 23 = 1,7 et plus PID 5 = au moins 1 dimension &gt; 1 écart-type</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i> <i>Dimensions Psychoticisme et Antagonisme du PID-5 si plus grand que 2 écart-type</i></p>	<p>Le TP entraîne un niveau de fonctionnement de modéré à élevé QFS_global &gt; 49 SIFS : au moins 1 dimension &gt; seuil clinique</p>	<p>Grille SAM : indice faible (vert ou jaune)</p> <p>Urgence suicidaire : stade 4 et moins</p> <p>Risque d'agression : stade 2 et moins</p>
<b>Dimension Motivation au changement</b> Cycle du changement	<b>Dimension Comorbidité</b> Trouble de l'humeur (TH), dépendance, déficience intellectuelle (DI), etc.	<b>Dimension Échec/Abandon thérapeutique</b> Grille de facteurs pronostiques à la psychothérapie
<p>Être à la recherche d'aide Cycle du changement : 3 et plus</p>	<p><b>Critères d'exclusion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Troubles psychotiques/schizo-affectifs si symptômes actifs;</i></li> <li>· <i>Dépendances actives;</i></li> <li>· <i>Comportements destructeurs non contrôlés;</i></li> <li>· <i>Automutilation;</i></li> <li>· <i>Gestes parasuicidaires;</i></li> <li>· <i>Troubles alimentaires.</i></li> </ul>	<p>Aucun critère</p>

## MÉCANISMES DE RÉFÉRENCE :

- > Par la cellule de coordination des demandes, à la suite de la réception de la demande initiale;
- > Par un intervenant en service spécifique ayant l'utilisateur en suivi individuel et désirant l'intégrer à l'offre de groupe. L'intervenant en fait la demande et en discute avec la coordonnatrice clinique de son équipe, qui fera alors la référence à la cellule de coordination des demandes.

## RESPONSABLES : Chef de programme et deux intervenants

# Good Psychiatric Management (GPM)

## Niveau 2 du continuum TP

**CLIENTÈLE :** Personne présentant des troubles relationnels ayant un impact sur une ou plusieurs sphères de son fonctionnement, en fonction de l'indice de sévérité.

**OBJECTIFS :** Permettre à la personne de vivre une vie qui vaut la peine d'être vécue, en visant essentiellement les sphères suivantes :

- > Réintégrer ou maintenir un rôle de vie productif qui peut être satisfaisant;
- > Préserver ou réintégrer des relations interpersonnelles et travailler à ce qu'elles soient plus satisfaisantes.

Le GPM est une approche d'adaptation à un handicap lié à l'hypersensibilité relationnelle et émotionnelle. Les handicaps doivent être précisés entre l'utilisateur et l'intervenant, et les objectifs individualisés fixés en fonction de cette compréhension commune.

### MODALITÉS :

- > Séances individuelles animées par un professionnel de la santé mentale (travailleur social, éducateur, psychoéducateur ou ergothérapeute);
- > Jumelées selon les besoins à des rencontres avec les proches, interventions dans la communauté, plan de crise, concertation entre les différents intervenants impliqués, plan de service individualisé (PSI) et psychoéducation;
- > Bilans réguliers mesurant l'atteinte de marqueurs de progrès (ex. : la détresse aiguë de l'utilisateur a-t-elle diminué? Est-ce que l'utilisateur participe activement au traitement? Est-ce que l'utilisateur a réintégré un rôle productif? etc.);
- > Possibilité de rencontres RE.P.È.R.E. au besoin.

### INTENSITÉ :

- > Variable selon les besoins et basée sur l'atteinte des marqueurs de progrès après un, trois et six mois de suivi;
- > La poursuite du suivi est tributaire de l'atteinte des marqueurs de progrès;
- > Maximum de 52 rencontres sur un an dont la fréquence peut varier d'une période à l'autre du suivi avec un bilan toutes les 10 rencontres.

**THÈMES :** Les thèmes correspondent aux phases d'un suivi GPM qui sont :

1. Psychoéducation;
2. Développement d'une compréhension commune des difficultés;
3. Objectifs/phase de travail active;
4. Bilan.

## INDICE DE SÉVÉRITÉ :

<b>Dimension Symptomatologie</b> BSL23/PID5	<b>Dimension Fonctionnement</b> QFS/SIFS	<b>Dimension Dangerosité</b> Grille d'estimation d'un passage à l'acte suicidaire/Grille d'urgence suicidaire/Risque d'agression physique
<p>TP au premier plan. Client qui ne bénéficierait pas de la psychothérapie ni du groupe.</p> <p>BSL-23 &gt; 1,7 PID 5 = au moins deux dimensions &gt; 1 écart-type</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i> TP narcissique et TP antisocial sévères</p>	<p>Le TP entraîne un niveau de fonctionnement modéré à faible</p> <p>QFS global : inférieur à 62</p> <p>SIFS (atteinte fonctionnelle) : Au moins 2 dimensions &gt; seuil clinique</p>	<p>Grille SAM : indice grave à court terme (orange) et moins</p> <p>Urgence suicidaire : 5 et moins Risque d'agression : 4 et moins</p>
<b>Dimension Motivation au changement</b> Cycle du changement	<b>Dimension Comorbidité</b> TH, dépendance, DI, etc.	<b>Dimension Échec/Abandon thérapeutique</b> Grille de facteurs pronostiques à la psychothérapie
<p>Cycle du changement : 2 et plus</p> <p>Client qui souhaite travailler sur lui</p>	<p><i>Critères d'exclusion :</i> Trouble schizo-affectif</p>	<p>Ne pouvant pas recevoir de la psychothérapie</p> <p>Facteur pronostic d'abandon élevé</p>

## MÉCANISMES DE RÉFÉRENCE

- > Par la cellule de coordination des demandes, à la suite de la réception de la demande initiale;
- > Par un intervenant en 1re ligne ayant animé un groupe PESC et jugeant, selon les indices de sévérité, la pertinence clinique de référer un usager à ce service.

## RESPONSABLES : Chef de programme et deux intervenants



# Programme COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE (TCD)

## Niveau 3 du continuum TP

**CLIENTÈLE :** Toute personne présentant des traits de la personnalité problématiques ou des difficultés interférant avec son fonctionnement personnel et interpersonnel (hypersensibilité émotionnelle, difficulté à gérer ses émotions, conflits relationnels fréquents, impulsivité). Ce groupe s'adresse plus spécifiquement aux personnes présentant une plus faible capacité d'introspection ou d'autocritique, ainsi que celles présentant une impulsivité entraînant des comportements dommageables.

### OBJECTIFS :

- › Diminuer l'impulsivité et les comportements dommageables;
- › Développer et acquérir des habiletés d'auto-observation, de tolérance à la détresse, de gestion des émotions et d'affirmation de soi;
- › Développer de nouveaux moyens pour composer avec les séparations et les absences.

### MODALITÉS :

- › Groupe psychoéducatif de huit à dix participants animé par deux professionnels de la santé mentale (psychologue, travailleur social, psychoéducateur, ergothérapeute);
- › Jumelé à des séances individuelles en parallèle au groupe (six rencontres) et deux à trois rencontres d'évaluation individuelle;
- › Une rencontre bilan individuelle à la fin du groupe;
- › Possibilité de rencontres RE.P.È.R.E. individuelles.

### INTENSITÉ :

- › Quinze séances de groupe hebdomadaires d'une durée de 2,5 h, incluant la présentation d'un contenu psychoéducatif, la réalisation d'exercices durant la séance, ainsi que le retour sur les exercices réalisés entre les séances;
- › Séances individuelles aux deux semaines d'une durée d'une heure en parallèle au groupe.

### THÈMES :

- › Conscience éclairée (deux modules);
- › Tolérance à la détresse (trois modules);
- › Gestion des émotions (quatre modules);
- › Affirmation de soi (trois modules);
- › Réaction aux séparations et aux absences (un module).

## INDICE DE SÉVÉRITÉ :

<b>Dimension Symptomatologie</b> BSL23/PID5	<b>Dimension Fonctionnement</b> QFS/SIFS	<b>Dimension Dangerosité</b> Grille d'estimation d'un passage à l'acte suicidaire/Grille d'urgence suicidaire/Risque d'agression physique
<p>Trouble de la personnalité ou ayant des traits</p> <p>En mesure de gérer minimalement les comportements d'impulsivité</p> <p>BSL 23 &gt; 1,7 PID 5 : désinhibition et affectivité négative &gt; 1 écart-type</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i> <i>Trouble narcissique et</i> <i>Trouble antisocial sévère</i> <i>PID5 = antagonisme et</i> <i>psychoticisme &gt; 1 écart-type</i></p>	<p>Souffrance significative Le TP entraîne un niveau de fonctionnement modéré à faible</p> <p>QFS_global : de 50 à 67</p> <p>SIFS : 2 dimensions &gt; seuil clinique</p>	<p>Être en mesure de gérer minimalement les comportements d'impulsivité</p> <p>Grille SAM : indice faible (jaune) et moins</p> <p>Urgence suicidaire : 4 et moins</p> <p>Risque d'agression : stade 3 et moins</p>
<b>Dimension Motivation au changement</b> Cycle du changement	<b>Dimension Comorbidité</b> TH, dépendance, DI, etc.	<b>Dimension Échec/Abandon thérapeutique</b> Grille de facteurs pronostiques à la psychothérapie
<p>Cycle du changement : 4 et plus</p>	<p>Aucun critère</p>	<p>0-9 à évaluer cliniquement</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i> <i>10 et plus : orienté en individuel ou vers une clinique spécialisée</i></p>

## MÉCANISMES DE RÉFÉRENCE

- › Par un intervenant des services spécifiques ayant animé un groupe PESCC et jugeant, selon les indices de sévérité, la pertinence clinique de référer un usager à ce groupe;
- › Par un intervenant ayant en suivi individuel **un usager ayant complété PESCC dans les deux dernières années** et désirant l'intégrer à l'offre de groupe. L'intervenant en fait la demande et en discute avec la coordonnatrice clinique de son équipe, qui fera alors la référence à l'équipe de coordination des demandes.

**RESPONSABLES : Chef de programme et deux intervenants**

# Programme MENTALISATION (TBM)

## Niveau 3 du continuum TP

**CLIENTÈLE :** Personnes souffrant d'un trouble de la personnalité ou ayant des traits qui engendrent une souffrance significative, désirant améliorer leur compréhension d'eux-mêmes, des autres et de leur relation.

### OBJECTIFS :

- > S'initier aux concepts de base de la mentalisation afin de favoriser l'identification et l'expression des états mentaux face à soi et aux autres;
- > Comprendre les dérapages de mentalisation dans les relations (manifestations, causes, impacts, etc.) afin d'en diminuer la fréquence et l'intensité;
- > Permettre une réflexion plus efficace sur les relations interpersonnelles en développant de meilleures capacités de mentalisation;
- > Permettre une compréhension et une modulation plus adaptées des émotions ainsi qu'un meilleur contrôle de l'impulsivité.

### MODALITÉS :

- > Groupe psychothérapeutique de huit participants animé par deux intervenants (psychologues ou psychothérapeutes);
- > Jumelé à des séances individuelles aux deux semaines parallèles au groupe;
- > Quatre rencontres individuelles pré-groupe;
- > Rencontre bilan en fin de groupe avec un animateur de groupe et le thérapeute en individuel;
- > Possibilité de rencontres RE.P.È.R.E. individuelles.

### INTENSITÉ :

- > 16 séances de groupe hebdomadaires d'une durée de 1,5 heure;
- > Séances individuelles aux deux semaines d'une durée de 50 minutes.

## INDICE DE SÉVÉRITÉ :

<b>Dimension Symptomatologie</b> BSL23/PID5	<b>Dimension Fonctionnement</b> QFS/SIFS	<b>Dimension Dangerosité</b> Grille d'estimation d'un passage à l'acte suicidaire/Grille d'urgence suicidaire/Risque d'agression physique
Trouble de la personnalité ou ayant des traits BSL 23 > 2,7 PID 5 : au moins une dimension > 2 écart-type  <i>Critères d'exclusion :</i> <i>Trouble antisocial sévère</i>	Souffrance significative Le TP entraîne un niveau de fonctionnement modéré à faible  QFS_global : de 50 à 67  SIFS : au moins 2 dimensions > seuil clinique	Grille SAM : indice faible (jaune) et moins Urgence suicidaire : 4 et moins Risque d'agression : stade 3 et moins
<b>Dimension motivation au changement</b> Cycle du changement	<b>Dimension Comorbidité</b> TH, dépendance, DI, etc.	<b>Dimension Échec/Abandon thérapeutique</b> Grille de facteurs pronostics à la psychothérapie
Être motivé à effectuer un travail sur sa propre situation Cycle du changement : 4 et plus	<i>Critères d'exclusion :</i> <i>Comportement dommageable, trouble alimentaire</i>	0-9 : à évaluer cliniquement  <i>Critères d'exclusion :</i> <i>10 et plus : orienté en individuel ou vers une clinique spécialisée</i>

## MÉCANISMES DE RÉFÉRENCE

- > Par un intervenant en services spécifiques ayant animé un groupe PESC et jugeant, selon les indices de sévérité, la pertinence clinique de référer un usager à ce programme. La grille des facteurs pronostics remplie par le psychologue ayant animé le groupe PESC doit démontrer le caractère favorable d'une démarche psychothérapeutique pour cet usager;
- > Par un intervenant en services spécifiques ayant en suivi individuel **un usager ayant complété un groupe auparavant et pour qui la formule du groupe convient**. La grille des facteurs pronostics remplie par un psychologue doit démontrer le caractère favorable d'une démarche psychothérapeutique pour cet usager. L'intervenant fait la demande et en discute avec la coordonnatrice clinique de son équipe, qui fera alors la référence à l'équipe de coordination des demandes;
- > Plus rarement, par l'équipe du Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean, à la suite du Programme de l'hôpital de jour.

**RESPONSABLES : Chef de programme et deux intervenants**

# GROUPE EXPRESSIF

## Niveau 3 du continuum TP

**CLIENTÈLE :** Ce groupe de thérapie s'adresse aux personnes qui reconnaissent vivre des difficultés dans leurs relations interpersonnelles et qui démontrent une motivation à réfléchir et à changer leur mode relationnel dans un contexte de modalité de groupe. Pour participer à ce groupe, il est nécessaire d'accepter de s'auto-observer dans ses relations dans le groupe et en dehors de celui-ci. L'introspection est nécessaire. Ce groupe est offert lorsque les comportements dommageables sont mieux contrôlés et que l'impulsivité est gérée minimalement.

**OBJECTIFS :** Ce type d'approche tient compte de l'état des connaissances sur l'importance du langage implicite dans la psychothérapie. L'activation de ce langage dans le cadre sécuritaire de la psychothérapie permet de prendre du recul, dans le moment présent, sur ce qui est activé et d'apprendre à considérer les éléments externes dans la modulation des affects (Delisle, 2012). La dynamique de groupe est utilisée pour favoriser le soutien, l'entraide, l'empathie et la motivation au changement. Elle sert aussi de microcosme pour permettre de mettre en lumière les enjeux relationnels.

- › Arriver à mieux comprendre les enjeux personnels qui sont activés dans les relations (ex. : estime, abandon, rejet, méfiance, contrôle, omnipotence, fonction des comportements, etc.);
- › Développer une meilleure connaissance de soi et de ses besoins et de meilleures capacités d'adaptation dans les différents contextes de vie;
- › Soutenir le changement interpersonnel (ex. : reconnaître l'effet de son comportement sur autrui) et le changement intrapsychique (ex. : percevoir avec une plus grande acuité ce qui relève de soi, de l'autre et du contexte).

### MODALITÉS :

- › Groupe psychothérapeutique de huit à dix participants animé par deux psychothérapeutes en santé mentale (psychothérapeutes ou psychologues);
- › Trois ou quatre rencontres d'évaluation individuelle pré-groupe (engagement dans le changement, sévérité et comorbidité, définition des objectifs);
- › Possibilité de rencontres RE.P.È.R.E. individuelles.

### INTENSITÉ :

- › 20 séances de groupe hebdomadaires d'une durée de 1,5 heure.

### THÈMES :

- › Les thèmes sont apportés par les participants et aucun contenu psychoéducatif n'est offert dans ce groupe;
- › Les modes relationnels vécus dans le « ici et maintenant » à l'intérieur du groupe et le partage de chaque participant sont utilisés pour soutenir la démarche thérapeutique;
- › Les thérapeutes soulèvent avec les clients la dynamique de groupe, les modes relationnels activés, les différentes polarisations, les facteurs reliés à l'attachement, les mécanismes de défense, les échecs et les réussites dans la communication.

## INDICE DE SÉVÉRITÉ :

<b>Dimension Symptomatologie</b> BSL23/PID5	<b>Dimension Fonctionnement</b> QFS/SIFS	<b>Dimension Dangerosité</b> Grille d'estimation d'un passage à l'acte suicidaire/Grille d'urgence suicidaire/Risque d'agression physique
<p>Trouble de la personnalité ou ayant des traits Trouble anxieux ou trouble de l'humeur avec des difficultés relationnelles L'accent est mis sur le relationnel et l'identité</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i> <i>Trouble narcissique sévère / trouble antisocial sévère</i></p>	<p>Difficultés relationnelles</p> <p>QFS relations sociales : inférieur à 15</p> <p>SIFS : au moins une dimension Interpersonnelle &gt; seuil clinique</p>	<p>Grille SAM : indice faible (jaune) et moins Urgence suicidaire : 4 et moins Risque d'agression : stade 3 et moins</p>
<b>Dimension Motivation au changement</b> Cycle du changement	<b>Dimension Comorbidité</b> TH, dépendance, DI, etc.	<b>Dimension Échec/Abandon thérapeutique</b> Grille de facteurs pronostiques à la psychothérapie
<p>7 et plus</p>	<p>Troubles de l'humeur et troubles anxieux ayant des problèmes relationnels</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i> <i>Toxicomanie active ou tout autre comportement dommageable, trouble alimentaire décompensé</i></p>	<p>0-9 : à évaluer cliniquement</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i> <i>10 et plus : orienté au Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean et en individuel</i></p>

## MÉCANISMES DE RÉFÉRENCE

- Par un intervenant des services spécifiques ayant animé le programme de mentalisation et jugeant, selon l'indice de sévérité, la pertinence clinique de référer un usager à ce groupe. La grille des facteurs pronostics remplie par un psychologue doit démontrer le caractère favorable d'une démarche psychothérapeutique pour cet usager;
- L'intervenant en fait la demande et en discute avec la coordonnatrice clinique de son équipe, qui fera alors la référence à la cellule de coordination des demandes;
- Par l'équipe de coordination des demandes, à la suite d'un retour dans nos services et quand l'ensemble des services du continuum ont été donnés.

## RESPONSABLES : Chef de programme et deux intervenants



# PSYCHOTHÉRAPIE INDIVIDUELLE

## Niveau 3 du continuum TP

**CLIENTÈLE :** Pour les personnes pour lesquelles il y a contre-indication pour l'emploi du groupe comme modalité et en fonction de l'indice de sévérité.

**OBJECTIFS :**

- › Permettre une réflexion plus efficace sur les relations interpersonnelles en développant de meilleures capacités de mentalisation;
- › Permettre une compréhension et une modulation plus adaptées des émotions ainsi qu'un meilleur contrôle de l'impulsivité;
- › Développer un meilleur contrôle pulsionnel (impulsivité et intensité émotionnelles);
- › Développer ou reprendre des occupations significatives (responsabilités de la vie adulte);
- › Prendre conscience de la destructivité agie et plus subtile;
- › Développer des compétences affectives plus saines et plus matures.

**MODALITÉS :**

- › Séances individuelles de psychothérapie;
- › Possibilité de rencontres RE.P.È.R.E.

**INTENSITÉ :**

- › Maximum de 20 séances, révision après 12 rencontres (discussion avec un coordonnateur professionnel);
- › Fréquence hebdomadaire au début, puis aux deux semaines.

**INDICE DE SÉVÉRITÉ :**

<b>Dimension Symptomatologie</b> BSL23/PID5	<b>Dimension Fonctionnement</b> QFS/SIFS	<b>Dimension Dangerosité</b> Grille d'estimation d'un passage à l'acte suicidaire/Grille d'urgence suicidaire/Risque d'agression physique
Si le programme mentalisation ou le groupe expressif n'a pas fonctionné	Souffrance significative Le TP entraîne un niveau de fonctionnement modéré à faible QFS_global : de 50 à 67 SIFS : au moins 2 dimensions > seuil clinique	Automutilation Grille SAM : indice faible (vert ou jaune) Urgence suicidaire : 4 et moins Risque d'agression : stade 3 et moins
<b>Dimension Motivation au changement</b> Cycle du changement	<b>Dimension Comorbidité</b> TH, dépendance, DI, etc.	<b>Dimension Échec/Abandon thérapeutique</b> Grille de facteurs pronostiques à la psychothérapie
Stade 5 et plus	Trouble de l'attachement Autres comorbidités empêchant le groupe	Aucun critère Le groupe n'est pas approprié

## MÉCANISMES DE RÉFÉRENCE

- › Par l'équipe de coordination des demandes, à la suite de la réception de la demande initiale;
- › Par un intervenant des services spécifiques ayant animé un groupe et jugeant, selon les indices de sévérité, la pertinence clinique de référer un usager à ce service. La grille des facteurs pronostics remplie par un psychologue doit démontrer le caractère favorable d'une démarche psychothérapeutique pour cet usager;
- › Par un intervenant ayant un usager en suivi individuel et dont le traitement des difficultés à l'avant-plan requiert un traitement psychothérapeutique. L'intervenant en fait la demande et en discute avec la coordonnatrice clinique de son équipe.

**RESPONSABLES : Chef de programme et deux intervenants**

## INDICE DE SÉVÉRITÉ :

<b>Dimension Symptomatologie</b> BSL23/PID5	<b>Dimension Fonctionnement</b> QFS/SIFS	<b>Dimension Dangerosité</b> Grille d'estimation d'un passage à l'acte suicidaire/Grille d'urgence suicidaire/Risque d'agression physique
TP sévère + complexe et régressé Trouble d'attachement; Trouble identitaire TP narcissique sévère, TP antisocial BSL 23 > 2,7 PID 5 : 2 dimensions > 2 écart-type MACE > 2 écart-type sur au moins une dimension	Le TP entraîne un dysfonctionnement social et relationnel majeur QFS_global : 54 et moins SIFS : 2 dimensions > seuil clinique	Automutilation : variable SAM : vert - orange ou chronique Risque d'agression : variable BPAQ > 1 écart-type sur au moins une dimension
<b>Dimension motivation au changement</b> Cycle du changement	<b>Dimension Comorbidité</b> TH, dépendance, DI, etc.	<b>Dimension Échec/Abandon thérapeutique</b> Grille de facteurs pronostiques à la psychothérapie
Stade 3 et plus	Comorbidité franche incluse dans la notion de complexité	Échecs de traitements répétés Pronostics défavorables Grands consommateurs de services

## MÉCANISMES DE RÉFÉRENCE

- › Référence par un psychiatre après un MEL, MSRP, suivi clinique externe de psychiatrie, hospitalisation;
- › Référence en provenance du comité des cas complexes;
- › Référence en provenance d'une équipe de première ligne après concertation avec l'ICASI de la clinique spécialisée;
- › À la suite d'un passage à l'hôpital de jour et TSP;
- › Le formulaire *GRe-Psy* est utilisé et envoyé au guichet régional de psychiatrie.

## RESPONSABLES : Chef de programme et psychiatre

68 Sur le plan des services spécifiques, chaque approche a un indice de sévérité qui lui est propre. Sur le plan des services spécialisés, il y a un indice de sévérité global qui permet de référer un usager à ce niveau de service. C'est pourquoi cette fiche n'est pas particulière à un service, mais à l'ensemble des services. Une fois les personnes référées aux services spécialisés, une évaluation plus poussée est réalisée afin de les orienter vers le bon service.

# GPM (Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean)

## Niveau 4 du continuum TP

**CLIENTÈLE :** En fonction de l'indice de sévérité et de l'évaluation spécialisée. Non disposée à suivre la psychothérapie.

**OBJECTIFS :** Permettre à la personne de vivre une vie qui vaut la peine d'être vécue, en visant essentiellement les sphères suivantes :

- > Réintégrer ou maintenir un rôle productif qui puisse être satisfaisant;
- > Préserver ou réintégrer des relations interpersonnelles et travailler à ce qu'elles soient plus satisfaisantes.

Le GPM est une approche d'adaptation à un handicap lié à l'hypersensibilité relationnelle et émotionnelle. Les handicaps doivent être précisés entre l'utilisateur et l'intervenant et les objectifs individualisés fixés en fonction de cette compréhension commune.

## MODALITÉS :

- > Séances individuelles animées par un professionnel de la santé mentale (travailleur social, éducateur, psychoéducateur ou ergothérapeute);
- > Jumelées selon les besoins à des rencontres avec les proches, à des interventions dans la communauté, à un plan de crise, à la concertation entre les différents intervenants impliqués, PSI et psychoéducation;
- > Bilans réguliers mesurant l'atteinte de marqueurs de progrès (ex. : la détresse aiguë de l'utilisateur a-t-elle diminué? Est-ce que l'utilisateur participe activement au traitement? Est-ce que l'utilisateur a réintégré un rôle de vie productif? etc.).

## INTENSITÉ :

- > La fréquence peut varier d'une période à l'autre du suivi;
- > Intensité variable selon les besoins et basée sur l'atteinte des marqueurs de progrès après un, trois et six mois de suivi;
- > La poursuite du suivi est dépendante de l'atteinte des marqueurs de progrès.

**THÈMES :** Les thèmes correspondent aux phases d'un suivi GPM qui sont :

1. Psychoéducation;
2. Développement d'une compréhension commune des difficultés;
3. Objectifs/phase de travail active;
4. Bilan.

**INDICE DE SÉVÉRITÉ :** Voir indice de sévérité pour l'accès à la clinique spécialisée.

**RESPONSABLES :** Chef de programme et deux intervenants

# Thérapie centrée sur le transfert – expressive (TFT)

## Niveau 4 du continuum TP

**CLIENTÈLE :** Personnes présentant une organisation limite de la personnalité incluant plus particulièrement les troubles du groupe B du DSM-5, mais n'excluant pas non plus ceux des groupes A et C.

### OBJECTIFS :

- › Développer un meilleur contrôle pulsionnel (impulsivité et intensité émotionnelles);
- › Développer ou reprendre des occupations significatives (responsabilités de la vie adulte);
- › Prendre conscience de la destructivité agie et plus subtile;
- › Développer des compétences affectives plus saines et plus matures.

La TFT a été développée à partir de la conception selon laquelle les individus vivent et perçoivent le monde extérieur à travers leur monde interne de relations d'objet. Amener un changement dans la structure de personnalité permet non seulement de diminuer les symptômes, mais également d'amener une plus grande satisfaction dans la vie affective, relationnelle et occupationnelle.

Le travail de la TFT consiste à prendre conscience des représentations clivées de soi et de l'autre qui sculptent les relations du patient avec lui-même et les autres, et ce, telles qu'elles apparaissent dans le contexte thérapeutique à travers le transfert. L'objectif de la TFT est de réconcilier les éléments clivés de la personnalité pour donner un sens aux intentions, aux valeurs et aux projets de la personne afin qu'elle parvienne à les intégrer dans un monde de représentations internes plus intégré (moins clivé).

**MODALITÉS :** Thérapie individuelle donnée par un psychothérapeute

- › **Étape 1. Évaluation structurale (préthérapie) :** étape préparatoire qui a pour but entre autres d'élaborer une compréhension dynamique de la personne, de cibler ses symptômes et de fixer des objectifs de changement. Durée : deux à quatre séances – Fréquence : hebdomadaire;
- › **Étape 2. Contrat :** étape préparatoire visant à convenir d'une entente de traitement entre le thérapeute et le patient. Durée : deux à six séances – Fréquence : hebdomadaire
  - › Établissement d'un cadre de traitement et définition des responsabilités du patient et du thérapeute;
  - › Établissement des paramètres personnalisés entourant la gestion des menaces à la continuité du traitement (comportements suicidaires et parasuicidaires, abus de substance, troubles alimentaires, résistances diverses, etc.).
- › **Étape 3. Thérapie de six mois à trois ans** durant laquelle le patient est amené, dans l'ici et maintenant des séances, à prendre conscience des représentations clivées de soi et de l'autre qu'il active avec le thérapeute. Au Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean, les modalités sont adaptées en fonction de la nature de la problématique, de la gravité des symptômes et de la disposition de la personne à se mobiliser pour changer.

**INTENSITÉ :**

- > Préthérapie et contrat : rencontres hebdomadaires quatre à dix semaines au total;
- > Thérapie : durée de six mois à trois ans. Séances d'intensité variable, jusqu'à deux fois par semaine.

**THÈMES :** Déterminés en fonction des objectifs du client

**INDICE DE SÉVÉRITÉ :** Voir indice de sévérité pour l'accès à la clinique spécialisée

**RESPONSABLES :** Chef de programme et deux intervenants



# Thérapie basée sur la mentalisation (TBM) – Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean

## Niveau 4 du continuum TP

**CLIENTÈLE :** Personnes présentant un trouble sévère de la personnalité, engendrant une souffrance significative et ayant un impact dans plusieurs sphères du fonctionnement de cette dernière. Personnes désirant développer leur compréhension d'eux-mêmes, des autres et de leurs relations et ayant expérimenté plusieurs essais thérapeutiques qui se sont avérés infructueux.

### OBJECTIFS :

- › S'initier aux concepts de base de la mentalisation afin de favoriser l'identification et l'expression des états mentaux face à soi et aux autres;
- › Comprendre les dérapages de mentalisation dans les relations (manifestations, causes, impacts, multiples angles de réflexion, etc.) afin d'en diminuer la fréquence et l'intensité;
- › Permettre une compréhension et une modulation plus adaptées des émotions ainsi qu'un meilleur contrôle de l'impulsivité;
- › Permettre le développement de relations interpersonnelles plus saines et satisfaisantes en développant de meilleures capacités de mentalisation.

### MODALITÉS :

- › Psychothérapie individuelle jumelée à une psychothérapie de groupe selon le cadre théorique de la thérapie basée sur la mentalisation;
- › Groupes de psychothérapie de neuf personnes;
- › Rencontre bilan avec un thérapeute de groupe et le thérapeute en individuel à la fin de chaque session.

### INTENSITÉ :

- › Séances individuelles hebdomadaires de 50 minutes;
- › Séances de groupe hebdomadaires d'une durée de 1,5 heure, données par sessions d'environ quatre mois;
- › Suivi d'une durée indéterminée et dépendante de l'évolution thérapeutique.

### THÈMES :

- › Quatre premières séances de groupes : développer une compréhension commune de la mentalisation et du processus de groupe;
- › À la suite des séances de groupes : thèmes apportés par les participants sous l'angle de la mentalisation et selon le cadre TBM;
- › Les quatre à huit premières séances individuelles : élaboration d'une formulation commune des difficultés selon le cadre théorique de la thérapie basée sur la mentalisation avec la personne en traitement.

**INDICE DE SÉVÉRITÉ :** Voir indice de sévérité pour l'accès à la clinique spécialisée

**RESPONSABLES :** Chef de programme et deux intervenants

# RÉADAPTATION

## Niveau 4 du continuum TP

**CLIENTÈLE :** Toutes personnes aux prises avec un trouble sévère de la personnalité qui éprouvent des difficultés importantes de fonctionnement qui compromettent leur engagement et leur satisfaction dans leurs occupations de la vie quotidienne et leurs rôles sociaux signifiants.

**OBJECTIFS :** En collaboration avec la personne :

- > Réfléchir à l'impact du trouble de la personnalité sur le fonctionnement social et occupationnel afin de cibler les obstacles à une participation sociale satisfaisante;
- > Évaluer et favoriser la disposition au changement;
- > Identifier les besoins prioritaires nécessaires à la réalisation d'un projet de vie;
- > Développer des stratégies adaptatives qui favorisent l'intégration à la communauté.

**MODALITÉS :** Selon les besoins identifiés, les différentes modalités peuvent inclure :

- > Rencontres individuelles avec un ergothérapeute ou travailleur social;
- > Groupe de réflexion sur le changement (entretien motivationnel);
- > Suivi conjoint et collaboration avec les ressources de la communauté;
- > Rencontres et interventions familiales;

**INTENSITÉ :** Variable selon les besoins identifiés et réévalués tous les trois mois. Elle peut inclure des :

- > Séances individuelles hebdomadaires ou bimensuelles d'une durée de 45 minutes;
- > Séances de groupe hebdomadaires d'une durée de 75 minutes (facultatif).

**THÈMES :**

- > Développement de l'autonomie;
- > Participation sociale;
- > Valeurs;
- > Rôles sociaux;
- > Engagement;
- > Équilibre de vie;
- > Habiletés de communication.

**INDICE DE SÉVÉRITÉ :** Voir indice de sévérité pour l'accès à la clinique spécialisée

**RESPONSABLES :** Chef de programme et deux intervenants

# SUIVI PSYCHIATRIQUE

## Niveau 4 du continuum TP

**CLIENTÈLE :** Toute personne présentant un trouble de la personnalité sévère ayant déjà reçu différentes modalités de service sans succès.

**OBJECTIFS :** Maintenir un équilibre de vie et une stabilité en ce qui a trait à la santé mentale.

**MODALITÉS :** Rencontres individuelles de soutien d'éducation psychologique.

**INTENSITÉ :**

- > Une rencontre aux 6 à 12 semaines (certaines ont lieu deux ou trois fois dans l'année);
- > Possibilité de rendez-vous supplémentaires de résolution de problèmes entre deux rencontres.

**THÈMES :** En fonction des objectifs de maintien du client.

**INDICE DE SÉVÉRITÉ :** Voir indice de sévérité pour l'accès à la clinique spécialisée.

**RESPONSABLES :** Chef de programme et deux intervenants

# ÉVALUATION SPÉCIALISÉE

## Niveau 4 du continuum TP

**CLIENTÈLE :** Adultes présentant une organisation limitée de la personnalité incluant plus particulièrement les troubles du groupe B du DSM-5 pour qui les services spécifiques dans la communauté s'avèrent peu adaptés ou insuffisants.

**OBJECTIFS :** Préciser le diagnostic de trouble de la personnalité, documenter la sévérité de ce trouble et formuler des recommandations de traitement.

### MODALITÉS :

- > Étape 1. Batterie de questionnaires autorapportés
  - Évaluation des principaux symptômes du trouble de personnalité à la lumière du fonctionnement affectif, cognitif, comportemental et relationnel.
- > Étape 2. Évaluation clinique
  - Évaluation de la sévérité du trouble en fonction d'une symptomatologie telle que la présence de gestes suicidaires et parasuicidaires graves et récurrents, un risque suicidaire élevé, des comportements impulsifs ainsi qu'une instabilité affective, la présence d'épisodes psychotiques ou dissociatifs, une complexité associée à la comorbidité, une perturbation importante du fonctionnement, le recours fréquent à l'hospitalisation et la présence de plusieurs traitements antérieurs infructueux;
  - Identification des contre-indications qui pourraient faire obstacle à un cheminement en psychothérapie et qui devraient être considérées lors de la planification du traitement.
- > Étape 3 (au besoin). Compléments d'évaluation pour répondre à des questionnements diagnostiques plus spécifiques.
  - i. Bilans neuropsychologiques;
  - ii. Évaluations projectives;
  - iii. Évaluation de la présence de traits psychopathiques.

**RESPONSABLES :** Chef de programme et deux intervenants

## ANNEXE 4 : DÉFINITION DES MODALITÉS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN

Modalité	Rôle
<b>Coordonnateur professionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Favorise le travail interdisciplinaire et soutient les intervenants lors de situations complexes (ex. : organise et anime les PSI);</li> <li>· Soutient le développement des compétences en travail de collaboration;</li> <li>· Opérationnalise les ententes de partenariat interprogramme;</li> <li>· Organise et anime les rencontres de discussion de cas complexes;</li> <li>· Fait des audits de dossiers (probation et après);</li> <li>· Supervise et soutient les intervenants de sa profession en probation ou en écart de compétence.</li> </ul>
<b>Professionnel répondant en santé mentale</b>	<p>Soutient les partenaires internes et externes de son établissement dans les situations cliniques particulières et complexes par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Formation;</li> <li>· Étude de cas;</li> <li>· Participation à des rencontres cliniques.</li> </ul>
<b>MSRP</b>	Discussion de cas complexes - Expertise psychiatrique
<b>Expert d'un modèle clinique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Anime et coordonne l'activité de transfert de connaissances (formation, intégration, etc.);</li> <li>· Soutient la pratique clinique de la spécialité (ex. : GPM, TBM, TFT, etc.).</li> </ul>
<b>Soutien clinique interprofessionnel (modèle des interventions)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Regroupement de personnes travaillant ensemble à régler des problématiques vécues dans leur travail (approche de consultation et de résolution de problèmes);</li> <li>· Chaque participant est à la fois apprenant et enseignant et apporte une problématique à traiter en groupe;</li> <li>· Non nécessaire que la problématique concerne l'ensemble des participants;</li> <li>· Très structurée comme démarche (méthode de fonctionnement très précise).</li> </ul>
<b>Communauté de pratique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Regroupement de personnes visant à partager des préoccupations / expériences communes liées au travail, consolider leur expertise et développer de nouvelles connaissances;</li> <li>· Vise une utilisation accrue des ressources scientifiques;</li> <li>· Le contenu abordé concerne l'ensemble des participants et est spécifique au domaine de pratique;</li> <li>· Demande de la préparation pour la création et l'animation, pendant et entre les rencontres (charte, thèmes abordés, activités, etc.).</li> </ul>
<b>Coaching entre pairs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Relation volontaire, non évaluative et mutuellement bénéfique entre deux professionnels qui ont un niveau d'expérience similaire;</li> <li>· Peut aussi être réalisé avec un professionnel plus expérimenté jumelé à un autre plus novice;</li> <li>· Transfert des connaissances tacites.</li> </ul>
<b>Codéveloppement</b>	Regroupement de personnes visant à approfondir un modèle clinique et à développer les compétences s'y rattachant dans une perspective de pratiques réflexives.
<b>Comité régional de coordination des cas complexes</b>	Coordonne l'orientation des cas complexes.

## ANNEXE 5 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION D'IMPLANTATION

Une évaluation d'implantation du modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité s'est déroulée en 2019 et 2020 dans le cadre du processus de reconnaissance du projet comme une pratique de pointe. Les données collectées et analysées étaient multiples et complémentaires et ont permis d'avoir une vue d'ensemble afin d'évaluer les forces du modèle de même que les aspects à améliorer.

La collecte s'est déroulée comme suit :

- > Sondage mené auprès de 64 usagers terminant un épisode de services entre le 18 février et le 6 avril 2019;
- > Entrevues individuelles et de groupe des acteurs clés de l'implantation de la pratique :
  - Gestionnaire responsable (n=1; été 2020);
  - Gestionnaires présents lors de l'implantation (n=3; printemps et été 2019);
  - Coordonnateurs professionnels (n=2; été 2019);
  - Usagère partenaire (n=1; été 2019);
  - Certains membres du comité de développement (n=5; automne 2019);
  - Certains membres du comité d'amélioration continue (n=7; printemps 2019).
- > Sondage mené auprès de 55 intervenants entre le 7 juillet et le 14 septembre 2019;
- > Entrevues de groupe avec 13 intervenants en septembre 2020;
- > Analyse de données clinico-administratives de 2017 à 2019.

L'analyse graduelle des données recueillies a permis d'apporter des améliorations au modèle et à son fonctionnement tout au long de la démarche. Les résultats de cette évaluation ont été utilisés pour bonifier ce guide, notamment sur les conseils liés au développement et à l'implantation du modèle de soins en étapes en troubles de la personnalité.



# ANNEXE 6 : SYNTHÈSE DU MODÈLE DE SOINS EN ÉTAPES POUR LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ DU CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE

## Continuum des soins en étapes en troubles de la personnalité

Une pratique de pointe développée au CIUSSS de la Capitale-Nationale

Le continuum des soins en étapes constitue l'ensemble de l'offre de service clinique du CIUSSS de la Capitale-Nationale pour les personnes présentant des traits de troubles de la personnalité (TP). Ces personnes représentent environ 50 % de la clientèle en santé mentale de la première ligne.

**C'est une pratique de pointe** : elle est novatrice au Québec, fondée sur des données probantes et a le potentiel d'être utilisée partout dans la province. Elle a été expérimentée, et son implantation a été évaluée de manière à la consolider.

### Pourquoi une nouvelle pratique?

En réponse à la problématique vécue en 2016 :

- ◆ Offre de service qui ne répond que partiellement aux besoins avec des options de traitement limitées;
- ◆ Taux de rétention bas (abandon de 60 % après 6 mois de services);
- ◆ Liste d'attente de plus de 800 personnes et délai d'attente de près d'un an.

### Quels sont ses objectifs?

- ◆ Réduire les temps d'attente et la longueur de la liste d'attente;
- ◆ Diversifier la trajectoire de services afin de répondre aux besoins individuels de la clientèle;
- ◆ Appairer les besoins des clients aux services appropriés au moment où ces besoins apparaissent;
- ◆ Outiller les intervenants pour mieux répondre aux besoins de la clientèle.

### Changements amenés par la nouvelle pratique

- ◆ Des modalités de service révisées, plus diversifiées et appuyées sur des données probantes;
- ◆ Services structurés par épisodes de soins avec durée et objectifs précis pour chaque service;
- ◆ Une intensité de service variable en fonction des besoins des usagers et de la réponse aux interventions;
- ◆ Mise en place de mécanismes de coordination régionale et du comité des cas complexes;
- ◆ Monitoring continu de l'évolution du client.

### Comment la pratique s'est-elle construite?

- ◆ Développement du continuum par le comité de développement composé d'intervenants des services spécifiques et spécialisés, d'usagers partenaires, de chercheurs, d'organismes communautaires, d'un psychiatre et d'un gestionnaire;
- ◆ Recension de la littérature en 2016, mise à jour en 2020, pour s'assurer de mettre en place des interventions basées sur les données probantes;
- ◆ Évaluation d'implantation en 2019-2020.

## FUNCTIONNEMENT DU CONTINUUM

### 1. Références en santé mentale

Les usagers sont référés en santé mentale par un partenaire du réseau de la santé et des services sociaux : GMF, médecins, hôpitaux, autres programmes du CIUSSS de la Capitale-Nationale, etc.

Les référents doivent faire passer six tests à l'usager et les transmettre à l'équipe accès du CIUSSS de la Capitale-Nationale :

- ◆ SAPAS (difficultés relationnelles);
- ◆ OASIS (anxiété);
- ◆ PHQ-9 (dépression);
- ◆ QFS (fonctionnement social);
- ◆ SAM (risque suicidaire);
- ◆ DEBA (toxicologie et dépendance).

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



### 2. Triage par la cellule de coordination

des demandes de soins et de services en santé mentale, clientèle adulte

#### 1) Analyse de la demande

À la lumière des résultats aux tests, la cellule oriente chaque usager vers le continuum et le service adéquat (en TP ou autre).

#### 2) Appel pour proposition de service

Chaque usager est rejoint par téléphone, on lui propose d'intégrer un service spécifique.

#### 3) Transfert de dossier

Lorsque la personne accepte le service, la cellule transmet son dossier aux intervenants concernés.

### 3. Entrée dans les services

#### Admissibilité

Pour être admise dans le continuum TP, une personne doit correspondre aux évidences suivantes (il ne s'agit pas de critères en tant que tels) et démontrer de la motivation :

- ◆ Avoir eu un diagnostic de trouble de la personnalité dans la dernière année **OU** obtenir les seuils fixés aux tests SAPAS et QFS; ET
- ◆ Ne pas dépasser le seuil fixé au test DEBA **OU** avoir entamé une démarche pour traiter la dépendance; ET
- ◆ Les symptômes actifs du trouble de la personnalité sont identifiés comme besoin prioritaire.

#### Niveau de soin déterminé par deux éléments :

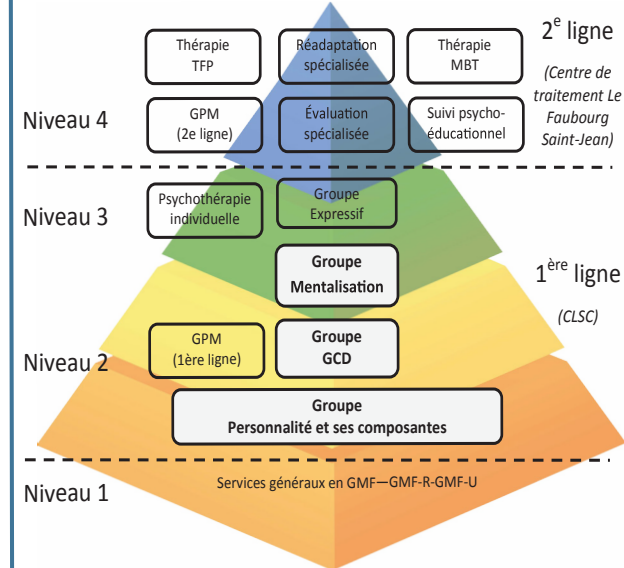
- ◆ **La sévérité et la complexité des symptômes** soit : symptômes actifs, fonctionnement social, dangerosité, motivation, comorbidité et facteurs pronostics;
- ◆ **Le principe du moindre fardeau** : l'intervention probante à basse intensité est offerte en premier.

### 4. Services possibles

Le continuum présente un éventail d'options selon les besoins et non un parcours à suivre.

- ◆ Chaque service est indépendant et conçu comme un épisode de soins : durée déterminée et objectifs précis;

- ◆ Les services sont offerts pour répondre aux différentes strates de population selon leurs besoins, allant des besoins de la population générale en matière de promotion et de prévention en santé mentale jusqu'à ceux des personnes présentant une condition sévère, complexe ou persistante.



### 5. Progression du client

À la fin de chaque épisode de soin ou aux six mois, l'intervenant, en collaboration avec la coordonnatrice professionnelle, fait le monitoring de la situation avec l'usager en fonction de :

- Sa réponse à l'intervention actuelle (mesurée par les autotests et le jugement clinique)
- Sa motivation → Ses besoins → Ses préférences

Le monitoring permet d'orienter l'usager adéquatement. Pour l'aider dans son orientation de l'usager, l'intervenant peut consulter deux outils à sa disposition :

- Grille de soutien à la décision
- Comité des cas complexes

### 6. Fin des services

- ◆ Les services se terminent à la fin d'un épisode de soins, si les objectifs de l'usager sont atteints;

**OU**

- ◆ Si le client le désire, le dossier est fermé, et c'est la fin des services.

## ANNEXE 7 : LES RENCONTRES RE.P.E.R.E.

RE.P.E.R.E. est l'acronyme désignant une Rencontre (RE) Ponctuelle (P) Exploratoire (E) Reliée (R) aux Enjeux (E) thérapeutiques. L'objectif est de faire un bilan de ce qui est activé chez l'utilisateur en rencontre d'intervention. Deux situations peuvent engendrer une telle rencontre. La première situation est lorsqu'un participant a cumulé trois absences ou plusieurs retards. La seconde situation est lorsque l'on identifie une impasse thérapeutique, des enjeux problématiques ou une participation inadéquate dans les groupes chez un participant. Les enjeux thérapeutiques peuvent se manifester par des comportements et des attitudes tels que des propos hostiles et méprisants envers le groupe. Ils peuvent aussi s'exprimer par un retrait, voire même un mutisme, ou une monopolisation de l'attention par des propos triviaux. Les rencontres RE.P.E.R.E. permettent d'utiliser plusieurs des stratégies répertoriées par Bouchard (2010) pour réduire le risque d'impasses. L'auteur souligne notamment l'importance d'évaluer le degré de motivation de la personne et d'offrir des services en conséquence. Il précise par ailleurs la nécessité de présenter un cadre thérapeutique clair et cohérent, partagé par l'ensemble de l'équipe et de circonscrire les objectifs que poursuit la personne. Le fait d'aborder les enjeux relationnels comme la crainte du rejet et de l'abandon, l'envie et la rage destructrice, permet à la personne de donner un sens à ce qu'elle vit et peut l'aider à se remobiliser dans sa thérapie.

Ces rencontres peuvent permettre de débloquer des impasses, servir à orienter la personne vers un service plus approprié ou alors mener à la fin de la thérapie.

### Déroulement de la rencontre

Les rencontres RE.P.E.R.E. sont des séances d'une durée de 30 et 45 minutes qui se tiennent en présence de l'intervenant principal et d'un autre thérapeute. Les motifs de fin de thérapie peuvent être liés à différents éléments : 1) dangerosité : la personne ne rassure pas l'équipe et maintient une attitude intimidante, par exemple; 2) motivation : la personne demeure très passive par rapport à ses objectifs et utilise la thérapie pour socialiser ou refuser de s'engager sérieusement dans une démarche de changement notamment; 3) toxicomanie : la personne ne contrôle pas sa consommation de drogue ou d'alcool; 4) destructivité : présence de résistances entraînant un effet destructeur sur le groupe (la personne qui refuse de ressentir sa vulnérabilité et interfère avec l'expression des émotions des autres participants dans les thérapies de groupe). Lorsque survient une fin précoce de thérapie, en plus d'identifier les comportements destructeurs, nous informons également cette personne des conditions de retour en thérapie si ultérieurement elle se montre intéressée à travailler les difficultés identifiées. Même si ces informations sont confrontantes pour elle, l'échange se fait avec soutien et empathie de la part des thérapeutes. Il repose sur la croyance que la fin du traitement est ce qu'il y a actuellement de plus thérapeutique pour la personne. Parfois, le temps donne raison à cette prémisse puisque certains patients reviennent en traitement et s'engagent de façon plus ouverte et authentique.

## Prémises cliniques des RE.P.E.R.E.

La conviction qu'il est préférable de mettre fin à une thérapie lorsque la personne ne s'investit pas de façon authentique peut paraître excessive pour certains intervenants qui peuvent y voir un manque de respect ou de compréhension relativement à la clientèle. Il est clair que, si la décision résulte d'une réaction contre-transférentielle, sans avoir pris le temps de comprendre la dynamique sous-jacente aux résistances, l'usager a toutes les raisons de se sentir rejeté, et l'objectif thérapeutique est loin d'être atteint. Au contraire, lorsqu'à la suite d'une discussion, l'équipe traitante perçoit que l'avenue empruntée par la personne ne peut l'amener à des changements significatifs, elle a plutôt l'impression d'être bienveillante à son égard en ne lui laissant pas faussement croire qu'elle est en thérapie alors que, dans les faits, elle perd son temps et détruit une possibilité de changer. Tout en reconnaissant le désir d'aller mieux (ce qui est validé par les thérapeutes) et le fait de ne pas se mobiliser pour respecter les conditions rendant possible le changement, les usagers constatent qu'ils ne profitent pas de la thérapie et, qu'en ce sens, il est préférable de la suspendre.

Tiré de : Maranda, J., Savard, C., et Villeneuve, E. (2012) Guide de traitement bref et de coordination des services. Intervenir auprès d'une clientèle présentant une organisation limite de la personnalité dans un contexte de crise. Institut universitaire en santé mentale de Québec.

## ANNEXE 8 : VERSIONS ORIGINALES ANGLAISES

Cette annexe présente les versions originales anglaises de deux passages du guide qui ont fait l'objet d'une traduction libre. Ils sont ici à la disposition du lecteur qui voudrait avoir accès à la version originale.

### P. 22

**TABLE 6–2. Guidelines for addressing specific comorbidities**

Recommendation	Comorbidity	Reasoning
Prioritize treating BPD	Depressive disorders Bipolar depression Bipolar II disorder Anxiety disorders Social phobia Bulimia nervosa Narcissistic personality disorder	Comorbidity will like remit or improve in BDP does
Stabilize BPD before treating comorbidity	PTSD Obsessive-compulsive disorder Panic disorder	Stabilizing BPD first increases the patient's ability to effectively tolerate exposures
Prioritize treating comorbidity	Bipolar I mania Severe substance use disorder Anorexia with significantly low weight	These comorbidities often preclude involvement in active learning

*Note.* BPD=borderline personality disorder.

Sonley, A. K., & Choi-Kain, L. W. (Eds.). (2020). *Good Psychiatric Management (GPM) and Dialectical Behavior Therapy: A Clinician's Guide to Integration and Stepped Care*. American Psychiatric Pub. (p. 109)

### P. 48

« 'Toxic transference' in personality disorder services: common tests of staff integrity

Service users may :

- > compare various members of nursing and multidisciplinary teams and their decisions
- > provide minimal information to a member of staff to see how they cope
- > make high numbers of complaints
- > question others with the same therapist/nurse about actions that person took previously
- > refuse to follow recommendations thereby emphasising staff vulnerability, not their own
- > seek to relate to staff by adopting their language, style and affectations
- > single staff out for special attention/comment, gifts or favours, criticism or assault
- > play different professionals off against one another, exploiting normal inter-professional rivalries
- > flirt with or reject staff »

Moore, E. (2012). Personality disorder: its impact on staff and the role of supervision. *Advances in psychiatric treatment*, 18(1) (p. 46).

## ANNEXE 9 : COMITÉ RÉGIONAL DE COORDINATION DES CAS COMPLEXES

### Description

Ce comité est composé de différents représentants des équipes de la Direction des programmes Santé mentale et Dépendances pouvant offrir des services aux clientèles en troubles fréquents. Il a pour mandat de trouver la meilleure offre de service pour répondre aux besoins complexes de la clientèle.

### Rôles et responsabilités

- > Assurer le bon niveau d'intensité de services en fonction du modèle de soins en étapes;
- > Assurer la continuité et la fluidité des services;
- > Discuter les cas complexes auxquels les services actuels ne semblent pas pouvoir répondre;
- > Faire des recommandations quant aux services à offrir (intensité, type de services, cadre thérapeutique, etc.);
- > Offrir une réponse adaptée aux besoins des clients pour lesquels l'offre de service actuelle ne répond pas.

### Fréquence

Aux quatre à six semaines, les rencontres sont d'une durée de deux heures.

### Participants

- > Chef de programme responsable du continuum en troubles de la personnalité (responsable du comité);
- > Psychiatre;
- > Adjoint du directeur – volet accès;
- > Coordonnateurs en première ligne (Santé mentale adulte), SIV, itinérance, Centre de réadaptation en dépendance et clinique spécialisée;
- > Autres personnes au besoin.



# ANNEXE 10 : LE CYCLE DU CHANGEMENT

Tremblay J., Bergeron J., Landry M., Cournoyer L-G., Brochu S. (2003). Inspiré des travaux de Prochaska et DiClemente (1982). Adaptation pour la clientèle du Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean (2004) Bélanger S., Drolet S.

- ▶ A prévu diverses stratégies pour faire face à une éventuelle rechute
- ▶ A confiance en ses capacités à faire face à des situations de crise
- ▶ A effectué les changements requis
- ▶ Demeure vigilant quant aux situations potentielles de rechute
- ▶ Travaille à consolider les changements qu'il a déjà effectués
- ▶ Est motivé à maintenir ses acquis

- ▶ Ne reconnaît pas son problème
- ▶ Ne désire pas changer ses habitudes de vie
- ▶ Est pessimiste quant à sa possibilité ou sa capacité de changer
- ▶ Manque de conscience de ses problèmes et de leurs répercussions
- ▶ Argumente, s'oppose ou dénigre le point de vue du thérapeute
- ▶ Évite activement ce qu'il faut faire pour changer
- ▶ Blâme les autres pour son problème
- ▶ Est passif en traitement, non engagé
- ▶ Minimise son problème
- ▶ Est hostile à l'égard des thérapeutes

- ▶ Reconnaît ses problèmes
- ▶ Désire changer ses habitudes de vie
- ▶ Pense à des moyens concrets de changer ses habitudes de vie
- ▶ Pose des gestes de changement de ses habitudes de vie
- ▶ Est affectivement engagé dans l'action
- ▶ Effectue de plus en plus les changements requis
- ▶ Au besoin, la personne réajuste son plan d'action
- ▶ A confiance en sa capacité de changement
- ▶ Fait des choix nécessaires à la réalisation des changements souhaités
- ▶ Est prêt à perdre les anciens gains associés aux comportements à changer
- ▶ A de l'espoir



- ▶ Reconnaît de plus en plus son problème mais demeure ambivalent
- ▶ Désire de plus en plus changer ses habitudes de vie
- ▶ Pense à des moyens concrets de changer
- ▶ Ne pose pas de gestes de changement
- ▶ Tente de comprendre ses problèmes
- ▶ Semble être dans une contemplation permanente, presque ruminante
- ▶ Réfléchit à des solutions de changement
- ▶ Prêt à soupeser le pour et le contre du changement

- ▶ Reconnaît ses problèmes
- ▶ Désire changer ses habitudes de vie
- ▶ Pense à des moyens concrets de changer
- ▶ Est sur le point de poser des gestes de changement
- ▶ Planifie comment il va faire pour changer
- ▶ Est maintenant prêt à développer un plan d'action

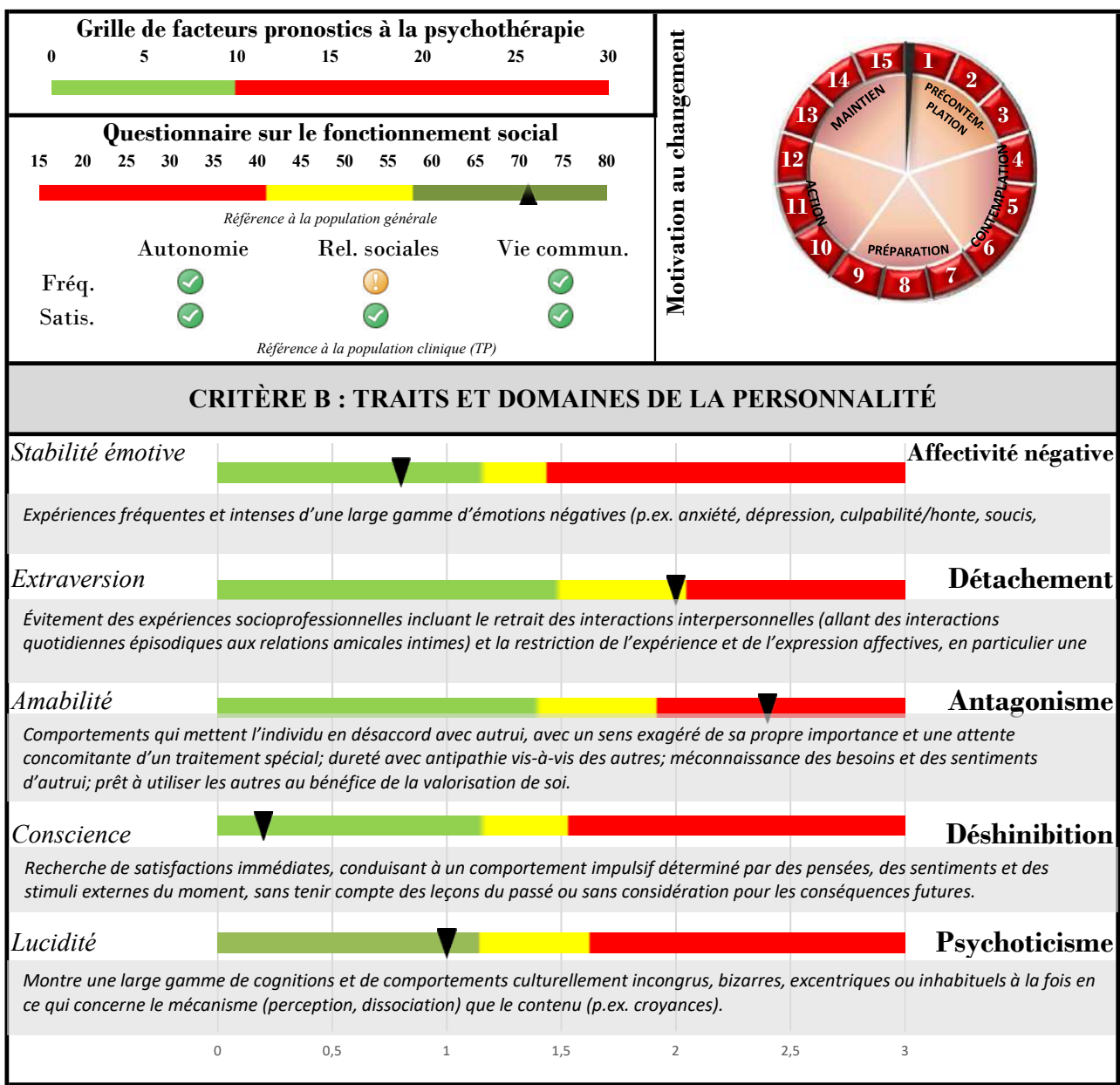


# ANNEXE 11 : EXEMPLE DE RAPPORT DE MONITORAGE EN CONTINU



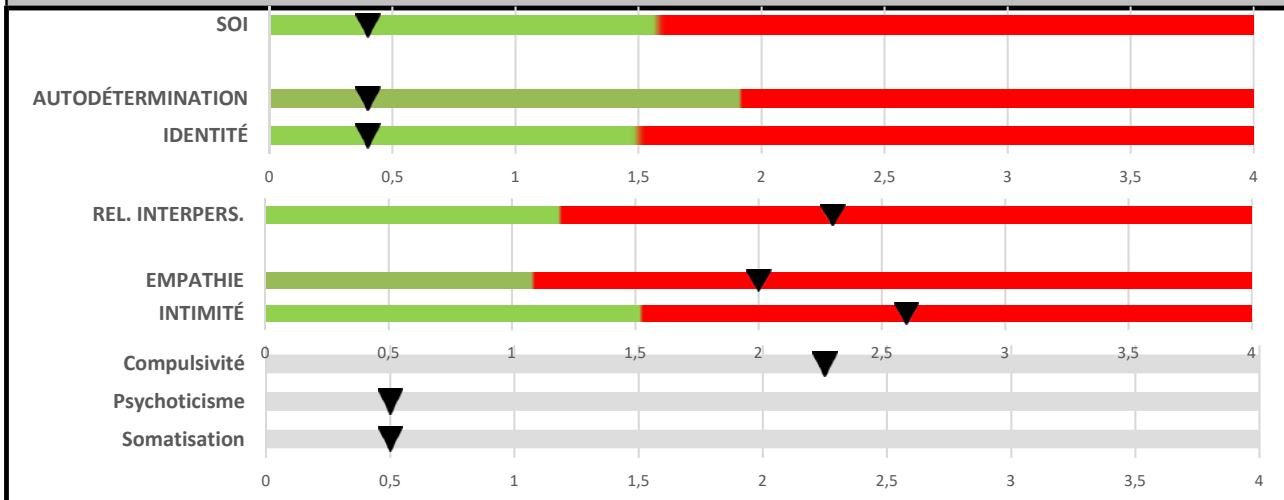
Voici la synthèse des résultats du client. Les informations font référence aux résultats obtenus aux différents questionnaires et peuvent aider à cibler des objectifs de traitement ou des pistes d'intervention.

Nom : Cas 2 - CLSC # : Date : 2021-04-15



# OPTIMAD-TP

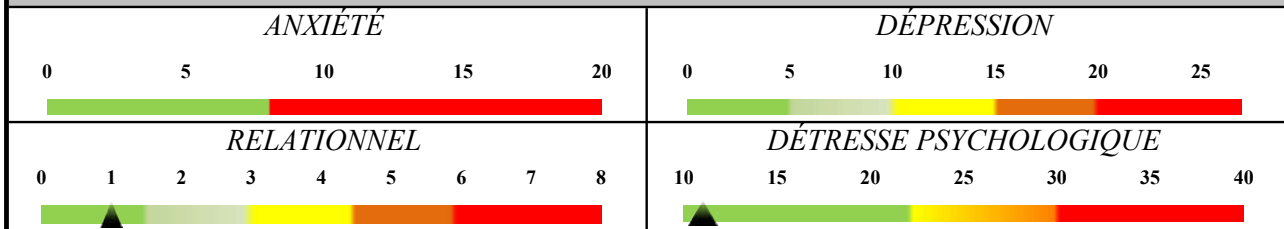
## CRITÈRE A : ATTEINTE FONCTIONNELLE



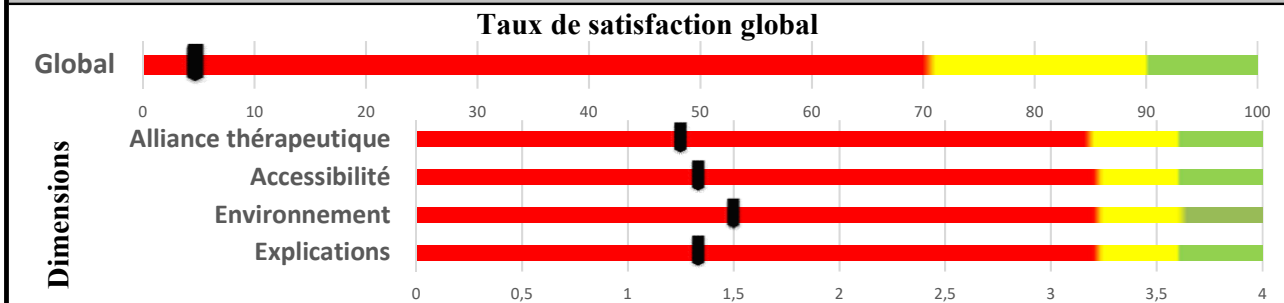
BSL-23 : Symptômes TPL : un résultat élevé signifie la présence de symptômes limites



## DÉPISTAGE AUTRES SYMPTÔMES



## QOSE - Satisfaction des services



Notes:

Intervenant : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_





*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Capitale-Nationale*

**Québec**

