Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Intervention en séance unique

Guide de soutien à la pratique

Juin 2024

Québec

Remerciements

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et la participation des personnes mentionnées à la section *Processus d'élaboration/révision* à la fin du document. À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement des meilleures pratiques.

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Processus d'élaboration/révision ».

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest en partenariat avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, juin 2024.

Reproduction autorisée avec mention de la source.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES 4

LEXIQUE 5

AVANT-PROPOS 7

INTRODUCTION 8

1. CHAMPS D'APPLICATION 9

1.1 Définition de la problématique 9

1.2 L'intervention en séance unique 11

1.2.1 Définition 11

1.2.2 Principes et facteurs de succès 12

1.2.3 Données probantes en lien avec l'intervention 16

1.3 Modèle théorique 19

1.4 Approches 21

1.5 Clientèle cible 21

2. OBJECTIFS 23

3. MODALITES 24

3.1 Accès 24

3.2 Présentation de l'ISU à la personne qui consulte 24

3.3 Caractéristiques de l'intervention 24

3.4 Lieux de l'intervention 25

3.5 Étapes de l'intervention 26

4. INTERVENANTS·ES CONCERNES·ES 32

5. ROLES ET RESPONSABILITES 32

6. RESSOURCES NECESSAIRES 33

6.1 Développement de compétences 33

6.2 Modalités de développement de compétences 34

6.3 Activités d'appropriation et de pérennisation 35

7. CONCLUSION 36

8. LISTE DES ANNEXES 36

9. REFERENCES 37

Liste des abréviations et des acronymes

AOS	Approche orientée vers les solutions
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DPJASP	Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique
DPSMD	Direction des programmes Santé mentale et Dépendance
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ISU	Intervention en séance unique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PREC	Personne-ressource en encadrement clinique
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux

Lexique

Accès adapté	« L'accès adapté est une réorganisation du système de rendez-vous et de la pratique clinique qui permet aux [personnes] d'avoir accès à un·e professionnel·le ou à une équipe de première ligne au moment opportun en fonction de l'urgence de la situation » (Accès Adapté, s.d.).
Accessibilité	Concept comprenant plusieurs dimensions soit géographique, d'optimisation des mécanismes de référence, de proximité, la dimension temporelle, d'entrée dans le système de soins, de réduction des inégalités et d'acceptabilité (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004).
Alliance thérapeutique	« Lien affectif basé sur la confiance, la collaboration, l'acceptation ainsi qu'une grande empathie de la part du clinicien [ou de la clinicienne], qui relie les deux personnes dans une maîtrise adéquate et professionnelle de la dynamique du transfert et du contre-transfert » (Institut national d'excellence en santé et services sociaux, 2013).
Autonomisation	« Processus par lequel une personne, ou un groupe social, acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement » (Office québécois de la langue française, 2024).
Consentement	Expression de la volonté de la personne quant à un acte que doit accomplir une autre personne. Le consentement aux soins et aux services doit être libre et éclairé. • Consentement **libre** : sans aucune forme de pression ou discrimination de la part de l'intervenant·e, de la famille ou de l'entourage de la personne. La personne consent en toute confiance. • Consentement **éclairé** : disposant de tous les renseignements appropriés et nécessaires qu'elle comprend, et informée des conséquences de son consentement, la personne consent en toute connaissance de cause (Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, 2021).
Démarchage	« Les interventions de démarchage (*outreach*) consistent, de façon proactive, à aller vers les personnes là où elles se trouvent dans le but d'établir des liens de confiance avec elles, de réaliser des interventions et de les accompagner vers les différents services et ressources appropriés » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021).
Détresse psychologique	Ensemble de symptômes mentaux et physiques douloureux, associés à des fluctuations normales de l'humeur chez la plupart des gens (American Psychological Association, 2023).
Intervenant·e	« L'utilisation du terme générique intervenant·e, également privilégié dans la LSSSS, fait référence à celui ou celle qui, dans le cadre de son rôle ou de ses fonctions, doit planifier, coordonner, faire intervenir ou dispenser des soins ou des services de santé et sociaux auprès de [la personne] (incluant les soins et services médicaux) » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018).
Intervention brève	Intervention de relation d'aide dont l'objectif est de diminuer rapidement la souffrance et les symptômes de la personne qui consulte, en privilégiant la résolution de problèmes plutôt que la recherche des causes.
Intervention de soutien	« [Intervention qui] vise à soutenir la personne dans le but de maintenir et de consolider les acquis et les stratégies d'adaptation en ciblant les forces et les ressources dans le

	cadre de rencontres ou d'activités régulières ou ponctuelles. Elle implique notamment de rassurer, prodiguer des conseils et fournir de l'information en lien avec l'état de la personne ou encore la situation vécue » (Office des professions du Québec, 2021).
Intervention ponctuelle	Intervention circonscrite dans le temps, qui se centre sur une problématique spécifique identifiée par la personne qui consulte.
Jugement clinique	Processus cognitif qui permet à l'intervenant·e de prendre les actions les plus appropriées en tenant compte de l'information connue sur la personne, des meilleures pratiques liées aux caractéristiques de la personne et du contexte.
Personne-ressource	Personne ayant acquis des connaissances par la formation et l'expérience dans la pratique de l'intervention en séance unique, et à laquelle les intervenants·es peuvent faire appel pour toute question relevant de ce type d'intervention.
Trouble mental	« affection cliniquement significative qui se caractérise par le changement du mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique ou à une altération des fonctions mentales » (Organisation mondiale de la santé, 2001 dans Office des professions du Québec, 2021).

Avant-propos

Le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest emploie plus de 9 600 personnes, 550[1] médecins répartis dans 128 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), est de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

[1] Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

Introduction

Le *Guide de soutien à la pratique - Intervention en séance unique* s'adresse à l'ensemble des intervenants·es et gestionnaires qui travaillent auprès des personnes pouvant bénéficier de cette modalité d'intervention.

Le guide vise à :

- Soutenir l'appropriation de cette pratique;
- Harmoniser la dispensation de l'intervention en séance unique, en considérant les réalités différentes des clientèles desservies.

Le guide traite de l'intervention en séance unique (ISU), une modalité d'intervention innovante permettant d'offrir une réponse rapide à un besoin de nature psychosociale, ne nécessitant pas l'ajout de nouvelles ressources ou d'investissement supplémentaire. Depuis 2023, cette modalité d'intervention est nouvelle dans le réseau public québécois. Les CISSS de la Montérégie-Ouest et de la Montérégie-Centre, forts d'un partenariat novateur, sont parmi les pionniers dans son implantation au Québec. Au CISSS de la Montérégie-Ouest, l'ISU a été déployée dans le cadre d'un projet pilote mené auprès d'une équipe des services sociaux généraux de la Direction des programmes Santé mentale et Dépendance (DPSMD) et au programme Aire Ouverte[2] de la Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique (DPJASP). Le présent guide est le fruit d'une collaboration avec une variété d'intervenants·es ayant manifesté un intérêt à faire partie du projet pilote et à participer à des groupes de travail. Puisqu'au moment de la rédaction l'offre de service d'ISU est encore peu répandue, le contenu est susceptible d'évoluer, à la lumière des données probantes disponibles, de l'expérience vécue et de l'expertise développée.

L'ISU est une intervention ponctuelle de soutien, qui se déroule en une seule rencontre. Elle fait partie du continuum de soins et services offerts et représente une option additionnelle pour fournir rapidement une aide aux personnes aux prises avec des difficultés ou une détresse psychologique et qui souhaitent obtenir de l'aide. Elle ne vise en aucun cas à remplacer un service actuel ou à en restreindre l'accès. L'ISU, bien que de courte durée, n'est pas superficielle ou de qualité moindre que les interventions usuelles. Son efficacité et ses bénéfices ont été démontrés à de nombreuses reprises. Elle permet de répondre rapidement à un besoin et peut limiter les références vers d'autres programmes ou services spécialisés. Cette alternative a le potentiel de répondre aux besoins psychosociaux ponctuels d'une grande partie de la clientèle, en plus de favoriser une allocation efficace des ressources. Toutefois, l'ISU n'est pas nécessairement la meilleure pratique d'intervention pour toutes les situations. Elle peut ne pas être adaptée ou suffisante pour certaines personnes ou pour des situations complexes nécessitant un suivi ou des références vers d'autres services.

L'ISU a pour but d'améliorer l'accès aux services psychosociaux, en fournissant une aide aux personnes lorsqu'elles en ressentent le besoin. L'ISU tend à rejoindre des clientèles généralement réfractaires aux services institutionnalisés ou aux démarches à long terme ou qui ne sont pas enclines à demander de l'aide. Enfin, ce type d'intervention étant offert au moment opportun pour la personne qui consulte, il vise à diminuer rapidement la détresse et ainsi prévenir la détérioration de la santé mentale.

Ce nouveau service est en cohérence avec le *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : S'unir pour un mieux-être collectif* qui préconise de « mettre à contribution l'ensemble des acteurs concernés pour que tous les Québécois et Québécoises aient accès, au bon moment, à des actions, à des services et à un accompagnement adapté à leurs besoins en santé mentale » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022).

[2] CISSS de la Montérégie-Ouest. (2022). *PRG-10296- Programme Aire Ouverte*.

1. Champs d’application

1.1 Définition de la problématique

Au cours de leur vie, la plupart des gens vivront des périodes durant lesquelles leur état mental sera fragilisé, souvent à la suite d’un événement de vie stressant ou difficile (Caron et Liu, 2011; Glover et al., 2010). Durant un certain temps, les personnes peuvent se sentir déstabilisées et avoir l’impression que leurs capacités d’adaptation sont dépassées. Des symptômes comme de l’anxiété, de la tristesse, de l’irritabilité, de la dévalorisation de soi et un sentiment de vulnérabilité pourraient alors se manifester (Winefield et al., 2012).

Cet ensemble de symptômes est souvent un indicateur de la présence d’une « détresse psychologique », définie comme un ensemble de symptômes mentaux et physiques douloureux, associés à des fluctuations normales de l’humeur chez la plupart des gens (American Psychological Association, 2023).

La santé psychologique de la population québécoise

Les données de la plus récente *Enquête québécoise sur la santé de la population* (Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2023a) révèlent que la proportion de la population présentant un niveau élevé de détresse psychologique a augmenté, comparativement à 2014-2015 (32 %), se situant à environ 39 % en 2020-2021. Cette augmentation est constatée autant chez les hommes que les femmes, ainsi que dans tous les groupes d’âge. Bien que ces chiffres soient à interpréter avec précaution, car ils ont été recueillis durant la période pandémique, ils sont très préoccupants. La situation est d’autant plus inquiétante chez les jeunes de 15 à 24 ans où 58 % d’entre eux ont rapporté un niveau élevé de détresse psychologique (ISQ, 2023b). En effet, c’est durant la période de l’adolescence et du début de l’âge adulte que peuvent apparaître les premières manifestations d’anxiété, de dépression, de troubles du comportement alimentaire, de troubles psychotiques et de dépendance (Institut national de santé publique du Québec, 2008).

Des risques de détérioration de l’état mental

Plus la détresse psychologique persiste, plus les risques d’une détérioration de l’état mental sont élevés. La détresse psychologique peut également parfois passer inaperçue (Simo et al., 2018), surtout si l’offre de services liés à la santé mentale est axée seulement sur les personnes qui ont reçu un diagnostic. Or, environ la moitié des personnes qui demandent de l'aide pour des problèmes de santé mentale ne répondent pas aux critères diagnostiques des troubles mentaux (Bobevski et al., 2017; Druss et al., 2007; Fleury et al., 2014).

Pourtant, les personnes souffrant d'une détresse psychologique élevée sont particulièrement à risque de développer des troubles mentaux si elles ne sont pas traitées (Simo et al., 2018). De fait, des niveaux élevés de détresse psychologique sont souvent indicateurs d’une santé mentale altérée et ils peuvent même refléter la présence de troubles mentaux courants non-diagnostiqués, comme les troubles dépressifs et anxieux (Cuijpers et al., 2009). Qui plus est, une détresse psychologique élevée est fortement corrélée au développement de problèmes de santé physique, à une qualité de vie et à une longévité réduites, ainsi qu’à une utilisation accrue des services de santé (Winefield et al., 2012).

Des besoins qui ne sont pas toujours comblés

Malgré l’augmentation de la détresse psychologique et de la prévalence des troubles mentaux, un peu plus de 40 % des personnes touchées ne consultent pas à cet effet (ISQ, 2015). Certaines personnes sont hésitantes à demander une aide professionnelle par peur de la stigmatisation ou ne

le font pas par manque d'accessibilité ou de disponibilité des services (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012; Lesage et al., 2006). Des obstacles comme de longs délais d'attente, des difficultés à joindre un·e professionnel·le par téléphone et la distance par rapport aux lieux de services ont été rapportés (Perreault et al., 2013). Par ailleurs, le volet de l'aide psychosociale est également peu connu de la population.

La difficulté à demander de l'aide et le désir de s'en sortir seul·e peuvent aussi expliquer le fait de ne pas avoir recours à des soins en santé mentale (ISQ, 2015). Par exemple, les hommes consultent moins que les femmes (6 % c. 13 %, ISQ, 2015) et ceux-ci attendent généralement longtemps avant de le faire, souvent au moment où leur situation s'est aggravée. Un sondage indique que s'ils ne peuvent joindre une ressource par téléphone, seulement un peu plus du tiers des hommes laisseraient un message sur une boîte vocale pour être rappelés plus tard, alors que 18 % laisseraient tomber et 14 % tenteraient d'aller vers une autre ressource (Comité régional en santé et bien-être des hommes de l'île de Montréal, 2019). En ce qui concerne les jeunes, certains·es peuvent être réticents·es ou réfractaires à demander de l'aide. Qui plus est, les services usuels rejoignent difficilement les jeunes, ce qui peut entraîner des bris de service entre les services jeunesse et ceux offerts aux adultes (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2021).

Ce faisant, les besoins en santé mentale ne sont pas comblés chez une proportion importante de Québécois·es (Dezetter et al., 2015; Institut national d'excellence en santé et services sociaux, 2018). Selon Statistique Canada, en 2022, les besoins en counseling étaient partiellement ou entièrement insatisfaits chez, respectivement, 16 % et 15 % des personnes présentant un trouble de l'humeur, un trouble d'anxiété ou un trouble lié à l'utilisation de substances (Statistique Canada, 2023).

Les conséquences des délais d'attente

Le manque d'accessibilité ou de disponibilité des services peut engendrer des longs délais d'attente pour obtenir des services, ce qui augmente le risque de détérioration de la condition (Perkins, 2006) et prédit de moins bons résultats cliniques après l'accès au traitement (Furukawa et al., 2014; Reichert et Jacobs, 2018). Les délais sont également susceptibles d'entraîner des conséquences familiales, relationnelles et professionnelles et d'augmenter l'utilisation des services des urgences et des soins critiques (Collectif pour l'accès à la psychothérapie, 2015; Ordre des psychologues, 2017). Dans le même ordre d'idées, les jeunes en situation de vulnérabilité qui ne consultent pas se retrouvent isolés·es, sans aide et leurs problèmes risquent de perdurer, voire de s'aggraver.

Des modalités de prestation de services qui ne sont pas nécessairement adaptées aux besoins

Plusieurs études ont montré que près de la moitié des personnes qui utilisent les services de santé mentale n'avaient pas reçu de diagnostic de trouble de santé mentale dans les 12 mois qui précèdent (Fleury et al., 2014). Ces personnes peuvent présenter une détresse psychologique résultant d'une situation de vie déstabilisante et avoir besoin d'aide ponctuelle, sans nécessiter plusieurs rencontres de suivi. En répondant à leurs besoins, cela permet une répartition plus efficiente des services psychosociaux et de santé mentale, afin que chaque personne reçoive les services appropriés.

Par ailleurs, la littérature scientifique ne permet pas de se prononcer sur la durée optimale d'un suivi pour un problème de santé mentale (Cuijpers et al., 2013). Ainsi, certaines personnes ne verront pas leur besoin satisfait par le nombre de rencontres offertes. Le modèle de dispensation de services basé sur un nombre prédéterminé de rencontres est également associé à des abandons de la démarche, principalement au début de celle-ci, dans des proportions variant de 19,7 à 21,9 % (Swift et Greenberg, 2012; Swift et al., 2017).

Dans le contexte où les services ne suffisent pas à répondre à la demande et où les ressources sont limitées, il apparaît pertinent de développer des pratiques innovantes et adaptées à l'accroissement

des besoins et de se concentrer davantage sur des actions préventives. En effet, compte tenu de l'augmentation croissante des troubles mentaux et des limites reconnues de leur traitement, la seule méthode durable pour réduire ce fardeau est la prévention (Saxena et al., 2006).

Différentes pratiques, basées sur des interventions ponctuelles et/ou brèves, sont bien implantées dans divers milieux, notamment dans les centres hospitaliers, en CLSC, en centres de crise et dans les organismes communautaires. Elles sont aussi utilisées par des intervenants·es en toxicomanie et des travailleurs·euses de rue, ainsi que par les intervenants·es du programme Aire Ouverte qui s'adresse aux jeunes de 12 à 25 ans. Dans le même ordre d'idées, l'ISU, offerte au moment opportun, représente un ajout appréciable au continuum de services offerts, permettant de fournir une aide efficace aux personnes qui en ressentent le besoin, avant que leur santé mentale ne se détériore.

1.2 L'intervention en séance unique

1.2.1 Définition

L'ISU n'est pas une pratique nouvelle; elle est utilisée et étudiée ailleurs dans le monde depuis plusieurs décennies (Hoyt et al., 1992; Silverman et Beech, 1984; Talmon, 1990). Elle est notamment pratiquée en Australie, en Angleterre et aux États-Unis et dans plusieurs provinces canadiennes, dont l'Ontario[3], l'Alberta[4], la Colombie-Britannique[5] et la Nouvelle-Écosse[6]. Au Québec, l'ISU est offerte dans certaines cliniques privées, mais représente une nouveauté dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

> L'ISU désigne une intervention psychosociale menée par des intervenants·es, qui utilisent diverses approches et techniques pour aider les personnes à résoudre leurs problèmes ou à atteindre leur objectif en une seule rencontre (Bertuzzi et al., 2021; Paul et Van Ommeren, 2013).

L'ISU n'est pas réservée à une profession en particulier. Il s'agit d'une **intervention ponctuelle** qui se qualifie comme une **intervention de soutien.** L'intervention de soutien « vise à soutenir la personne dans le but de maintenir et de consolider les acquis et les stratégies d'adaptation en ciblant les forces et les ressources dans le cadre de rencontres ou d'activités régulières ou ponctuelles. Elle implique notamment de rassurer, prodiguer des conseils et fournir de l'information en lien avec l'état de la personne ou encore la situation vécue » (Office des professions du Québec, 2021).

---

[3] St. Clair Child & Youth Services. (s.d.). *Single session therapy*. https://www.stclairchild.ca/single-session-therapy
[4] Drop-in Single Session Counselling. (2024). *Home | Drop-in Single Session Counselling*. https://www.dropinyeg.ca/
[5] The University of British Columbia. (s.d.). *Conselling services | Student Services*. https://students.ubc.ca/health/counselling-services
[6] SaltWire Network. (2024). *Relieving pressure on the system : Nova Scotia launches free single-session mental health therapy pilot.* https://www.saltwire.com/atlantic-canada/news/nova-scotia-launches-free-single-session-mental-health-therapy-pilot-100827269/

L'ISU est considérée comme une **intervention de prévention** de la détérioration de la santé mentale (prévention secondaire[7]), puisqu'elle est offerte en amont, alors que les personnes sont déstabilisées, mais ne présentent pas nécessairement de trouble de santé mentale. Ainsi, elle fait partie d'un continuum de services, et répond davantage à des besoins aigus plutôt que chroniques. Cette intervention doit être offerte au moment opportun, soit lorsque le besoin se fait sentir.

L'ISU représente un processus d'intervention complet en soi, avec un début, un milieu et une fin (Price, 1994). Chaque ISU est considérée comme indépendante et **autoportante**. Ainsi, dans l'ISU, ce n'est pas la personne qui choisit de ne venir qu'une seule fois; l'intervention est prévue comme telle a priori (Hymmen et al, 2013). Aucune rencontre de suivi n'est planifiée d'emblée, ce qui crée l'espoir que le changement est possible lors d'une rencontre unique, et ce, autant pour la personne qui consulte que pour l'intervenant·e (Bertuzzi et al., 2021).

Cependant, l'ISU préconise une approche « **porte ouverte** », où la personne a la possibilité de revenir lorsqu'elle en ressent le besoin. Ceci permet à la personne de développer un sentiment d'indépendance, en toute sécurité et de ne pas se sentir « abandonnée » par le système de soins ou l'intervenant·e (Cameron, 2007). Il s'agit d'une modalité d'intervention adaptée aux étapes de vie, puisque la personne peut consulter de nouveau lorsqu'une autre difficulté surgit (Rycroft et Young, 1997).

Simplement, l'ISU est un **ajout** aux services existants, qui permet néanmoins d'identifier les personnes ayant des besoins plus complexes et de les orienter vers les services appropriés, au besoin. Il s'agit d'une intervention qui peut servir à rassurer, à offrir de l'information, à offrir du soutien et qui fait naître l'espoir chez la personne qui consulte.

L'ISU n'est **pas** :
- une nouvelle école de pensée/une orientation théorique
- une entrevue d'orientation, d'évaluation ou diagnostique
- une intervention de crise
- une psychothérapie
- une coupure de services

Le terme « unique » peut être source d'hésitation pour la personne qui consulte et peut porter à confusion pour les intervenants·es. L'ISU peut être présentée sous l'angle d'une rencontre à la fois (*one-at-a-time session*) où chaque séance est complète et indépendante et centrée sur les besoins de la personne.

1.2.2 Principes et facteurs de succès

Des principes fondamentaux

Quatre thèmes sous-tendent la philosophie et la pratique de l'ISU (Hoyt et al., 2021) (Figure I).

[7] La prévention primaire tente d'intervenir auprès des populations normales afin d'éviter que des problèmes ne se développent en premier lieu, alors que la prévention secondaire, elle, adopte une perspective populationnelle, qui implique d'intervenir auprès des personnes qui présentent des problèmes et des symptômes de niveau subclinique (Durlak et Wells, 1998).

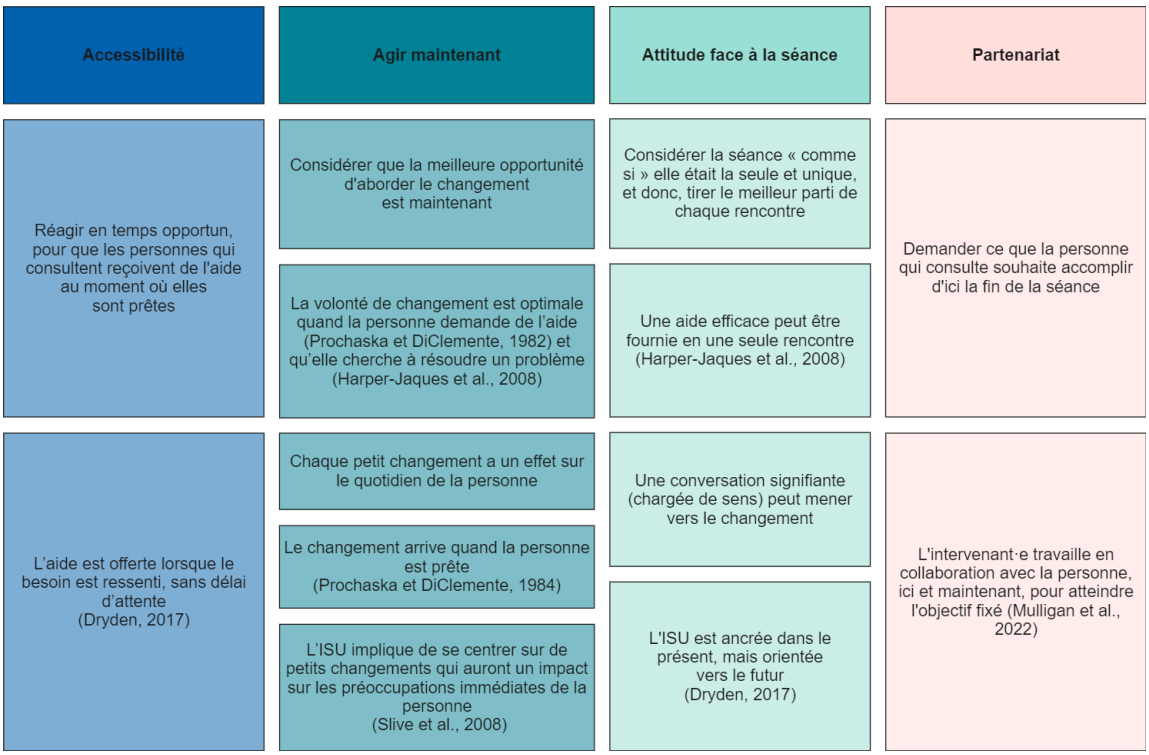


Figure I. Principes soutenant la philosophie et la pratique de l'ISU

Des facteurs de succès

Le succès de l'ISU est probablement attribuable aux facteurs communs (Sparks et al., 2008), retrouvés dans toutes les interventions de relation d'aide, qui caractérisent davantage le processus thérapeutique lui-même que son contenu. Ces facteurs communs sont :

- l'alliance thérapeutique;
- l'empathie;
- la collaboration et le consensus sur les objectifs de l'intervention;
- des attentes positives quant à l'issue de la consultation et une adaptation de celle-ci à la culture de la personne qui consulte (Wampold, 2015).

L'**alliance thérapeutique** est un puissant moteur de changement (Slive et Bobele, 2012). La majeure partie du changement thérapeutique est attribuable à un lien émotionnel fort qui utilise les forces et les ressources de la personne (Slive et Bobele, 2012). On estime que la qualité de l'interaction avec l'intervenant·e est le meilleur prédicteur de la satisfaction des personnes aidées et des résultats positifs (Hampson et al., 1999). C'est la perception d'être écouté·e et compris·e qui explique le mieux l'évaluation de l'aide reçue (Boyhan, 1996).

Les auteurs·trices de plusieurs études se sont intéressés·es à l'aspect le plus utile de l'ISU pour les personnes qui consultent. Les participants·es ont rapporté les éléments suivants :

- **recevoir des conseils utiles sur le problème** (Boyhan, 1996; Hampson et al., 1999; Miller, 2008; Miller et Slive, 2004; Sommers-Flanagan, 2007);

- **apprécier les caractéristiques humaines de l'intervenant·e** (Boyhan, 1996; Hampson et al., 1999; Miller, 2008);
- **avoir l'occasion de parler du problème et de se sentir soutenu·e** (Boyhan, 1996; Hampson et al., 1999; Sommers-Flanagan, 2007);
- **être référé·e à d'autres ressources** (Miller et Slive, 2004);
- **avoir accès immédiatement au service sans rendez-vous** (Harper-Jaques et al., 2008; Miller, 2008).

Il est important que l'intervenant·e se centre sur les besoins de la personne qui consulte et adopte une **approche de partenariat** dans laquelle les participants·es se trouvent sur un pied d'égalité (Slive et al., 1995) (Figure II). L'intervenant·e s'efforce d'établir un « contexte de compétence », où les buts et les ressources de la personne qui consulte sont réunis, dans l'espace créé par l'alliance thérapeutique, dans l'objectif de régler le problème qui l'amène en consultation (Hoyt, 2014).

Tel que décrit dans le *Cadre de référence de l'**approche de partenariat** entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*, « cette relation mise sur la complémentarité et le partage des savoirs respectifs […] et favorise le développement d'un lien de confiance, la reconnaissance de la valeur et de l'importance des savoirs de chacun, incluant le savoir expérientiel des [personnes qui consultent], ainsi que la coconstruction » (MSSS, 2018).

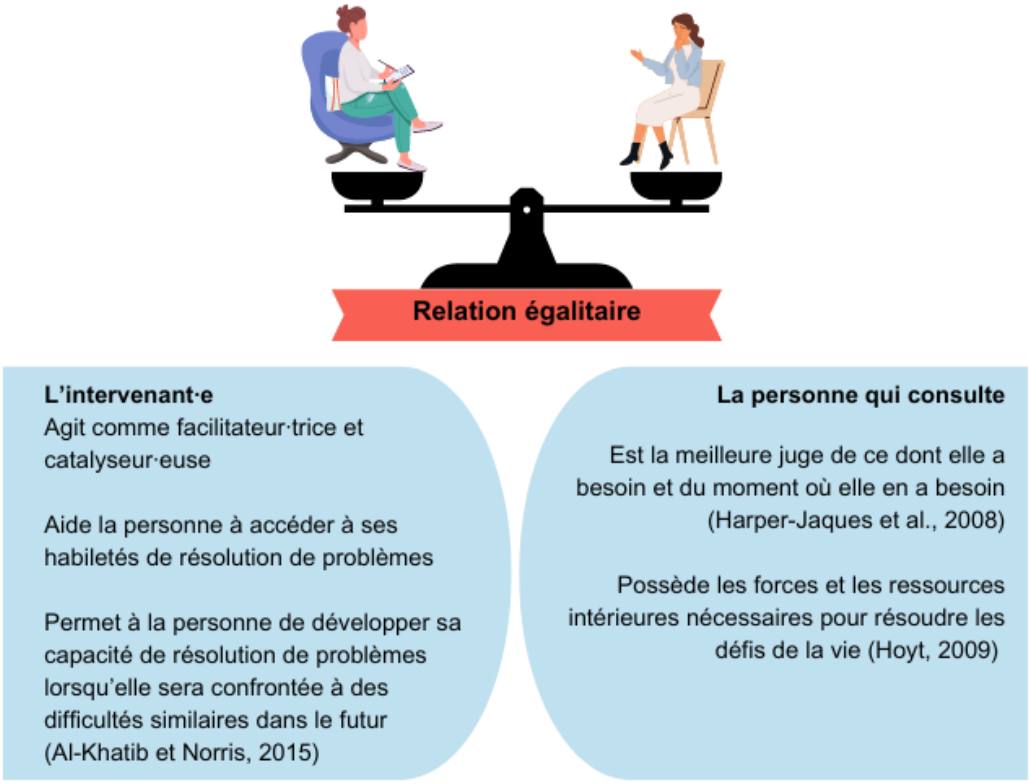


Figure II. Relation égalitaire entre l'intervenant·e et la personne qui consulte

Certains·es auteurs·trices ont rapporté que les personnes qui consultent en ISU ont décrit le sentiment de se sentir acceptées par le ou la thérapeute, de lui faire confiance et d'avoir l'impression d'être à son niveau. Elles ont vécu une relation égalitaire, avec le sentiment d'être écoutées et rassurées, où le ou la thérapeute ne faisait pas seulement des suggestions, mais les écoutait activement et attentivement (Jasper et LaForme, 2010; Young et al., 2008).



En ISU, l'intervenant·e a un double rôle : expert·e et facilitateur·trice. Dans le rôle où l'intervenant·e met à profit son expertise, il ou elle utilise ses **compétences disciplinaires** pour structurer la rencontre, analyser la situation, proposer des outils et techniques, etc. Dans son rôle de facilitateur·trice, il ou elle utilise ses **compétences relationnelles** pour aider la personne à exprimer son vécu et ses émotions, dégager ses forces, activer ses ressources et susciter l'espoir.

L'état d'esprit (*mindset*) de l'intervenant·e est important : chaque séance est abordée comme un événement singulier, basé sur la conviction que quelque chose de bon peut en ressortir et que cette séance sera peut-être la dernière (Hoyt et al., 2018). On considère que la tâche la plus importante de l'intervenant·e est d'aider la personne à (re)découvrir ses ressources et à s'engager dans un processus d'auto-guérison, qui se produit rarement à l'intérieur de la séance de consultation seule (Slive et Bobele, 2018). Ainsi, les personnes qui consultent utilisent ce qu'elles ont retenu de la rencontre pour travailler à surmonter leurs difficultés, et elles choisissent, ou non, de revenir quand bon leur semble.

Plus précisément, dans la pratique de l'ISU l'intervenant·e présume que :

- les personnes qui consultent
  - exercent leur libre arbitre et ont la capacité de changer;
  - ont les aptitudes nécessaires pour générer des solutions et de nouvelles façons de penser;
  - peuvent ne pas vouloir ou avoir besoin de plus d'une séance;
- dans la vie, il est normal de se trouver face à des défis;
- le soutien apporté lors de petits changements peut conduire à des changements plus importants.



Les intervenants·es pratiquant l'ISU[8] ont rapporté certains constats et éléments à prendre en compte afin que l'intervention soit efficace.

- L'intervenant·e :
  - offre un accueil empathique avec bienveillance et non-jugement;
  - accepte et normalise les émotions;
  - tente d'apaiser la personne pour qu'elle se sente plus confiante et éclairée;
  - se concentre sur la réponse aux attentes et demande une rétroaction sur la rencontre.

- La personne qui consulte :
  - est mobilisée, prête à intégrer son plan dans son quotidien;
  - participe activement à la recherche de solutions.

[8] Dans le cadre du projet pilote mené auprès des équipes des services sociaux généraux et du programme Aire Ouverte

1.2.3 Données probantes en lien avec l'intervention

L'ISU est efficace

Plusieurs études ont démontré l'efficacité de l'ISU et ses avantages. Par exemple, les personnes ayant bénéficié d'une ISU ont rapporté :

- **une diminution de la sévérité de leur problème entre 63 et 78 %** (Hampson et al., 1999; Miller et Slive, 2004; Perkins, 2006; Price, 1994);
- **une réduction du niveau de détresse psychologique** (Hampson et al., 1999; Miller et Slive, 2004; Perkins, 2006, Perreault et al., 2023);
- **une diminution significative de l'anxiété, de la dépression ou de la psychopathologie** (Campbell, 1999; Harper-Jaques et al., 2008; Harper-Jaques et Foucault, 2014; Stalker et al., 2012);
- **des effets positifs sur le trouble panique** (Schleider et Weisz, 2017; Vujanovic et al., 2012) **et sur les phobies spécifiques** (Oar et al., 2015 ; Ollendick et al., 2009, 2015;);
- une augmentation de leur bien-être (Perreault et al., 2023).

Dans une méta-analyse portant sur 50 études cliniques randomisées auxquelles ont participé un total de 10 508 jeunes, l'ISU a démontré un effet bénéfique, présent peu importe le diagnostic ou la sévérité des problèmes (Schleider et Weisz, 2017).

Chez les adultes, une revue systématique récente fournit des preuves préliminaires que l'ISU peut être efficace pour réduire les symptômes des troubles mentaux communs, en particulier la dépression (Kim et al., 2023). Les améliorations les plus importantes ont été observées chez les personnes avec une problématique de sévérité moindre (Hampson et al., 1999; Perkins, 2006).

La littérature scientifique indique que les personnes les plus susceptibles de bénéficier de l'ISU sont celles qui peuvent s'impliquer activement et utiliser les stratégies et solutions discutées durant la consultation (Kim et al., 2023). Enfin, les bénéfices cliniques de l'ISU se maintiennent dans le temps (Lamprecht et al., 2007; Perkins et Scarlett, 2008; Perreault et al., 2023; Price, 1994), et ce, autant chez les adultes, les adolescents·es et les enfants.

La satisfaction des personnes ayant bénéficié d'une ISU est élevée

Selon les études, les niveaux de satisfaction en lien avec l'ISU se situent entre 74 et 96 % (Harper-Jaques et al. 2008; Miller et Slive, 2004; Perkins, 2006; Perreault et al., 2023). Les niveaux de satisfaction sont maintenus à moyen-long terme, allant de quelques semaines à plusieurs années (Perkins, 2006; Perkins et Scarlett, 2008; Slive et al., 1995).

Bien qu'au départ, certaines personnes craignent qu'une seule rencontre ne soit pas suffisante pour les aider ou perçoivent la séance unique comme une coupure de services, la plupart sont rassurées à la fin de la rencontre, lorsqu'elles constatent qu'elles peuvent avoir accès à plus d'une séance (O'Neill, 2017).

Une seule rencontre peut être suffisante

La majorité des gens ayant bénéficié d'une ISU indiquent que l'intervention est utile et satisfaisante (Hymmen et al., 2013; O'Neill, 2017). De plus, 44 à 61 % des personnes ont rapporté qu'une séance unique est suffisante (Boyhan, 1996; Perkins et Scarlett, 2008; Young et al., 2008). Lorsque plus d'une séance est nécessaire, deux ou trois rencontres suffisent généralement (Perreault et al., 2023).

La plupart des études basées sur les thérapies brèves, avec des cohortes présentant des niveaux de psychopathologie léger à modéré démontrent que la majeure partie du changement a lieu au début du traitement (Nordmo et al., 2021). Certains auteurs affirment même que davantage de changement a tendance à se produire durant la première séance que lors des séances subséquentes (Slive et Bobele, 2018). Les longues thérapies ne seraient donc pas nécessairement associées à des résultats cliniques supérieurs (Schleider et Weisz, 2017).

L'ISU présente de nombreux avantages

L'ISU est avantageuse, autant pour la personne qui consulte et pour la population qui a accès à ce service, que pour l'intervenant·e qui la pratique et l'établissement qui l'offre (Tableau I).

Tableau I : Avantages de l'ISU

Pour la personne qui consulte	• A accès à de l'aide lorsqu'elle en ressent le besoin, sans délai (ex. sans liste d'attente) • Ne requiert pas d'évaluation **exhaustive** ou de diagnostic préalables • A le sentiment d'avoir été comprise et aidée (Perreault et al., 2023) • Est active dans son rétablissement, grâce au plan d'action • Est rassurée, elle peut revenir au besoin, sans attente • Évite un engagement à long terme lorsque non nécessaire
Pour la population	• Améliore l'accessibilité aux services • Diminue la frustration d'un manque d'accessibilité aux services (Hymmen et al., 2013) • Amène une flexibilité dans les modalités d'intervention disponibles • Rejoint des clientèles moins enclines à demander de l'aide ou à utiliser les services usuels (ex. hommes, communautés culturelles (Bobele et al., 2008; Hymmen et al., 2013, Stalker et al., 2016), personnes âgées, personnes marginalisées ou ne désirant pas s'investir dans une démarche à long terme • Peut promouvoir un retour au travail plus rapide (Horton et al., 2012)
Pour l'intervenant·e	• Profite du niveau de motivation initial élevé de la personne (Slive et Bobele, 2018) • Constate immédiatement l'efficacité de son intervention • A la possibilité d'aider davantage de personnes et de répondre à d'autres types de clientèles • Évite la gestion d'une liste d'attente (triage et priorisation) • Fournit une option supplémentaire pour répondre aux besoins • Peut faire preuve de créativité • Utilise les connaissances et les habiletés qu'il ou elle possède déjà
Pour l'établissement	• Permet d'offrir des services à un plus grand nombre de personnes, pour une même période de temps • Rejoint un plus large éventail de personnes et d'autres types de clientèles qui n'auraient pas consulté • Diminue le taux d'annulation et de rendez-vous manqués (Josling et Cait, 2018; Perreault et al., 2023) • Diminue l'insatisfaction des personnes qui consultent (Stalker et al., 2016) • Réduit significativement les listes d'attente (Commission de la santé mentale du Canada, 2019) • Représente un modèle de dispensation des services efficace et efficient qui pourrait prévenir l'utilisation de services spécialisés plus coûteux (Harper-Jaques et al., 2008; Horton et al., 2012)

1.3 Modèle théorique

Les services psychosociaux et de santé mentale actuels sont majoritairement organisés en suivis s'échelonnant sur plusieurs rencontres (court terme : < 10 rencontres ou moyen terme : 10 à 20 rencontres). Cette offre de services n'est pas nécessairement optimale ni adaptée à certains besoins, particulièrement les besoins ponctuels. Qui plus est, la demande croissante engendre une pression sur les ressources qui sont limitées. Dans ce contexte, les approches d'intervention brève peuvent constituer une avenue à privilégier. L'ISU se situe dans ce courant et peut être considérée comme une forme « extrême » d'intervention brève, puisqu'elle présume qu'une seule rencontre sera suffisante pour aider la personne à opérer un changement positif (Talmon et Hoyt, 2014).

Le modèle québécois développé pour la pratique de l'ISU n'est pas basé sur une approche clinique en particulier. Ce faisant, les intervenants·es qui souhaitent pratiquer l'ISU peuvent utiliser les connaissances et les compétences déjà présentes dans leur champ disciplinaire. Cela permet de les rendre davantage efficients·es dès le début de cette nouvelle pratique. Ce choix quant au développement d'un modèle athéorique est basé sur les données de la littérature qui démontrent que toute personne ayant une formation en relation d'aide peut prodiguer des soins efficaces, sensibles et acceptables pour divers problèmes de santé mentale (Barnett et al., 2018). Ainsi, les intervenants·es ayant reçu la formation portant sur l'ISU développée pour les CISSS et CIUSSS peuvent intégrer cette modalité d'intervention dans leur pratique. L'ISU peut donc être considérée comme une intervention psychosociale ponctuelle, accessible, facilement généralisable et exportable, ce qui constitue un avantage dans un contexte où les ressources sont limitées.

Par ailleurs, les modalités d'accès à l'ISU sont tout aussi importantes que l'intervention en elle-même. En effet, l'ISU doit être offerte au moment opportun, soit lorsque la personne procède à la demande d'aide, permettant ainsi de profiter du *momentum* dans lequel elle se trouve.

Dans divers endroits offrant l'ISU, le service est accessible sans rendez-vous (« walk-in »), alors que la personne se présente sur place quand elle en ressent le besoin. Cette façon de faire est généralement adaptée au contexte de certains secteurs (p. ex. service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) et des organismes communautaires). Cependant, dans d'autres secteurs des CISSS et CIUSSS, une façon différente d'offrir l'ISU est nécessaire pour permettre une accessibilité rapide.

Cette alternative permettant de dispenser l'ISU s'inspire du modèle d'accès adapté, déjà bien implanté dans l'organisation de la pratique médicale de première ligne au Québec. L'accès adapté permet d'accéder à des services psychosociaux, au moment opportun et avec un délai minime. Il sous-entend qu'un minimum de rendez-vous sont déjà fixés, la majeure partie de l'horaire des intervenants·es demeurant ouvert afin d'offrir rapidement une consultation aux personnes qui appellent (Murray et Berwick, 2003). Ce modèle de prestation de services a pour principal avantage d'éviter la création de listes d'attente, ce qui libère du temps normalement requis pour effectuer le triage et la priorisation des personnes. Par conséquent, grâce au temps libéré, davantage de plages de consultation peuvent être offertes à la population. De plus, le nombre de rendez-vous manqués est réduit avec ce modèle de prestation de services (Ewen et al., 2016). En ce qui concerne la modalité d'ISU, cela signifie que des plages horaires sont spécifiquement réservées pour ce type intervention. Celles-ci sont ouvertes seulement quelques jours à l'avance, ce qui permet de répondre rapidement à la demande d'aide, généralement dans les jours suivants.

L’ISU en résumé…

Les services sont offerts au moment opportun, soit lorsque la personne en ressent le besoin et en fait la demande. L'aide est offerte en amont, afin de prévenir la détérioration de l'état mental de la personne. Il n'est donc pas nécessaire que la personne ait reçu un diagnostic pour avoir accès à une ISU.

La collecte de données se fait principalement lors de la rencontre et elle est centrée sur la situation problématique identifiée par la personne.

Chaque rencontre est autoportante et la personne repart avec son plan ou aide-mémoire pour l’aider à solutionner ses difficultés au quotidien. Elle revient si, et quand elle en ressent le besoin.

Durant l’ISU, la personne est amenée à définir ses attentes et à cibler son besoin prioritaire, pour ensuite travailler en coconstruction avec l’intervenant·e, afin de dégager des pistes de solution qui correspondent à ses forces et ses ressources. L’intervenant·e et la personne sont considérés·es comme des partenaires et la discussion se centre sur le problème actuel de la personne plutôt que sur son histoire ou sa personnalité.

Dans le modèle d'ISU, la porte est toujours ouverte, ce qui signifie que la personne peut revenir pour une séance quand elle le souhaite, en fonction de ses besoins et de son rythme. La personne est responsable de la mise en œuvre des solutions discutées et de la décision de consulter à nouveau ou non. Des rencontres ponctuelles lui sont offertes à sa demande, au moment où elle le juge opportun.

Par ses caractéristiques, l’ISU amène de nombreux changements de paradigmes (Figure III).

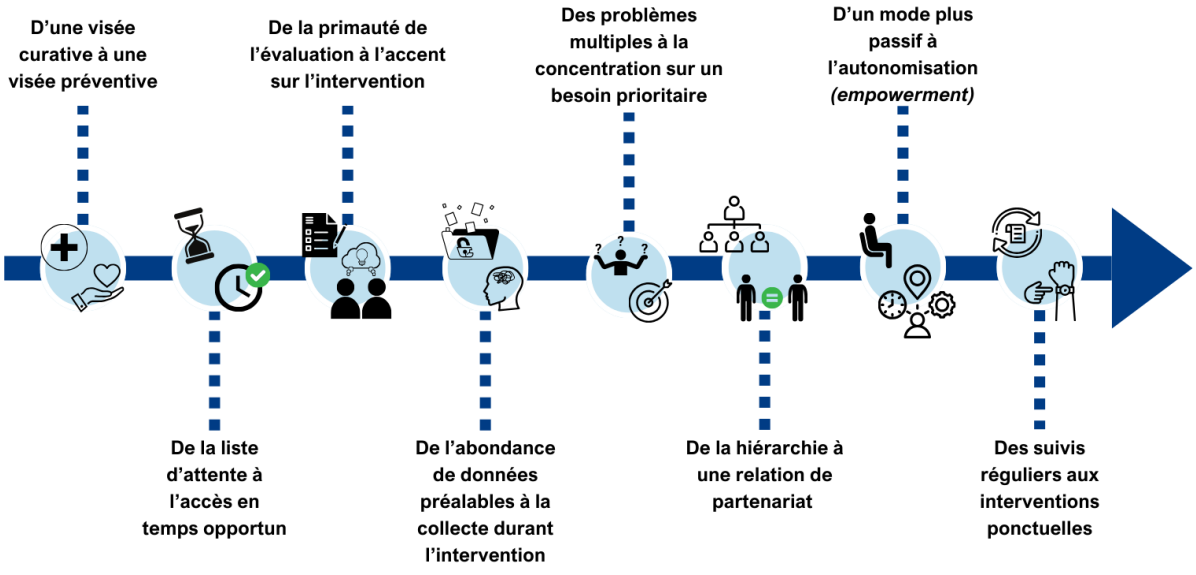


Figure III. Particularités de l’ISU et changements de paradigmes

1.4 Approches

L'ISU est une modalité d'intervention qui peut s'appuyer sur différentes approches cliniques, selon les compétences de l'intervenant·e et les préférences de la personne qui consulte.

L'ISU favorise la créativité, alors que plusieurs outils et techniques peuvent être utilisés par l'intervenant·e qui la pratique (Campbell, 2012; Talmon, 2018). Diverses approches cliniques peuvent être utilisées, notamment :

- L'approche orientée vers les solutions (AOS)
- L'approche systémique
- L'approche centrée sur la personne/humaniste
- Le modèle McGill (approche collaborative en soins infirmiers)
- L'entretien motivationnel
- L'approche narrative
- L'approche cognitivo-comportementale

Plus spécifiquement, l'ISU est basée sur des approches thérapeutiques brèves et orientées vers la recherche de solutions qui se concentrent sur les forces, les intérêts, les aspirations, les capacités et les connaissances de la personne qui consulte, afin de favoriser sa capacité à s'épanouir dans des circonstances défavorables (Lauzier-Jobin et al., 2023; Saleebey, 1996).

1.5 Clientèle cible

L'ISU s'adresse aux personnes habituellement fonctionnelles, momentanément déstabilisées par un événement de vie difficile. Elle se prête à des clientèles de tous âges, autant les adultes, les personnes âgées que les adolescents·es et les enfants. Elle est aussi adaptée pour les couples et les familles.

L'ISU est par ailleurs appropriée pour :

- les personnes ayant un besoin ponctuel de nature psychosociale, qui présentent un problème à résoudre circonscrit et qui cherchent activement à changer (Cameron, 2007);
- les personnes réticentes à entreprendre un suivi régulier ou qui préfèrent des rencontres ponctuelles, lorsqu'elles en ressentent le besoin;
- les personnes ayant déjà entrepris une démarche et nécessitant du soutien pour réactiver ou consolider leurs forces, stratégies et ressources;
- les populations en situation de vulnérabilité qui sont hésitantes à s'engager dans un modèle de services plus usuel.

Plusieurs thèmes et situations problématiques peuvent être abordés dans une ISU (Figure IV).

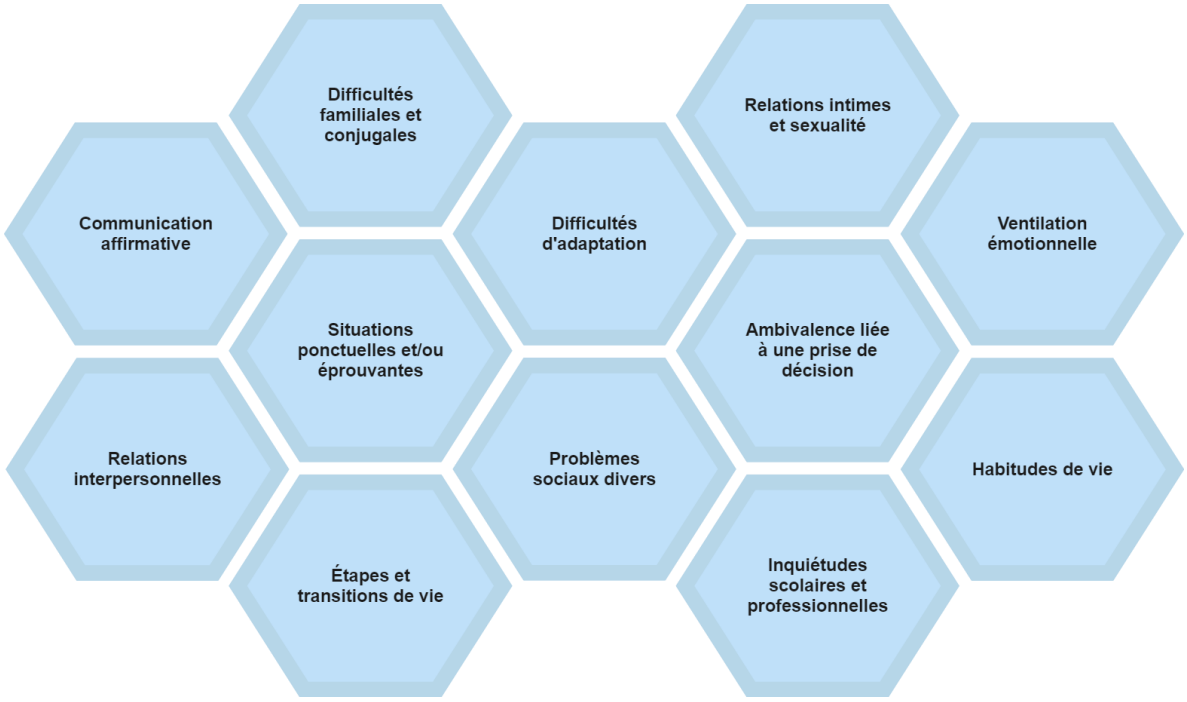


Figure IV. Exemples de thèmes et situations problématiques pouvant être abordés dans une ISU

- Pour des exemples précis, se référer à l'**Annexe A**.

L'ISU n'est pas adaptée pour certaines situations. Les critères qui suivent (Figure V) peuvent être utilisés à titre **indicatif** pour aider les intervenants·es à déterminer si une ISU est indiquée, particulièrement durant l'appropriation de cette pratique. Ces critères peuvent toutefois ne pas être pertinents pour certains secteurs ou services. Ils doivent donc être utilisés selon le **jugement clinique** de l'intervenant·e, la pertinence pour la personne qui consulte, ainsi que les attentes exprimées par cette dernière.

En effet, les **attentes** de la personne peuvent guider l'intervenant·e à déterminer si une ISU peut être bénéfique, même si à première vue elle ne semblerait pas adaptée à la situation. Par exemple, une personne vivant une situation problématique complexe, mais qui souhaiterait aborder un seul problème, pourrait aussi bénéficier d'une ISU.

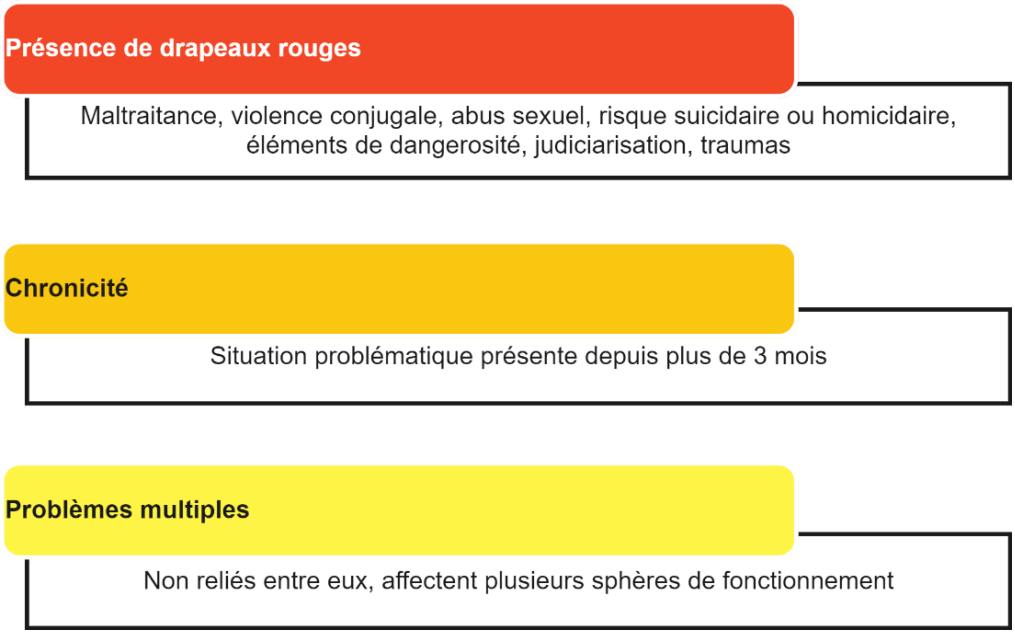


Figure V. Critères pouvant guider les intervenants·es dans le choix de l'ISU

La personne qui consulte doit être en mesure de comprendre ce qu'est l'ISU et de donner son consentement libre et éclairé. De plus, une attention particulière doit être portée aux clientèles vulnérables (p. ex. trouble de personnalité, trouble de santé mentale chronique et persistant, symptômes psychotiques, déficience intellectuelle (DI) ou trouble du spectre de l'autisme (TSA)), pour qui l'ISU n'est généralement pas une intervention appropriée, considérant que ces clientèles requièrent souvent un besoin de soutien plus important, plus régulier ou plus intensif.

2. Objectifs

L'objectif de l'ISU est d'offrir une intervention efficace et au bon moment, pour permettre à la personne qui consulte de :

- Mieux comprendre ce qui lui arrive;
- Réfléchir à la situation;
- Considérer ce qu'elle vit selon une perspective différente;
- Cibler une situation problématique prioritaire et significative pour elle;
- Explorer ses pensées et ses émotions en lien avec cette difficulté;
- Dégager des pistes de solution spécifiques et adaptées;
- Amorcer une transition vers un changement;
- Diminuer sa détresse et atténuer ses symptômes.

3. Modalités

3.1 Accès

Selon la littérature, l'accès à l'ISU peut se faire sans formalités : elle ne requiert pas de référence, de triage, d'évaluation formelle ou de diagnostic. De plus, il n'y a pas de liste d'attente pour en bénéficier (Slive et Bobele, 2012).

Afin de respecter la philosophie de l'ISU d'offrir de l'aide rapidement et de rejoindre les populations moins enclines à consulter, les principales modalités d'accès sont :

- Sans rendez-vous (« walk-in » ou au téléphone);
- Avec un rendez-vous fixé durant des plages horaires ouvertes à court terme (à l'intérieur de quelques jours);
- En interventions de démarchage (*outreach*).

3.2 Présentation de l'ISU à la personne qui consulte

Considérant le caractère innovant de l'ISU, l'intervenant·e qui juge que cette modalité pourrait convenir doit obtenir un consentement libre et éclairé de la façon suivante :

- Expliquer l'ISU;
- Donner son avis clinique sur la pertinence de l'ISU;
- Énumérer les bénéfices et les avantages pour la personne;
- Nommer les risques et les limites;
- Informer des alternatives disponibles;
- Informer qu'en fonction des besoins, l'intervenant·e pourrait orienter la personne vers d'autres modalités d'intervention ou services;
- Informer la personne qu'il est possible de revenir, au besoin;
- Répondre aux questions de la personne, s'il y a lieu.



ATTENTION !
- L'ISU pourrait ne pas convenir à la personne;
- Des émotions parfois dérangeantes pourraient être ressenties;
- L'intervenant·e ne procèdera pas à une évaluation exhaustive et pourrait passer à côté d'autres problèmes, car il ou elle se concentrera sur le besoin exprimé par la personne.

3.3 Caractéristiques de l'intervention



L'ISU est une intervention qui se déroule généralement en une seule rencontre, d'une durée d'environ une heure. La rencontre peut être plus courte ou plus longue, de façon exceptionnelle selon les circonstances. Le respect de la structure de l'ISU et la réponse aux besoins de la personne qui consulte ont davantage d'importance que la durée précise de l'intervention. Une intervention auprès d'un couple ou d'une famille peut aussi demander plus de temps.

Au terme d'une ISU, la personne peut bénéficier d'une ISU additionnelle si elle en ressent le besoin. Si la demande de consultation est en lien avec le même besoin, particulièrement dans un délai

rapproché, l'intervenant·e pourra déterminer si une autre modalité d'intervention ou service est nécessaire et mieux adapté à la personne que l'est une ISU.

Si une personne revient pour une deuxième rencontre, étant donné que les ISU sont des séances autoportantes, il n'est pas nécessaire que ce soit avec le ou la même intervenant·e. Cela est toutefois possible, selon la préférence de la personne qui consulte et la disponibilité de l'intervenant·e.

L'ISU peut être offerte en présence ou en télépratique, selon le contexte. La prestation de services doit répondre aux normes de pratique établies par les CISSS et CIUSSS, ainsi que les différents ordres professionnels.

⚠ Concernant la tenue de dossier, l'intervenant·e qui pratique l'ISU doit se conformer aux exigences de son ordre professionnel, si applicable, et/ou aux procédures de son établissement.

3.4 Lieux de l'intervention

Les lieux d'intervention sont variés et sont déterminés par les différents besoins des clientèles desservies et l'organisation des services. On retrouve notamment :

- les établissements de santé et de services sociaux;
    - CLSC (services sociaux généraux, services jeunesse);
    - GMF, GMF-U;
    - cliniques externes (santé mentale, dépendance, etc.);
    - hôpitaux;
    - Aire ouverte;
- les établissements d'enseignement;
- les organismes communautaires;
- les lieux fréquentés par la clientèle;
    - maisons des jeunes;
    - parcs;
    - événements locaux (fêtes de quartier, spectacles, festivals);
    - etc.
- Les milieux de vie, quels qu'ils soient.

L'intervenant·e et la personne conviennent ensemble d'un endroit qui répond au besoin et où la personne se sent confortable de parler en toute confiance et confidentialité.

3.5 Étapes de l'intervention

En débutant une ISU, il est souhaitable de poser une **question d'ouverture** à la personne qui consulte. L'objectif est d'avoir une question simple, à laquelle la personne est capable de répondre, et qui la place dans une posture active permettant d'aller chercher le besoin ici et maintenant.

Les mots choisis auront un effet sur la capacité à répondre, la pertinence des réponses données, la posture adoptée par la personne de même que sur l'orientation de la rencontre.

Exemples de phrases d'ouverture à privilégier :

- Qu'est-ce qui vous (t') amène ici aujourd'hui ?
- Qu'est-ce que vous (tu) aimeriez(ais) travailler (avec moi) aujourd'hui ?
- De tous les sujets dont vous (tu) aimeriez(ais) parler, lequel vous (te) semble le plus important aujourd'hui ?
- Quel est votre (ton) besoin (principal, prioritaire) aujourd'hui ?
- Quel est le sujet/problème/difficulté principal(e) dont vous (tu) souhaitez(s) parler aujourd'hui ?

À éviter :

- Comment je peux vous (t') aider aujourd'hui ?
- Qu'est-ce que je peux faire pour vous (toi) aujourd'hui ?

Lorsque la personne se présente sans rendez-vous (« walk-in »), des étapes préalables à l'ISU peuvent être nécessaires, par exemple :

- Laisser la personne « se déposer »;
- Evaluer si l'ISU est l'intervention la plus appropriée considérant le besoin nommé par la personne ;
- Proposer l'ISU en expliquant en quoi consiste l'intervention et spécifier qu'il s'agit d'une seule rencontre.

Ensuite, la structure de l'ISU se divise en trois grandes étapes : le début, le milieu et la fin (Figure VI).

- L'aide-mémoire présenté à l'**Annexe B** résume également la structure de l'ISU.

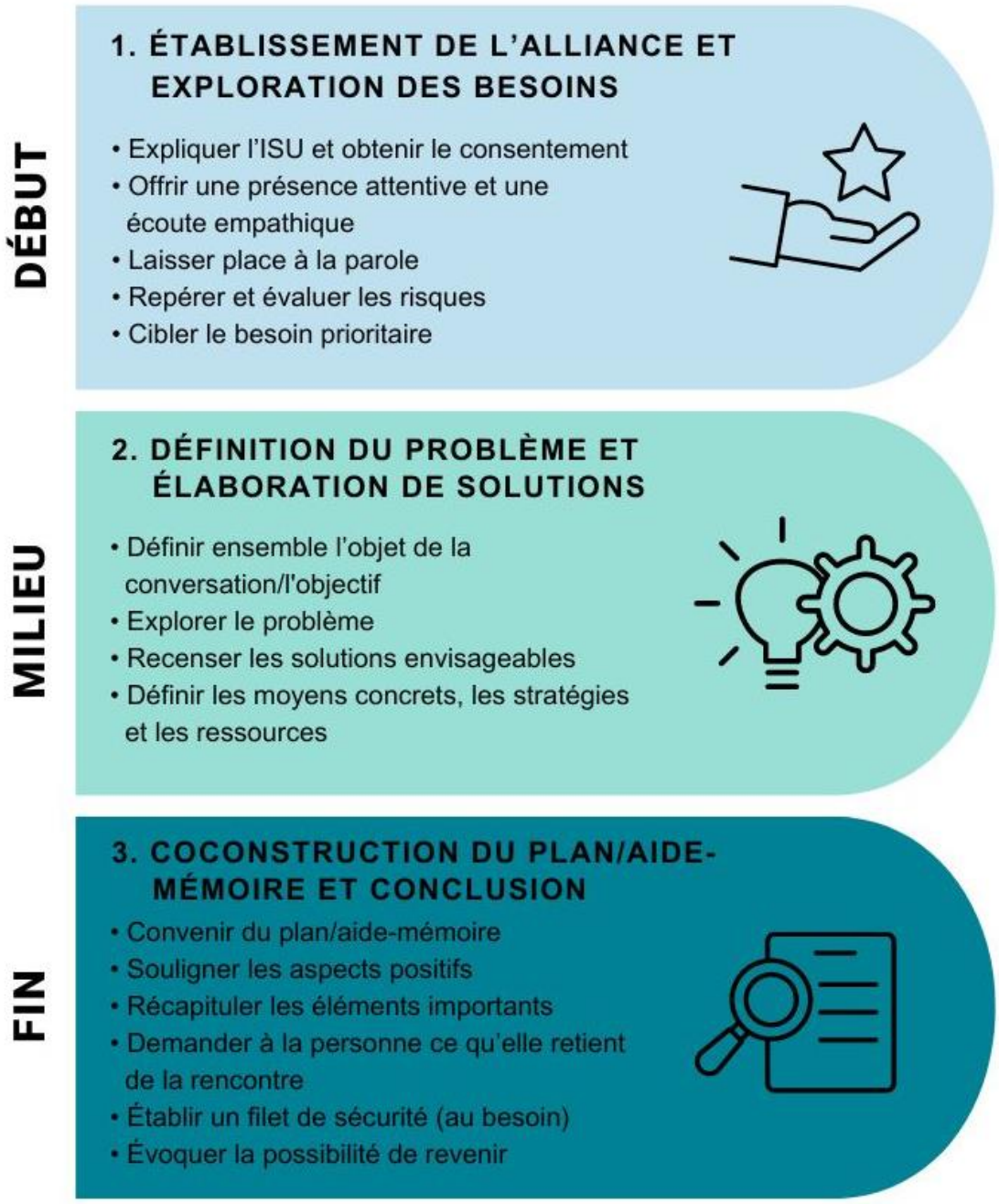


Figure VI. Étapes et actions-clés de l'ISU

Les actions proposées pour chacune des étapes sont décrites aux Tableaux II, III, IV. Les étapes peuvent se chevaucher, car elles ne sont pas strictement segmentées : elles se déroulent en continuité. La première étape, l'établissement de l'alliance et exploration des besoins est d'une durée d'environ 20 minutes.

Tableau II : Début – Établissement de l'alliance et exploration des besoins

Actions	Pistes de réflexion	Outils et stratégies
Expliquer l'ISU : une rencontre centrée sur le besoin actuel, orientée vers la recherche de solutions concrètes applicables au quotidien, avec possibilité de revenir	Prêter attention au langage non-verbal de la personne afin de repérer des indices de son état d'esprit du moment et son ouverture à l'intervention proposée	• Feuillet explicatif de l'ISU (**Annexe C**) • Portail Santé Montérégie
Expliquer les avantages, les risques et les limites de l'intervention et obtenir le consentement éclairé	-	Formulaire de consentement ou consentement verbal documenté au dossier
Laisser la personne raconter ce qui l'amène à consulter	Au tout début de la rencontre, éviter d'interrompre la personne lorsqu'elle énonce son motif de consultation	• Écoute active • Attitude empathique
Valider les émotions et le vécu de la personne	-	• Reflets empathiques
Écouter attentivement pour comprendre l'ensemble des difficultés et identifier celle qu'il serait possible de travailler en une seule rencontre	Favoriser l'exploration du besoin de la personne par des questions ouvertes	• Techniques d'entrevues
Repérer la personne vulnérable au suicide	-	• Questions de repérage • CLI-60436 Repérage du risque suicidaire
Évaluer le niveau de risques (si nécessaire)	Si la personne révèle des informations préoccupantes, selon le jugement et les compétences de l'intervenant·e	Repérage de la violence conjugale, de la maltraitance, du risque suicidaire et homicidaire, etc.
Évaluer ou revalider si l'ISU est appropriée ; sinon réfléchir à l'orientation possible	Éviter de vouloir faire une ISU à tout prix. Cette intervention ne doit pas être utilisée si l'intervenant·e juge qu'elle ferait plus de tort que de bien.	• Renseignements cliniques • Algorithme décisionnel • Consulter un·e collègue, en cas de doute
Déterminer ensemble un besoin prioritaire	Parmi tous les sujets amenés par la personne, choisir celui qui sera discuté lors de la rencontre	-

L'étape suivante, la définition du problème et élaboration de solutions, constitue le cœur de la rencontre et est d'une durée de 25 à 30 minutes.

Tableau III : Milieu – Définition du problème et élaboration de solutions

Actions	Pistes de réflexion	Outils et stratégies
Décider ensemble de l'objet de la conversation ou de l'objectif à travailler	Utiliser une approche de collaboration, où l'intervenant·e et la personne sont considérés·es comme des participants·es au même pied d'égalité	• Techniques d'entrevue
Explorer le problème ; lui donner un sens, offrir une nouvelle perspective	Se centrer sur le problème actuel de la personne	• Faire ressortir les forces de la personne, les points positifs de la situation • Proposer une perspective différente du problème
Découvrir ce que la personne a tenté jusqu'ici pour résoudre le problème	Faire ressortir les stratégies gagnantes qui pourraient contribuer à l'amélioration de la situation	• Réfléchir aux réussites antérieures, aux stratégies qui ont déjà fonctionné • Comparer avec des situations semblables
Miser sur ses points forts, ses ressources et ce qui va bien dans le moment présent	Reconnaître que la personne est compétente pour régler son problème et qu'elle possède les outils pour le faire (Slive et Bobele, 2012) Lui rappeler ses forces et traits de caractère positifs et ce qu'elle a fait de positif pour elle et les autres. Créer une spirale d'émotions positives durant la rencontre, dans le moment présent	• Complimenter la personne sur des aspects précis • Trouver des qualificatifs vraiment personnalisés et significatifs pour la personne • Amener la personne à parler de ce qu'elle aime, de ses activités, de ce dans quoi elle est bonne, de ce dont elle est fière
Recenser diverses solutions envisageables (déjà connues et nouvelles) Choisir les solutions les plus avantageuses, les plus faciles ou les plus rapides	Explorer les idées de la personne sur ce qu'elle croit qui fonctionnera Discuter des résultats d'un changement hypothétique Susciter l'espoir	• Méthode des petits pas[9] • Utiliser la balance décisionnelle • Guide d'application de l'approche orientée vers les solutions adaptée à Aire ouverte (Lauzier-Jobin et al., 2023) • Entretien motivationnel
Définir des moyens concrets, de stratégies et des ressources qui peuvent s'intégrer dans le quotidien de la personne	L'objectif peut être plus général, mais avec des moyens réalistes, observables et mesurables	-

La séance se termine avec la coconstruction du plan et la conclusion qui devraient durer environ 10 à 15 minutes.

[9] Kaizen: la méthode japonaise du petit pas" propose une démarche de changement graduelle et douce, reposant sur de petites améliorations faites au quotidien (Harvey, 2020)

Tableau IV : Fin – Coconstruction du plan/aide-mémoire et conclusion

Actions	Pistes de réflexion	Outils et stratégies
Convenir du plan/aide-mémoire	Renforcer et noter d'abord les moyens et stratégies que la personne a nommés	• « Mon plan » (**Annexe D**)
Anticiper les « questions de poignée de porte »[10]	Demander s'il y a autre chose d'important dont la personne souhaite parler maintenant. Exercer son jugement professionnel quant à « l'urgence » d'aborder un autre sujet	En fonction de l'urgence, prolonger la séance ou proposer une rencontre additionnelle
Souligner les aspects positifs : forces, ressources, succès	Être convaincu·e ! (effet positif de la confiance de l'intervenant·e envers les capacités de la personne)	• Langage non-verbal positif • Humour • Accentuation du discours positif/de changement
Récapituler le plan/aide-mémoire et clarifier les prochaines étapes	Porter attention à la formulation (verbes d'action, formulation positive) Réutiliser les mots/expressions de la personne parce que cela est significatif pour elle Valider avec la personne si elle comprend bien son plan/aide-mémoire Vérifier l'adhésion de la personne à son plan/aide-mémoire et sa confiance à solutionner ses difficultés	• « Mon plan » • Tout autre support visuel • Graphiques, dessins, etc. • Applications, sites Web, vidéos, balados, etc. • Feuillets, dépliants
Demander à la personne ce qui a été utile, ce qu'elle retient, avec quoi elle repart	Ce que la personne retient peut être ajouté au plan/aide-mémoire (s'il s'agit d'éléments nouveaux)	Exemples de questions • Qu'est-ce qui a été utile dans notre conversation ? • Qu'est-ce que vous (tu) retenez (retiens) de notre conversation ? • Qu'est-ce qui vous (t') a marqué(e) aujourd'hui et dont vous (tu) voulez (veux) vous (te) rappeler ?
Établir des mesures de protection/filet de sécurité	Être conscient·e que vous n'êtes pas le ou la seul·e intervenant·e qui peut aider cette personne	• Proposer des services accessibles en tout temps (811, 1-866 APPELLE, lignes d'écoute, sites de clavardage)

[10] La « question de poignée de porte » est posée par la personne qui consulte, à la toute fin de la rencontre. Elle révèle une préoccupation qui n'avait pas été nommée et qui peut être urgente ou non.

Actions	Pistes de réflexion	Outils et stratégies
		• Référer vers d'autres services • Discuter avec un·e collègue/autre intervenant·e au dossier, si inquiétude • Convenir d'une relance (téléphone, texto, courriel) de part ou d'autre, au besoin
Normaliser la possibilité d'une ISU additionnelle Expliquer concrètement la manière d'y accéder		Laisser des coordonnées claires pour rejoindre l'intervenant·e ou le service
Conclure la rencontre avec confiance	La confiance de l'intervenant·e en la capacité de la personne à résoudre ses difficultés augmente la probabilité que celle-ci y parvienne	-

Il n'y a aucune obligation de compléter toutes les sections suggérées de l'intervention. Des rencontres peuvent servir à certaines personnes qui veulent seulement ventiler ou réfléchir et elles ne souhaitent pas nécessairement repartir avec un plan/aide-mémoire, car cela a été suffisant pour elles. Toutefois, il est important de s'assurer qu'elles repartent minimalement avec les coordonnées du service si elles ont de nouveaux besoins.

Les défis que peuvent vivre les intervenants·es qui pratiquent l'ISU

Étant donné la spécificité de l'ISU, certains enjeux vécus par les intervenants·es pourraient nécessiter du soutien et/ou un développement de compétences.

En effet, il peut être difficile pour l'intervenant·e :

- De déterminer si l'ISU est l'intervention appropriée pour la personne;
- D'adapter sa pratique clinique pour qu'elle corresponde au cadre de l'ISU;
- De ne pas avoir d'évaluation exhaustive préalable permettant de connaître l'ensemble des sphères de vie de la personne;
- De cibler, en collaboration avec la personne, LE besoin prioritaire;
- D'accepter que l'intervention se centre seulement sur ce besoin, malgré la présence d'autres problématiques;
- De cerner le problème ET d'intervenir sur celui-ci durant la même rencontre;
- De compléter toutes les étapes de l'intervention à l'intérieur du temps imparti (environ une heure);
- De résister à la tentation de condenser plusieurs rencontres en une seule, en amenant trop de pistes de solution potentielles;
- D'être à l'aise avec le fait qu'il n'y aura pas nécessairement de suivi après l'intervention et d'avoir confiance que la personne redemandera de l'aide au besoin.

La section des annexes regroupe des informations et des outils pertinents à la pratique de l'ISU. Ces différents outils, sous forme de tableaux, schémas et aide-mémoires complètent le contenu du guide.

4. Intervenants·es concernés·es

L'ISU étant une intervention de soutien, elle n'est pas réservée à un titre d'emploi en particulier. **L'ensemble des intervenants·es ayant une formation en relation d'aide** et ayant été formés·es spécifiquement pour l'ISU peuvent pratiquer cette intervention.

En effet, plusieurs intervenants·es peuvent offrir une aide efficace pour plusieurs problèmes de **nature psychosociale** grâce à une ISU.

5. Rôles et responsabilités

Intervenant·e qui oriente les personnes vers un service offrant la modalité d'ISU
Selon le contexte, il se peut que l'intervenant·e qui oriente vers le service pratique aussi l'ISU

- Distinguer les situations problématiques qui se prêtent à l'ISU;
- Distinguer l'ISU des autres modalités d'intervention et services au sein de l'établissement ou de la communauté pour être en mesure de bien orienter la personne;
- Référer, selon les mécanismes en place, la personne pouvant bénéficier de cette intervention à un·e intervenant·e pratiquant l'ISU;
- Se référer à un·e intervenant·e désigné·e (personne pratiquant l'ISU ou ayant une fonction d'encadrement clinique, personne-ressource, gestionnaire, etc.) pour obtenir du soutien au besoin.

Intervenant·e qui pratique l'ISU

- Respecter la structure de l'ISU lors de la rencontre (consulter la section 3.6);
- Orienter et accompagner la personne vers d'autres modalités d'intervention, services ou partenaires, lorsque nécessaire;
- S'assurer de la qualité de son intervention en utilisant les compétences disciplinaires de son champ de pratique;
- Recourir à l'encadrement clinique nécessaire pour développer sa pratique;
- Appliquer les différentes politiques et procédures en place dans le cadre de sa prestation de services (ex. politique sur le consentement aux soins et services, procédures sur la tenue de dossier, etc.);
- S'assurer de la cohérence de sa pratique avec le cadre légal et normatif de sa profession, si applicable.

Personne-ressource ISU
Mêmes responsabilités que les intervenants·es qui pratiquent l'ISU en plus de :

- Soutenir les intervenants·es qui pratiquent l'ISU;
- Offrir la formation ISU aux intervenants·es ayant une formation en relation d'aide;
- Animer la communauté de pratique, si applicable;
- Participer au co-développement des personnes-ressources ISU;
- Mettre à jour de façon continue ses connaissances concernant l'ISU;
- Partager aux intervenants·es qui pratiquent l'ISU ses connaissances, les nouveautés ou l'actualité en lien avec cette intervention.

Personne ayant une fonction d'encadrement clinique (personne-ressource en encadrement clinique (PREC), spécialiste en activités cliniques (SAC), coordonnateur·trice clinique ou professionnel·le, etc.)

- Développer ou aider à maintenir les connaissances et les compétences des intervenants·es;
- Soutenir les intervenants·es lors de situations cliniques complexes;
- Favoriser une pratique professionnelle de qualité en regard des normes et standards attendus chez les intervenants·es ;
- Se référer à la personne-ressource ISU au besoin.

Gestionnaire

- S'assurer de l'application du contenu du guide auprès des intervenants·es pratiquant l'ISU;
- S'assurer que les intervenants·es aient les conditions favorables à la pratique de l'ISU;
- Soutenir le développement de compétences des intervenants·es de son équipe;
- S'assurer de l'adéquation de l'ISU en regard des besoins de la clientèle du programme ou du service dont il ou elle a la responsabilité.

6. Ressources nécessaires

6.1 Développement de compétences

Intervenants·es qui pratiquent l'ISU

La plupart des compétences requises pour réaliser l'ISU qui relèvent de la relation d'aide devraient déjà être maîtrisées par les intervenants·es du fait de leurs fonctions habituelles. Toutefois, ce n'est pas parce que l'ISU est brève qu'elle est nécessairement plus simple à réaliser et que tout·e intervenant·e peut s'y prêter sans préparation. En effet, les interventions brèves sont rarement enseignées de façon formelle dans les cursus académiques des diverses professions de la relation d'aide. La compréhension du cadre et des particularités de l'intervention ponctuelle est donc généralement à développer pour les intervenants·es. L'ISU amène également un changement de pratique et nécessite la consolidation et la mobilisation de savoir-faire et savoir-être spécifiques à l'intervention ponctuelle. Voici quelques habiletés importantes à maîtriser pour l'ISU :

- Créer rapidement une alliance thérapeutique (écoute active, empathie);
- Déterminer avec la personne un besoin prioritaire et mettre l'accent sur ce besoin pendant la rencontre;
- Cadrer et structurer la rencontre;
- Développer ou consolider des approches et techniques qui se prêtent à l'ISU;
- Maîtriser la tenue de dossier, en conformité avec les exigences de son ordre professionnel, si applicable, et/ou les procédures de son établissement;
- Connaître la gamme des services offerts et les mécanismes de référence dans le RSSS, les organismes communautaires et les autres partenaires ainsi que les orientations vers les services possibles;
- Comprendre plusieurs des thèmes abordés en ISU : deuil, séparation, habiletés parentales, etc.;
- Connaître des ressources éducatives disponibles « clés en main » (p. ex. psychoéducation en lien avec l'hygiène du sommeil) – Avoir un répertoire déjà constitué peut-être facilitant;
- Gérer le contenu émotionnel des séances, qui peut être plus intense, en raison de l'imprévisibilité et de la nouveauté, de l'établissement rapide d'une relation thérapeutique et de la nécessité de rester concentré·e et attentif·ve à chaque instant.

Il est à noter que le besoin de développement de compétences peut varier d'une personne à l'autre, selon ses expériences, le programme ou le service dans lequel elle évolue (p.ex. si l'ISU est plus proche ou non de sa modalité de prestation de service actuelle), ses pratiques antérieures et son aisance avec le contexte d'intervention ponctuelle. Ainsi, il est recommandé de procéder à l'analyse des besoins de développement de compétences par groupe ou individuellement pour les personnes visées par l'implantation de l'ISU.

Personnes-ressources ISU

En plus d'un niveau de maîtrise élevé des habiletés cliniques d'ISU, les personnes-ressources doivent également maîtriser les compétences requises en soutien clinique et comme formateurs·trices, étant donné leur rôle dans le développement de compétences des équipes.

6.2 Modalités de développement de compétences

Les modalités proposées pour acquérir ou perfectionner les compétences requises spécifiquement en lien avec l'ISU sont détaillées ici.

❖ **Formation Intervention en séance unique (ISU)**

Cette formation en présence de six heures a été développée spécifiquement pour les intervenants·es des CISSS et CIUSSS ayant une formation en relation d'aide. Cette formation est un préalable à la pratique de l'ISU. Elle vise à soutenir les intervenants·es pour :

Comprendre les principes de base et processus de l'ISU

- Identifier le cadre et les fondements de l'ISU;
- Reconnaitre les avantages et les limites de l'ISU;
- Connaître l'existence des données probantes relatives à l'ISU;
- Distinguer les clientèles et les situations problématiques appropriées pour l'ISU;
- Cerner les facteurs de succès de l'ISU;
- Comprendre la posture et le rôle de l'intervenant·e en ISU.

Développer ses habiletés spécifiques d'ISU

- Appliquer les stratégies appropriées selon les étapes de l'ISU;
- Identifier des pistes d'intervention et stratégies à utiliser dans des situations particulières pouvant constituer un défi en ISU.

Analyser sa pratique en regard de l'ISU

- Reconnaître les similitudes et les différences par rapport à une approche de suivi;
- Cibler ses approches, ses techniques et ses outils à utiliser en ISU;
- Identifier ses forces et ses défis en lien avec l'ISU.

Outre les exposés magistraux et les échanges, la complétion d'un outil réflexif, l'analyse d'une vidéo d'ISU et la mise en pratique par un jeu de rôle sont proposés dans la formation.

À noter que la formation devrait être complétée seulement lorsque les conditions requises à l'implantation de l'ISU ont été mises en place, permettant ainsi d'assurer que les compétences acquises seront rapidement mises en pratique. Il est également recommandé de réduire au minimum le temps entre la réalisation de la formation et la pratique de l'ISU.

6.3 Activités d'appropriation et de pérennisation

Afin d'assurer un transfert efficace des apprentissages à la pratique ainsi que la pérennité de l'ISU, des activités à cette fin doivent être prévues en collaboration avec les PREC. **Le bien-être des intervenants·es est également essentiel pour assurer une disponibilité émotionnelle, une présence attentive et l'empathie requise à toute intervention, mais particulièrement en ISU.**

Voici quelques possibilités de moyens à considérer selon le contexte et les besoins du groupe de personnes ciblées :

- Soutenir les personnes-ressources en fonction des besoins spécifiques dans l'appropriation de l'ISU, du contenu de la formation et le développement des compétences propres à leur rôle;
- Planifier la réalisation de plusieurs ISU et accorder au départ plus de temps pour développer son aisance (se rappeler qu'il est normal d'être moins à l'aise au début, qu'il faut être indulgent·e envers soi-même puisque l'on est en apprentissage);
- Offrir du soutien clinique aux intervenants·es en lien avec l'ISU;
- Permettre l'échange et le partage de connaissances entre pairs (p. ex. ateliers avec vignettes cliniques, exemples de cas, mises en situation);
- Participer à une communauté de pratique qui aborde le sujet de l'ISU;
- Planifier des discussions de cas en rencontre d'équipe;
- Offrir du soutien de diverses façons (p. ex. espace d'échange et de paroles entre pairs). Après une ISU difficile ou éprouvante ou pour faire un retour sur une séance, il peut aussi être utile de discuter avec un·e collègue qui pratique l'ISU ou avec une PREC.

7. Conclusion

L'intervention en séance unique est une modalité d'intervention innovante, qui s'ajoute au continuum de services disponibles dans le RSSS. Avec l'ISU, offerte au moment opportun, la personne qui consulte reçoit de l'aide lorsqu'elle en ressent le besoin. L'ISU repose sur le principe qu'une aide efficace peut être fournie en une seule rencontre dans laquelle l'intervenant·e et la personne deviennent des partenaires qui collaborent à la résolution d'un problème. Au terme de la rencontre, la personne repart avec des stratégies concrètes pour améliorer son quotidien. Aucune rencontre de suivi n'est prévue, mais la personne peut consulter à nouveau si elle le désire.

L'ISU représente une avenue prometteuse qui permet d'offrir une réponse rapide aux besoins de nature psychosociale de la population. L'accessibilité et l'efficience de l'ISU permettent d'améliorer l'accès aux services, en utilisant les ressources à bon escient, afin que chaque individu puisse obtenir le bon service, au bon moment, par le ou la bon·ne intervenant·e.

8. Liste des annexes

Annexe A : Exemples de problèmes et de situations pouvant être abordés en ISU
Annexe B : Aide-mémoire
Annexe C : Feuillet explicatif
Annexe D : Mon plan

9. Références

Accès adapté. (s.d.). *Accès adapté*. https://accesadapte.ca/

Al-Khatib B et Norris S. (2015). A family consultation service: single session intervention to build the mental health and wellbeing of children and their families. *Educ Child Psychol.* 32:7–20.

American Psychological Association. (2023). *APA Dictionary of Psychology: psychological distress*. https://dictionary.apa.org/psychological-distress

Barnett ML, Lau AS, Miranda J. (2018). Lay health worker involvement in evidence-based treatment delivery: A conceptual model to address disparities in care. *Annu Rev Clin Psychol*. 14:185-208.

Bertuzzi V, Fratini G, Tarquinio C, Cannistrà F, Granese V, Giusti EM, Castelnuovo G, Pietrabissa G. (2021). Single-session therapy by appointment for the treatment of anxiety disorders in youth and adults: a systematic review of the literature. *Front Psychol*. 12:721382.

Bobele M, López SS-G, Scamardo M, Solórzano B. (2008). Single-session/walk-in therapy with Mexican-American clients. *J Syst Ther*. 27(4):75–89.

Bobevski I, Rosen A, Meadows G. (2017). Mental health service use and need for care of Australians without diagnoses of mental disorders: findings from a large epidemiological survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 26(6): 596-606.

Boyhan P.A. (1996). Clients' perceptions of single session consultations as an option to waiting for family therapy. *Aust N Z J Fam Ther*. 17(2):85-96.

Cameron CL. (2007). Single session and walk-in psychotherapy: A descriptive account of the literature. *Couns Psychother Res.*7(4):245–249.

Campbell A. (1999). Single session interventions: an example of clinical research in practice. *Aust N Z J Fam Ther.* 20:183-194.

Campbell A. (2012). Single-session approaches to therapy: time to review. *Aust N Z J Fam Ther.* 33:15-26.

Caron J et Liu A. (2011). Factors associated with psychological distress in the Canadian population: a comparison of low-income and non low-income sub-groups. *Community Ment Health J*. 47(3):318–330.

CISSS de la Montérégie-Ouest. (2021). *Politique de consentement aux soins et services.*

CISSS de la Montérégie-Ouest. (2022). *PRG-10296- Programme Aire Ouverte*.

Collectif pour l'accès à la psychothérapie. (2015). *La psychothérapie : Un meilleur accès pour tous par des services assurés.* http://capqc.ca/sites/capqc.ca/files/uploads/articles/2015/memoire-acces-services-psychotherapie.pdf.

Comité régional en santé et bien-être des hommes de l'île de Montréal. (2019). *Sondage montréalais sur la demande d'aide des hommes*. http://www.rohim.net/doc/6-Demande_daide%20(som%202018)_facteurs%20consultation_rev.pdf

Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux.* https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf

Commission de la santé mentale du Canada. (2019). *Rapport final. Projet de démonstration du Modèle de soins par paliers 2.0 en cyber santé mentale de Terre-Neuve-et-Labrador*. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2019-09/emental_health_report_fr_0.pdf

Cuijpers P, Huibers M, Ebert DD, Koole SL, Andersson G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. *J Affect Disord*. 149(1-3):1-13.

Cuijpers P, Smits N, Donker T, Ten Have M, de Graaf R. (2009). Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory. *Psychiatry Res*. 168(3): 250-255.

Dezetter A, Duhoux A, Menear M, Roberge P, Chartrand E, Fournier L. (2015). Reasons and determinants for perceiving unmet needs for mental health in primary care in Quebec. *Can J Psychiatry*. 60(6):284-93.

Druss BG, Wang PS, Sampson NA, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. (2007). Understanding mental health treatment in persons without mental diagnoses: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 64(10):1196–1203.

Dryden W. (2017). *Single-session integrated CBT (SSI-CBT): Distinctive features.* Routledge/Taylor & Francis Group.

Durlak JA et Wells AM. (1998). Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. *Am J Community Psychol*. *26*(5):775-802.

Ewen V, Mushquash AR, Bailey K, Haggarty JM, Dama S, Mushquash CJ. (2016). Same-day counseling: study protocol for the evaluation of a new mental health service. *JMIR Res Protoc*. 3;5(1):e22.

Fleury MJ, Ngui AN, Bamvita JM, Grenier G, Caron J. (2014). Predictors of healthcare service utilization for mental health reasons. *Int J Environ Res Public Health.* 11(10):10559–10586.

Furukawa TA, Noma H, Caldwell DM, Honyashiki M, Shinohara K, Imai H, Chen P, Hunot V, Churchill R. (2014). Waiting list may be a nocebo condition in psychotherapy trials: a contribution from network meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 130(3):181–192.

Glover K, Olfson M, Gameroff M.J, Neria Y. (2010). Assault and mental disorders: a cross-sectional study of urban adult primary care patients. *Psychiatr Serv.* 61(10):1018–1023.

Hampson R, O'Hanlon J, Franklin A, Pentony M, Fridgant L, Heins T. (1999). The place of single session family consultations: Five years' experience in Canberra. *Aust N Z J Fam Ther*. 20:195–200.

Harper-Jaques S et Foucault D. (2014). Walk-in single-session therapy: Client satisfaction and clinical outcomes. *J Syst Ther*. 33(3):22-49.

Harper-Jaques S, McElheran N, Slive A, Leahey M. (2008). A comparison of two approaches to the delivery of walk-in single session mental health therapy. *J Syst Ther.* 27(4):40–53.

Harvey S. (2020). *Kaizen – La méthode japonaise du petit pas pour changer toutes ses habitudes*. Hugo New Life.

Horton S, Stalker CA, Cait CA, Josling L. (2012). Sustaining walk-in counselling services: an economic assessment from a pilot study. *Healthc Q.* 15(3):44–49.

Hoyt MF. (2009). *Brief Therapy: principles and practices*. Zeig, Tucker, & Theisen.

Hoyt MF (2018). Single-session therapy : Stories, structures, themes, cautions, and prospects. Dans Hoyt MF, Bobele M, Slive A, Young J, Talmon M. *Single-session therapy by walk-in or appointment* (pp. 155-174). Routledge.

Hoyt MF, Bobele M, Slive A, Young J, Talmon M. (2018). Introduction : SST/OOAT walk-in therapy. Dans Hoyt MF, Bobele M, Slive A, Young J, Talmon M. *Single-session therapy by walk-in or appointment* (pp. 3-24). Routledge.

Hoyt MF, Rosenbaum R, Talmon M. (1992). Planned single-session psychotherapy. Dans Budman SH, Hoyt MF, Friedman S, *The first session in brief therapy* (p. 59–86). Guilford Press.

Hoyt MF, Young J, Rycroft P. (2021). *Single session thinking and practice in global, cultural, and familial contexts: Expanding applications*. Routledge.

Hymmen P, Stalker CA, Cait CA. (2013). The case for single-session therapy: does the empirical evidence support the increased prevalence of this service delivery model? *J Ment Health*. 22(1):60-71.

Institut de la statistique du Québec. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois – Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Santé mentale 2012*. https://statistique.quebec.ca/fr/document/portrait-statistique-de-la-sante-mentale-des-quebecois-resultats-de-lenquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes-sante-mentale-2012

Institut de la statistique du Québec. (2023a). *Santé physique, mentale et environnementale : faits saillants*. https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2020-2021/publication/sante-physique-mentale-environnementale-faits-saillants#detresse

Institut de la statistique du Québec. (2023b). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021.* https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-population-2020-2021.pdf

Institut national de santé publique du Québec. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/789_avis_sante_mentale.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2013). *Efficacité des interventions sociales et psychologiques de courte durée : revue systématique.* https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_interventions_sociales_psycho_courte_duree_28112013.pdf?sword_list%5B0%5D=alzheimer&no_cache=1

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2018). *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec.* *https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf*

Jasper K et LaForme B. (2010, 13-15 mai). *Walk-in counselling: increasing access to mental health services in primary care* [Présentation orale]. Collaborative mental health care conference, Winnipeg, Manitoba.

Josling L et Cait CA. (2018). The walk-in counseling model: Research and advocacy. Dans Hoyt MF, Bobele M, Slive A, Young J, Talmon M. *Single-session therapy by walk-in or appointment* (pp. 91-103). Routledge.

Kim J, Ryu N, Chibanda D. (2023). Effectiveness of single-session therapy for adult common mental disorders: a systematic review. *BMC Psychol.* 11(1): 373.

Lamprecht H, Laydon C, McQuillan C, Wiseman S, Williams L, Gash A, Reilly J. (2007). Single-session solution-focused brief therapy and self-harm: a pilot study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 14(6):601-2.

Lauzier-Jobin F, Massuard M, Lavoie B, Lane J. (2023). *Guide d'application de l'approche orientée vers les solutions adaptée à Aire ouverte*. https://sante-mentale-jeunesse.usherbrooke.ca/wp-content/uploads/2024/01/Lauzier-Jobin-Massuard-Lavoie-et-Lane_2023_Guide-dapplication-de-lAOS-adaptee-a-Aire-ouverte-1.pdf

Lesage A, Vasiliadis HM, Gagné MA, Dudgeon S, Kasman N, Hay C. (2006). *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada : une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. https://shared-care.ca/files/09_Prevalence_FR.pdf

Miller JK. (2008). Walk-in single session team therapy: A study of client satisfaction. *J Syst Ther*. 27(3): 78-94.

Ministère de la Santé et des services sociaux. (2004). *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux et de services de santé et de services sociaux*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-009-05.pdf

Miller JK et Slive A. (2004). Breaking down the barriers to clinical service delivery: Walk-in family therapy. *J Marital Fam Ther.* 30:95–103.

Ministère de la Santé et des services sociaux. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf

Ministère de la Santé et des services sociaux. (2021). *Cadre de référence Aire ouverte*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-12W.pdf

Ministère de la Santé et des services sociaux. (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf

Mulligan J, Olivieri H, Young K, Lin J, Anthony SJ. (2022). Single session therapy in pediatric healthcare: the value of adopting a strengths-based approach for families living with neurological disorders. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 16(1):59.

Murray M et Berwick DM. (2003). Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 289(8):1035-40.

Nordmo M, Monsen JT, Høglend PA, Solbakken OA. (2021). Investigating the dose-response effect in open-ended psychotherapy. *Psychother Res*. 31(7):859-869.

Oar EL, Farrell LJ, Ollendick TH. (2015). One session treatment for specific phobias: An adaptation for paediatric blood–injection–injury phobia in youth. *Clin Child Fam Psychol Rev.*18(4): 370-394.

Office des professions du Québec. (2021). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines – Guide explicatif.* https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Guides/2020-21_020_Guide-explicatif-sante-rh-28-04-2021.pdf

Office québécois de la langue française. (2024). *Autonomisation*. https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/1298948/autonomisation

Ollendick TH, Halldorsdottir T, Fraire MG, Austin KE, Noguchi RJ, Lewis KM, Jarrett MA, Cunningham NR, Canavera K, Allen KB, Whitmore MJ. (2015). Specific phobias in youth: a randomized controlled trial comparing one-session treatment to a parent-augmented one-session treatment. *Behav Ther*. 46(2):141-55.

Ollendick TH, Ost LG, Reuterskiöld L, Costa N, Cederlund R, Sirbu C, Davis TE 3rd, Jarrett MA. (2009). One-session treatment of specific phobias in youth: a randomized clinical trial in the United States and Sweden. *J Consult Clin Psychol*. 77(3):504-16.

O'Neill I. (2017). What's in a name? Clients' experiences of single session therapy. *J Fam Ther*. 39: 63-79.

Ordre des psychologues du Québec. (2017). *Communiqué : Accès aux services psychologiques : un problème sous-estimé*. https://www.ordrepsy.qc.ca/-/acces-aux-services-psychologiques-un-probleme-sous-estime

Paul KE et van Ommeren M. (2013). A primer on single session therapy and its potential application in humanitarian situations. *Intervention*. 11(1):8-23.

Perkins R. (2006). The effectiveness of one session of therapy using a single-session therapy approach for children and adolescents with mental health problems. *Psychol Psychother*. 79(Pt 2):215-27.

Perkins R et Scarlett G. (2008). The effectiveness of single session therapy in child and adolescent mental health. Part 2: an 18-month follow-up study. *Psychol Psychother*. 81(Pt 2):143-56.

Perreault K, Breton M, Berbiche D. (2023). An innovative model of psychological service delivery in primary healthcare: the Single-Session Intervention. *BMC Prim Care*. 24(1):1.

Perreault M, Lafortune D, Laverdure A, Chartier-Otis M, Bélanger C, Marchand A, Bouchard S, Milton D. (2013). Obstacles de l'accès au traitement rapportés par des personnes aux prises avec un trouble anxieux. *Can J Psychiatry*. 58(5):300-5.

Price C. (1994). Open days making family therapy accessible in working class suburbs. *Aust N Z J Fam Ther.*15:191–6.

Prochaska JO et DiClemente CC. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother: Theory Res Pract.* 19(3): 276–288.

Prochaska JO et DiClemente CC. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Irwin, Homewood.

Reichert A et Jacobs R. (2018). The impact of waiting time on patient outcomes: Evidence from early intervention in psychosis services in England. *Health Econ*. 27(11):1772-1787.

Rycroft P et Young J. (1997). Single session therapy: capturing the moment. *Psychother Aust*. 4(1):18–23.

Saleebey D. (1996). The strengths perspective in social work practice : extensions and cautions. *Soc Work*. 41(3):296-305.

Saxena S, Jané-Llopis E, Hosman C. (2006). Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry*. 5(1):5-14.

Schleider JL et Weisz JR. (2017). Little treatments, promising effects? Meta-analysis of single-session interventions for youth psychiatric problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 56(2):107-115.

Silverman W.H et Beech R.P. (1984). Length of intervention and client assessed outcome. *J Clinl Psychol.* 40(2): 475-480.

Simo B, Bamvita J. M, Caron J, Fleury M. J. (2018). Predictors of mental health service use among individuals with high psychological distress and mental disorders. *Psychiatry Res*. 270:1122-1130.

Slive A et Bobele M. (2012). Walk-in counselling services: making the most of one hour. *Aust N Z J Fam Ther*. 33: 27-38.

Slive A et Bobele M. (2018). The three top reasons why walk-in/single-sessions make perfect sense. Dans Hoyt MF, Bobele M, Slive A, Young J, Talmon M, *Single-session therapy by walk-in or appointment* (pp. 27-39). Routledge.

Slive A, MacLaurin B, Oakander M, Amundson J. (1995). Walk-in single sessions: A new paradigm in clinical service delivery. *J Syst Ther.*14:3–11.

Slive A, McElheran N, Lawson A. (2008). How brief does it get? Walk-in single session therapy. *J Syst Ther*. 27(4):5-22.

Sommers-Flanagan J. (2007). Single-session consultations for parents: A preliminary investigation. *Fam J*. 15(1):24-29.

Sparks JA, Duncan BL, Miller SD. (2008). Common factors in psychotherapy. Dans Lebow JL., *Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice* (pp. 453–497). John Wiley & Sons Inc.

Stalker CA, Horton S, Cait CA. (2012). *Single-session therapy in a walk-in counseling clinic: A pilot study*. *J Syst Ther.* 31(1): 38–52.

Stalker CA, Riemer M, Cait CA, Horton S, Booton J, Josling L, Bedggood J, Zaczek M. (2016). A comparison of walk-in counselling and the wait list model for delivering counselling services. *J Ment Health*. 25(5):403-409.

Statistique Canada. (2023). *Troubles mentaux et accès aux soins de santé mentale*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00011-fra.htm

Swift JK et Greenberg RP. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 80(4): 547–559.

Swift JK, Greenberg RP, Tompkins KA, Parkin SR. (2017). Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy.* 54(1): 47–57.

Talmon M. (1990). *Single-session therapy: Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter.* Jossey-Bass.

Talmon M. (2018). The eternal now: On becoming and being a single-session therapist. Dans Hoyt MF, Bobele M, Slive A, Young J, Talmon M, *Single-session therapy by walk-in or appointment* (pp. 149-154). Routledge.

Talmon M et Hoyt MF. (2014). Single-session therapy by walk-in or appointment: Administrative, clinical, and supervisory aspects of one-at-a-time services. *J Syst Ther*. 33(2):1-15.

Vujanovic AA, Bernstein A, Berenz EC, Zvolensky MJ. (2012). Single-session anxiety sensitivity reduction program for trauma-exposed adults: A case series documenting feasibility and initial efficacy. *Behav Ther*. 43(3): 482-491.

Wampold BE. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*. 14(3):270-7.

Winefield HR, Gill TK, Taylor AW, Pilkington RM. (2012). Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both? *Psych Well-Being*. 2(1): 1-14.

Young K, Dick M, Herring K, Lee J. (2008). From waiting lists to walk-in: Stories from a walk-in therapy clinic. *J Syst Ther.* 27:23–39.

Processus d'élaboration initial		
Rédaction	Stéphanie Sirard, agente de planification, de programmation et de recherche, Développement et évolution des pratiques, DSMREU	2023-2024
	Kathy Perreault, psychologue, GMF-U St-Jean-sur-Richelieu, CISSS de la Montérégie-Centre	
	Ève Dulude, agente de planification, de programmation et de recherche, Formation et développement professionnel, DSMREU	
	Marie-Pier Messier, agente de planification, de programmation et de recherche, Qualité de la pratique clinique, DSMREU	
Consultation(s)	Annie Collin, agente administrative, Développement et évolution des pratiques, DSMREU	2024-05-09
	Gina D'Auray, coordonnatrice des programmes santé mentale, services sociaux généraux et populations vulnérables, DPSMD	2023-2024
	Annik Jobin, conseillère cadre à l'innovation et outils cliniques, DSMREU	
	Manon Lessard, coordonnatrice des services psychosociaux et développementaux jeunesse, DPJASP	
	Isabelle Simard, cheffe des services sociaux généraux et populations vulnérables, DPSMD	
	Myriam Tessier, cheffe de programme Aire ouverte, DPJASP	
	Mathieu Carrière, travailleur social Aire Ouverte, DPJASP	
	Gina Donato, agente de relations humaines Aire Ouverte, DPJASP	
	Venessa Laferrière, technicienne en travail social, DPSMD	
	Nathalie Paquette, coordonnatrice clinique, DPSMD	
	Cynthia Rajnath, travailleuse sociale, DPSMD	
	Marie-Claude Bastide, agente de relations humaines Aire Ouverte, DPJASP	
	Sarah Boulerice, travailleuse sociale, GMF-U St-Jean-sur-Richelieu, CISSS de la Montérégie-Centre	
	Stéphanie Charron, chef de service en dépendance 2e ligne, DPSMD	
	Andréane Corriveau, travailleuse sociale, agente d'amélioration continue de la qualité, GMF-U St-Jean-sur-Richelieu, CISSS de la Montérégie-Centre	
	Stéphanie Lebire, spécialiste en activités cliniques Aire Ouverte DPJASP	
	Julie Leblanc, coordonnatrice professionnelle au Service régional d'encadrement en dépendance, DPSMD	
	Félix Leboeuf, agent de relations humaines, DPSMD	
	Meaghan Paterson, technicienne en éducation spécialisée, DPSMD	
	Julie Pitre, travailleuse sociale, DPSMD	
	Mélissa Rozon, agente de planification, de programmation et de recherche, DSMREU	

Instance(s) de consultation		
Instance(s) consultative(s)	Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers	2024-06-20
	Comité exécutif du Conseil multidisciplinaire	2024-06-18

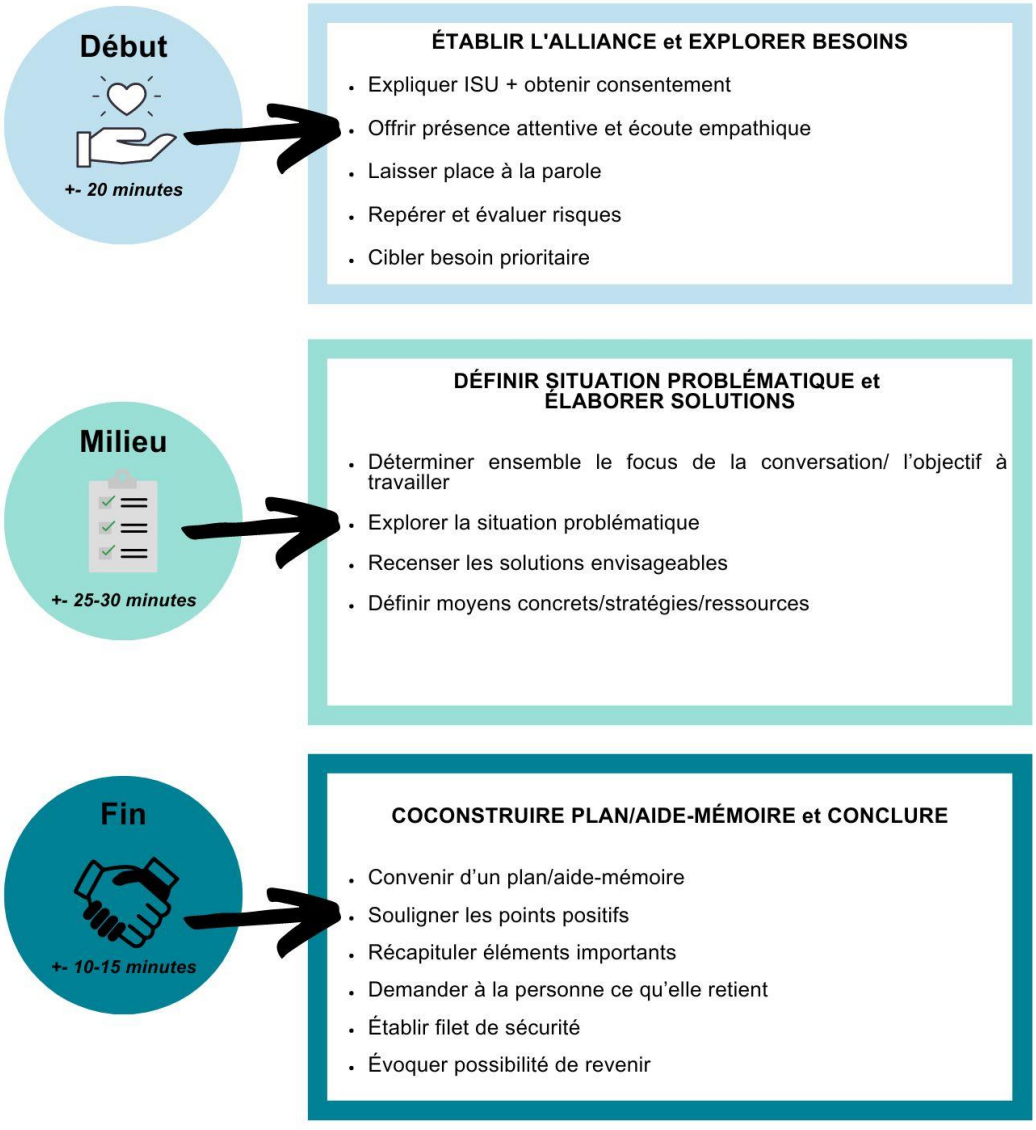
Historique du document		
Recommandé par	Comité de concertation des directeurs adjoints	2024-06-26
Adopté par	Comité de direction	2024-07-02
Commentaires		

ANNEXE A
Exemples de problèmes et de situations pouvant être abordés en ISU

Thématiques	Exemples
Ambivalence liée à une prise de décision	• Ambivalence de grossesse • Intervention chirurgicale • Prise de médication • Changement de milieu de vie
Communication affirmative	Amélioration de la communication avec • un parent • un·e adolescent·e • un·e jeune adulte • un·e proche • un·e ami·e
Difficultés d'adaptation	• Séparation difficile • Perte d'emploi • Acceptation des limitations • Isolement • Infertilité
Difficultés familiales et conjugales	• Dispute dans la famille • Questionnement sur la relation de couple, usure, conflit • Difficulté vécue avec un·e adolescent·e ou un·e jeune adulte
Étapes et transitions de vie	• Adaptation à la parentalité • Habiletés parentales • Préoccupation liée à la grossesse • Retraite • Vieillissement
Ventilation émotionnelle	• Gestion de la colère situationnelle • Diminution significative de l'estime de soi • Perte de motivation • Résurgence émotive suite à une perte
Inquiétudes scolaires et professionnelles	• Epuisement professionnel • Précarité de l'emploi • Inquiétude face à un examen ou fin de session, l'arrêt ou la poursuite des études, un retour aux études ou sur le marché du travail
Relations intimes et sexualité	• Difficulté au sein de la relation amoureuse • Attitude dénigrante du ou de la conjoint·e • Questionnement sur l'identité de genre • Questionnement en lien avec une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS)
Relations interpersonnelles (famille, collègues, amis)	• Amélioration de la communication • Respect de ses limites • Affirmation de soi
Situations ponctuelles et/ou éprouvantes	• Annonce d'un diagnostic • Interruption volontaire de grossesse • Perte significative (travail, relation d'amitié, déménagement) • Risque d'épuisement d'une personne proche aidante • Inquiétude face à une chirurgie • Préparation d'une annonce difficile à un·e proche • Gestion du stress et de l'anxiété en lien avec une situation spécifique
Habitudes de vie	• Changement d'habitudes de vie • Préoccupations en lien avec la nutrition, le sommeil, le temps d'écran, l'hygiène de vie, l'activité physique
Problèmes sociaux divers	• Inquiétudes ou incertitudes financières • Aide alimentaire • Difficulté liée au logement

Aide-mémoire

Intervention en séance unique (ISU)



Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest



L'INTERVENTION EN SÉANCE UNIQUE (ISU) : UN PROBLÈME, UNE RENCONTRE

Ce que vous devez savoir

L'intervention en séance unique repose sur le principe qu'une aide efficace peut être fournie en une seule rencontre. L'intervenant et la personne qui consulte deviennent des partenaires qui collaborent à la résolution d'un problème.

Avec l'aide reçue, la personne qui consulte sera en mesure de mieux gérer ses difficultés.

Pourquoi consulter en séance unique ?

- Obtenir une écoute active
- Clarifier une difficulté vécue
- Résoudre un problème personnel
- Obtenir des conseils
- Obtenir de l'information

Pour quels types de situations consulter ?

- Difficultés d'adaptation (ex. séparation, perte d'emploi, deuil)
- Étapes et transitions de vie (ex. études, parentalité, retraite)
- Relations interpersonnelles (ex. famille, couple, amis)
- Problèmes au travail
- Questionnements en lien avec une prise de décision

Comment se passe une séance unique ?

La séance unique est une intervention complète en soi, avec un début, un milieu et une fin. Il n'y a pas de rendez-vous de suivi fixé par la suite. Toutefois, les personnes qui le souhaitent peuvent revenir au besoin.

Durant la séance, le problème le plus préoccupant est défini. On tente ensuite de découvrir de nouvelles façons de voir ce problème et de le comprendre. Puis, différentes pistes de solution sont discutées. Enfin, la personne qui consulte quitte avec un plan et des moyens concrets pour l'aider à résoudre ses difficultés. Elle est invitéeà le mettre en place avant de consulter de nouveau.

À retenir

La recherche démontre que l'intervention en séance unique est suffisante et efficace pour un grand nombre de personnes. Pour d'autres personnes, cela ne répond pas à leurs besoins. Elles seront alors orientées vers d'autres services.

C'est clair : une seule rencontre ne changera pas votre vie. Mais elle pourrait l'améliorer... un problème à la fois !

Notre mission
Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

Notre vision
Des soins de santé et des services accessibles et efficients qui s'adaptent aux besoins des Québécois.

Nos ambitions
Le CISSS de la Montérégie-Ouest réalise ses ambitions en osant innover dans ses façons de faire et ainsi il se démarque et rayonne par :

- L'excellence de son offre de soins et services intégrés de proximité axée sur l'interdisciplinarité, l'accessibilité et l'adaptation aux besoins de sa population;
- Son courage à questionner et à améliorer ses pratiques professionnelles, cliniques et de gestion;
- La reconnaissance de la contribution de son personnel et la mise en place de pratiques de gestion humaines;
- La force de ses liens avec ses partenaires.

Nos valeurs
Nos actions sont guidées par cinq valeurs, interdépendantes et en équilibre : bienveillance, collaboration, engagement, audace et cohérence.

E180 – MAI 2022

santemonteregie.qc.ca/ouest

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
Québec

Intervention en séance unique

MON PLAN

NOM: _____ **DATE:** _____

CE QUE JE RETIENS

MES OBJECTIFS

MES MOYENS

MES RESSOURCES