

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

Les perceptions des usagers
sur les services psychosociaux

par
Elisabeth Leitner

École de service social
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en service social

Juin 2009

Copyright, Elisabeth Leitner, 2009



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Les perceptions des usagers
sur les services psychosociaux

Présenté par :

Elisabeth Leitner

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Mme Marie-Andrée Poirier
président-rapporteur

Mme Lourdes Rodriguez DelBarrio
directrice de recherche

Mme Guylaine Racine
membre du jury

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| SOMMAIRE | iv |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| | |
| CHAPITRE 1 REGARD SUR L'INTERVENTION À COURT TERME.... | 7 |
| 1.1 Pertinence de l'intervention à court terme | 7 |
| 1.1.1 L'intervention à court terme au Québec..... | 7 |
| 1.1.2 Sélection et présentation du milieu dans lequel a été conduite la recherche | 8 |
| 1.2 Questionnement sur l'efficacité de l'intervention à court terme..... | 12 |
| 1.2.1 Résultats de l'intervention à court terme..... | 12 |
| 1.2.2 Bénéfices réalisés | 14 |
| 1.2.3 Nature des bénéfices..... | 16 |
| 1.2.4 Attentes initiales et objectifs atteints..... | 18 |
| 1.2.5 Attentes initiales de l'utilisateur et objectifs..... | 20 |
| 1.2.6 Complexité de la situation et résultat final..... | 21 |
| 1.2.7 Diversité des situations-problèmes et résultat final..... | 22 |
| 1.3 Objectifs de la recherche..... | 22 |
| 1.4 Conclusion..... | 23 |
| | |
| CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS | 25 |
| 2.1 Survol historique du développement des interventions brèves | 25 |
| 2.1.1 Expansion de cette modalité d'intervention | 25 |
| 2.1.2 Contexte québécois..... | 26 |
| 2.2 Intervention brève – quelques définitions | 29 |
| 2.3 Efficacité de la thérapie brève..... | 31 |
| 2.3.1 Points forts..... | 31 |
| 2.3.1.1 Cheminement de l'utilisateur et processus d'intervention..... | 31 |
| 2.3.1.2 Adaptabilité des modalités d'intervention brève..... | 32 |
| 2.3.1.3 Avantages économiques ? | 33 |

| | | |
|-------------------|---|-----------|
| 2.3.2 | Limites de l'intervention brève | 33 |
| 2.3.2.1 | L'intervention à court terme versus l'intervention à long terme | 33 |
| 2.3.2.2 | Efficacité de l'intervention brève et caractéristiques du client .. | 37 |
| 2.3.2.3 | Méthodes utilisées et résultat final | 39 |
| 2.3.2.4 | Processus thérapeutique | 41 |
| 2.3.2.5 | Rôle du thérapeute et habiletés d'intervention | 43 |
| CHAPITRE 3 | MÉTHODOLOGIE | 46 |
| 3.1 | Quelques précisions sur l'approche choisie | 46 |
| 3.2 | Stratégie d'échantillonnage | 47 |
| 3.3 | Recrutement | 48 |
| 3.4 | Méthode de cueillette de données | 49 |
| 3.4.1 | Constitution de la banque de données | 49 |
| 3.4.2 | Collecte de données auprès des intervenants offrant le service | 50 |
| 3.5 | Stratégie d'analyse de données | 51 |
| 3.6 | Considérations éthiques..... | 51 |
| CHAPITRE 4 | ANALYSE DES DONNÉES..... | 54 |
| 4.1 | Équipe de travail..... | 54 |
| 4.2 | Contexte de la recherche | 55 |
| 4.3 | Quelques données sociodémographiques..... | 57 |
| 4.4 | Motifs de consultation : quelques données statistiques générales..... | 58 |
| 4.5 | Analyse des données : motifs de consultation..... | 58 |
| 4.5.1 | Situation-problème | 58 |
| 4.5.2 | État psychique | 61 |
| 4.6 | Évolution des besoins des usagers pendant la période d'attente | 62 |
| 4.6.1 | Attentes initiales | 62 |
| 4.6.2 | Attentes au début du suivi | 65 |
| 4.7 | Évolution de la situation..... | 67 |
| 4.7.1 | Amélioration de la situation | 67 |
| 4.7.2 | Situation inchangée | 68 |
| 4.7.3 | Temps d'attente difficile | 68 |

| | | |
|---------------------|--|-----|
| 4.8 | Résultat de l'intervention | 69 |
| 4.8.1 | Impacts sur l'état psychique | 69 |
| 4.8.2 | Impacts sur la situation..... | 70 |
| 4.9 | Bénéfices réalisés | 73 |
| 4.9.1 | Compréhension de soi ou de sa situation | 74 |
| 4.9.2 | Amélioration des relations avec les autres | 74 |
| 4.9.3 | Croissance personnelle ou adaptation | 75 |
| 4.9.4 | Assistance technique | 76 |
| 4.10 | Attentes initiales et résultat du suivi | 76 |
| 4.10.1 | Attentes satisfaites..... | 76 |
| 4.10.2 | Attentes satisfaites partiellement..... | 79 |
| 4.10.3 | Quelques bémols | 80 |
| 4.10.3.1 | Difficulté au sujet de la mise en pratique de certains acquis | 80 |
| 4.10.3.2 | Difficultés qui persistent | 81 |
| 4.10.3.3 | Difficulté à maintenir les acquis..... | 82 |
| 4.10.3.4 | Quelques réserves par rapport à la durée du suivi..... | 82 |
| 4.10.3.5 | Ambivalence quant à la poursuite ou non du traitement..... | 83 |
| 4.11 | Éléments ayant contribué à l'issue favorable de l'intervention | 85 |
| 4.11.1 | Effets de la psychothérapie | 85 |
| 4.11.2 | Qualités reliées au thérapeute..... | 87 |
| 4.11.3 | Éléments reliés à la relation thérapeutique..... | 88 |
| 4.11.4 | Habilités de l'intervenant..... | 88 |
| 4.12 | Aspects négatifs et lacunes identifiées par les participants..... | 91 |
| CONCLUSION | | 95 |
| BIBLIOGRAPHIE | | 101 |
| ANNEXE I..... | | i |
| ANNEXE II..... | | iv |

SOMMAIRE

De nos jours, les professionnels qui œuvrent dans le secteur de la santé et des services sociaux font face à de nouveaux défis et sont appelés à répondre à des besoins de plus en plus criants d'une population vieillissante et aux prises avec des problématiques de plus en plus complexes. Parallèlement, on note la volonté de nos gouvernements de diminuer leur implication dans le domaine de la santé et des services sociaux en plus de privilégier un retour à une approche plus communautaire et une plus grande responsabilisation de la population.

En lien avec cette évolution et dans un contexte de bouleversements sociopolitiques multiples, nous proposons, dans notre projet de recherche, de jeter un regard sur un programme d'aide offert à l'intérieur d'un établissement public. Il s'agit plus précisément du programme des services sociaux généraux offert à l'intérieur des CLSC, notamment le service de suivi à court terme qui permet aux gens aux prises avec des situations transitoires de travailler sur leurs difficultés à l'intérieur d'une série de dix rencontres. Selon l'Association des CLSC et des CHSLD, ce type de service est disponible dans la presque totalité des CLSC de la province de Québec (Association des CLSC et CHSLD du Québec, 2003 : 44).

Nous désirons, dans notre projet de recherche, donner la parole aux usagers et nous voulons savoir comment ils ont vécu leurs expériences. Nous proposons de retracer leur cheminement à partir du moment où ils ont formulé leur demande d'aide au CLSC, jusqu'à la fin de l'intervention, en rendant compte, aussi, de la façon dont ils ont vécu le temps d'attente. Nous allons décrire les résultats de l'intervention et les éléments associés à l'intervention qui, selon l'utilisateur, ont facilité ou non son cheminement. Nous allons aussi établir le lien entre le résultat de l'intervention et les attentes de l'utilisateur, soit vérifier dans quelle mesure les attentes de l'utilisateur ont pu être répondues au cours du suivi.

MOTS CLÉS : Services de première ligne, interventions de courte durée, efficacité.

INTRODUCTION

De nombreux bouleversements tant sur le plan idéologique, social que sur le plan politique ont secoué la société québécoise depuis la dernière décennie. Si bien que de nos jours les professionnels qui œuvrent dans le secteur de la santé et des services sociaux doivent répondre à de nouvelles réalités et sont appelés à intervenir auprès d'un nombre croissant de personnes qui manifestent des besoins de plus en plus pressants, et qui sont aux prises avec des problématiques de plus en plus complexes.

Parallèlement, nous notons des efforts soutenus de nos gouvernements pour réduire les dépenses dans le but de rééquilibrer les finances publiques. Nous observons un désengagement graduel de l'État à l'égard de ses responsabilités sociosanitaires et un retour à une plus grande responsabilisation des individus, de leurs familles et de leur communauté. Les récentes réformes et le processus de restructuration des services publics, actuellement en cours, témoignent de cette réalité. Nous assistons actuellement à une centralisation de l'ensemble des services publics et une restructuration massive des différents programmes offerts à l'intérieur de nos établissements publics.

Dans notre projet de recherche, nous voulons jeter un regard sur un programme en particulier, notamment celui des services sociaux généraux offerts à l'intérieur des CLSC. Plus précisément, notre réflexion portera sur le service de suivi à court terme qui permet aux gens aux prises avec des situations transitoires de travailler sur leurs difficultés à l'intérieur d'une série de dix rencontres. Pour mener à bien notre projet, nous avons sollicité la collaboration du CLSC-CHSLD du Marigot où nous exerçons notre profession depuis déjà plusieurs années et qui a bien voulu se prêter à l'exercice. Notons que le CLSC du Marigot est un établissement qui dessert un territoire qui affiche le plus bas niveau socioéconomique de Laval et dont la population est vieillissante et aux prises avec d'importants problèmes sociaux. La population possède un faible niveau d'instruction et on y trouve un taux plus élevé de séparation et de monoparentalité que dans l'ensemble de la population lavalloise.

Selon l'Association des CLSC et des CHSLD, le service de suivi à court terme est offert par la plupart des CLSC de la province de Québec (Association des CLSC et CHSLD du Québec, 2003 : 11, 44).

Nous tenons à préciser ici que l'intervention que nous voulons étudier est celle du suivi à court terme planifié et dont la durée de l'intervention est connue au départ par l'utilisateur du service et l'intervenant. Rappelons toutefois que, toujours selon l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, la majorité des interventions effectuées dans les CLSC sont de courte durée, souvent inférieure à dix rencontres par usager et par année (Association des CLSC et CHLD du Québec, 2003 : 11, 44). Bien entendu, nous pouvons supposer ici que cette brièveté n'est pas toujours planifiée. L'intervention peut être courte en raison de la vocation du service, par exemple, ou encore, en raison de la nature du problème. Elle peut aussi être courte en raison d'abandons de traitement en cours de route.

En nous basant sur les données fournies par l'Association des CLSC et CHSLD, nous pouvons donc constater que, peu importe si la durée de l'intervention est planifiée ou non, la majorité des interventions effectuées par les travailleurs sociaux en CLSC sont de courte durée. Nous pouvons donc nous demander quelle est l'efficacité de ce type d'intervention. Répond-elle aux attentes des usagers ? Quel impact ce type d'aide a-t-elle eu sur leur situation ?

À coup sûr, les interventions limitées dans le temps présentent certains avantages, comme favoriser l'accessibilité aux services et réduire les délais d'attente. Nous pouvons penser, aussi, que ce type de suivi répond à la demande de certains individus qui ne désirent pas s'engager dans un long processus thérapeutique et qui cherchent à résoudre un problème précis et spécifique. Nous ne pensons toutefois pas que cette modalité d'interventions constitue un traitement de choix pour toutes les clientèles confondues. En effet, certaines clientèles plus vulnérables et aux prises avec des problématiques plus complexes et chroniques bénéficieront davantage de traitements plus longs leur permettant de cheminer à leur rythme.

Pour ce qui est de notre projet de recherche, il s'appuie, d'abord et avant tout, sur nos propres questionnements en tant qu'intervenante affectée au programme des suivis à court terme. Nous voulions avoir une idée plus claire des résultats qui pouvaient être obtenus à l'intérieur d'une démarche qui demeure relativement courte. À quel type de changement peut-on s'attendre et quelles difficultés peut-on réellement résoudre à l'intérieur d'une telle démarche ? D'autant plus que ce type d'intervention se déroule à un rythme accéléré et, par conséquent, exige que l'utilisateur soit capable de s'engager rapidement dans un processus de travail et de progresser à une cadence beaucoup plus soutenue. Cela peut donc être beaucoup plus exigeant pour ce dernier sur le plan émotif. Une telle démarche demande non seulement une participation plus active de l'utilisateur, mais aussi, du thérapeute, ce qui augmente, sans doute, le risque de faire des erreurs ou de poser des interventions moins judicieuses.

Nous proposons, au-delà d'un regard sur les résultats obtenus par ce type d'intervention, de retracer la trajectoire de soin des usagers qui ont utilisé le service et cela depuis la toute première demande d'aide à l'accueil social du CLSC, jusqu'à la fin de l'intervention. Cette façon de faire permettra de suivre l'évolution de la situation et des attentes de l'utilisateur entre le moment où il a formulé sa demande d'aide initiale et le début de la démarche thérapeutique. Puis, enfin, on vérifiera si la démarche a pu répondre aux besoins de l'utilisateur sans égard à l'évolution de sa situation ou de ses besoins pendant son délai d'attente.

Au chapitre de la recension des écrits, nous allons constater qu'au Québec les interventions brèves ont gagné en popularité autour des années 1974. On note que nous avons été influencés dans ce domaine par nos voisins américains et il semblerait qu'un certain contexte socio-économique ait été favorable à l'implantation de ce mode d'intervention ici au Québec. Ce type d'intervention est aujourd'hui largement répandu dans nos CLSC. Nous notons toutefois l'absence d'approche commune utilisée dans les CLSC.

Il ressort aussi de la recension des écrits est que la thérapie brève se caractérise par le fait que le début et la fin du traitement sont connus d'avance par l'intervenant et le

client. Ce type d'intervention se veut plus directif et exige une participation active du thérapeute ainsi que du client. Dans ce type de démarche, ce dernier doit donc avoir la volonté de s'engager ainsi que des aptitudes pour effectuer cet engagement rapidement, contrairement à une démarche à long terme où le client dispose de plus de temps pour établir un lien de confiance. Elle exige aussi des habiletés particulières de l'intervenant telles que la capacité d'aider le client à formuler des objectifs clairs et précis et de toujours le recentrer sur ces objectifs afin de favoriser l'atteinte de ceux-ci dans le délai préétabli.

Une discussion sur l'efficacité des modalités d'intervention brèves permet de constater que l'efficacité de ce mode d'intervention ne fait pas l'unanimité parmi les auteurs. Comme nous allons le voir au chapitre de la recension des écrits, certains soutiennent qu'elle donne des résultats équivalents et même supérieurs dans certains cas, comparés aux traitements plus traditionnels. D'autres sont d'avis que les traitements de longue durée sont plus efficaces et que les progrès les plus déterminants surviennent dans les phases ultérieures du traitement.

La prochaine section de notre texte aborde des questions d'ordre méthodologique. Nous allons voir qu'en lien avec le regard que la recherche vise à poser sur la « réalité » des participants, nous avons privilégié une approche de type qualitative. L'un des avantages présentés par une telle approche est la possibilité de conférer une certaine liberté d'expression à l'utilisateur et permettre à ce dernier de mettre des mots sur la manière dont il a vécu son expérience. Elle permet de saisir la complexité d'une « réalité » telle que perçue par l'utilisateur et, comme nous allons pouvoir le constater, elle donne accès à un contenu extrêmement riche et teinté d'émotions.

Nous avons choisi de conduire des entrevues semi-dirigées afin de mieux saisir la complexité de la réalité de nos participants. Pour guider nos entrevues, nous avons utilisé une grille comportant les principaux thèmes à couvrir. Les thèmes abordés dans cette grille visaient à recueillir des informations concernant la situation-problème de l'utilisateur et l'évolution de cette situation. Cette méthode nous a permis de vérifier si des changements, soit une amélioration ou une détérioration de la

situation, sont survenus pendant le temps d'attente. D'autres questions visaient à vérifier les changements survenus dans la situation-problème à la fin du suivi, en tenant compte des attentes de l'utilisateur.

La stratégie d'échantillonnage est celle de la méthode non probabiliste, c'est-à-dire, qui ne relève pas du hasard. Nous avons sollicité la participation des personnes qui ont terminé la démarche de suivi. Nous n'avons pas inclus les usagers qui auraient mis fin à leur suivi d'une façon prématurée, c'est-à-dire, qui ont arrêté avant que les objectifs déterminés au départ par l'intervenant et l'utilisateur soient atteints. Nous croyions que cette façon de faire nous permettrait de recueillir le plus d'éléments pour répondre à nos objectifs spécifiques qui visaient à vérifier ce qui a contribué à la satisfaction de l'utilisateur, les changements dans la situation de celui-ci à la fin du suivi ainsi que l'écart entre les attentes initiales et les objectifs atteints.

Enfin, le dernier chapitre de notre travail présente l'analyse des données. Nous pouvons dire d'emblée que nous allons voir que les usagers interrogés consultent pour des motifs fort diversifiés et des situations fort complexes. En nous basant sur les symptômes rapportés par ces mêmes usagers, nous pouvons affirmer que la détresse exprimée au début du suivi peut être qualifiée d'assez importante. Nous allons mettre en lumière ce qui a pu être accompli à l'intérieur d'une démarche qui demeure relativement courte, autrement dit, constater ce qui a pu être fait pour apporter un certain soulagement à des gens faisant face à des épreuves difficiles et présentant une détresse psychique.

Nous allons décrire les résultats du suivi, tels que rapportés par les participants de notre recherche. Mais à quel type de changements peut-on réellement s'attendre après une démarche qui compte en moyenne dix rencontres ? Est-ce que nous allons constater des changements dans la situation de l'utilisateur et est-ce qu'ils sont considérables ? Allons-nous pouvoir les aider à résoudre leurs difficultés ou une difficulté parmi tant d'autres ? Qui plus est, en nous concentrant sur la résolution d'une difficulté ou de difficultés sans aborder ce qui en est à l'origine, est-ce que nous ne contribuons pas en quelque sorte à entretenir le problème qui, à la base, reste

entier ? Est-ce que nous ne contribuons pas en quelque sorte à susciter un sentiment d'impuissance, voire d'échec, chez nos usagers ? Pour pousser plus loin notre réflexion, ne sommes-nous pas en train de créer une certaine dépendance chez nos usagers à l'égard de nos services ?

Nous allons présenter quelques éléments de réponse relativement à ces questionnements. Nous allons, dans la dernière partie de notre travail, mettre en évidence les changements que les participants rencontrés dans le cadre de notre projet de recherche rapportent après avoir terminé leur suivi et qu'ils attribuent à l'intervention. En lien avec les changements, nous allons vérifier si leurs attentes ont pu être satisfaites à l'intérieur du suivi.

Nous allons nous attarder aussi sur le temps d'attente. Comment les usagers ont-ils vécu ce temps-là ? Leur situation s'est-elle détériorée ? Nous pouvons supposer que certains rapporteront une détérioration de leur situation et de leur état général. En même temps, nous pouvons nous demander, aussi, si nous n'avons pas tendance à sous-estimer les capacités des gens, fragiles, certes, sur le plan psychique, mais pas nécessairement démunis pour autant.

CHAPITRE 1

REGARD SUR L'INTERVENTION À COURT TERME

Avant de nous questionner sur l'intervention à court terme, nous devons d'abord poser un regard sur le contexte dans lequel cette pratique est exercée. Au cours de l'année 2004 s'est amorcé un processus de restructuration et de réorganisation des services sociosanitaires. Dans une volonté de rééquilibrer les finances publiques, nous assistons à des coupures et des transferts de poste, des réductions de services, etc. Rationalisation, rentabilité et efficacité sont des termes qui reviennent souvent dans les discours des gestionnaires de nos établissements de santé et de services sociaux. Dans ce contexte, les gestionnaires doivent faire preuve d'innovation afin de répondre aux besoins de la population tout en respectant les contraintes économiques actuelles. L'intervention à court terme peut être vue comme un moyen de réduire les listes d'attente et de répondre à un plus grand nombre de personnes sans investissement de sommes d'argent supplémentaires. Mais est-ce que ce type d'intervention répond réellement aux besoins de la clientèle ? Il s'agit là d'un questionnement que nous avons au départ et qui d'ailleurs a inspiré le présent projet de recherche.

1.1 Pertinence de l'intervention à court terme

1.1.1 L'intervention à court terme au Québec

Selon l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, la majorité des interventions effectuées dans les CLSC de la province de Québec sont de courtes durées, largement inférieures à dix rencontres par usager et par année. En moyenne, une personne qui consulte un travailleur social reçoit près de quatre interventions par année, et cela, pour tous les programmes confondus. Également, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec indique que la plupart des CLSC offrent un service de consultation psychosociale à court terme, qui comprend généralement entre dix et douze rencontres (Association des CLSC et CHSLD du Québec, 2003 : 11, 44).

Nous pouvons donc constater que les interventions brèves constituent le principal mode d'interventions dans nos CLSC au Québec. Nous nous doutons, cependant, que cette brièveté n'est pas toujours planifiée et prévue. Il peut s'agir, par exemple, d'interventions d'évaluation/orientation dont le nombre de rencontres est limité, ou d'interventions brèves en situation de crise. Nous présumons également que la moyenne de quatre rencontres par usager et par année tient aussi compte des abandons de traitement et des interventions ponctuelles qui répondent à des demandes très spécifiques.

1.1.2 Sélection et présentation du milieu dans lequel a été conduite la recherche

Travaillant au CLSC-CHSLD du Marigot et connaissant bien la clientèle ainsi que le contexte organisationnel de cette ressource, nous avons choisi de conduire notre présent projet de recherche à l'intérieur de cet établissement. De plus, ayant à notre actif une expérience d'une dizaine d'années au service des suivis à court terme, nous estimions qu'une analyse de l'efficacité de ce type d'intervention serait pertinente pour la progression de notre pratique professionnelle.

Territoire

Pour situer le milieu de recherche et pour aider le lecteur à mieux saisir les principaux enjeux entourant les interventions qui s'y effectuent, nous croyons qu'il est pertinent de décrire brièvement le territoire desservi par le CLSC-CHSLD du Marigot. Tout d'abord, notons que le territoire comprend un bassin populationnel estimé à 85 173 personnes soit 24 % de la population lavalloise. La population du secteur est en décroissance et en situation de vieillissement majeur. On y trouve aussi des secteurs de pauvreté importants. Le revenu moyen du territoire est inférieur d'environ 4 000 \$ à la moyenne des ménages lavallois. Nous voulons préciser aussi que le secteur du CLSC-CHSLD du Marigot affiche le plus bas niveau socioéconomique de Laval. La population possède un faible niveau d'instruction et on y retrouve un taux plus élevé de séparation et de monoparentalité. Il y existe des problèmes importants de toxicomanie, de suicide chez les jeunes, de prématurité à la

naissance de bébés de petits poids, de mauvais traitements, de négligence d'enfants, de signalements à la DPJ et de taux de morbidité plus élevés concernant certaines pathologies (L'Inter-Roger, CLSC-CHSLD du Marigot, janvier 2001).

Le service de suivi à court terme – quelques précisions

Nous allons maintenant jeter un coup d'œil sur la manière dont s'organisent les services à l'intérieur du CLSC-CHSLD du Marigot. Essentiellement, nous pouvons dire que les services offerts au CLSC-CHSLD du Marigot sont regroupés dans trois grands secteurs d'activités. Les services courants, les services à l'enfance et à la famille et les services de soutien à domicile.

Le service de suivi à court terme fait partie des services sociaux courants. Ce secteur d'activité englobe essentiellement des services psychosociaux et de santé. L'objectif général des services psychosociaux courants est d'informer, évaluer et orienter la personne afin que celle-ci reçoive le meilleur service au bon moment. Ce service vise aussi à restaurer, maintenir ou améliorer l'équilibre psychologique et social des personnes ou familles et à éviter le recours à des services spécialisés (CLSC-CHSLD du Marigot, Prestation générale des services à la population, <http://www.clsc-chslddumarigot.qc.ca/500>).

D'une façon plus précise, nous pouvons dire que le service de suivi à court terme comprend dix rencontres et offre à des clientèles aux prises avec des problématiques diverses la possibilité de travailler sur ces difficultés.

Dans un dépliant descriptif publié par le CLSC-CHSLD du Marigot, on peut lire que ce service est disponible sur recommandation de l'accueil psychosocial. Il s'adresse à une clientèle adulte aux prises avec des difficultés psychosociales transitoires. On peut lire aussi, à l'intérieur du dépliant descriptif, que ce type de service permet à l'utilisateur de travailler à la résolution de ses difficultés à l'intérieur d'une série de dix rencontres (dépliant distribué aux usagers par le CLSC).

Il est important de mentionner aussi que cette limite de dix rencontres présente une certaine flexibilité en ce sens que le suivi peut être prolongé de quelques rencontres si

le besoin s'en fait sentir en cours de route ou plus souvent, lors de la dixième rencontre où l'intervenant et le client dressent le bilan de la démarche. Bien entendu, le suivi peut aussi être plus court, par exemple, si les objectifs fixés au départ sont atteints avant la dixième rencontre ou lorsqu'il y a des abandons au cours du traitement. Quoi qu'il en soit, de prime abord, le service est présenté à l'utilisateur comme étant un soutien temporaire de dix rencontres. La durée de l'intervention est donc précisée et connue au départ par l'intervenant ainsi que le client, et les objectifs s'établissent en fonction de cette limite de temps.

Données statistiques

Maintenant, pour savoir qui sont les utilisateurs du service de suivi à court terme, nous avons consulté le bilan statistique de l'établissement pour l'année 2004-2005 soit l'année où nous conduisons notre recherche. Selon ce bilan, le service de suivi à court terme a connu une légère baisse de l'achalandage. Ce service a atteint un total de 249 usagers au cours de l'année 2004-2005 et a dû intervenir dans 1 647 cas durant cette même année. Notons que quoiqu'il y ait eu une baisse du nombre d'usagers ayant reçu des services, une augmentation du nombre des interventions par usager a été enregistrée. Il y a eu au total 117 interventions de plus pour les usagers qui ont bénéficié d'interventions à l'intérieur du service. 76 % des usagers ayant reçu des services sont de sexe féminin, et 24 de sexe masculin. La moyenne d'âge pour les femmes est de 43 ans et pour les hommes de 40 ans. Pour les deux sexes confondus, la moyenne d'âge est de 42 ans. La plupart des personnes ont consulté pour des problèmes d'adaptation (180). Viennent ensuite des problèmes reliés à la vie de famille (20 usagers). Notons qu'il y a eu, également, des consultations pour des problèmes reliés à la vie de couple (17) et à la santé mentale (17). Dix-sept usagers étaient aux prises avec des troubles dépressifs et, enfin, dix-sept personnes ont été suivies pour d'autres difficultés que nous ne détaillons pas davantage (Bilan statistique pour l'année financière mars 2004 à avril 2005).

Satisfaction de la clientèle

Quant à la satisfaction de la clientèle par rapport aux services reçus, nous nous référons, dans un premier temps, à un sondage réalisé auprès d'environ 48 000 Québécois et Québécoises en 2002 par le ministère de la Santé et des Services sociaux, intitulé « Bulletin des CLSC », qui révèle que dans l'ensemble, les citoyens en sont satisfaits. Le CLSC-CHSLD du Marigot, a obtenu la note A (excellent) pour la qualité des services rendus à la population (Bulletin des CLSC, MSSS du Québec, 2002).

De même, le CLSC-CHSLD du Marigot du Centre de santé et de services sociaux de Laval a récemment obtenu l'agrément du Conseil québécois d'agrément (CQA). Le CQA est un organisme externe accrédité par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (CLSC-CHSLD du Marigot, juin 2004 : 27). À l'intérieur de cette démarche d'agrément, un sondage piloté par une firme professionnelle externe a atteint un total de 300 usagers ayant reçu au cours de la dernière année des services dans différents programmes, notamment le soutien à domicile, famille-enfance-jeunesse et les services courants. Le sondage visait à vérifier trois dimensions : la relation avec le client, l'organisation des services et la prestation professionnelle. Dans le rapport rendu par le conseil, on note la satisfaction de la clientèle par rapport à ces dimensions dans les différents programmes (Conseil québécois d'agrément, 2005 : 2).

Dans l'ensemble, on peut donc conclure que les usagers du CLSC-CHSLD du Marigot sont satisfaits des services reçus, et cela, en tenant compte de tous les programmes confondus, incluant le service de suivi à court terme. Les résultats demeurent toutefois généraux et ne rendent pas compte, par exemple, du degré de satisfaction de la clientèle par rapport à un secteur d'activité en particulier ou par type de professionnel, ou encore des éléments qui ont contribué à cette satisfaction.

1.2 Questionnement sur l'efficacité de l'intervention à court terme

1.2.1 Résultats de l'intervention à court terme

Dans notre projet de recherche, nous visons un secteur d'activité spécifique. Au-delà d'un regard sur les résultats de l'intervention et la satisfaction de la clientèle, nous voulons rendre compte aussi des changements survenus dans la vie des personnes ayant terminé un suivi à court terme, en tenant compte de leur situation de départ et des facteurs qui, au cours du suivi, ont eu un impact quelconque sur leur cheminement. Nous croyons, en effet, que même si l'utilisateur exprime sa satisfaction, cela ne veut pas dire pour autant qu'un changement significatif soit survenu dans sa situation ou encore, que ses problèmes ont pu être résolus. Par exemple, certains auteurs suggèrent que le principal effet de la psychothérapie, d'une façon générale, est de rehausser l'estime de soi des clients. Autrement dit, sans nécessairement produire des changements importants dans l'immédiat, quant au niveau de la situation du client, les usagers retirent tout de même une satisfaction de la démarche qu'ils viennent d'accomplir (Zilbergeld, 1983 dans Guay, 1992 : 20). Nous pouvons imaginer, cependant, que dans certains cas une estime de soi améliorée conduit à des changements ultérieurs dans la situation de l'utilisateur, mais aussi, nous pouvons nous demander quelle sera la portée de ces changements. Dans quelle mesure auront-ils un impact dans la situation globale de l'utilisateur ?

En établissant un lien entre la situation de départ de l'utilisateur et les résultats de l'intervention, nous serions à même de déterminer la portée de l'intervention dans la vie de celui-ci. Nous présumons que l'impact de l'intervention dans la vie de l'utilisateur demeure relativement modeste.

Soit dit en passant, une première recension d'écrits nous a donné d'abord une impression rassurante concernant l'efficacité des modalités d'interventions brèves. Une deuxième lecture plus approfondie a cependant mis en évidence que ce mode d'intervention est efficace surtout dans le traitement de problèmes mineurs et spécifiques et que les objectifs que l'on peut y viser sont relativement limités. Ces points seront examinés de plus près, un peu plus loin au chapitre de la recension des

écrits, et plus précisément dans la section qui porte sur l'efficacité et les limites des modalités d'interventions brèves.

Nous pouvons nous demander, en effet, jusqu'à quel point l'utilisateur peut tirer profit d'une démarche qui, en raison de la limite de temps, se déroule à une cadence accélérée et vise l'obtention de résultats rapides. Cette démarche exige de l'utilisateur une présence constante aux rencontres qui se tiennent généralement à une fréquence hebdomadaire au CLSC. Ces rencontres risquent d'être chargées en matière d'apprentissages et intensives sur le plan émotif puisque les sujets abordés à l'intérieur du suivi sont naturellement en lien avec les problèmes vécus par le client et lui rappellent souvent des épisodes de vie difficiles. Dans un contexte comme celui-ci, est-ce que le client se trouve dans une position qui lui permet d'absorber et d'assimiler les nouvelles informations qui lui sont communiquées par l'intervenant ? Ne risque-t-il pas de se sentir bousculé ?

Pour pousser plus loin notre réflexion sur les impacts de l'intervention à court terme dans la vie des usagers, nous pouvons nous demander dans quelle mesure les suivis font réellement une différence dans la vie de l'utilisateur compte tenu du fait qu'ils sont relativement courts et que le travail se focalise sur l'atteinte d'objectifs limités et établis de façon à être « atteignables » au cours du suivi. Autrement dit, à quel type de changements peut-on s'attendre lorsque l'on dispose d'un nombre de rencontres limité à une dizaine ? Comme nous l'avons déjà mentionné, certains auteurs sont d'avis que l'impact du traitement court ne donne que des résultats limités. Est-ce qu'on parle donc d'un travail thérapeutique en superficie sans s'adresser aux « vraies causes » du problème ? Il s'agit là d'une critique qu'on adresse souvent aux modalités d'intervention brève (Carey-Bélanger et Côté, 1982 : 283 ; Miller, 1996 : 567). D'une façon plus précise, divers auteurs ont attiré notre attention sur le fait qu'on ne peut, à l'intérieur d'un traitement court, atteindre des objectifs plus vastes comme des changements sous le rapport des traits de la personnalité ou de la résolution de problèmes chroniques et récalcitrants (Du Ranquet, 1983 : 155 ; Guay, 1992 : 16, 34).

Malgré ce constat, la question de l'impact d'un traitement court dans la vie des usagers continue de se poser. En effet, lorsqu'on travaille, par exemple, à la résolution d'une difficulté quelconque et que l'on n'aborde pas ce qui est à l'origine de cette difficulté, est-ce qu'on ne contribue pas en quelque sorte à entretenir le problème qui, à la base, reste entier ? Wells (1982) suggère que les traitements à court terme, en effet, se concentrent sur le symptôme et ne s'intéressent pas à l'origine du problème (Wells, 1982 : 7). Mais, si l'on ne traite qu'un symptôme indiquant un malaise plus profond, si l'on y remédie, d'autres symptômes non envisagés ne risquent-ils pas d'apparaître ?

Vu sous cet angle, on peut se demander à qui cette modalité d'intervention rend service. À l'utilisateur qui a pu résoudre un problème parmi d'autres ou dont le problème n'a pu être résolu que d'une façon partielle ? Ou bien est-ce l'établissement qui, du fait qu'une intervention se termine plus rapidement, « rentabilise » ses ressources matérielles et humaines ? Dans quelle mesure l'établissement en retire des avantages pécuniaires réels pourrait faire l'objet d'autres études puisque l'utilisateur, qui n'a pu régler entièrement une difficulté, aura probablement tendance à faire de nouvelles demandes de services. C'est par ailleurs le constat auquel sont arrivés Woods et Hollis (2000), qui signalent que malgré l'évidence qui pointe vers l'efficacité des traitements à court terme pour certains types de problèmes, 60 % des clients ayant complété une telle démarche consultent à nouveau (Woods et Hollis, 2000 : 537).

Des questionnements sur l'efficacité des interventions de courte durée et les impacts possibles d'un tel type d'intervention dans la vie des usagers nous amènent à vouloir réfléchir sur ce que cette intervention apporte à la clientèle. En d'autres mots, nous croyons que sans qu'un changement significatif se soit nécessairement produit dans la situation d'un usager, ce dernier pourrait tout de même estimer avoir retiré des bénéfices et faire une évaluation globale positive de la démarche qu'il a entreprise.

1.2.2 Bénéfices réalisés

L'utilisateur pourrait estimer, par exemple, que le principal « bénéfice » qu'il a réalisé, au cours de sa démarche, est d'avoir eu la possibilité de parler à quelqu'un d'attentif

et à son écoute. Mais il pourrait s'agir aussi de gains plus concrets dans le domaine des habiletés interpersonnelles, par exemple, des moyens pour mieux s'affirmer, ou encore, l'acquisition d'une meilleure connaissance de soi-même ou de la problématique vécue. Au fait, le terme « bénéfice » ou « gain », tel que compris dans notre projet, désigne le résultat de l'intervention, c'est-à-dire, tout ce que l'utilisateur estime avoir retiré du suivi. Vus de cette façon, ces gains peuvent prendre des formes multiples et peuvent se concrétiser sur le plan de son savoir, de son savoir-faire ainsi que de son savoir-être. Ces gains peuvent aussi être perçus comme plus ou moins aidants par ce dernier. L'utilisateur peut également avoir l'impression de ne pas avoir réalisé un gain significatif, et cela, pour des raisons variées.

En effet, pour que l'utilisateur ait l'impression d'avoir réalisé un gain quelconque, l'intervention doit nécessairement avoir permis l'acquisition d'un tel gain, et cela aux yeux de l'utilisateur. Or les praticiens qui œuvrent dans les CLSC utilisent des approches variées et ont des niveaux de formation et d'expérience diverses. Certains intervenants comptent plusieurs années de service, tandis que d'autres sont au début de leur carrière. Quelques-uns ont participé à des ateliers de formation portant sur un modèle d'intervention brève spécifique, d'autres non. Bref, les résultats de l'intervention tels que décrits par l'utilisateur risquent aussi de montrer des différences. Ces différences ne sont pas seulement attribuables à l'intervention en tant que telle, puisque, comme nous allons le constater dans la revue de la documentation, un ensemble d'autres facteurs jouent un rôle dans ce domaine.

Il est important de mentionner aussi que le projet ne vise pas à évaluer la performance individuelle des professionnels qui offrent ce type de service. En ce sens, il n'y aura pas, non plus, de lien direct entre l'intervention effectuée par un membre de l'équipe et le résultat final de cette même intervention. Le projet se concentre plutôt sur le résultat de l'intervention, tel que décrit par l'utilisateur, son impact dans sa vie ainsi qu'une description des multiples facteurs qui ont contribué à l'obtention du résultat final.

1.2.3 Nature des bénéfices

Compte tenu des facteurs énumérés dans les paragraphes précédents, nous pouvons donc, à bon droit, nous poser la question : dans quelle mesure l'utilisateur estime-t-il avoir été aidé au cours de la démarche ? Pensons, par exemple, à un praticien qui utilise majoritairement des méthodes qui invitent à l'introspection et qui permettent au client de discuter de ses problèmes dans le confort d'une relation chaleureuse et empathique. En fait, ces méthodes sont moins axées sur l'acquisition de gains proprement dits. Ce type d'intervention aurait peut-être permis à l'utilisateur de faire l'expérience d'une relation positive qui en retour pourrait avoir un impact positif sur son estime de lui-même et encourager de nouvelles initiatives de sa part. Néanmoins, il s'agit là d'acquis plus subtils et plus difficilement identifiables de sorte que le client peut avoir l'impression de ne rien avoir acquis ou d'avoir perdu son temps.

À l'inverse, des méthodes employées par l'intervenant qui visent davantage un travail en vue de l'atteinte d'un ou plusieurs objectifs définis et la mobilisation des énergies du client en ce sens peuvent ne pas convenir à certains clients. Dans une telle démarche, ils pourraient estimer, par exemple, ne pas avoir eu assez de place pour exprimer leurs émotions ou parler de leurs problèmes.

Qui plus est, outre la question de la nature des « gains » que l'utilisateur pense avoir réalisés, il y a celle de l'utilité de ces « gains », si « gains » il y a par rapport à la situation-problème qui préoccupait l'utilisateur lorsqu'il a fait sa demande d'aide, ainsi que dans son quotidien, de façon plus générale. À la suite de la démarche qu'il vient d'accomplir au CLSC, constate-t-il un changement quelconque dans sa situation ? L'utilisateur peut estimer avoir retiré des gains, par exemple une meilleure compréhension de ses difficultés, mais sans avoir pu les résoudre pour autant. On peut s'imaginer que dans certains cas, l'utilisateur reconnaît l'utilité de l'intervention par rapport à un point spécifique de la situation-problème qui le préoccupait, mais qui, dans l'ensemble, perçoit peu de changements dans sa vie ou par rapport à la situation-problème initiale, à la fin du traitement.

Tout de même, certains auteurs ont insisté sur le fait que, parfois, un changement minime jugé secondaire par l'utilisateur ou non identifiable par celui-ci, à la fin de l'intervention, peut finir par produire des améliorations plus significatives dans sa situation globale (Fisher, Weakland et De Shazer dans De Shazer, 1985 : 5, 16 ; Woods et Hollis, 2000 : 535). Certains auteurs indiquent également que le principal effet de la psychothérapie est de rehausser l'estime de soi du client, ce qui améliorerait la maîtrise de ses difficultés ainsi que son environnement, ce qui, au bout du compte, conduirait à des changements plus importants (Zilbergeld, 1983 dans Guay, 1992 : 20). Ces changements ne seront toutefois pas toujours perceptibles pour l'utilisateur à la fin de l'intervention, mais auront probablement tendance à devenir plus évidents à une date ultérieure.

Il est donc possible que l'utilisateur estime qu'à la fin de l'intervention, rien n'a changé dans sa vie. Tout comme l'utilisateur peut aussi évaluer que sa situation a changé. Mais est-ce qu'elle a changé en mieux ? En d'autres mots, dans quelle mesure les « gains » ou « bénéfiques » que l'utilisateur estime avoir réalisés au cours du suivi, que ce soit de l'ordre d'une meilleure compréhension de sa situation, de l'acquisition d'habiletés interpersonnelles ou autres, ont-ils contribué à une amélioration de sa situation ou constituent-ils en soi une amélioration ?

Dans certains cas, l'utilisateur pourrait même avoir l'impression que sa situation s'est détériorée ou qu'il se sent plus « mal dans sa peau ».

Sans nécessairement faire état d'une détérioration de sa situation en tant que telle, le client peut éprouver un sentiment d'échec à la fin de l'intervention du fait qu'il estime que ses attentes n'ont pas été satisfaites ou encore, qu'elles ne l'ont été que partiellement. Le client avait peut-être des attentes « irréalistes » à l'égard de l'intervention, ou il s'attendait à des changements immédiats sans qu'il ait à se mobiliser, c'est-à-dire, à faire des efforts en vue de l'atteinte des objectifs ou à prendre des décisions difficiles pour lui, de sorte que le dénouement satisfaisant de la situation-problème en soit affecté. Il peut y avoir plusieurs raisons qui pourraient

faire en sorte que l'utilisateur arrive à la conclusion que le suivi n'a pas répondu à ses attentes.

1.2.4 Attentes initiales et objectifs atteints

On peut donc se demander dans quelle mesure les attentes identifiées par le client, soit à la toute première entrevue, à l'accueil social (si elles n'ont pas changé), soit au début du suivi, peuvent réellement recevoir une réponse au cours du suivi.

Une autre question que nous nous posons en lien avec la première est dans quelle mesure les attentes de l'utilisateur, formulées par celui-ci à la toute première rencontre à l'instance de l'accueil social, peuvent recevoir une réponse. Nous supposons que les attentes de l'utilisateur ne peuvent recevoir une réponse que d'une façon partielle. Selon nous, les raisons de cette situation sont une combinaison de facteurs provenant des vulnérabilités du client, en tenant compte de la complexité de sa situation ainsi que des facteurs reliés à l'intervention, par exemple, la durée, la difficulté dans certains cas à établir une alliance thérapeutique, etc.

Les personnes qui rencontrent un travailleur social à l'accueil social ont en commun de vivre un malaise assez important pour qu'elles se présentent au CLSC et fassent une demande d'aide. Cette demande se fait d'abord dans le but de faire diminuer ou « disparaître » le malaise ou la souffrance ressentis face à une situation difficile, ce qui se traduit le plus souvent dans l'expression de leurs attentes relatives à la démarche qu'elles se préparent à entreprendre. Mais, dans quelle mesure peut-on répondre à ces attentes ? Rappelons-nous que selon certains auteurs, les objectifs qui peuvent être atteints à l'intérieur d'un traitement court demeurent limités. Le malaise peut éventuellement prendre moins d'ampleur dans la vie de la personne, mais il est clair qu'on ne peut pas toujours tout régler à l'intérieur d'un traitement court, et cela, pour des raisons diverses.

Généralement, les auteurs s'entendent pour dire que le fait de formuler des objectifs clairs et précis joue un rôle important dans les facteurs qui contribuent au succès d'un traitement dont la durée est limitée dans le temps. Ainsi, il relève de la responsabilité

de l'intervenant de clarifier d'éventuelles attentes irréalistes du client et de l'aider à formuler des objectifs « réalistes » et « réalisables » au cours du suivi limité à dix rencontres. Par objectifs « réalistes » et « réalisables », nous entendons la formulation d'un ou plusieurs objectifs concrets et en vue desquels on peut travailler au cours du suivi. Par exemple, il est impossible de « donner » plus de confiance en elle-même à une personne timide. Face à une telle demande, le travail de l'intervenant consisterait plutôt à préciser la demande et à voir ce que signifie dans la vie de cette personne le fait de manquer de confiance en elle-même. Par la suite, le client et le praticien détermineront l'aspect ou les aspects de cette situation qui seront ciblés au cours du suivi.

De plus, dans un suivi dont l'objectif visait l'acquisition d'habiletés de communication par exemple, l'usager peut avoir pris connaissance des différentes méthodes d'affirmation de soi, mais avoir de la difficulté à les mettre en pratique. Certes, il aura eu l'occasion de s'exercer pendant le suivi en étant accompagné par l'intervenant qui lui prodigue soutien et encouragement. Au fil du temps, il aura probablement acquis une meilleure maîtrise de ces nouveaux comportements et sera capable de s'activer d'une manière plus autonome. Or, compte tenu du fait que le suivi est limité dans le temps, le client ne dispose que de peu de temps pour mettre en pratique les connaissances qu'il a acquises. Est-ce qu'il continuera ses efforts sans l'encouragement et le soutien de l'intervenant ?

Sous ce point de vue, malgré le chemin parcouru, la personne pourrait estimer que ses attentes n'ont pas reçu de réponse complète. Elle peut ressentir le besoin de consolider ses acquis ou de travailler sur d'autres aspects découlant de la situation-problème. Ou encore, l'usager pourrait manifester le désir de continuer sa quête de lui-même et vouloir examiner des facteurs qui sont à la base de ses difficultés qui, initialement, ont motivé sa demande de consultation. En effet, il peut y avoir plusieurs raisons qui poussent l'usager à vouloir consulter de nouveau.

Il est donc possible qu'il existe un écart entre les attentes initiales et les objectifs atteints au cours du suivi. Tout comme il est possible aussi que l'écart soit minime ou

encore qu'il n'y en ait pas. Qui plus est, comme nous le verrons dans les paragraphes subséquents, en plus d'un écart entre les attentes initiales et les objectifs atteints, il peut y avoir aussi un écart entre les attentes de l'utilisateur, telles qu'identifiées à la toute première rencontre, à l'accueil social du CLSC, et les objectifs visés au début de l'intervention.

1.2.5 Attentes initiales de l'utilisateur et objectifs

Tout d'abord, il est nécessaire de rappeler ici qu'avant d'être orientés vers le programme de services à court terme, les usagers bénéficient d'abord d'une évaluation qui est réalisée à l'accueil social du CLSC. Par la suite, ils sont adressés au programme ou au service le mieux adapté à leurs besoins. Si l'utilisateur est orienté vers le programme de suivi à court terme, il peut y avoir plusieurs mois d'attente (en fonction de l'urgence du dossier) avant que la prise en charge du dossier par l'intervenant ne s'effectue. Pendant que les clients sont en attente, ils ont la possibilité de se référer à l'intervenant qui a procédé à l'évaluation du dossier, au cas où leur situation se transformerait et deviendrait plus urgente. Ils peuvent aussi s'adresser à d'autres services d'aide et de soutien ponctuel ou de crise. Par conséquent, comme il peut s'écouler plusieurs mois entre le contact initial et le début du suivi, les attentes du client à l'égard du CLSC se sont peut-être précisées. Il est aussi possible que la situation du client ait changé de sorte que ses attentes à l'égard du CLSC ne soient plus les mêmes. Le client a peut-être, de son chef, en faisant appel à ses propres ressources ou celles de son réseau naturel, résolu la situation problématique. Toutefois, il désire tout de même rencontrer quelqu'un pour des difficultés qui persistent, mais qui peuvent différer de celles exprimées au départ.

Un autre facteur qui pourrait faire en sorte qu'il y ait un écart entre les attentes initiales et les objectifs pourrait être lié à certaines caractéristiques présentées par le client et la complexité de la situation-problème présentée par celui-ci. Donc, autant certains clients peuvent posséder des attentes élevées au début du suivi, et qui ne pourront pas recevoir de réponse au cours d'un suivi limité dans le temps, autant il peut y avoir des clients qui sont incapables, au début du suivi, de mettre des mots sur

ce qu'ils veulent travailler parce que c'est flou et difficilement identifiable pour eux. On peut s'imaginer que dans certains cas, les objectifs élaborés plus ou moins en collaboration avec le client ne correspondent peut-être pas tout à fait ou pas du tout aux attentes de ce dernier.

Il est vrai que, si les objectifs identifiés ne correspondent pas du tout à ce que le client voulait travailler, le thérapeute risque de rencontrer des résistances et il aura probablement tendance à essayer de réorienter son intervention. Certains clients auraient peut-être même tendance à abandonner le suivi. Il n'en demeure pas moins, toutefois, que le client peut continuer à fournir un effort en vue de l'atteinte des objectifs définis au début du suivi, à défaut de pouvoir exprimer ses attentes de façon à ce qu'elles deviennent des objectifs « réalisables » au cours du suivi qui comprend dix rencontres. Il se pourrait aussi que l'utilisateur se sente mal à l'aise ou craigne de s'affirmer et d'exprimer son désaccord parce que, somme tout, il trouve le thérapeute sympathique et ne veut pas lui déplaire ou faire face à sa désapprobation.

Il va sans dire qu'une différence entre les attentes initiales de l'utilisateur et les objectifs jouera un rôle dans le résultat final de l'intervention.

Nous croyons aussi que, pour nous permettre d'apprécier le résultat final de l'intervention à sa juste valeur, nous devons aussi nous attarder à la situation-problème initiale telle que présentée par l'utilisateur à au départ.

1.2.6 Complexité de la situation et résultat final

En effet, les situations-problèmes, pour lesquelles les usagers demandent un suivi au CLSC, sont plus souvent complexes et peuvent même présenter une certaine chronicité. Par ailleurs, la complexité des situations-problèmes rencontrées par les travailleurs sociaux de nos jours a été soulignée par divers auteurs québécois (Ritzhaupt, 2003 : 97 ; Mayer, 2002 : 414). Notre expérience d'intervention nous a permis d'arriver à un constat similaire. En effet, lorsque la personne décide enfin de demander de l'aide, elle le fait souvent dans un moment de crise, alors que la situation s'est détériorée à un point tel que l'individu est incapable de la résoudre

sans aide. En ce sens, les deux facteurs qui ont un impact certain sur le cheminement de l'utilisateur au cours du suivi et sur la possibilité d'en retirer des bénéfices sont l'ampleur des « dégâts » et la complexité de la situation.

1.2.7 Diversité des situations-problèmes et résultat final

Outre la complexité des situations-problèmes, il y a la diversité des situations rencontrées par les intervenants, qui peut avoir un impact sur les résultats d'intervention. En ce sens, l'intervenant doit posséder des connaissances suffisantes par rapport à la problématique qu'il traite afin de pouvoir répondre adéquatement aux besoins présentés par l'utilisateur. Les praticiens qui exercent leur profession au sein d'un CLSC rencontrent des problématiques fort diversifiées, ce qui exige que les praticiens soient pour ainsi dire des « généralistes », qu'ils possèdent des connaissances dans des domaines variés et qu'ils soient en mesure d'avoir recours à une panoplie de méthodes d'intervention. En ce sens, les interventions à court terme peuvent représenter un défi de taille pour les intervenants qui possèdent des formations et niveaux d'expériences diversifiés.

Comme nous avons pu le constater dans les paragraphes précédents, la pratique d'interventions de courte durée soulève pour nous de nombreuses questions. Nous avons voulu faire ressortir les principaux points qui, à notre avis, représentent un défi particulier lorsque l'on pratique ce type d'intervention et qui méritent que l'on s'y attarde. Ainsi, en lien avec nos questionnements, nous proposons les objectifs de recherche suivants :

1.3 Objectifs de la recherche

L'objectif général de la recherche est d'identifier les impacts du point de vue des usagers de services à court terme du CLSC-CHSLD du Marigot. D'une façon plus précise, le projet vise à explorer les dimensions suivantes :

- Dégager les facteurs qui, au cours du suivi, ont contribué à la satisfaction de l'utilisateur ;

- Examiner les convergences et divergences entre les attentes initiales des usagers qui ont été identifiées à la toute première entrevue à l'accueil social, et les objectifs atteints ;
- Déterminer les changements dans la vie de l'utilisateur, positifs ou négatifs, selon la personne, et qui sont associés directement à l'intervention.

Ces trois objectifs visent, en quelque sorte, à faire un bilan d'une démarche thérapeutique limitée dans le temps, et cela, telle qu'elle a été vécue par l'utilisateur. Les interventions brèves, planifiées ou non, constituent la grande majorité des services offerts dans les CLSC du Québec. On peut donc dire que ce type de service est dispensé à un large éventail de clientèles et est appliqué à des problématiques des plus variées. Considéré sous cet angle, on peut, à bon droit, se demander quelles sont les implications de cette situation pour les professionnels ainsi que pour les clientèles qui reçoivent le soin ou les soins.

1.4 Conclusion

Le défi que pose la pratique d'interventions brèves découle en partie du fait que l'intervention se réalise à l'intérieur d'un laps de temps relativement court. L'intervention se déroule donc à un rythme accéléré et le travail thérapeutique, avec tout ce que cela implique, doit s'effectuer beaucoup plus rapidement. Pour le client, cela signifie qu'il doit être capable de s'engager rapidement dans un processus thérapeutique qui exige de lui une participation active. À l'issue de cette réflexion, nous en sommes venue à nous demander quelle est la possibilité de changement à l'intérieur d'une démarche thérapeutique qui présente une limite dans le temps. D'autant plus que la pratique d'interventions à court terme, planifiée ou non, est de plus en plus courante et que, à en croire certains auteurs, cette situation est même là pour durer.

En lien avec notre réflexion sur l'efficacité des interventions de courte durée, nous avons abordé des questionnements plus spécifiques reliés à la pratique des suivis à court terme dans un CLSC-CHSLD. En nous basant sur notre expérience personnelle,

nous avons mis en évidence les éléments qui, à notre avis, peuvent jouer sur la possibilité pour l'utilisateur de progresser et de réaliser des gains ou bénéfices au cours de la démarche. Ces éléments ont été abordés en lien avec les attentes de l'utilisateur par rapport à la démarche qu'il a entreprise ainsi que des particularités reliées à sa situation de départ qui a motivé la demande d'aide.

Le prochain chapitre constitue la recension de la documentation sur les interventions limitées dans le temps. La première partie se présente comme un bref aperçu historique de l'évolution des interventions à court terme et leur utilisation de plus en plus répandue aux États-Unis, mais aussi, ici au Québec. Viendront ensuite s'y greffer des parties portant sur l'efficacité de cette modalité de traitement, ainsi que ses points forts et ses limites.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

2.1 Survol historique du développement des interventions brèves

2.1.1 Expansion de cette modalité d'intervention

Au cours de notre survol historique, nous allons tenter de situer le développement des interventions brèves dans son contexte social et politique lié de près à la pratique du travail social. Nous allons d'abord commencer par regarder l'évolution de cette modalité d'intervention aux États-Unis, étant donné l'influence qu'exercent nos voisins américains sur la pratique ici au Québec (Deslauriers et Hurtubise, 2000 : 29).

Les modèles d'intervention brève font aujourd'hui partie du répertoire de plusieurs types de professionnels qui œuvrent dans le domaine de la santé mentale. Aux États-Unis, cette modalité de traitement a connu une montée en popularité après la Deuxième Guerre mondiale. Cependant, les cliniciens qui adhéraient majoritairement à l'école psychodynamique la considéraient comme un traitement de « second choix ». On reprochait à ce mode de pratique, critique qu'on lui adresse encore de nos jours, de manquer de profondeur (Koss, Butcher et Strupp, 1986 : 60 ; Shechter, 1997 et Wolberg, 1965 dans Goldstein et Noonan, 1999 : 3 ; Reid, 1997 : 202).

Le courant psychodynamique répondait cependant peu aux besoins des travailleurs sociaux qui sont confrontés à des problématiques des plus diversifiées. Par conséquent, des approches alternatives, par exemple, l'approche systémique centrée sur la résolution de problèmes ou modification du comportement a vu le jour (Reid, 1997 : 202). Parallèlement à ce développement, de nouveaux modèles de traitement dont la durée est limitée dans le temps ont été élaborés. Autour des années 60, ces modèles ont continué à gagner du terrain et sont devenus de plus en plus reconnus en service social, ainsi que dans d'autres champs de pratiques connexes tels que la psychiatrie et l'intervention familiale (Reid, 1997 : 203 ; Goldstein et Noonan, 1999 : 4).

2.1.2 Contexte québécois

Au Québec, c'est autour des années 1974 que les interventions planifiées à court terme prennent de l'expansion. Selon Carey-Bélanger et Côté (1982), un facteur qui a contribué à ce développement en service social est la reconnaissance, par les travailleurs sociaux, de l'efficacité de ce mode d'intervention. De plus, selon les auteurs, cette pratique s'harmonisait aussi avec certaines valeurs des travailleurs sociaux des années 1980. L'accessibilité pour les praticiens aux formations portant sur des modèles d'intervention à court terme qui sont dispensées dans leur milieu de travail constitue un autre élément qui a contribué à ce développement (Carey-Bélanger et Côté, 1982 : 241).

Par ailleurs, la crise dans laquelle le système de la santé et des services sociaux était plongé constituait, à l'époque, un terrain propice à ce genre de développement. En effet, le Québec devait faire face à de nombreux problèmes sur le plan social et économique. Cette impasse se traduisait par une diminution de l'implication de l'État et des mesures de restructuration amorcées par celui-ci en vue d'équilibrer les finances publiques. Le désengagement de l'État de ses responsabilités sociosanitaires à l'égard de la population et les réaménagements qui s'ensuivirent ne sont pas sans avoir eu des répercussions sur les services dispensés à la population (Mayer, 2002 : 367 ; Favreau, 2000 : 39).

Dans ce contexte, la vocation des CLSC se définit enfin et ils consolident leur place au sein du réseau institutionnel. Les interventions qui s'y effectuent sont majoritairement courtes (Larivière, 1989 : 36 dans Mayer, 2002 : 349). Par ailleurs, Carey-Bélanger et Côté (1982) indiquent qu'il s'agit là d'une situation commune à l'ensemble des travailleurs sociaux du Québec, ainsi qu'à d'autres professionnels de la relation d'aide (1982 : 241).

Deux modèles d'intervention qui ont connu une certaine popularité au Québec au cours des années 1980 sont le modèle centré sur la tâche et le modèle d'intervention en situation de crise. Ces modèles ont en commun, entre autres, le fait d'être structurés et d'être planifiés pour le court terme (Mayer, 2002 : 361-362). Ces deux

modèles sont encore utilisés aujourd'hui par les travailleurs sociaux (Mayer, 2002 : 362).

Autour des années 1990, de nouvelles réformes donnent lieu à d'autres changements structureaux importants. Le réseau sociosanitaire québécois connaît une réorganisation majeure, entre autres, en renforçant la planification et la gestion régionale et en encourageant la collaboration entre les différents établissements. Les CLSC, les organismes communautaires, la famille et les aidants naturels sont appelés à suppléer à l'insuffisance de l'État (Mayer, 2002 : 437). Ce climat de restructuration et de manque de ressources de toute sorte appelle des façons alternatives de faire. Notamment, il y a une revalorisation des initiatives d'entraide, les organismes communautaires et d'économie sociale (Favreau, 2000 : 39 ; Vaillancourt et Jetté, 1995 dans Mayer, 2002 : 437).

En l'année 2000, les interventions réalisées dans les CLSC sont toujours majoritairement de courte durée (Larivière, 1995 : 43). En effet, selon l'Association des CLSC, la moyenne d'interventions psychosociales par usager est largement inférieure à dix interventions par année, et cela, pour l'ensemble des CLSC sur le territoire québécois. Par ailleurs, le rapport de l'Association des CLSC indique que les intervenants du CLSC ont adopté très majoritairement une approche qui peut être qualifiée de court terme (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, avril 2003 : 11).

Modèles de pratique

La brièveté n'est cependant pas le seul aspect commun aux interventions qui s'effectuent à l'intérieur des CLSC. On note aussi qu'elles se réalisent selon une perspective globale, c'est-à-dire biopsychosociale, des besoins de l'utilisateur, ce qui donne lieu à des interventions en équipes multidisciplinaires. Quant aux modèles de pratique utilisés par les travailleurs sociaux dans les CLSC, il y a ce que Larivière (1995) appelle un manque de cadre de référence commun, c'est-à-dire, l'adhésion des intervenants à un même modèle de pratique (Larivière, 1995 : 43).

En outre, dans un article qui fait état des cadres de références à la pratique professionnelle en CLSC, C. Barbeau et C. Larivière, 2002, indiquent que les intervenants dans les CLSC développent souvent une approche éclectique. Certains travailleurs sociaux s'offrent des formations privées en choisissant une approche en particulier, guidés par des motifs personnels. Ces choix sont faits au détriment d'une philosophie d'intervention commune. D'autres CLSC valorisent une philosophie d'intervention précise (approche court terme, systémique, etc.) et les intervenants sont alors formés à ces approches et encouragés à les utiliser (Barbeau et Larivière, 2002 : 97-98).

D'une façon plus générale, Deslauriers et Hurtubise (2000) recensent quatre principaux courants de pensée en intervention individuelle en service social au Québec. Il s'agit du courant psychodynamique, du courant sociocomportemental, du courant systémique ainsi que du courant de libération ou antioppression (Deslauriers et Hurtubise, 2000 : 101).

Ici au Québec, en dehors des courants mentionnés par Deslauriers et Hurtubise (2000), le modèle d'intervention en situation de crise et le modèle centré sur la tâche semblent toujours avoir leur place dans le répertoire des pratiques des travailleurs sociaux québécois (Mayer, 2002 : 362 ; Du Ranquet, 1983).

Nous désirons mentionner qu'il ne s'agit pas de présenter un bilan exhaustif des différentes modalités et stratégies d'intervention rencontrées dans les CLSC, ce qui, à en croire certains auteurs, serait une entreprise d'envergure compte tenu de la diversité des pratiques rencontrées dans les CLSC (Deslauriers et Hurtubise, 2000 : 101 ; Larivière, 1995 : 43). Nous avons plutôt essayé d'identifier les courants qui seraient le plus fréquemment utilisés. De plus, comme Deslauriers et Hurtubise (2000) l'ont spécifié, il s'agit des principaux courants, mais qui ne sauraient décrire la diversité, l'originalité ainsi que les contradictions des pratiques rencontrées sur le terrain. Ces courants ne se rencontrent pas non plus tels quels dans la pratique. Il s'agit plutôt de cadres de référence communs qui ont l'avantage d'offrir quelques points de repère (Deslauriers et Hurtubise, 2000 : 101).

Nous avons fait un court survol historique en voulant faire ressortir la situation au Québec et particulièrement la pratique dans les CLSC. Maintenant, nous allons aborder une description plus générale de ce qu'est l'intervention brève. Tout d'abord, nous apporterons quelques précisions sur ce que les auteurs entendent, d'une façon générale, par l'expression « traitement à court terme », appelé aussi « thérapie brève » dans certains ouvrages. Ainsi, avant de discuter de l'efficacité de cette modalité d'intervention et de ses limites, nous allons tenter d'apporter quelques clarifications relatives à ces appellations.

2.2 Intervention brève – quelques définitions

Interventions à court terme et limite de temps

D'emblée, nous pouvons dire que l'appellation « traitement à court terme » ne désigne pas nécessairement, comme le nom le suggère, une intervention qui se réalise à l'intérieur d'un court laps de temps et un nombre restreint de rencontres pour tous les modèles de pratique confondus. À cet effet, Woods et Hollis (2000) indiquent que le nombre de rencontres se situe entre deux et trois rencontres et peut se poursuivre jusqu'à des contacts s'échelonnant sur une période de trois à quatre mois (Woods et Hollis, 2000 : 530). Selon Guay (1992), il s'agit d'un total de six à huit rencontres. Reid (1997) parle de vingt rencontres ou moins ou qui s'étalent sur une période de temps limité (Reid, 1997 : 202). De Shazer (1985) cite des auteurs qui désignent comme thérapie brève des traitements qui peuvent durer de dix à vingt-cinq rencontres ou même de quarante à cinquante sessions (Castelnuovo-Tedesco, 1975 et Malan, 1976 dans De Shazer, 1985 : 3).

La durée de ce qu'on appelle un « traitement à court terme » est donc flexible et le nombre de rencontres est sujet à de fortes variations. Mais alors, où se situe la différence entre ce qu'on appelle traitement à courte durée et celui qui est de longue durée ? Selon les auteurs, ce qui différencie les thérapies brèves des autres est la limite de temps et l'intensité des rencontres, précisées au début de l'intervention (Bloom, 1981 ; Malan, 1976 dans Wells et Giannetti, 1990 : 9 ; Budman et Gurman, 1988 : 109).

Ainsi, comme nous venons de le constater dans ce que les auteurs appellent « traitement à court terme » ou « thérapie brève », la limite de temps est prévue et connue à l'avance. Le traitement est donc court parce qu'il en a été décidé ainsi et non pour d'autres raisons, par exemple, la nature du problème, le mandant d'une ressource ou un abandon de traitement.

De Shazer (1985) ajoute une clarification supplémentaire. Selon cet auteur, le terme « thérapie brève » se définit non seulement à partir de ces critères, mais aussi par l'utilisation de méthodes et d'outils thérapeutiques susceptibles de maximiser les résultats de l'intervention à l'intérieur de cette limite de temps. (De Shazer, 1985 : 5).

Nous désirons mentionner aussi que, dans la plupart des écrits, on reconnaît à cette modalité un ensemble de caractéristiques communes reliées au travail thérapeutique en tant que tel et un processus d'intervention. Nous allons développer ces caractéristiques un peu plus loin dans le texte.

Dans la plupart des écrits recensés, les auteurs ne font généralement pas de distinction entre les termes « traitement à court terme » et « thérapie brève ». En d'autres mots, dans un même texte, tantôt elle porte l'appellation : « traitement à court terme », tantôt : « thérapie brève ».

Compris de telle manière, nous sommes à même de constater que l'intervention que nous voulons étudier présente des similitudes avec ce que les auteurs définissent comme « traitement à court terme » ou « thérapie brève », malgré le fait que d'emblée, la durée de l'intervention est limitée en raison de la vocation du service en tant que tel.

Ce point-ci clarifié, nous voulons discuter dans les prochains paragraphes de l'efficacité de la thérapie brève. À cet effet, nous allons d'abord décrire ce que sont, selon certains auteurs, les principaux avantages de cette modalité d'intervention. Par la suite, nous allons comparer les modalités de traitement limitées dans le temps à des méthodes plus traditionnelles en plus de tenter de faire ressortir les principales critiques adressées à la thérapie brève. Dans un troisième temps, nous allons discuter

de l'efficacité de la thérapie brève en fonction de certaines caractéristiques présentées par le client ou de sa situation-problème. Nous allons par la suite observer que l'application de la thérapie brève comporte certains pièges ou difficultés reliées principalement au rythme accéléré dans lequel se déroule généralement l'intervention. Il va sans dire que pour éviter ces pièges et surmonter ces difficultés avec succès, il est souhaitable que l'intervenant possède certaines habiletés et connaissances qui ne sont pas nécessairement propres à ce type d'intervention, mais qui jouent un rôle prépondérant dans le succès du traitement. Pour terminer cette partie de notre travail, nous allons aborder ces particularités.

2.3 Efficacité de la thérapie brève

2.3.1 Points forts

2.3.1.1 Cheminement de l'utilisateur et processus d'intervention

Généralement, les auteurs s'entendent effectivement pour dire que les modalités d'intervention brève présentent un certain nombre d'avantages comparativement à d'autres formes de traitement.

D'emblée, nous avons constaté que certains auteurs prétendent que cette forme d'intervention risque moins d'entraîner une dépendance de l'utilisateur à l'égard du thérapeute (Du Ranquet, 1983 : 200 ; Woods et Hollis 2000 : 535). De même, la limite de temps jouerait aussi favorablement sur le cheminement de l'utilisateur, notamment en ce qui concerne l'espoir du client et l'anticipation de résultats positifs (Du Ranquet, 1983 : 200). D'autres auteurs suggèrent que les traitements à court terme visent davantage à développer les forces du client et qu'ils ont un impact favorable sur sa motivation. Par conséquent, les progrès du client sont plus rapides (Woods et Hollis, 2000 : 536).

Du Ranquet (1983) parle aussi de la rapidité de l'obtention de résultats. Selon l'auteur, ce mode d'intervention exige un rythme de travail accéléré et cela, bien entendu, en raison de la limite de temps explicite, déterminée au début du traitement

et dont le thérapeute et le client disposent pour travailler sur des objectifs établis au préalable (Du Ranquet, 1983 : 200).

À ce niveau, Woods et Hollis (2000) ajoutent que, comme l'accent est mis sur l'atteinte d'objectifs définis au préalable, moins de temps est accordé à l'exploration sans but précis. Par ailleurs, le thérapeute ramène le client aux objectifs fixés lorsque celui-ci s'écarte du sujet (Woods et Hollis, 2000 : 535). En outre, comme le travail se réalise à l'intérieur d'un laps de temps relativement court, il y a généralement moins d'abandons au cours du traitement (Du Ranquet, 1983 : 200 ; Woods et Hollis, 2000 : 535).

Nous avons vu que selon certains auteurs, la limite de temps peut avoir des impacts positifs sur le processus de changement amorcé par le client et qu'elle peut aussi jouer favorablement sur le processus d'intervention en soi, qui se veut davantage structuré et orienté vers l'atteinte d'objectifs précis.

2.3.1.2 Adaptabilité des modalités d'intervention brève

La polyvalence des modalités d'intervention brève en termes de compatibilité avec différentes orientations thérapeutiques constitue un autre avantage que présentent certaines modalités d'intervention brève (Koss, Butcher et Strupp, 1986 : 61). En outre, elles peuvent être utilisées pour venir en aide à des clientèles présentant des problématiques diverses et des clients provenant de contextes socioéconomiques variés (Koss, Butcher et Strupp, 1986 : 61 ; Woods et Hollis, 2000 : 535).

Qui plus est, ce mode d'intervention présente des perspectives intéressantes aux cliniciens de divers milieux qui offrent des services qui, en raison de leur vocation, sont limités dans le temps. Comme dans un milieu hospitalier, par exemple. En effet, les auteurs suggèrent que l'utilisation de ce mode d'intervention, dans un tel contexte, peut avoir un impact favorable sur l'obtention de résultats positifs dans relativement peu de temps, encourageant ainsi le client à poursuivre son cheminement à la fin de l'intervention (Woods et Hollis 2000 : 535). L'utilisation de cette modalité d'intervention peut aussi être profitable à des clients récalcitrants et

dont on peut supposer qu'ils auraient plus tendance à adhérer à un traitement relativement court qu'à un traitement d'une durée indéterminée ou s'échelonnant sur une longue période de temps (Woods et Hollis, 2000 : 536).

2.3.1.3 Avantages économiques ?

Outre les avantages que présente cette modalité d'intervention pour l'intervenant et le client, certains auteurs ont suggéré des avantages aussi sur le plan économique. Notamment, la possibilité de répondre à un volume d'utilisateurs beaucoup plus considérable, ce qui, sans doute, a un impact favorable sur l'accessibilité des usagers aux services (Du Ranquet, 1983 : 200). Woods et Hollis (2000), abondent dans le même sens. Les auteurs émettent toutefois des réserves quant à l'imposition arbitraire de limites de temps dans des organismes dans le seul but de résoudre des problèmes d'ordre économique ou fiscal. À cet égard, les auteurs ajoutent que, malgré les avantages que présente cette modalité d'intervention pour un bon nombre de clients, certains usagers ont besoin d'un traitement plus long pour pouvoir résoudre leurs difficultés avec succès (Woods et Hollis, 2000 : 538 ; Reid, 1997 : 204).

Somme toute, on peut dire que ce mode d'intervention présente des avenues intéressantes pour les professionnels de la relation d'aide ainsi que les usagers. Toutefois, malgré ces possibilités, il ne faut pas surestimer le potentiel de ce mode d'intervention. Nous verrons au cours des prochains paragraphes que, quoique l'efficacité des modalités d'intervention brève soit démontrée par bon nombre d'auteurs, certains émettent des réserves et des mises en garde quant à l'application des approches à court terme. En effet, il faut rester attentif aux limites que comporte l'utilisation de cette modalité d'intervention avec certains types de clientèle et de problématiques.

2.3.2 Limites de l'intervention brève

2.3.2.1 L'intervention à court terme versus l'intervention à long terme

Généralement, les auteurs reconnaissent l'efficacité des traitements qui sont limités dans le temps (Wells, 1982 : 18-23 ; De Shazer, 1985 : 5 ; Wells et Giannetti, 1990 :

8 ; Guay, 1992 : 16 ; Reid, 1997 : 204 ; Turner et al., 1996 : 228 ; Wells et Phelps, 1990 dans Goldstein et Noonan 1999 ; Woods et Hollis, 2000 : 537). Selon eux, des études comparant des traitements brefs avec des traitements à long terme aboutissent à la conclusion que les deux modalités arrivent à des résultats équivalents (Wells, 1982 : 23 ; Gurman et al., 1986 et Koss et Butcher, 1986 dans Wells et Giannetti, 1990 : 8 ; Koss et Shiang, 1994 dans Goldstein et Noonan, 1999 ; Reid, 1997 : 203-204 ; Miller, 1996 : 5-7).

Bon nombre d'auteurs s'entendent donc pour dire que les traitements de courte durée sont efficaces et certains vont jusqu'à dire que les résultats sont équivalents comparativement à des traitements plus longs. Ce point-ci ne fait cependant pas l'unanimité parmi les auteurs. Miller (1996) soutient qu'une révision de recherches favorables aux traitements courts a indiqué que les résultats des études favorables à la thérapie brève ont été interprétés d'une façon erronée. Selon l'auteur, une interprétation plus juste révèle que les modalités de traitement à court terme sont moins efficaces que les traitements de longue durée (Miller, 1996 : 567). En outre, l'auteur affirme qu'il y a une corrélation positive et significative entre la longueur de la thérapie et le degré d'amélioration rapporté par le client (Luborsky et al. 1971 ; Orlinsky et Howard, 1986 ; Howard et al., 1986 dans Miller, 1996 : 572).

Miller (1996) va même jusqu'à dire que l'implantation massive de services qui sont limités dans le temps, dans certaines ressources publiques et parapubliques, relève davantage de la volonté de rationner les services donnés à la population par les décideurs. Qui plus est, l'auteur soutient que lorsqu'on affirme que les deux modalités de traitement (long et court) donnent des résultats équivalents, les vraies raisons pour lesquelles ces interventions connaissent une certaine popularité, qui, selon lui, sont d'ordre économique, sont occultées, ce qui soulève d'importantes questions éthiques (Miller, 1996 : 572).

Le commentaire de Woods et Hollis (2000) va un peu dans le même sens que celui de Miller (1996) en affirmant que les résultats de recherche à ce niveau soulèvent des points contradictoires et ne permettent pas de tirer de telles conclusions. Les auteurs

insistent sur la nécessité de conduire d'autres recherches en comparant les deux modalités de traitement (Woods et Hollis 2000 : 537).

Quant à l'équivalence des résultats obtenus par les modalités d'intervention à court terme versus les modalités de longue durée, Woods et Hollis (2000) dans leur livre *Casework : A Psychosocial Therapy*, reconnaissent en effet l'utilité des interventions limitées dans le temps dans le traitement de problèmes spécifiques et concrets et qui ont commencé depuis peu. Les auteurs soutiennent, cependant, qu'elles sont moins efficaces pour d'autres types de difficultés (Woods et Hollis 2000 : 537 ; Du Ranquet, 1983 : 155).

Toujours en lien avec l'efficacité des modalités d'intervention brève, un autre point intéressant à soulever est que des études ont démontré d'une façon générale que la plupart des traitements sont brefs même si cette brièveté n'est pas nécessairement planifiée (six à huit rencontres) (Koss, 1979, Gurman, 1981 dans De Shazer, 1985 : 4 ; Garfield, 1986 dans Wells et Giannetti, 1990 : 8 ; Howard et al. dans Budman et Gurman, 1988 : 46 ; Miller, Duncan et Hubble, 2001 : 6). En effet, selon Miller, Duncan et Hubble :

[...] les revues de littérature démontrent de façon assez convaincante que toutes les thérapies sont brèves. Les données rassemblées au cours des 50 dernières années montrent que le client ne suit en moyenne que quelques sessions, quel que soit le modèle thérapeutique en cause [...] (Miller, Duncan et Hubble, 2001 : 5).

L'auteur estime aussi qu'en fait de résultats, il y a peu de différences appréciables entre les résultats de divers modèles de thérapie. En effet, il précise qu'il n'existe aucune preuve pour dire que la thérapie brève produit des résultats supérieurs aux thérapies plus traditionnelles, c'est-à-dire, qui permettent un changement plus facile, plus fiable ou plus durable que les traitements à long terme (Miller, Duncan et Hubble, 2001 : 6).

Un autre argument que les tenants des diverses approches de la thérapie brève utilisent en faveur de l'utilisation de cette modalité d'intervention est qu'il semblerait

que, de toute façon, la majeure partie des changements positifs ont lieu tôt dans le processus thérapeutique (Reid, 1997 : 203 ; Wells, 1990 dans Goldstein et Noonan, 1999 : 3-4).

À cet égard, Miller (1996) précise qu'une fin de traitement qui survient selon un plan aut. d'intervention établi entre le client et l'équipe soignante dans le meilleur intérêt du client, diffère largement d'une limite de temps imposée par des conditions externes ou par un tiers. Il indique aussi qu'un abandon de traitement ne signifie pas nécessairement que le traitement, tel qu'il a été initialement prévu, était trop long ou que le client a atteint un résultat optimal (Miller, 1996 : 572-573). Dans cette optique Miller (1996) se réfère à une étude d'envergure qui indique qu'il est vrai que des changements positifs surviennent dans la première phase du traitement, mais il suggère aussi que d'autres changements pour le moins équivalents sous le rapport de l'importance sinon déterminants, tels que la diminution des symptômes et l'amélioration globale du fonctionnement de l'individu, surviennent dans les phases ultérieures du traitement (Howard, Lueger, Maling et Martinovich, 1993 dans Miller, 1996 : 573).

Il n'y a donc pas de consensus parmi les auteurs quant à l'efficacité des modalités d'intervention à court terme. Toutefois, comme nous avons pu le constater, lorsqu'on compare des méthodes d'intervention plus traditionnelles aux interventions réalisées à court terme, les recherches démontrent que les deux modalités de traitement donnent des résultats similaires.

Qui plus est, bon nombre d'auteurs suggèrent que l'efficacité de ce mode d'intervention peut varier en fonction de caractéristiques présentées par le client et sa situation-problème. Nous nous proposons dans la partie subséquente d'examiner de plus près ces éléments en commençant par la description de certaines caractéristiques présentées par le client et qui auraient tendance à faciliter son cheminement à l'intérieur d'un traitement court, pour ensuite aborder brièvement d'autres indicateurs de succès reliés à la situation-problème du client.

2.3.2.2 Efficacité de l'intervention brève et caractéristiques du client

Ainsi, selon certains auteurs, les clients susceptibles de bénéficier le plus de cette modalité de traitement sont ceux qui décrivent des problèmes spécifiques et concrets dont les difficultés ont commencé récemment. Ils ont démontré un fonctionnement antérieur satisfaisant et possèdent une bonne capacité d'entrer et de maintenir une relation. Leurs relations sont empreintes de réciprocité et ils sont capables d'intimité. Pour ce qui est de la communication, ils s'expriment correctement, savent exposer leurs problèmes en termes spécifiques et concrets et expriment leurs sentiments. Il s'agit de personnes motivées et désireuses de s'engager dans un processus thérapeutique. Au niveau personnel, elles sont capables d'introspection (Carey-Bélangier et Côté, 1982 : 245 ; Koss, Butcher et Strupp, 1986 : 61 ; Guay, 1992 : 15-16 ; Woods et Hollis, 2000 : 533).

Toutefois, contrairement à ce que l'on pourrait penser, dans certains cas, même des clients aux prises avec des problèmes plus complexes et chroniques peuvent faire des progrès à l'intérieur d'un traitement à courte échéance (Woods et Hollis, 2000 : 533 ; Du Ranquet, 1983 : 55 ; De Shazer, 1985 : 16).

Il n'en demeure pas moins cependant que la possibilité de tirer profit du traitement peut varier en fonction de certaines qualités que les usagers possèdent. Lecompte et Castonguay (1987) vont même jusqu'à dire que la réussite de la thérapie dépend à 65 % des caractéristiques du client, 25 % est attribuable aux caractéristiques du thérapeute et 10 % aux méthodes utilisées (Lecompte et Castonguay, 1987 dans Guay, 1992 : 15).

D'une façon plus générale on peut dire qu'aujourd'hui, la plupart des experts s'entendent pour dire que l'implication du client est déterminante à 40 %, la qualité de l'alliance thérapeutique à 30 %, la confiance en l'efficacité du traitement à 15 % et la spécificité de l'approche thérapeutique à 15 % (De Cotret, 2004 : 2).

Ainsi, puisque l'approche en tant que telle n'est pas déterminante pour le succès du traitement, on peut conclure qu'une psychothérapie bien menée, peu importe

l'approche employée, a toutes les chances de réussite. Cependant, comme le souligne aussi L. R. de Cotret, cela ne veut pas dire pour autant que toutes les psychothérapies fonctionnent à titre égal pour tout le monde (De Cotret, 2004 : 2).

En ce qui concerne la thérapie brève, Woods et Hollis (2000) suggèrent que les clients qui présentent des problèmes graves au niveau de leur personnalité ou qui connaissent des épisodes psychotiques sont moins aptes à bénéficier des modalités de traitement court (Woods et Hollis, 2000 : 533). Guay (1992) abonde dans le même sens. L'auteur précise que cette modalité d'intervention n'a pas encore réussi à s'imposer pour traiter des problèmes plus graves tels que la phobie complexe, la dépression psychotique, etc. (Guay, 1992 : 16).

D'autres auteurs apportent des précisions supplémentaires. Par exemple, une étude réalisée par T. Holmes a démontré que des clients ayant vécu des mauvais traitements au cours de l'enfance n'ont pas fait des progrès à l'intérieur d'un traitement court (T. Holmes, 1995 dans Reid, 1997 : 204). Selon Carey-Bélangier et Côté (1982), ce mode d'intervention ne peut s'appliquer dans des situations de désorganisation profonde ou de sous-organisation structurelle et avec des individus qui présentent des caractéristiques telles que la rigidité, des carences profondes ou des absences de contrôle des impulsions (Carey-Bélangier et Côté, 1982 : 283).

Toutefois, il est important de préciser ici que malgré les progrès qu'on a pu réaliser, certains auteurs sont d'avis qu'on n'a pas, à ce jour, de connaissances adéquates et des indicateurs permettant d'indiquer pour quels types de clientèles l'intervention brève est définitivement recommandée (Reid, 1997 : 204 ; Woods et Hollis, 2000 : 537).

Ces observations sont certainement à considérer lorsqu'on offre ce type de service. D'autres aspects inhérents au processus thérapeutique et des méthodes d'intervention utilisées lors de la pratique de cette modalité de traitement ont aussi soulevé des questionnements importants quant à la possibilité d'éventuels effets négatifs sur l'évolution du client et sur le résultat final de l'intervention.

2.3.2.3 Méthodes utilisées et résultat final

L'une des critiques adressées généralement aux modalités d'intervention brève est que trop peu de temps est accordé à l'évaluation de la situation-problème. Selon Koss, Butcher et Strupp (1986), cet aspect se trouve souvent négligé par le thérapeute qui, sous la pression du temps et d'échéanciers à respecter, ne lui accorde pas l'attention qu'elle mérite. En outre, la rapidité avec laquelle se déroule l'intervention peut résulter dans des activités thérapeutiques erronées ou prématurées. Qui plus est, la brièveté de l'intervention ne permet pas toujours à l'intervenant de constater d'éventuels effets négatifs (Sachs, 1983 et Strupp et al., 1981 dans Koss, Butcher et Strupp, 1986 : 62). Koss, Butcher et Strupp (1986) soutiennent, aussi, qu'en soi, le niveau d'activité du thérapeute, qui est nécessairement plus élevé au cours du traitement court, augmente la possibilité d'impacts défavorables (Koss, Butcher et Strupp, 1986 : 62).

En lien avec les propos de ces auteurs, et comme nous l'avons déjà vu par ailleurs, certaines méthodes d'intervention ainsi que l'utilisation judicieuse de celles-ci peuvent contribuer au succès, ou, dans certains cas, à l'échec du traitement. Si nous regardons l'étude de Norville, Sampson et Weiss (1996), qui a évalué l'impact de l'interprétation sur le processus de psychothérapie brève, les résultats de l'étude démontrent que les interprétations appropriées peuvent avoir un impact significatif sur le résultat final de l'intervention (Norville, Sampson et Weiss, 1996 : 16, 23). En outre, une étude réalisée par Hill et al. (1988) suggèrent que la révélation de soi a été perçue comme très aidante par les clients. L'interprétation a aussi reçu une appréciation positive. La technique de la confrontation et l'utilisation de questions fermées ont été classées parmi les techniques les moins utiles par les clients (Hill et al., 1988 : 230).

Bien entendu, ce n'est pas nécessairement le nombre d'interprétations qui aide le client, mais plutôt la pertinence de son utilisation et le fait qu'elle soit employée à un moment propice dans le processus thérapeutique (Hill et al., 1988 : 231). S. Soldz va dans le même sens. L'auteur souligne l'importance de l'utilisation judicieuse des

techniques d'intervention. En outre, il nous met en garde contre la possibilité d'impacts défavorables résultants de la mauvaise utilisation de certaines techniques dans le cheminement du client (S. Soldz dans Wells et Giannetti, 1990 : 44-45 ; Sachs, 1983 et Strupp et al., 1981 dans Koss, Butcher et Strupp, 1986 : 62).

L. R. de Cotret abonde dans le même sens indiquant que le choix de la technique constitue un élément important à considérer, car si elle ne correspond pas aux attentes du client, cela pourrait comporter une incidence négative sur son implication personnelle, sur la qualité de l'alliance thérapeutique et la confiance ressentie, réduisant ainsi les chances de succès (De Cotret, 2004 : 2). Rappelons-nous que l'implication du client et l'alliance thérapeutique constituent, selon les experts, des éléments clés du succès du traitement.

Budman (1981) abonde dans le même sens en affirmant que l'utilisation de certaines techniques d'intervention combinée à des éléments reliés à la personnalité de l'intervenant, ainsi que les vulnérabilités du client, peut produire des effets secondaires négatifs ou indésirables (Strupp, Hadley, & Gomes-Schwartz, 1977 dans Budman, 1981 : 19).

Koss, Butcher et Strupp (1986), de leur côté, souhaitent que les chercheurs se penchent davantage sur l'étude d'éventuels changements négatifs produits par les modalités d'intervention brève. En fait, selon les auteurs, aucune des études majeures n'a montré même un seul cas, où il y a eu une détérioration, quoique certains travaux aient indiqué que les interventions brèves peuvent être inefficaces pour plusieurs clients (Sloane et al., 1975 ; Strupp & Hadley, 1979 dans Koss, Butcher et Strupp, 1986 : 62).

Quoi qu'il en soit, nous pouvons comprendre maintenant que le rythme accéléré dans lequel se déroule l'intervention ainsi que le haut niveau d'activité du thérapeute de la thérapie brève augmentent la possibilité d'erreurs et la possibilité d'interventions moins propices ou judicieuses ; cet état de fait pouvant avoir des impacts négatifs ou indésirables sur le cheminement du client et ou sur le résultat final de l'intervention. Nous pouvons comprendre aussi l'importance de tenir compte de certaines

caractéristiques présentées par le client ainsi que de sa problématique dans le choix de l'approche utilisée et du niveau de son orientation.

2.3.2.4 Processus thérapeutique

Nous avons vu l'importance de l'alliance thérapeutique dans le succès de la psychothérapie d'une façon générale, et cela, sans égard à l'approche utilisée. La thérapie brève ne fait pas exception. En effet, les auteurs s'entendent généralement pour dire qu'une relation thérapeutique positive est indispensable à l'évolution favorable d'un traitement et cela, sans égard à l'approche ou la modalité d'intervention adoptée par le clinicien (Koss, Butcher et Strupp, 1986 : 64 ; S. Soldz dans Wells et Giannetti, 1990 : 35, 44 ; Miller, Duncan et Hubble, 2001 : 26). Selon Wells (1982), le défi à relever dans un contexte d'interventions brèves est que le clinicien dispose de peu de temps pour favoriser l'instauration d'un climat de confiance propice au travail thérapeutique (Wells, 1982 : 108-109).

Notons aussi que certains auteurs ont particulièrement insisté sur l'importance d'une alliance thérapeutique positive dans la pratique des interventions limitées dans le temps. Guay (1992) affirme que la relation thérapeutique occupe une place de premier plan dans le succès de cette modalité d'intervention (Guay, 1992 : 21). Woods et Hollis (2000) abondent dans le même sens et affirment qu'une relation thérapeutique positive est essentielle à la réussite de ce type d'intervention (Woods et Hollis, 2000 : 531).

On peut présumer que l'établissement d'une telle relation ne peut pas toujours se réaliser à l'intérieur d'une démarche thérapeutique, et cela, quelle que soit sa durée. À titre d'exemple, une étude d'histoires de traitements de patients ayant bénéficié d'un traitement court, réalisées par H. H. Strupp aux États-Unis, suggère que l'alliance thérapeutique est plus difficile à établir avec des clients « difficiles » manifestant des caractéristiques telles que le négativisme et l'hostilité (Strupp, 1980 dans Koss, Butcher et Strupp, 1986: 62 ; Henry et Stupp, 1991: 166). Cette difficulté sera sans doute à surmonter à l'intérieur d'un traitement plus long, à la différence que le thérapeute disposera alors de plus de temps pour « apprivoiser » les peurs du client

et investir dans le développement d'une relation propice au travail thérapeutique. Quoique certains auteurs soutiennent que le facteur temps n'a que peu d'importance pour la formation d'une solide alliance thérapeutique, elle dépend davantage d'autres facteurs dont certains que nous allons aborder dans les prochains paragraphes (Horvath et Luborsky, 1993 dans Miller, Duncan et Hubble, 2001).

Plusieurs auteurs se réfèrent, en effet, à des attitudes manifestées par l'intervenant et de techniques d'intervention. Selon Wells (1982), l'empathie, l'authenticité et l'utilisation des techniques telles que la reformulation, par exemple, peuvent être soutenantes à cet égard (Wells, 1982 : 109). Selon S. J. Ackerman et M. J. Hilsenroth, les principales qualités que le thérapeute devrait démontrer pour favoriser le développement d'une alliance thérapeutique sont : la souplesse, l'honnêteté, le respect, la confiance en soi et en l'autre, la chaleur et l'ouverture. Ces mêmes auteurs soutiennent que des techniques comme le soutien, l'expression des émotions, l'exploration et la réflexion (retour) sur le passé ainsi que l'interprétation juste de ses observations contribueraient également à une alliance (De Cotret, 2004 : 3). Guay (1992) précise que les facteurs favorisant l'établissement d'une telle relation sont notamment la capacité du thérapeute à s'adapter à la « vision du monde » du client, ainsi qu'à la « réalité » de celui-ci (Guay, 1992 : 21).

De leur côté, Miller, Duncan et Hubble (2001) affirment que c'est avant tout une perception positive du client par le thérapeute qui favorise l'émergence d'une relation propice au travail : « [...] des alliances fortes sont formées quand les clients perçoivent le thérapeute comme un individu chaleureux, fiable, empathique et ne portant pas de jugement » (Miller, Duncan et Hubble, 2001 : 27).

Il va sans dire aussi que l'évaluation que le client fait de son thérapeute demeure fort subjective et sera teintée de ses propres expériences qui caractérisent ses relations interpersonnelles et dont les enjeux relationnels auront nécessairement tendance à se rejouer dans la relation thérapeutique. Les perceptions d'un individu ayant connu de nombreux abandons, par exemple, un cheminement personnel difficile, risquent d'être fort différentes de celles de qui aurait connu un parcours moins cahoteux. Ce

qui aura sans doute un impact aussi sur la formation d'une alliance thérapeutique solide et propice au travail.

2.3.2.5 Rôle du thérapeute et habiletés d'intervention

Autre que les habiletés requises lors de l'instauration d'une relation de confiance, le thérapeute est appelé à jouer le rôle d'un « agent de changement » qui exige de lui qu'il emploie des techniques visant à mobiliser les énergies du client en vue de favoriser de nouvelles initiatives de sa part, ainsi que des changements dans sa situation. À ce stade-ci, contrairement aux habiletés requises lors de l'établissement d'une relation thérapeutique, le travail du clinicien consiste à aider le client à considérer sa situation sous un nouvel angle et à introduire des perspectives alternatives à celles qu'il adoptait jusqu'à maintenant (Guay, 1992 : 21).

Le thérapeute participe aussi activement au processus de changement du client (Guay, 1992 : 21). À cet égard, Budman et Gurman (1988) précisent que le thérapeute doit jouer davantage un rôle actif dans l'intervention limitée dans le temps. Son activité se traduit par des séances qui sont davantage structurées et l'assignation de tâches. Il doit aussi s'assurer que le travail thérapeutique vise l'atteinte des objectifs identifiés au préalable et que des transgressions sont évitées (Budman et Gurman, 1988 : 17 ; Woods et Hollis, 2000 : 534). Koss, Butcher et Strupp (1986) précisent que l'activité du thérapeute peut se traduire par le fait qu'il parle davantage, enseigne des stratégies de résolution de problème, offre du support, apporte des interprétations et donne même des conseils à certains moments. Son activité peut consister aussi à impliquer l'entourage du patient et à créer un lien avec d'autres organismes d'aide et de soutien approprié (Koss, Butcher et Strupp, 1986 : 61 ; Woods et Hollis, 2000 : 531).

Outre que les habiletés d'intervention requises pour pratiquer, les traitements limités dans le temps présentent des aspects communs, dont l'application peut aussi grandement favoriser l'obtention de résultats positifs. Il est important de mentionner que dans cette modalité de traitement, la limite de temps ainsi que l'intensité des rencontres doit être précisée au début de l'intervention. Les auteurs insistent aussi sur

l'importance d'en arriver à une compréhension mutuelle du problème principal à traiter. Les objectifs de l'intervention identifiés par le client et l'intervenant découlent directement de ce problème. Ils se doivent donc d'être réalistes et, pour ainsi dire, réalisables à l'intérieur du laps de temps prévu pour l'intervention. L'assignation de tâches réalistes en vue de l'atteinte ces objectifs constitue une autre caractéristique qu'on associe aux interventions brèves (Koss, Butcher et Strupp, 1986 : 61 ; Woods et Hollis, 2000 : 529-532, Budman et Gurman, 1988 : 17). Enfin, des évaluations périodiques concernant les progrès réalisés font également partie d'un processus d'intervention réussi (Woods et Hollis : 529-532).

Un autre élément que devrait posséder le thérapeute qui pratique cette forme de thérapie est la possibilité de se référer à plusieurs méthodes d'interventions différentes (Wells, 1982 : 28-29 ; Koss, Butcher et Strupp, 1986 : 61 ; Budman et Gurman, 1988 : 17 ; Guay, 1992 : 20). De plus, le thérapeute doit également pouvoir s'appuyer sur un cadre théorique solide qui oriente ses interventions et le regard qu'il pose sur une situation (Wells, 1982 : 28-29 ; Budman et Gurman, 1988 : 17 ; Guay, 1992 : 20). La conviction du praticien, concernant la possibilité d'obtenir des résultats satisfaisants ou des changements dans un laps de temps relativement court, joue aussi un rôle significatif dans la réussite de l'intervention (Budman et Gurman, 1988 : 17 ; Guay, 1992 : 20 ; Woods et Hollis, 2000 : 530).

Wells et Phelps (1990) résumant d'une manière succincte les principales caractéristiques de la thérapie brève. Selon les auteurs, ces caractéristiques consistent dans l'assignation de tâches qui ont pour objectif de mobiliser les énergies du client en vue d'un changement (Wells et Giannetti, 1990 : 9).

Les traitements limités dans le temps comportent donc un certain nombre de particularités reliées de près au processus d'intervention et au rôle de l'intervenant qui doit posséder certaines habiletés pour favoriser un cheminement optimal du client. À cet effet, Woods et Hollis (2000) recommandent que les intervenants, qui pratiquent cette modalité de traitement, acquièrent nécessairement des connaissances s'ils veulent la pratiquer avec succès. Par ailleurs, les auteurs soutiennent que les

différents modèles de thérapie brève s'insèrent assez confortablement dans un cadre théorique psychosocial, celui qui est à la base des interventions des travailleurs sociaux (Woods et Hollis, 2000 : 538).

Au terme de cette recension d'écrits, nous allons aborder au prochain chapitre des questions d'ordre méthodologique.

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

3.1 Quelques précisions sur l'approche choisie

Pour les besoins de la recherche, nous avons choisi de conduire une étude de type qualitatif. La présente étude utilise une banque de données provenant d'entrevues semi-dirigées, destinées à recueillir des informations auprès d'un échantillon hétérogène et dont la taille est relativement restreinte. Il s'agit là de choix conscients posés en raison des objectifs poursuivis par la recherche ainsi que de la perspective d'analyse que nous entendons adopter.

Dans la prochaine section, nous allons décrire les méthodes de recrutement et de cueillette d'informations ainsi que la stratégie d'analyse de données.

Commençons par définir le terme « recherche qualitative ». Selon Deslauriers (1991), la recherche qualitative « désigne [...] la recherche qui produit et analyse des données descriptives, telles que des paroles écrites ou dites, et le comportement observable des personnes » (Taylor et Bogdan, 1884 dans Deslauriers, 1991 : 6). Van Maanen ajoute que la méthode de recherche qualitative s'intéresse au sens et à l'observation d'un phénomène social en milieu naturel (Van Maanen, 1983a dans Deslauriers, 1991 : 6). À noter aussi que ce type de recherche ne se distingue pas nécessairement par la nature des données que l'on obtient, mais par la façon de les analyser qui n'est pas mathématique (Strauss et Corbin, 1990 dans Deslauriers, 1991 : 6).

L'un des avantages présentés par une telle approche est la possibilité de conférer une certaine liberté d'expression à l'utilisateur. Nous voulons savoir comment il a vécu son expérience en tant qu'utilisateur du service de suivi à court terme au CLSC du Marigot. Comme nous allons voir plus tard, notamment au chapitre de l'analyse des données, cette façon de faire a en effet permis d'obtenir une foule d'informations de nature descriptive et explicative tirées du vécu subjectif de l'utilisateur. Vous trouverez en

annexe les questions opérationnelles de la recherche (cf. Annexe 1 : Questions opérationnelles de la recherche).

3.2 Stratégie d'échantillonnage

La stratégie d'échantillonnage que nous avons utilisée dans le projet est celle de la méthode non probabiliste, c'est-à-dire, qui ne relève pas du hasard. Les unités qui composeront l'échantillon sont donc choisies en fonction de certaines caractéristiques précises (Mayer et al., 2000 : 79). Ainsi, pour ce qui est de notre recherche, nous avons sollicité la collaboration de toutes les personnes qui ont accompli la démarche de suivi à court terme, ayant complété la série de dix rencontres, ou moins dans certains cas, pourvu que la fin du traitement soit liée à l'atteinte des objectifs, et non à d'autres raisons comme un abandon, par exemple.

Tous les genres de problèmes ont été pris en considération. Chacun des participants présentait des situations de vie diverses. Il n'y avait pas de restrictions en tant que telles. Seuls les usagers qui affichaient une trop grande fragilité sur le plan émotif n'ont pas été sollicités pour participer à la recherche. Cet aspect a été laissé à la discrétion des intervenants. Nous allons aborder ce point plus loin, notamment en ce qui concerne les considérations éthiques.

Nous avons effectué les entrevues au fur et à mesure que les candidats ont accepté de participer à notre projet, ce qui a favorisé la participation des usagers. Nous croyons, en effet, qu'il y aurait eu davantage de refus si nous avions attendu trop longtemps après la fin de l'intervention pour contacter les usagers et conduire les entrevues. Nous avons rencontré les participants trois mois maximum après la fin du suivi ce qui, à notre avis, rend les résultats plus homogènes. En ce sens, nous croyons qu'il aurait été difficile de comparer les réponses des participants et d'en tirer des conclusions communes, s'il y avait eu un écart trop significatif entre la fin du suivi et le moment où nous avons conduit les entrevues avec les différents usagers. De plus, ce délai relativement court nous a permis d'avoir accès aux données que nous voulions obtenir en lien avec nos objectifs de recherche. Nous voulions davantage retracer le cheminement et vérifier les changements survenus dans la situation après

l'intervention à court terme, et non explorer le maintien de certains bénéficiaires à long terme, ou encore, évaluer si des changements continuaient à s'opérer plusieurs mois après la fin du traitement.

3.3 Recrutement

Ce sont les intervenants qui ont été chargés de solliciter les participants. Afin d'accélérer la démarche de recrutement, nous avons aussi inclus les clients ayant terminé leur démarche au mois de juin 2005, quoique le projet en tant que tel ait débuté au mois d'août 2005. Les clients qui ont répondu par l'affirmative ont reçu une enveloppe-réponse affranchie. Celle-ci contenait le formulaire de consentement signé au préalable par nous. Nous demandions aux éventuels participants de nous retourner l'enveloppe-réponse affranchie, advenant le maintien de leur intérêt à participer à notre recherche. Des quatre envois postaux, nous avons reçu deux réponses et, dans les deux cas, nous avons réalisé une entrevue avec ces personnes.

En ce qui concerne les clients qui ont terminé leur démarche au cours des mois subséquents, les intervenants leur ont demandé, au moment où ils terminaient leur suivi, s'ils désiraient participer à la recherche. Ceux qui ont répondu par l'affirmative se sont vu remettre un formulaire de consentement préalablement signé par nous, et que le client a signé à son tour tout en inscrivant ses coordonnées. Le client a conservé l'original. Ce sont notamment les clients qui constituent notre échantillon et que nous avons contactés pour participer à la recherche. Au total, nous avons d'abord eu 28 inscriptions (incluant les envois postaux). Deux personnes n'ont pas donné suite à notre envoi postal, huit ont été appelées et n'ont pas donné suite à notre appel téléphonique (nous avons fait une relance pour chacune de ces personnes) et deux étaient absentes lorsque nous nous sommes présentée à leur domicile pour faire l'entrevue. Un usager n'a pas pu être joint en raison d'un changement de numéro de téléphone. Pour ce qui est des quinze autres personnes, une entrevue a été réalisée avec chacune d'elles.

3.4 Méthode de cueillette de données

3.4.1 Constitution de la banque de données

La banque de données est constituée d'informations recueillies à l'aide d'entrevues semi-dirigées. Ce type d'entrevue (semi-dirigée) a pour objectif de favoriser l'émergence d'informations significatives sur le vécu du répondant. Un guide d'entrevue a été élaboré afin de nous orienter et de nous assurer que tous les thèmes seraient couverts au cours de l'entretien (cf. Annexe 2 : Guide d'entrevue).

Plus précisément, le guide d'entrevue visait d'abord à recueillir des informations concernant la situation-problème qui a motivé la consultation de l'utilisateur au CLSC et les attentes de ce dernier. Par la suite, nous avons posé des questions qui nous ont permis de vérifier l'impact du temps d'attente sur sa situation-problème de même que sur ses attentes telles qu'exprimées lors de la prise de contact à l'accueil social du CLSC. Les sections subséquentes du questionnaire visaient l'obtention d'informations sur les changements dans la situation-problème à la fin du suivi et les bénéfices que les usagers estimaient avoir réalisés au cours du suivi. Toujours en ce qui concerne les résultats que les usagers estimaient avoir obtenus, nous avons vérifié si, après avoir terminé leur suivi, ils considéraient que leurs attentes avaient reçu une réponse. Pour terminer, nous avons introduit des questions qui nous ont permis d'aller chercher des variables d'ordre sociodémographique pour dresser un portrait sommaire des usagers qui ont accepté de répondre à notre questionnaire.

Nous tenons à préciser que ce guide d'entrevue a servi, comme son nom l'indique, seulement de guide, car à l'intérieur des thèmes à couvrir nous avons essayé de laisser le plus de place possible à l'interviewé pour que celui-ci puisse s'exprimer.

Le premier contact avec les usagers, qui ont bien accepté de collaborer à notre recherche, s'est fait au téléphone. Nous nous sommes présentés et cela nous a permis aussi de nous entendre sur les détails techniques, tels que le lieu et l'heure de la rencontre. Bien entendu, le contact téléphonique nous a aussi permis de vérifier si l'utilisateur était toujours prêt à collaborer.

Les entrevues ont eu lieu selon la préférence de l'utilisateur, soit au CLSC, soit à domicile. La plupart des entrevues ont été réalisées dans un délai de 45 minutes à une heure. Nous pouvons dire aussi que, sur un total de quinze entrevues, neuf ont eu lieu au CLSC. La durée des entrevues a été variable afin de s'adapter le plus possible au rythme des participants.

Les entrevues que nous avons réalisées ont donné accès à un nombre impressionnant d'informations que nous avons entrepris d'organiser en fonction des objectifs de la recherche.

3.4.2 Collecte de données auprès des intervenants offrant le service

Notons qu'afin de pouvoir dresser un portrait général de l'équipe de travail, nous avons interviewé les membres de cette même équipe. La cueillette de données s'est réalisée au cours de deux brèves rencontres de groupe d'une durée approximative d'une demi-heure. Notons que nous avons dû prévoir une deuxième rencontre pour inclure aussi les intervenants qui se sont ajoutés au service durant le déroulement du projet.

Pour nous aider dans notre démarche, nous avons réalisé un guide d'entrevue en fonction des thèmes à couvrir. Nous avons notamment abordé la question de l'expérience de travail des intervenants, leurs approches utilisées ainsi que la possibilité de supervision ou de formation continue. Nous avons également introduit dans notre guide d'entrevue des questions permettant de vérifier quelques variables sociodémographiques, notamment l'âge et le sexe des intervenants. Comme les informations à recueillir étaient concises et la taille de l'équipe du CLSC sollicitée pour participer à la recherche relativement restreinte, les entrevues n'ont pas été enregistrées. Nous avons plutôt opté pour la prise de notes.

Les informations obtenues lors de nos rencontres avec les intervenants ont été colligées sur un tableau de synthèse et nous ont donné l'occasion de composer la partie du texte intitulée « description de l'équipe » (voir le chapitre 4, p. 54).

3.5 Stratégie d'analyse de données

L'analyse du matériel obtenu par les entrevues réalisées avec les clients s'est faite de la manière suivante. Tout d'abord, l'information a été retranscrite. Par la suite, nous avons procédé au « codage », c'est-à-dire, le découpage de l'ensemble des informations en unités plus restreintes afin de pouvoir les regrouper par la suite (Deslauriers, 1991 : 70). Essentiellement, l'opération de codage se réalise en deux temps. Premièrement, repérer les éléments qui reviennent le plus souvent. Deuxièmement, regrouper ces éléments en catégories et sous-catégories. Selon Deslauriers (1991), ces catégories émergent au fur et à mesure que le chercheur avance dans son travail de codage. Elles ne sont pas statiques et feront l'objet de changements de façon à pouvoir éliminer des catégories devenues superflues, à éviter des chevauchements et à ajouter de nouvelles catégories au fur et à mesure que de nouvelles données seront accessibles au chercheur (Deslauriers, 1991 : 71).

Pour ce qui est de notre travail de recherche, nous avons essentiellement retenu six catégories majeures :

- Difficultés initiales ;
- Impact du temps d'attente ;
- Évolution des attentes ;
- Résultats d'interventions ;
- Résultats de l'intervention en fonction des attentes initiales ;
- Consultations antérieures ou prévues dans un proche avenir.

Chaque catégorie a été divisée en sous-catégories de façon à répondre aux objectifs de recherche.

3.6 Considérations éthiques

Pour ce qui est du matériel obtenu au cours de la rencontre avec les intervenants, toute information à caractère confidentiel a été traitée en respectant les mêmes

critères d'éthique que pour les informations obtenues des usagers. Ainsi, chaque intervenant a signé une feuille de consentement que nous avons conservée. Les informations données ont été colligées sur papier seulement. L'anonymat de chacun a été préservé. En effet, les données n'ont pas été associées de façon individuelle aux intervenants, elles ont plutôt servi à décrire sommairement l'équipe de travail.

Du côté des usagers qui ont consenti à participer à la recherche, tous ont signé, au préalable, un formulaire de consentement. Également, avant de commencer chaque entrevue, nous avons informé les participants verbalement du titre de la recherche et des objectifs et également du fait que l'entrevue serait enregistrée. Le caractère confidentiel de la participation ainsi que les droits inhérents de l'utilisateur ont aussi été soulignés avant de commencer l'entrevue. Pour conclure, nous avons vérifié si le participant avait des questions et s'il désirait poursuivre l'entrevue.

Le matériel que nous avons recueilli a été sauvegardé en lieu sûr et sous clé. Les informations confidentielles ont été consultées uniquement par nous-mêmes et la directrice de recherche. Dans les transcriptions ou publications, nous avons remplacé tous les noms par des pseudonymes et les extraits d'entrevue ont été sélectionnés de manière à préserver l'anonymat. Le matériel a été gardé pour le temps de la recherche seulement. Précisons que les données ne seront conservées que six mois après la conclusion de la recherche et seront effacées par la suite.

Nous désirons mettre l'accent sur le principe que parler de son vécu puisse engendrer des émotions difficiles à gérer pour l'utilisateur, ce qui fait partie des risques associés à la participation. Certaines parties d'entrevue ont été difficiles à aborder pour nos participants, selon le degré de vulnérabilité et le vécu associés à chaque question. Pour aider l'utilisateur et respecter son rythme, nous avons observé des pauses. Lorsque ce fut jugé nécessaire et opportun, nous avons réorienté l'entrevue vers un autre sujet moins pénible pour le participant. À certains participants, nous avons demandé s'ils préféreraient mettre fin à l'entrevue puisque l'émotion était très intense. Nous avons constaté que tous, parmi les participants plus fragiles, se sont déclarés aptes à poursuivre l'entrevue lorsque l'arrêt leur a été proposé. À certains participants, nous

avons proposé de faciliter une nouvelle demande d'aide au CLSC ou de leur communiquer les coordonnées d'autres ressources d'aide. Les personnes qui nous semblaient les plus fragiles ont eu accès aux coordonnées d'un service d'aide immédiate, sous forme d'accueil psychosocial ou de crise.

Nous désirons aussi mentionner que nous cherchions à nous assurer que chacune des étapes de la recherche se déroulait dans le respect de l'individu, de ses droits ainsi que dans la préservation de son intégrité physique et psychique.

CHAPITRE 4

ANALYSE DES DONNÉES

4.1 Équipe de travail

Avant de passer à l'étape de l'analyse de données proprement dite, nous allons décrire brièvement l'équipe d'intervenants qui offre le service de suivi à court terme au CLSC-CHSLD du Marigot. Sans nécessairement faire un lien entre les résultats de la recherche et les intervenants qui offrent le service, nous croyons qu'il est intéressant de savoir qui sont les intervenants et comment ils sont outillés pour venir en aide à la clientèle dans un contexte d'intervention brève.

Au total, six intervenants ont participé à la recherche. Ils ont tous des formations universitaires en travail social, sauf une personne qui détient un baccalauréat en psychoéducation. Leur expérience au CLSC du Marigot varie entre deux ans et demi et six ans et leur affectation au suivi à court terme entre deux mois et deux ans. Leurs expériences de travail globales, c'est-à-dire, incluant des milieux de travail autre que le CLSC, se situent entre deux et seize ans.

Deux intervenants ont déjà participé à des formations ponctuelles portant sur un modèle d'intervention brève en dehors des formations et supervisions qui sont offertes par l'établissement même. Notamment la thérapie d'impact et la thérapie de réalité. Dans les deux cas, ces formations remontent à quelques années.

Pour ce qui est des supervisions disponibles à l'intérieur de l'établissement, l'équipe d'intervenants a eu accès à des supervisions bihebdomadaires qui se sont d'abord effectuées par une psychiatre de la Cité de la Santé de Laval, formée en thérapie brève, mais dont l'approche se veut avant tout éclectique, c'est-à-dire, adaptée au besoin du client. Par la suite, une travailleuse sociale de formation systémique a pris la relève et l'équipe a bénéficié de supervisions mensuelles ou bimensuelles.

Les intervenants ont aussi bénéficié d'une formation sur l'approche systémique d'une durée de trois jours et, par la suite, des rencontres de supervision. Il y a eu aussi deux jours de formation sur la thérapie brève centrée sur les solutions ainsi qu'une demi-journée de supervision pour cette approche. Par ailleurs, les intervenants ont toujours la possibilité de s'adresser à des collègues expérimentés au besoin. Les intervenants se sentent bien entourés.

Les intervenants sont d'accord pour dire que les modèles appris ou présentés lors des formations ne sont toutefois pas appliqués tels quels dans leur pratique quotidienne. Les intervenants se disent plutôt « éclectiques » en empruntant des éléments de diverses approches, qu'ils s'approprient principalement au moyen de supervisions, de lectures et de discussions de cas entre collègues. Pour la plupart, leurs interventions se sont réalisées à l'intérieur d'un cadre d'analyse systémique.

En résumé, nous constatons que les intervenants impliqués ont des expériences relativement courtes en matière de suivi à court terme. En revanche, ils ont un bagage adéquat leur permettant d'offrir ce type de service soit par des formations complémentaires, soit par des expériences de travail riches et pertinentes. Mentionnons aussi que tous reçoivent une supervision et un encadrement réguliers.

Au terme de cette brève description de l'équipe, de sa composition ainsi que des différentes approches utilisées et modalités de supervision, nous passons maintenant à l'étape de l'analyse des données obtenues des usagers. Pour débiter, nous désirons rappeler brièvement le contexte de la recherche.

4.2 Contexte de la recherche

Rappelons-nous que l'objectif général de notre projet est de déterminer les impacts, du point de vue de l'utilisateur, des services de suivi à court terme sur la vie de l'utilisateur. Les trois sous-objectifs qui sont notamment d'examiner les divergences/convergences entre les attentes initiales et les objectifs atteints, de déterminer les impacts de l'intervention dans la vie de l'utilisateur, et de dégager les facteurs qui ont contribué au succès ou non du traitement, ont été choisis comme

points d'ancrage autour desquels s'articulent les données qui au bout du compte nous permettront de retracer un parcours de soin.

Ainsi, en lien avec l'objectif général de la recherche, nous allons nous attarder à trois dimensions dans notre texte. Pour commencer, nous allons décrire le ou les motifs de la consultation ou de la situation initiale.

Nous allons porter une attention particulière à l'état psychique tel que décrit par les usagers qui tentent de mettre des mots sur leur détresse. Nous avons, dans tous les cas, tenté de saisir leurs difficultés à partir de leurs perspectives.

Une fois la situation initiale établie, nous allons regarder l'évolution des attentes de l'utilisateur au cours du processus. Pour ce faire, nous allons faire le lien entre les attentes initiales telles qu'exprimées lors de la toute première rencontre à l'accueil social, les attentes au début du suivi et déterminer si elles ont changé pendant que l'utilisateur était en attente de recevoir le service. Cette façon d'observer le cheminement de l'utilisateur nous permettra de voir dans quelle mesure ses attentes, telles qu'exprimées dans la demande initiale, ont pu recevoir une réponse. L'évolution des attentes de l'utilisateur sera regardée en lien avec l'évolution de sa situation à savoir s'il y a eu des changements dans sa situation entre le moment où il a fait sa demande et la prise en charge du dossier par un intervenant du programme de suivi à court terme.

De cette façon, nous espérons que nous allons pouvoir mettre en évidence, non seulement les changements survenus dans la situation de l'utilisateur à la fin du suivi, attribuables ou non à l'intervention, mais aussi les changements survenus dans sa situation pendant qu'il était en attente de recevoir le service, et plus important encore, comment il a vécu cette période d'attente.

En dernier lieu, nous allons passer à la description des résultats finaux de l'intervention, tels que rapportés par les usagers. L'accent a été mis sur les changements associés à l'intervention par les usagers et les bénéfices que ces derniers estiment avoir réalisés au cours de leur cheminement. Nous allons nous attarder sur

les aspects qui ont facilité les changements ou que les usagers ont perçus comme ayant un impact positif sur leur cheminement.

Le parcours de l'utilisateur a été étudié en tenant compte de la complexité de sa situation et la diversité des besoins de ce dernier. Le défi de l'exercice a consisté non pas à quantifier, mais plutôt à décrire une « réalité » telle que vécue et perçue par l'utilisateur, et ce, dans ses propres mots. L'analyse des données se fera dans cette perspective.

Nous allons maintenant commencer l'étape de l'analyse des données obtenues. D'abord, nous allons décrire brièvement les usagers qui ont accepté de participer à notre projet de recherche.

4.3 Quelques données sociodémographiques

L'âge moyen de nos participants est de quarante-huit ans. En tout, onze femmes et quatre hommes ont participé à notre projet. Sept sont célibataires, trois sont mariés et deux vivent en union de fait. Pour ce qui est des trois autres, ils sont respectivement : séparé, divorcé et veuf.

La plupart de nos participants (huit) sont encore actifs sur le marché du travail, cinq sont à la retraite et deux sont aux études. Trois personnes ont terminé des études universitaires, quatre des études collégiales, six ont terminé des études secondaires ou équivalentes, deux étaient en train d'étudier lorsque nous conduisons notre projet de recherche (un au niveau collégial et un au niveau universitaire).

Notons ici que, parmi nos quinze participants, six ont des antécédents de suivi. Douze ont spontanément mentionné avoir pris ou prendre des médicaments pour un état dépressif. Pour ce qui est des trois autres, nous ne saurions dire avec certitude s'ils ont pris ou non des médicaments, comme nous l'avons déjà mentionné, une question dans ce sens n'ayant pas été posée explicitement. Il en est de même pour les usagers qui ont reçu de l'aide d'une ressource extérieure, à un moment donné, au cours de leur cheminement. Quatre usagers ont d'emblée mentionné avoir reçu de l'aide d'une

ressource extérieure avant ou pendant leur suivi. Les réponses en la matière demeurent assez floues, puisque la question n'a pas été posée explicitement.

Enfin, mentionnons que nous avons rencontré nos participants en moyenne deux mois après la fin du suivi.

4.4 Motifs de consultation : quelques données statistiques générales

Avant de présenter les données sur les impacts dans la vie de l'utilisateur, et les gains ou les acquis qu'ils estiment avoir réalisés au cours du suivi, nous allons regarder les situations initiales des usagers qui ont utilisé le service au cours de l'année ou nous conduisons notre projet de recherche.

Nous pouvons dire d'emblée qu'entre le mois de mai 2004 et le mois d'août 2005, périodes pendant lesquelles nous conduisons notre projet de recherche, un total de 317 usagers ont bénéficié de services à court terme au CLSC. Ces usagers ont reçu un total de 2 190 interventions, ce qui fait en moyenne près de sept (6,91) interventions par usager. Pendant cette période, la majorité des usagers ont consulté pour des problèmes d'adaptation et de croissance (224). Viennent ensuite les problèmes liés à la vie familiale (26) et à la vie de couple (22). Notons aussi la présence de problèmes de victimisation, de problèmes socioéconomiques et de problèmes liés au travail. Cette énumération n'est cependant pas exhaustive ; nous nous sommes limitée, en effet, à décrire seulement les motifs qui reviennent le plus souvent.

4.5 Analyse des données : motifs de consultation

4.5.1 Situation-problème

Regardons maintenant ce qu'il en est pour les participants de notre recherche. Nous voulons souligner, avant de commencer, qu'il y a nécessairement une certaine part de subjectivité dans la classification des problématiques et dans l'identification du motif de la consultation. Il s'agit en effet d'une entreprise qui a pour objectif de donner quelques balises aux lecteurs, mais avouons qu'il n'est pas toujours facile de généraliser des vécus fort diversifiés et complexes. Il faut ajouter aussi que nous

avons choisi de conduire des entrevues semi-dirigées pour nous permettre une certaine flexibilité et laisser, à l'utilisateur, la liberté de relater, dans ses termes, son vécu en tant qu'utilisateur de services au CLSC. En d'autres mots, essayer le plus possible de saisir leur réalité, puisque notre but, en ce sens, répétons-le, n'est pas tant de quantifier les expériences, mais plutôt de décrire comment elles ont été vécues.

Nous avons donc vu que les participants à notre recherche ont consulté pour des problèmes fort diversifiés. Nous nous sommes inspirée des bilans statistiques en ce qui a trait aux catégories. Nous tenons à dire que, parmi nos participants, plusieurs connaissaient des situations très complexes et étaient aux prises avec plusieurs problématiques. Principalement, les usagers ont consulté pour des problèmes d'adaptation et de croissance (huit), ensuite pour des problèmes conjugaux (quatre) et en dernier lieu, pour des problèmes familiaux (trois).

Par problèmes d'adaptation et de croissance, nous entendons toutes les situations qui exigent une adaptation de la part de l'utilisateur, notamment des situations de perte d'un être cher (séparation, décès) ou d'autres pertes, par exemple, la perte de capacités physiques ou la perte d'un emploi.

Par problèmes de croissance, nous nous référons à toute situation où l'utilisateur déclare une fragilité au niveau de l'état psychique comme étant le motif de la consultation. Il peut s'agir notamment d'un état d'anxiété ou tout autre état psychique fragile.

Par problèmes conjugaux, nous nous référons à des problèmes que l'utilisateur détermine comme existant dans son rapport de couple. Il peut s'agir de problèmes de communication ou toute autre difficulté que l'utilisateur rapporte comme existant dans son rapport de couple et ayant des répercussions sur lui-même ou sur sa vie.

Par problèmes familiaux, nous entendons tout problème pouvant se manifester dans le réseau familial immédiat ou élargi, rapporté par l'utilisateur comme étant le motif de la consultation. Il peut s'agir aussi de problèmes de communication ou encore de violence, ou toute autre difficulté étant déterminée par l'utilisateur comme motif de la consultation.

Nous voulons préciser que nous entendons par motif de consultation la difficulté que la personne nous a rapportée, même si elle relate d'autres problématiques liées ou pas à celle qu'elle désigne comme étant le motif premier de la consultation. La plupart des usagers ont d'emblée désigné un motif tandis que d'autres nous ont parlé plutôt de leur situation en termes plus généraux. Pour ce qui est de ceux qui n'ont pas précisé clairement un motif de consultation, nous avons extrapolé en tenant compte de ce qui a été travaillé au cours du suivi.

Il faut aussi garder en mémoire qu'une situation de vie difficile peut avoir un impact sur l'état psychique de la personne ou provoquer une fragilité sur le plan émotif, et qu'elle peut entraîner des problèmes à d'autres niveaux, notamment au niveau familial, conjugal, etc., ce qui complexifie considérablement les situations.

Un extrait de l'entrevue effectuée avec Annie illustre bien la complexité de certaines situations que les usagers des services à court terme peuvent connaître :

[...] l'affaire qui a fait que j'ai consulté [...] c'est que je venais de finir une relation [...] j'étais en peine d'amour [...] j'ai un paquet de problèmes là [...] j'ai travaillé douze ans à la même place pis la compagnie a fermé [...] depuis ce temps-là, je me promène de compagnie en compagnie [...]

Notons aussi qu'Annie connaît des difficultés sur le plan interpersonnel et financier.

La situation de Lyne est également fort complexe. Il est à noter que dans le cas de Lyne, elle nous parle de son vécu d'une façon plus générale, sans nécessairement déterminer en tant que tel le motif de la consultation. Lyne a consulté dans un contexte de deuils multiples : celui d'un être cher, le deuil résultant d'une maladie grave, et un déménagement à la suite d'une hospitalisation. Notons aussi que Lyne présentait un état psychique extrêmement fragile. Elle dit notamment : « [...] j'ai commencé à avoir des troubles de sommeil, de l'anxiété [...] ça fait que là je me suis épuisée [...] ».

Lucie vit une accumulation de problèmes depuis plusieurs années. Lucie nous parle d'emblée de la situation et de ses difficultés qui sont à la base de sa consultation au

CLSC « [...] ça m'angoissait [...] j'eus un accident de travail y a huit ans [...] je ne pouvais plus retourner à mes jobs [...] » Plus loin, elle dit : « j'ai lâché la drogue » Plus loin, elle mentionne : « mon père est mort ». Lucie connaissait aussi des difficultés importantes au niveau familial et en lien avec diverses institutions publiques ainsi que des difficultés importantes sur le plan physique. Sa condition psychique était extrêmement fragile au moment où elle a consulté.

Nous verrons, dans les prochains paragraphes, que la plupart des participants rapportent un niveau de fragilité sur le plan psychique ainsi qu'une vulnérabilité assez élevée au moment de la consultation.

4.5.2 État psychique

Parmi les quinze personnes, la majorité a rapporté la présence d'une souffrance en termes assez explicites. Certains (dix) s'y sont référés en termes de symptômes dépressifs ou d'un état dépressif. Prenons l'exemple d'Hélène qui explique : « [...] j'avais plein de symptômes [...] des palpitations [...] je faisais de l'anxiété, je ne dormais plus [...] on m'a dit tu es en dépression sévère [...] »

Lucie relate aussi une souffrance assez intense : « [...] j'étais tellement fatiguée là [...] je ne pouvais rien faire. [...] j'étais en dépression [...] j'étais assez nerveuse [...] [je n'étais] pas capable de dormir [...] j'étais brûlée. »

Lyne dit notamment : « [...] j'ai commencé à avoir des troubles de sommeil, de l'anxiété, je me suis [...] épuisée. »

Trois autres parlaient plutôt d'une altération de leur équilibre ou de leur bien-être psychiques à des degrés plus ou moins graves. Mario, qui est aux prises avec une perte importante de ses capacités physiques, confie : « [...] au niveau de mon image de moi, la confiance que j'avais en moi et au niveau de mes possibilités, j'avais d'énormes pertes et j'acceptais ça difficilement [...] j'ai toujours été quelqu'un de performant. »

Lise de son côté dit : « [...] j'avais besoin d'aide pour passer à travers de cette étape-là [...] je n'étais [...] pas nécessairement [...] détruite. »

Enfin, deux participants n'ont pas mentionné en termes explicites une détérioration de leur état psychique.

Les récits des personnes montrent ainsi qu'au moment de contacter le CLSC, la majorité des participants connaît des situations de vie difficiles et un état psychique fragile. Maintenant, nous allons nous attarder à l'évolution de la situation et des attentes des usagers pendant qu'ils étaient en attente de recevoir le service. Cette façon de faire nous permettra aussi de vérifier si l'utilisateur rapporte des changements du point de vue de sa situation et de ses attentes pendant qu'il était en attente de commencer son suivi. Elle permettra, aussi, de les mettre en lien avec les objectifs travaillés au cours du suivi, ainsi qu'avec les changements rapportés à la fin du suivi.

4.6 Évolution des besoins des usagers pendant la période d'attente

Nous désirons mentionner, d'entrée de jeu, qu'en moyenne, les usagers rapportent avoir attendu sept semaines avant de commencer leur suivi. Pour établir la moyenne, nous avons, pour chacun des usagers, compté les semaines écoulées entre la date de leur première consultation à l'accueil social du CLSC et le début du suivi en tant que tel. Nous nous sommes basée sur les informations que les usagers nous ont données et non sur les données contenues dans les dossiers, puisque nous n'avons pas l'autorisation de l'utilisateur à cet effet. Notons toutefois que plusieurs disaient de ne pas se rappeler exactement combien de temps ils ont attendu et ils nous ont donné des valeurs approximatives. Par la suite, nous avons fait la moyenne en divisant le nombre de semaines par le nombre de personnes interviewées (quinze).

4.6.1 Attentes initiales

D'abord, nous avons constaté que la plupart de nos participants (onze) avaient des attentes bien précises. D'autres avaient de la difficulté à formuler une demande claire. En effet, quatre personnes ont répondu spontanément ne pas avoir d'attentes.

Par exemple, Mario affirme : « [...] dans un premier temps, je ne savais pas ce que je voulais [...] je savais que j'avais besoin d'aide. » Ou encore Annie, qui répond : « [...] je n'avais pas d'attentes parce que je ne n'avais aucune idée comment ça fonctionne. ». Ce n'est que par la suite qu'une personne parmi celles qui n'avaient pas d'attente précise a ajouté qu'elle souhaitait, au cours du suivi, travailler sur la diminution de son angoisse. Nous voulons aussi souligner ici que la plupart des personnes interviewées avaient plus d'un besoin et que les besoins identifiés peuvent se retrouver dans plus d'une catégorie à la fois.

Pour les besoins de la cause, nous proposons de regrouper les attentes identifiées par les répondants en trois catégories. Les deux premières catégories se rapportent à des attentes de la personne par rapport à elle-même, tandis que sous la troisième rubrique nous regroupons davantage les attentes de l'utilisateur à l'égard de l'intervenant.

- Amélioration du bien-être ;
- Croissance personnelle ;
- Soutien.

Amélioration du bien-être

Par amélioration du bien-être, nous faisons référence à des personnes qui désirent travailler sur leurs émotions ou autres symptômes susceptibles de nuire, à divers degrés, à leur bien-être ou à leur fonctionnement au quotidien.

Dans la catégorie « Amélioration du bien-être », six participants ont déclaré vouloir travailler sur les aspects suivants :

- Gestion du stress et de l'anxiété ;
- Réduction de sentiments difficiles tels que la culpabilité, par exemple.

L'exemple de Sophie illustre bien la situation d'une personne qui vit des émotions difficiles et qui demande de l'aide par rapport à son état. Sophie dit qu'elle voulait « [...] de l'aide, de l'aide, j'étais tellement malheureuse [...] je suis une personne qui

se sent coupable facilement [...] j'ai toujours l'impression que je ne suis pas correcte. ».

Croissance personnelle

En ce qui concerne la croissance personnelle, nous nous référons à des personnes qui ont mentionné qu'elles voulaient une meilleure capacité d'affirmation de soi ou rehausser l'estime ainsi qu'une meilleure compréhension de soi ou de sa situation. Trois participants voulaient apprendre à s'affirmer. Notamment Robert qui demandait « [...] C'était par rapport que j'avais [...] je me sentais [...] autrement dit de vouloir prendre un peu plus [...] ma place dans ma relation avec mon épouse. » Une personne désirait travailler sur l'augmentation de son estime d'elle-même.

Notons aussi qu'une personne a clairement demandé l'aide d'un psychologue. Elle cherchait à faire un retour en arrière pour mieux se comprendre et mieux comprendre certaines de ses réactions. Nous faisons état de sa situation ici, car nous estimons que son besoin qui, à part de vouloir rencontrer un psychologue, était de mieux se comprendre, est en lien avec un objectif de croissance personnelle.

Soutien

Trois répondants ont manifesté leur besoin d'être soutenu et de pouvoir échanger. Ils désiraient notamment parler à quelqu'un, pouvoir exprimer certaines émotions et être rassurés. Entre autres, Colette dit :

[...] j'avais besoin de sortir toute la peine [...] je pense que j'avais besoin que quelqu'un m'écoute [...] je pense que j'avais besoin que quelqu'un me dit que j'avais raison, et que je n'exagérais pas [...] je n'étais plus sûre si j'avais été une bonne mère.

Deux personnes exprimaient aussi vouloir parler à quelqu'un de neutre et une personne parmi ces deux, spécifiait qu'elle désirait en plus de parler à quelqu'un de neutre qu'elle voulait aussi quelqu'un de « connaissant ».

4.6.2 Attentes au début du suivi

Dix participants disent que leurs attentes n'ont pas changé entre le moment où ils se sont présentés pour la première fois au CLSC et le moment où ils ont commencé leur suivi.

Deux personnes qui disaient d'abord ne pas avoir d'attente précise ont rapporté des attentes plus précises en réponse à la question si leurs attentes avaient changé. En reprenant les catégories de la section « attentes initiales », nous pouvons dire que les attentes identifiées par ces deux personnes peuvent être regroupées sous la catégorie « augmentation du bien-être » et « croissance personnelle ». Lise qui au départ n'avait pas d'attente précise sinon avoir de l'aide rapidement mentionnait, alors, qu'elle désirait entreprendre un travail sur la résolution d'un deuil dans un contexte de séparation conjugale. Notons aussi la situation de Mario qui n'avait pas, lui non plus, d'attente précise au début, mais qui avec l'aide de l'intervenante, a déterminé des objectifs reliés à l'augmentation de son bien-être. Mario dit « [...] ensemble on a déterminé les objectifs [...] mon objectif était d'accepter d'être plus vulnérable [...] m'accorder le temps nécessaire pour retrouver mon bien-être. »

Pour deux autres participants, nous constatons aussi une évolution de leurs attentes. Soit elles se sont précisées, soit de nouvelles attentes se sont ajoutées entre le moment où ils ont fait leur demande initiale et le début du suivi.

Yves qui au départ mentionnait un objectif plutôt relié à la qualité du soutien thérapeutique répond d'emblée « non » à la question si ses attentes ont changé. Par contre, il poursuit en mentionnant un objectif supplémentaire que nous pouvons regrouper sous la rubrique croissance personnelle : « [...] je m'interrogeais toujours sur les motifs qui avaient poussé ma femme à partir [...] je voulais qu'on m'aide à mieux comprendre ma situation. » Donc il semblerait que dans le cas d'Yves, de nouvelles attentes se soient ajoutées.

La situation de Brigitte est aussi quelque peu ambiguë. Dans un premier temps, elle dit que ses attentes n'ont pas changé. À la question sur les attentes initiales, elle

exprime des attentes en lien avec la croissance personnelle et le soutien thérapeutique. Elle voulait également avoir une « solution miracle » à ses difficultés. Par la suite, c'est-à-dire au début du suivi, elle formule, de plus, des objectifs relatifs à l'amélioration de son bien-être personnel. Notons que Brigitte était une des personnes qui avaient énormément d'attentes à propos du suivi qu'elles s'apprêtaient à commencer au CLSC. Brigitte affirme : « [...] au début, c'était [...] je voulais [...] une solution miracle [...] quand j'ai commencé mon suivi, c'était vraiment pour travailler sur moi. »

En terminant, nous voulons nous attarder sur la situation d'Hélène. Hélène est la seule personne qui rapporte clairement un changement en ce qui concerne ses attentes. Hélène, qui consultait dans un contexte de deuil, avait eu l'aide d'une ressource privée, pendant qu'elle attendait le début de son suivi au CLSC. Initialement, elle consultait pour des difficultés de sommeil. Ces difficultés avaient été résolues avec succès en consultant un intervenant d'une ressource du secteur privé. Ainsi, lorsque Hélène a commencé son suivi au CLSC, elle voulait entreprendre un travail de croissance personnelle et elle souhaitait aussi une diminution de certaines émotions négatives telles que la culpabilité, l'anxiété... (augmentation du bien-être) :

[...] j'avais déjà réglé mon problème en thérapie privée au niveau du sommeil [...] rendue au CLSC [...] je voulais essayer de me protéger [...] essayer de dire non quand ça ne me tente pas [...] c'est de respecter mes limites [...] de ne pas me sentir coupable [...] je suis une fille [...] très anxieuse [...] essayer de gérer ça d'une façon différente. »

Nous avons regardé l'impact du délai de prise en charge sur les attentes de l'utilisateur. Ce qui en ressort est que la majorité des répondants (dix) ne constatent pas de changement entre les attentes formulées à la première rencontre au CLSC et celles qu'ils avaient au début du suivi, et ce, malgré le laps de temps écoulé entre la première consultation au CLSC, sept semaines en moyenne, et le début du suivi. Deux participants semblent toutefois avoir des attentes plus précises. Deux autres répondants avaient clarifié leurs besoins et en avaient même formulé de nouveaux,

quoiqu'à la question si leurs attentes avaient changé, ils aient répondu par la négative. Seulement une personne a exprimé clairement que ses attentes avaient changé, ayant pu déjà travailler sur la difficulté qui a initialement motivé sa consultation, et ce, avec l'aide d'une ressource autre que le CLSC. Regardons, maintenant, du côté de leurs situations. Peut-on prédire qu'elles sont restées relativement stables étant donné que leurs attentes n'ont pas beaucoup évolué ?

4.7 Évolution de la situation

4.7.1 Amélioration de la situation

D'abord, nous avons été quelque peu surpris de constater que cinq participants rapportent des améliorations de leur situation pendant qu'ils étaient en attente de recevoir le service au CLSC.

À titre d'exemple, Annie, qui consultait dans un contexte de séparation conjugale, répond, de prime abord, « non » à la question s'il y a eu un changement dans sa situation pendant qu'elle attendait. Elle nous dit cependant en parlant de son état psychique : « [...] bien [...] c'était mieux [...] parce qu'en amour, le remède là, c'est le temps [...] je m'endurais un peu plus. »

Mentionnons ici que trois des personnes qui affirment que leur situation s'est améliorée n'ont pas mentionné avoir eu l'aide d'une ressource autre que le CLSC pendant qu'elles attendaient. Toutefois, comme nous l'avons déjà souligné, la question n'a pas été posée explicitement et nous ne pouvons donc pas affirmer avec certitude que ces participants n'ont pas eue l'aide d'une ressource extérieure ou de la part de quelqu'un de leur réseau naturel.

Pour ce qui est des deux autres personnes, elles notent une amélioration de leur situation, mais contrairement aux trois autres participants elles ont clairement mentionné avoir bénéficié du soutien d'une ressource extérieure, autre que le réseau naturel, pendant qu'elles étaient en attente.

4.7.2 Situation inchangée

En tout, sept personnes ne notent pas de changement dans leur situation pendant qu'elles attendaient. Cinq participants estiment que non seulement il n'y a pas eu de changement dans leur situation, mais ils précisent aussi que le temps d'attente s'était relativement bien passé.

4.7.3 Temps d'attente difficile

Trois usagers ne mentionnent pas de changement dans leur situation pendant qu'ils attendaient de commencer leur suivi, mais ajoutent qu'ils ont trouvé l'attente difficile. Par exemple, Pierre dit : « [...] l'impression que j'avais, aussi, c'est que j'étais un peu laissé à moi-même [...] je n'arrivais pas à régler le problème. » Robert, de son côté, estime que le temps d'attente avait été « [...] un peu long ».

Nous avons pu constater que, pour la majorité des participants (dix), il n'y a pas eu de changement dans leur situation pendant qu'ils attendaient le début du suivi. Notons cependant que pour trois usagers dont la situation n'a pas changé, deux ont trouvé le temps d'attente difficile et une personne a trouvé le temps d'attente long.

Il est intéressant de constater aussi que malgré le fait que majoritairement les participants n'ont pas rapporté de changement, cinq personnes sur un échantillon de quinze, un nombre que nous estimons quand même assez important, ont mentionné une amélioration de leur situation ou de leur état pendant qu'elles attendaient de commencer le suivi. Ce qui nous fait dire qu'il ne faut surtout pas sous-estimer les capacités d'adaptation dont les gens font preuve dans des contextes de vie difficiles et qui leur permettent de retrouver un certain équilibre.

Nous avons tenté de jeter un peu de lumière sur la manière dont pouvait se vivre le temps d'attente. Il s'agit d'une partie d'un parcours de soin d'usagers qui consultent au CLSC, dans le cadre du suivi à court terme au CLSC. Pour poursuivre dans cette même ligne de pensée, nous allons maintenant nous pencher sur les résultats de l'intervention. En d'autres mots, après avoir établi les changements survenus au cours de la période d'attente, nous voulons maintenant faire ressortir les changements dans

la situation de l'utilisateur à la fin de l'intervention. Précisons ici que notre façon de faire nous permet, non seulement de vérifier comment l'utilisateur a vécu le temps d'attente, mais aussi de départager les changements survenus pendant le temps d'attente et ceux rapportés par l'utilisateur à la fin du suivi et qu'il attribue à l'intervention.

4.8 Résultat de l'intervention

4.8.1 Impacts sur l'état psychique

On constate que la majorité (treize) des participants rapporte une amélioration, un impact favorable sur leur bien-être personnel à la suite de la démarche entreprise en CLSC. Personne n'a rapporté un impact négatif en tant que tel comme résultat final de l'intervention, quoique quatre participants aient vécu des émotions négatives au cours de leur cheminement.

Précisons aussi ici que par augmentation du bien-être personnel, nous entendons une diminution de la souffrance ou des émotions négatives rapportées au début par les participants.

Brigitte, qui consultait dans un contexte de deuil et qui notait la présence de symptômes dépressifs, dit : « [...] je ressens moins de stress, moins de fatigue et il y a beaucoup moins de pleurs. » Citons aussi Colette, qui vit une situation familiale difficile et qui exprime ses progrès de la façon suivante : « [...] tu ne peux pas t'imaginer comment je suis bien dans ma peau après avoir consulté. »

Notons que, parmi les treize participants qui ont décrit une amélioration de leur bien-être psychique, quatre rapportent en plus un impact favorable sur la confiance en soi.

La situation de Marie se distingue quelque peu de la situation des autres participants. Marie, qui connaît une situation conjugale difficile, était extrêmement fragile au moment de la consultation ; elle décrivait des symptômes dépressifs avec des idéations suicidaires. À la fin du suivi, Marie note un impact sur son état psychique : « [...] ça m'a aidé beaucoup quand même à revenir un petit peu à moi. » Mentionnons aussi que Marie prend une médication pour ses difficultés sur le plan

psychique. Elle attribue l'amélioration de son état à la médication et à l'intervention : « [...] je pense que les deux ensemble ont fait un bien. »

Deux participants ne rapportent pas d'impacts sur leur état psychique. Il s'agit de Robert et d'Annie. Nous voulons souligner aussi que comme nous allons le constater dans les prochains paragraphes, Annie ne rapporte pas d'impact non plus sur sa situation, contrairement à Robert.

4.8.2 Impacts sur la situation

En tout, douze interviewés notent un impact positif sur leur situation. Il est intéressant de constater que parmi les treize participants qui rapportent une amélioration de leur état psychique, onze décrivent aussi un impact positif dans au moins une autre sphère de leur vie.

- Deux participants, Pierre et Marie, ne notent pas de changement dans leur situation, mais considèrent, tout de même, être moins souffrants (impact sur l'état psychique). Une personne, à savoir Annie, n'a pas remarqué d'impact du tout, ni sur son état psychique ni sur sa situation. Il est intéressant de constater aussi que malgré que Annie ne constate pas d'impact dans le domaine psychique ou autre, elle estime néanmoins avoir fait quelques acquis au cours de son suivi au CLSC.

Ainsi, la plupart des participants constatent des impacts qu'ils attribuent à l'intervention dans une sphère de leur vie, en dehors de l'amélioration de leur bien-être personnel, thème que nous avons déjà abordé dans la section précédente. Notons qu'il y a seulement une personne, à savoir Lucie, qui nomme des progrès dans deux sphères de sa vie.

Pour les besoins de la présente recherche, nous avons regroupé les impacts sous les six catégories suivantes :

- Vie familiale ;
- Vie conjugale ;
- Relations interpersonnelles ;

- Réseau ;
- Emploi ;
- Revenu.

Vie familiale

Cinq personnes relatent des changements positifs dans leur situation familiale. Notons que parmi ces cinq répondants, seulement trois ont décrit des difficultés familiales comme étant le motif de leur consultation. Les deux autres usagers consultaient dans des contextes différents, notamment Hélène qui avait perdu un proche et Lucie qui connaissait des problèmes d'ordres médicaux et financiers. Parmi les impacts de l'intervention, Lucie décrit un rapprochement avec sa famille et plus précisément avec sa mère. Lucie dit : « [...] en me disant appelle plus souvent ta mère [...] on est plus en contact [...] on s'appelle à toutes les semaines, on se rapproche de même [...] » Ce qui revient à dire que pour ces deux personnes, l'impact constaté à la fin du suivi se situe aussi à un niveau autre que la situation-problème mentionnée au départ.

Relations conjugales

En tout, quatre personnes ont consulté dans un contexte de difficultés conjugales. Parmi ces quatre personnes, trois notent des impacts favorables sur leur situation de couple. Yves affirme : « [...] j'essaie de parler plus parce que Mme [nom de l'intervenante] me l'a suggéré [...] il y a moins d'accrochages [...] » Il y a seulement Marie qui n'a pas noté d'impact sur sa relation conjugale, quoiqu'au chapitre des motifs de la consultation elle mentionnait des difficultés dans ce domaine.

Autres impacts

Précisons que nous regroupons ici quatre catégories, notamment : Relations interpersonnelles, Réseau, Revenu ainsi qu'Emploi, du fait que ces items n'ont été signalés qu'à une reprise par un seul usager.

Brigitte, qui consultait dans un contexte de deuil, fait état, entre autres, d'une amélioration de ses relations interpersonnelles. Au sujet des relations interpersonnelles, Brigitte mentionne :

[...] j'ai beaucoup travaillé au niveau de mes amis avec eux, j'ai fait des mises au point et ça va super bien [...] les gens que je trouvais qui ne valaient pas la peine [...] je les ai écartés [...] j'ai fait un grand ménage.

Le cas de Lyne nous montre comment le suivi a contribué à faciliter l'adaptation d'une personne à un changement de milieu de vie et la construction d'un réseau d'amis ou connaissances. Rappelons-nous que Lyne éprouvait des difficultés à la suite d'une série de deuils (perte d'un être cher et de capacités physiques) et d'un déménagement dans une résidence pour personnes âgées. En bénéficiant du soutien de l'intervenant, Lyne s'est fait de nouveaux amis (réseau). Lyne rapporte :

[...] elle [l'intervenante] m'a suggéré de faire partie [...] par exemple [...] des personnes âgées 50 ans [...] l'autre chose que je fais [...] j'essaie de rencontrer des gens [...] je vais à la bibliothèque [...] même si je n'en connais pas beaucoup j'en ai quelques-uns là.

Une autre personne, Lise, a répondu qu'elle s'est trouvé un emploi. Mario, de son côté, a pu avec le soutien de l'intervenant, s'assurer la continuité de son revenu. Il est intéressant de constater aussi que la situation qui au départ a été désignée comme ayant motivé la consultation par ces deux participants, n'est pas en lien avec les impacts rapportés ni par Lise, qui consultait à la suite d'une séparation, ni par Mario, qui avait de la difficulté à s'adapter à une détérioration de ses capacités physiques qui l'empêchait de poursuivre son travail.

En résumé, nous pouvons dire que la plupart des participants rapportent des changements positifs dans le domaine psychique ou dans leur situation de vie, et qu'ils relient à l'intervention. Parmi les onze personnes qui relatent un impact sur leur situation de vie, sept rapportent un changement en lien avec les difficultés qu'elles avaient indiquées au départ en tant que motif(s) de la consultation. Six autres rapportent non seulement des améliorations reliées à leurs difficultés initiales, mais

relatent, en plus, des impacts à d'autres niveaux. Notons que parmi ces six participants, cinq consultaient dans un contexte de deuil : perte d'un être cher, perte d'un emploi... À titre d'exemple, Lise, qui consultait dans un contexte de séparation, rapporte que le suivi lui a permis de trouver un emploi. Ou encore, Brigitte, qui avait perdu des proches, constate non seulement une amélioration de son état psychique, mais note aussi un impact positif sur ses relations interpersonnelles.

Nous constatons aussi que malgré la brièveté du suivi, la majorité des répondants rapporte des impacts sur leur état psychique ou sur leur situation de vie, qui nous paraissent assez significatifs.

Dans les paragraphes subséquents, nous allons nous pencher sur les bénéfices que nos participants estiment avoir retirés de leur cheminement. Nous nous demandons quels sont les liens entre les impacts rapportés et les acquis que les usagers estiment avoir réalisés au cours de leur cheminement. Mentionnons aussi qu'au chapitre de la problématique au début de notre travail, nous nous questionnons beaucoup sur la nature des acquis que les usagers considèrent avoir faits, et dans quelle mesure ces acquis leur étaient vraiment utiles en ce qui touche leurs difficultés.

4.9 Bénéfices réalisés

Parmi les quinze participants, tous considèrent que le suivi leur a apporté quelque chose, même ceux qui ne rapportaient pas d'impact sur leur état psychique ou sur leur situation.

Les acquis que les usagers rapportent avoir réalisés sont, comme nous pouvons l'imaginer, fort diversifiés. Encore une fois, le défi consiste à réduire un contenu extrêmement riche et diversifié, d'essayer d'en dégager les éléments communs et essentiels afin de pouvoir les regrouper par thème. Aux fins de notre exercice, nous avons retenu quatre catégories :

- Compréhension de soi ou de sa situation ;
- Affirmation de soi ;

- Croissance personnelle ou adaptation à une situation difficile ;
- Assistance technique.

Maintenant, nous allons prendre chaque thème individuellement et illustrer comment, dans les mots de l'utilisateur, s'articulent ces acquis. Notons aussi qu'un utilisateur peut estimer avoir fait des acquis dans plus d'une catégorie à la fois.

4.9.1 Compréhension de soi ou de sa situation

Par une augmentation de la compréhension de soi ou de sa situation, nous entendons les éléments que l'utilisateur nous rapporte et qui augmentent la connaissance de soi ou de ses difficultés. Nous incluons dans cette catégorie les prises de conscience et les réflexions que l'utilisateur a pu faire à ce niveau, ou tout échange qui, selon l'utilisateur, a permis une meilleure compréhension de sa situation.

Brigitte relate qu'elle a pu faire des prises de conscience importantes. Également, Brigitte est parmi les personnes qui estiment avoir réalisé énormément de bénéfices. Soulignons aussi que nous avons déjà cité la situation de Brigitte et cela plus précisément en lien avec les impacts attribués à l'intervention.

Yves, que nous connaissons pour des difficultés conjugales, a acquis une meilleure connaissance de sa situation. Yves dit : « [...] je comprends mieux la violence psychologique [...] je pense que je comprends mieux la situation [...] »

4.9.2 Amélioration des relations avec les autres

Dans cette catégorie, nous regroupons tout ce que l'utilisateur estime avoir acquis et qu'il rapporte comme facilitant la communication avec son entourage immédiat ou plus éloigné.

Si nous prenons l'exemple d'Yves, il répond à la question « Qu'est-ce que le suivi vous a apporté ? » :

J'ai des outils pour y faire face (problèmes conjugaux) plus calmement [...] pas parler tout de suite et essayer d'y revenir plus tard [...] j'observe aussi beaucoup avant de parler, lorsque je suis fâché je m'en vais [...]

Carole, qui connaissait des difficultés au niveau familial, rapporte avoir pu acquérir des outils pour l'aider dans le domaine de la communication :

[...] les trucs que je me suis fait donner... elle [l'intervenante] me disait mets-toi comme un signal dans ta tête, un avertissement [...] recule au lieu de tout de suite [...] faire des scénarios ou perdre le nord [...]

4.9.3 Croissance personnelle ou adaptation

Il est important de préciser ici que dans cette catégorie, nous incluons tout ce que l'utilisateur estime que le suivi lui a rapporté, mais qui ne relève pas du domaine de l'affirmation de soi ou d'une meilleure compréhension de soi ou de sa situation.

Lyne explique qu'elle a appris à se raisonner pour essayer de mieux maîtriser son angoisse : « [...] elle m'a fait connaître des moyens que je ne voyais pas [...] de me parler et de regarder la situation au lieu de me faire des scénarios [...] »

Diane, qui vivait des difficultés en ce qui touche l'anxiété et la gestion du stress secondaire à des problèmes familiaux, mentionne que l'intervenant lui a donné des outils pour l'aider à mieux gérer son stress.

Notons aussi que certains usagers ont parlé du soutien de l'intervenant qui leur a permis de faciliter leur adaptation à des situations difficiles. À cet égard, Mario, qui à la suite d'un accident connaît des pertes sur le plan physique, dit : « [...] durant les rencontres, il se sont produit des situations qui n'étaient pas évidentes, c'était bien d'avoir le support de Mme [nom de l'intervenante] [...] »

Robert, de son côté, estime, entre autres, que c'est le fait de pouvoir parler à quelqu'un qui l'a aidé : « [...] ça m'a permis de parler de beaucoup de choses. »

4.9.4 Assistance technique

Par assistance technique, nous voulons dire les démarches concrètes que l'intervenante a pu faire au nom du client. Par exemple, des appels téléphoniques, la rédaction de documents, ou encore compléter des formulaires, donner de l'information et des références.

Lucie, par exemple, qui dit :

[...] Mme [nom de l'intervenante] m'a aidée [...] elle a écrit des lettres, elle a appelé à des endroits [...] Plus loin, elle explique qu'elle s'est mobilisée à son tour : [...] j'ai couru, j'ai marché, mais c'est tout à cause de Mme [nom de l'intervenante].

Nous avons pu obtenir un bref aperçu de la diversité des acquis que les participants à notre projet de recherche ont rapportés. Nous croyons que les exemples donnés témoignent bien de cette diversité. Nous pouvons dire, en faisant le lien entre les difficultés initialement rapportées par les participants et les impacts relatés sur leur situation ainsi que sur leur l'état psychique, qu'effectivement les acquis ou gains qu'ils estiment avoir réalisés leur ont servi ou les ont aidés concrètement à faire face à leurs difficultés.

En récapitulant, nous sommes en mesure de constater que la plupart des participants ont rapporté des changements dans leur situation et ont affirmé avoir fait des acquis ou réalisé des bénéfices au cours de leur cheminement. Mais, est-ce que cela veut dire que leurs attentes ont pu recevoir une réponse pour autant ? Dans les prochains paragraphes, nous proposons donc de regarder les attentes initiales des usagers versus le résultat du suivi.

4.10 Attentes initiales et résultat du suivi

4.10.1 Attentes satisfaites

La majorité, douze usagers, estime que leurs attentes ont pu recevoir une réponse au cours du suivi. Mario affirme : « [...] mon objectif était d'accepter d'être plus

vulnérable [...] m'accorder le temps nécessaire pour retrouver mon bien-être [...] » .À la fin du suivi, Mario estime : « [...] j'accepte mon état [...] j'accepte de prendre le temps nécessaire pour me rétablir. » Soulignons aussi que parmi les douze usagers qui estiment que leurs attentes ont reçu une réponse, cinq avaient plus de trois attentes. Par exemple, Hélène, qui voulait apprendre à s'affirmer, respecter ses limites, ainsi que de l'aide en ce qui concernait ses difficultés familiales. Elle s'attendait aussi à travailler sur la gestion du stress et à recevoir de l'aide pour résoudre un deuil. Il faut souligner ici qu'en effet, Hélène rapporte des éléments qui se sont améliorés dans l'ensemble de ces sphères, mais selon ce qu'Hélène nous dit, celles-ci n'ont pas été abordées en profondeur. La situation est sensiblement la même pour tous ceux qui avaient de nombreuses attentes.

Ici, il ne faut pas oublier, cependant, que même si certains aspects n'ont été travaillés que partiellement, l'intervention, si partielle qu'elle soit, risque d'avoir des répercussions positives sur l'ensemble de la problématique, certains aspects étant connexes ou reliés. Si nous reprenons la situation d'Hélène, nous pouvons aisément nous imaginer qu'une meilleure capacité d'affirmation de soi est susceptible de l'aider aussi dans ses difficultés familiales ainsi que dans la gestion du stress.

Ce qui nous amène à réfléchir sur les objectifs pouvant être poursuivis au cours d'un suivi de courte durée. En effet, comme nous l'avons déjà vu au chapitre de la recension des écrits, le thérapeute et le client s'entendent sur la formulation d'un problème principal qui doit être abordé au cours du suivi. Les objectifs de l'intervention identifiés par le client et l'intervenant découlent directement de ce problème et sont censés être « réalistes », afin de pouvoir être travaillés au cours d'un suivi limité dans le temps (Koss, Butcher et Strupp, 1986 : 61).

Nous avons, par ailleurs, de la difficulté à nous imaginer que pour certains de nos participants, toutes les attentes telles qu'ils nous les rapportent ont été réellement formulées en termes d'objectifs à atteindre au cours du suivi au CLSC. Nous supposons qu'un objectif général a été fixé au début du suivi et qu'il comportait des sous-objectifs. Ou encore, il est tout à fait possible que l'utilisateur constate un impact

positif découlant d'un aspect travaillé, sans nécessairement avoir été défini en tant qu'objectif à atteindre au cours du suivi. Qui plus est, nous allons voir plus loin dans notre texte qu'il y a aussi une forte proportion de nos participants qui pensent à consulter de nouveau ou qui avaient déjà bénéficié d'un autre suivi avant de commencer leur démarche au CLSC.

Un autre point qui mérite qu'on s'y attarde quelque peu est que nous avons pu voir que les attentes des usagers ne sont pas nécessairement toujours en lien avec la situation-problème identifiée comme étant le motif de la consultation au départ. Par exemple, quelques usagers consultaient dans un contexte de deuil, mais demandaient, entre autres, de travailler sur toutes sortes d'autres aspects notamment sur l'affirmation de soi, sur des difficultés familiales... D'autres participants mentionnaient des difficultés conjugales, mais ont déterminé des besoins d'aide davantage reliés à la diminution de certaines émotions difficiles.

Nous avons remarqué également que selon ce que les personnes nous ont dit, quatre interviewés ont verbalisé des attentes qui ne sont pas en lien avec les changements rapportés à la fin du suivi. Il y a Colette, qui mentionne qu'au début du suivi elle voulait ventiler, exprimer des émotions difficiles, être rassurée. À la question si ses attentes ont reçu une réponse, elle répond par l'affirmative, mais ce qu'elle détermine comme impact, à la fin du suivi, c'est une amélioration de son bien-être personnel et de ses relations familiales. Notons que parmi ces quatre participants dont les attentes sont plus ou moins en rapport avec les résultats du suivi, deux ont affirmé que leurs attentes ont reçu une réponse et deux autres ont dit qu'elles n'ont reçu qu'une réponse partielle.

Trois autres personnes mentionnent comme résultat du suivi des impacts en lien avec leurs attentes initiales et notent en plus d'autres changements positifs, mais qui n'avaient pas été formulés en termes d'objectifs à travailler au cours du suivi. Sophie, qui demandait de l'aide parce qu'elle se sentait malheureuse, répond à la question sur les impacts du suivi : « [...] j'ai plus de confiance en moi [...] je ne prends pas tout sur mes épaules [...] » Plus loin, elle ajoute, en lien avec des difficultés de

communication dans son couple, qu'elle réfléchit avant de parler et elle décrit un impact positif sur sa relation de couple. Soulignons ici que deux de ces trois participants estiment que leurs attentes ont reçu une réponse alors qu'une personne considère que ses attentes n'ont reçu qu'une réponse partielle, et cela, même si elle détermine des changements positifs autres que ceux qui constituaient les objectifs du suivi.

4.10.2 Attentes satisfaites partiellement

En tout, trois répondants ont affirmé que leurs attentes n'ont reçu qu'une réponse partielle. Il s'agit de Pierre. Pierre, qui souhaitait pouvoir mieux fonctionner dans plusieurs sphères de sa vie, rapporte effectivement des améliorations par rapport à certains aspects, mais indique que d'autres sphères de sa vie continuent d'être problématiques. Il y a aussi Annie, qui, rappelons-nous, avait des difficultés à plusieurs niveaux et qui ne note pas non plus d'impact sur sa situation ou son état psychique, qui dit que ses attentes ont été « pas mal » satisfaites. Marie, qui consultait pour des difficultés conjugales, indique que ses attentes ont été satisfaites jusqu'à un certain point, mais pas à 100 %.

Les résultats nous donnent une impression rassurante de la satisfaction des usagers par rapport à leurs attentes initiales, car, majoritairement (douze participants), ils rapportent une satisfaction par rapport à leurs attentes initiales. Rappelons-nous que nous supposions au début de notre projet que les attentes des usagers ne puissent être satisfaites que partiellement, alors que, dans notre recherche, la plupart des sujets rapportent que leurs attentes ont été satisfaites et que seulement trois personnes mentionnent que leurs attentes ont été satisfaites partiellement.

Mais au-delà de la satisfaction rapportée, de manière générale, plusieurs usagers ont exprimé certaines difficultés qui persistaient dans leur situation de vie. Regardons ensemble quelles sont ces difficultés.

4.10.3 Quelques bémols

Notons ici que malgré le fait que les usagers rapportent majoritairement des impacts importants et positifs sur leur état psychique ou sur leur situation, en plus de se dire satisfaits de leur cheminement, certains estiment avoir éprouvé des difficultés à mettre en pratique certains acquis. D'autres disent avoir toujours de la difficulté à faire face à une nouvelle situation ou être aux prises avec des difficultés reliées à la situation qui, initialement, a motivé leur consultation au CLSC. Une autre personne exprime de la difficulté en ce qui concerne le maintien des acquis. Certains mentionnent explicitement qu'ils auraient aimé continuer leur cheminement, tandis que d'autres expriment quelques réserves par rapport à la durée du traitement.

4.10.3.1 Difficulté au sujet de la mise en pratique de certains acquis

Voyons d'abord les usagers qui mentionnent avoir de la difficulté à concrétiser les acquis qu'ils estiment avoir réalisés dans le quotidien. Trois personnes estiment avoir de la difficulté à appliquer ce qu'elles ont appris dans leur quotidien. Il s'agit notamment d'Yves, qui affirme : « [...] j'ai peur [...] ce n'est pas facile. » Hélène abonde dans le même sens : « Je continue à travailler là-dessus parce que ce n'est pas facile non plus avec des enfants [...] » Robert rapporte : « [...] ça m'a permis de voir certaines choses que je peux améliorer, mais il faut y aller étape par étape [...] » Il ajoute : « [...] mais ce n'est pas facile de faire des changements, ça fait longtemps que j'essaie de prendre ma place [...] ».

Les propos relatés par ces usagers rejoignent notre réflexion au sujet des interventions brèves en ce sens que nous nous demandions, entre autres, si une fois le suivi terminé, les usagers seraient capables d'appliquer ce qu'ils ont appris dans leur quotidien. Dans la revue de la littérature, nous avons vu que, selon certains auteurs, l'un des avantages de la thérapie brève est l'obtention de résultats rapides (Woods et Hollis, 2000 : 536). Certes, nous avons constaté qu'effectivement nos usagers ont rapporté avoir fait des acquis en relativement peu de temps ; cependant, trois rapportent des difficultés dans la mise en pratique de ces acquis au quotidien. Considérant la rapidité et l'intensité avec laquelle se déroule l'intervention, nous

sommes à même de saisir les enjeux centraux qui entourent ce type d'intervention. Effectivement, compte tenu de la cadence avec laquelle se déroule l'intervention, le temps à accorder pour aider les usagers à ce niveau est plus limité, et cela, tout en tenant en tête que le cheminement de chacun est unique. Toutefois, soulignons qu'il ne s'agit pas de la majorité des usagers. Nous croyons qu'en tant qu'intervenants dans un contexte de court terme, nous serions appelés à continuer à porter une attention particulière à cet aspect-là de notre pratique. Dans certains cas, il faudra probablement insister davantage sur la mise en pratique et non sur l'obtention de nouveaux acquis et même dans certains cas, réviser les objectifs du suivi et s'ajuster au fur et à mesure, selon le rythme du client.

Outre les difficultés dans la mise en pratique de certains acquis, certains de nos participants relatent des difficultés qui persistent à la fin de l'intervention. Dans les prochains paragraphes, nous allons observer les situations de ces usagers et nous allons constater que certains auraient souhaité continuer leur cheminement.

4.10.3.2 Difficultés qui persistent

Nous voulons souligner la situation de cinq autres personnes qui affirment avoir encore des difficultés dans leur vie. Sophie nous confie qu'elle a actuellement des problèmes auxquels elle a de la difficulté à faire face. Dans la situation de Sophie, il s'agit d'une difficulté autre que celle qu'elle a travaillée en suivi avec son intervenante.

En ce qui concerne Mario et Lyne, ils disent que la situation pour laquelle ils ont consulté au CLSC n'est pas consolidée et qu'ils auraient voulu poursuivre leur cheminement. Écoutons Mario à ce sujet : « [...] il aurait pu y avoir une petite continuité étant donné [...] la situation [...] je ne suis pas encore rétabli [...] »

Regardons maintenant la situation de Marie qui désirait rencontrer un psychologue dès le début, ce qu'elle a, entre autres, précisé au sujet des attentes initiales relativement à la démarche qu'elle entreprenait au CLSC. Marie, qui consultait dans un contexte de difficultés conjugales, explique :

[...] je suis honnête avec toi et je le disais à [nom de l'intervenante] aussi [...] selon moi j'ai peut-être plus besoin d'un psychologue que j'avais besoin d'une travailleuse sociale, parce que c'est différent quand même [...]

Plus loin, elle ajoute qu'elle est encore aux prises avec les mêmes difficultés sur le plan personnel et conjugal. Rappelons-nous aussi que Marie ne relatait pas d'impact sur sa situation autre que l'amélioration de son état psychique à la suite de l'intervention, et elle estime par ailleurs que ses attentes n'ont été satisfaites que partiellement.

4.10.3.3 Difficulté à maintenir les acquis

Nous voulons aussi souligner la situation de Pierre, qui relate des problèmes sur le plan de la gestion du stress et de l'anxiété. Pierre ne note pas de nouvelles difficultés ou une situation mal consolidée, mais exprime explicitement une difficulté dans le maintien des acquis : « [...] de se rappeler ce qu'on a appris en consultation, on est souvent porté à oublier [...] j'essaie de maintenir ces acquis, c'est sûr, c'est du travail à tous les jours [...] ce n'est pas nécessairement facile[...] »

Par ailleurs, Pierre exprime quelques réserves quant à la durée du traitement qu'il trouve « un peu court ».

Ici, nous pouvons faire un lien avec ce que nous avançons au chapitre de la problématique. Nous nous questionnions notamment sur la possibilité de maintenir certains acquis après la fin du suivi sans le soutien de l'intervenante. La situation de Pierre montre bien les difficultés qu'on peut éprouver à ce point de vue. Notons, toutefois, qu'aucun autre participant n'a mentionné explicitement de difficultés dans le maintien des acquis.

4.10.3.4 Quelques réserves par rapport à la durée du suivi

En tout, sept participants ont clairement dit qu'ils auraient voulu poursuivre leur cheminement soit au CLSC, soit ailleurs. Cinq personnes auraient voulu continuer leur suivi au CLSC. Par exemple, Mario dit :

[...] il aurait pu y avoir une [...] continuité étant donné [...] la situation parce que je ne suis pas encore rétabli [...] donc dans ma situation ça aurait pu être profitable pour moi de pouvoir poursuivre avec la même personne [...]

Une personne, Diane, a mentionné qu'elle aurait souhaité s'engager de nouveau dans un processus thérapeutique, mais avec un psychologue. Diane ne rapporte pas nécessairement de nouvelles difficultés, une difficulté en ce qui concerne le maintien des acquis, ou encore une situation mal consolidée. Elle manifeste davantage un désir de continuer à travailler sur sa situation, mais sous un « autre angle » et avec le soutien d'un psychologue. Mentionnons aussi que, malgré son désir de vouloir poursuivre son cheminement, Diane répond « oui » à la question si ses attentes ont été satisfaites.

Une autre répondante, Lise, désirait également poursuivre son travail sur elle-même. Nous trouvons que l'exemple de Lise illustre bien que lorsqu'on se situe dans un contexte d'intervention brève, il est nécessaire de cibler un objectif clair, précis et « réalisable » à l'intérieur du temps dont on dispose, et cela, même au détriment de certains autres aspects problématiques de la situation de la personne. Notons que Lise a répondu par l'affirmative à la question si l'objectif du suivi a été atteint. Lise dit : « [...] oui, parce qu'on avait un objectif clair là, c'était [...] de m'aider sur le ici et maintenant [...] cette attente était claire, c'est sûr, elle a été atteinte à 100 % [...] »

Néanmoins, elle dit qu'elle aurait aimé continuer à travailler sur elle-même, régler d'autres problèmes. Il n'est cependant pas évident de saisir, ici, ce qu'elle voulait régler avec qui et où. Lise dit : « [...] c'est sûr que ça ouvre la porte à vouloir régler tous nos petits problèmes qu'on traîne [...] ça donne le goût même à aller faire un suivi ailleurs et d'avoir d'autres objectifs [...] »

4.10.3.5 Ambivalence quant à la poursuite ou non du traitement

Une répondante, à savoir Annie, est ambivalente à propos de la possibilité de commencer une nouvelle démarche au CLSC ou ailleurs. Pourtant, Annie relate

qu'elle est aux prises encore avec des problèmes multiples et qu'elle se sent dépassée.

Nous croyons que l'exemple d'Annie illustre bien que, lorsque les usagers sont aux prises avec des problématiques très complexes, on ne peut pas nécessairement tout régler ou travailler sur toutes les difficultés en même temps, au risque de s'éparpiller. Il faut nécessairement cibler un problème parmi tous ceux mentionnés par l'usager, ce qui semble avoir été fait dans cas d'Annie. Par conséquent, d'autres problèmes n'ont pas pu être abordés.

Nous pouvons dire que, malgré la satisfaction rapportée par la majorité de nos participants, et malgré aussi les impacts relatés sur l'état psychique ou leur situation, plusieurs connaissent encore des difficultés à divers niveaux. En ce sens, si nous nous rappelons notre réflexion sur la portée des interventions brèves, nous sommes à même de constater que, malgré le chemin que nos participants estiment avoir parcouru, plus de la moitié d'entre eux manifestent encore des besoins de soutien thérapeutique pour différentes raisons. De plus, sept répondants ont clairement mentionné vouloir poursuivre leur démarche.

Dès lors, on ne peut faire autrement que de considérer la satisfaction rapportée par nos participants avec un grain de sel. Il faut, avant tout, se poser la question de savoir par rapport à quoi l'usager est satisfait. Certes, le ou les objectifs ciblés sont atteints, mais lorsqu'on regarde au-delà de cet objectif, on ne peut faire autrement que de constater que certains aspects d'une même situation-problème demeurent en suspens et que des difficultés ne sont pas réglées.

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue ici que nous ne pouvons pas nécessairement tout régler, non plus, dans une démarche de plus longue durée, car, comme nous l'avons déjà mentionné dans la section de la revue de la littérature, le succès du traitement n'est pas exclusivement relié à la durée de l'intervention, mais dépend d'une multitude de facteurs notamment reliés au client et au thérapeute ainsi que la relation qui s'établit entre les deux. Néanmoins, nous croyons que pour ce qui est de

certaines des participants à notre étude, une continuité de la démarche aurait pu leur être bénéfique.

Dans cette même optique, nous allons maintenant faire ressortir ce que les participants à notre projet de recherche estiment avoir trouvé particulièrement aidant au cours du suivi. Si on se réfère à ce que nous avons vu dans la revue de la littérature, nous pouvons nous attendre ici à ce que des éléments qui favorisent l'émergence d'une alliance thérapeutique resurgissent, car, selon les auteurs, c'est ce lien de confiance même qui serait responsable en grande partie du succès du traitement.

4.11 Éléments ayant contribué à l'issue favorable de l'intervention

Dans l'ensemble, nous pouvons dire, encore une fois, que les réponses des usagers au chapitre de ce qui les a le plus aidés au cours de leur cheminement sont fort diversifiées. Mentionnons aussi que nous avons regroupé les divers éléments pour donner ici quelques balises pour faciliter la lecture et la compréhension du texte. Pour nous aider à comprendre les différents éléments, nous les avons regroupés sous quatre grands thèmes :

- Effets de la psychothérapie ;
- Qualités reliées au thérapeute ;
- Éléments reliés à la relation thérapeutique ;
- Habiletés de l'intervenant.

4.11.1 Effets de la psychothérapie

Avant de commencer l'analyse des données, nous voulons mentionner ici que nous regroupons dans cette rubrique tout ce que les participants ont identifié comme aidant ou particulièrement utile au cours de leur cheminement et qu'ils relient à la démarche de suivi entreprise au CLSC.

Nous pouvons dire d'emblée que tous nos participants ont indiqué des effets du suivi comme faisant partie des éléments qui ont facilité leur cheminement. Quelques aspects ont été mentionnés par plusieurs participants. Cinq participants ont mentionné que le fait de parler à quelqu'un les a davantage aidés. À la question sur ce qu'elle a trouvé particulièrement aidant dans le suivi, Sophie répond : « [...] je suis une personne qui a besoin de parler, de me vider [...] j'avale, j'avale, mais à un moment donné, il faut que ça sorte, ça faisait du bien de me décharger [...] »

Outre le fait de pouvoir parler, cinq personnes ont rapporté que ce sont les conseils que l'intervenante leur donnait qui les ont particulièrement aidés au cours de leur cheminement.

D'autres éléments qui sont sortis plus souvent au chapitre des effets de la psychothérapie étaient les solutions à leurs problèmes, trouvées en cours de cheminement (quatre personnes). Diane précise que le suivi lui a permis de trouver ses propres solutions :

[...] ce qui m'a aidée par rapport à mon cheminement c'est que j'étais capable à travers de ce suivi-là et les commentaires qu'elle [l'intervenante] me faisait, de trouver mes propres solutions et de prendre ma propre décision pis après j'étais fière [...]

Quatre autres personnes ont rapporté avoir obtenu des éléments pouvant les aider à la compréhension de leur situation.

D'autres éléments aidants pouvant être regroupés sous cette catégorie sont les suggestions de lecture (deux usagers). Par exemple, Lise relate : « [...] juste de donner des documents à lire [...] de mettre des mots sur ce que je vivais [...] de le lire [...] »

D'autres effets de la psychothérapie identifiés comme particulièrement aidants par les usagers étaient : des prises de conscience, le soutien de l'intervenant, son encouragement. Deux personnes ont mentionné la diminution de certains sentiments difficiles. Un autre participant a trouvé particulièrement utile l'aide de l'intervenant à propos de l'expression de certaines de ses émotions et l'identification de certaines

difficultés. Le sentiment d'être pris au sérieux, celui de normaliser et de valider le vécu de la personne sont des éléments qui sont également ressortis. Enfin, une participante, Lyne, estime que « [...] ce qui m'a aidée, c'est que j'avais quelqu'un à m'accrocher [...] »

4.11.2 Qualités reliées au thérapeute

Au chapitre des qualités reliées au thérapeute, nous regroupons les items que les usagers ont rapportés comme particulièrement aidants et qui, comme le nom l'indique par ailleurs, sont reliés au thérapeute.

Nous pouvons affirmer d'emblée que douze personnes ont mentionné des éléments que nous incluons dans cette dimension.

Dans un premier temps, sept usagers estiment que l'écoute du thérapeute les a particulièrement aidés.

Un autre élément qui est ressorti de nos entrevues et que nous avons classé sous le thème de « Qualités relié à l'intervenant », c'est la présence de l'intervenant. Trois personnes l'ont souligné en tant qu'élément qui a été particulièrement aidant. Mario relate son expérience en termes suivants : « [...] j'ai ressenti qu'elle était là lorsqu'on était ensemble, elle était là pour moi [...] »

Un autre élément qui est ressorti au chapitre des qualités reliées à l'intervenant est sa capacité de comprendre la situation. Yves relate : « [...] sentir que c'est bien reçu, qu'il y a une compréhension [...] ». Divers autres éléments ont été mentionnés, mais à une seule reprise. L'attitude calme et accueillante de l'intervenant était appréciée. La compassion que l'intervenant montrait à l'égard de l'utilisateur et son implication. Un autre participant a particulièrement aimé de parler à quelqu'un d'objectif. La simplicité de l'intervenant figure aussi parmi les éléments indiqués comme particulièrement aidants. Enfin, un usager a nommé l'expérience et l'âge de l'intervenant.

4.11.3 Éléments reliés à la relation thérapeutique

Des items, que nous classons sous la rubrique des éléments reliés à la relation thérapeutique, sont notamment des éléments rapportés par le participant et qui relèvent de la relation qui s'est établie entre l'intervenant et le participant.

Plusieurs participants (sept) ont nommé des facteurs ayant un rapport avec la relation qui s'est établie entre le client et le thérapeute comme éléments ayant contribué à l'issue favorable de l'intervention. À la question : « Parlez-moi de ce qui vous a aidé au cours de votre cheminement. », quatre personnes parmi les sept qui ont fait des commentaires en ce sens ont fait référence notamment à l'échange qui s'est établi entre l'intervenant et le client. Lise souligne : « [...] ça passait même trop vite tellement qu'on parlait [...] c'était très riche. ». Pierre dit : « [...] c'est aussi l'échange [...] quand je parle de bon échange, il y avait de l'écoute pis du feedback en même temps [...] »

D'autres participants nous ont parlé aussi de la relation de confiance ou du lien qui s'est établi entre l'intervenant et le participant. Par exemple, Mario, ou encore Brigitte. Cette dernière révèle : « [...] avec la dame que j'ai eue, j'avais beaucoup d'affinité parce que j'ai déjà rencontré quelqu'un et je ne m'étais pas sentie à l'aise et j'ai lâché, mais elle [l'intervenante], j'étais contente de la voir [...] »

4.11.4 Habiletés de l'intervenant

Sous le thème « Habiletés de l'intervenant », nous regroupons tout ce que les usagers précisent et qui relève du domaine des habiletés d'intervention ou des techniques utilisées par celui-ci.

Cinq usagers en tout ont rapporté des éléments à ce chapitre. Les commentaires des usagers allaient dans tous les sens. Il y a l'encadrement qui a été apprécié. Deux participants qui estiment avoir été bien encadrés. Une autre personne a souligné le fait que l'intervenant prenait des notes (se sentait prise au sérieux) comme particulièrement aidant.

D'autres éléments qui ont été nommés par les participants à ce chapitre, mais qui ne sont pas ressortis plus qu'une fois, sont l'organisation des rencontres, la capacité de l'intervenante à recentrer la personne sur l'objectif et à cerner le problème ainsi que sa capacité de poser des questions opportunes. Ici, nous voulons citer l'exemple de Lyne, qui rapporte que le praticien a su apprivoiser certaines de ses peurs. Elle dit : « [...] dans dix visites [...] ce n'est pas facile [...] d'arriver [...] tu ne connais pas la personne [...] moi [...] sais-tu avec les questions qu'elle me posait ça m'a aidé à m'ouvrir à elle [...]. »

En dernier lieu, nous voulons parler de l'approche utilisée par l'intervenant. Deux usagers ont rapporté des éléments à cet égard. Il y a notamment Diane qui dit : « [...] ce que j'ai vraiment aimé, c'est son approche non directive [...] plus sous forme de guide [...] » Lise répond à la question sur ce qui a facilité son cheminement : « [...] c'était de me faire trouver les réponses par moi-même [...] »

Voilà ce qui complète les données recueillies au chapitre des éléments que nos participants estiment avoir facilité leur cheminement. Nous considérons que le matériel de ce chapitre est extrêmement diversifié. Nous avons constaté, cependant, qu'à l'unanimité, nos participants ont rapporté divers effets positifs de la psychothérapie au chapitre des éléments ayant contribué à l'issue favorable du suivi.

Dans un sens, ces réponses nous ont surpris. Nous nous attendions à ce que les participants relatent davantage des éléments que l'intervenant a dits ou a faits, ou encore, qu'il y ait davantage d'usagers qui rapportent les qualités de l'intervenant. En somme, des éléments qui contribuent à l'établissement d'une alliance thérapeutique, qui, selon les auteurs, est déterminante pour l'issue favorable de l'intervention (Koss, Butcher et Strupp, 1986 : 64 ; S. Soldz dans Wells et Giannetti, 1990 : 35, 44, Miller, Duncan et Hubble, 2001 : 26).

Tout de même, sept personnes ont directement mentionné des éléments reliés à la relation qui s'était établie entre elles et l'intervenant ; quatre d'entre elles, entre autres, ont mentionné l'échange entre elles et l'intervenant parmi les éléments qui leur ont été particulièrement utiles au cours de leur cheminement.

Dans ce même ordre d'idées, soulignons que douze participants ont parlé de qualités reliées à l'intervenant en termes de capacité d'écoute, de compréhension et de présence. Il y a trois éléments qui sont sortis à quelques reprises ; il s'agit notamment de la capacité d'écoute de l'intervenant (sept), trois participants ont parlé de sa présence et deux de sa capacité de compréhension.

Notons que, parmi les éléments que les participants ont identifiés comme facilitant leur démarche, personne n'a clairement mentionné avoir apprécié l'attitude chaleureuse ou empathique, par exemple, de l'intervenant. Rappelons-nous qu'il s'agit là d'attitudes qui, selon certains auteurs, favorisent l'émergence d'une forte alliance thérapeutique. En effet, selon Miller, Duncan et Hubble (2001), une forte alliance thérapeutique peut s'établir lorsque le thérapeute est perçu comme quelqu'un de chaleureux, de fiable, d'empathique, et qui ne porte pas de jugement (Miller, Duncan et Hubble, 2001 : 27).

Une personne, notamment Brigitte, que nous avons citée précédemment dans le texte (au chapitre des qualités reliées au thérapeute), a mentionné qu'elle s'est sentie à l'aise avec son intervenante qu'elle décrit comme quelqu'un de souriant, en comprenant, bien entendu, le qualificatif souriant dans le sens de chaleureux. Qualifier l'intervenant comme souriant peut aussi être compris dans le sens de quelqu'un montrant une attitude accueillante et ouverte, car ce qualificatif peut être compris de plusieurs manières.

Il y a aussi Diane, qui a parlé de la compassion de l'intervenante. Le terme compassion défini au sens d'humanité, sensibilité, pouvant s'apparenter à empathie, comprise comme la faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce que l'autre ressent.

Nous pouvons dire aussi que même si les participants n'ont pas nécessairement tous parlé d'attitudes du thérapeute ou n'ont pas utilisé les mêmes termes que les auteurs lorsqu'ils parlent de ce qui favorise l'établissement d'une forte alliance thérapeutique, il n'en demeure pas moins qu'au chapitre de ce qui les a le plus aidés au cours de leur cheminement, sept personnes mentionnent l'écoute de l'intervenant

et trois autres sa présence. Il va de soi que pour pouvoir être empathique, de même que pour pouvoir être perçu ainsi, il faut nécessairement s'intéresser à l'autre, être présent et manifester une bonne écoute. Parmi d'autres techniques d'intervention, l'écoute permet de démontrer une attitude empathique (Deslauriers et Hurtubise, 2000 : 107). L'intervenant qui serait distrait ou qui aurait tendance à interrompre le client ne favorisera pas un climat propice aux confidences et à l'échange ce qui, à notre avis, rendra donc difficile, voire impossible, l'établissement d'une alliance thérapeutique.

Revenons maintenant sur ce que nous avons dit au début du texte, notamment que nous sommes surpris des réponses des participants qui, à l'unanimité, rapportaient des effets du suivi parmi les éléments qui les ont le plus aidés au cours du suivi. En fait, ces réponses n'ont rien de surprenant si on prend en considération la façon dont la question était posée, c'est-à-dire que les participants ont été invités à parler de ce qui les a le plus aidés au cours du suivi. Nous croyons, en effet, qu'il n'y a rien de plus naturel que de rapporter une diminution de la souffrance initialement rapportée ou l'amélioration d'une situation difficile. Ce point-ci clarifié, regardons maintenant ce que les participants ont trouvé moins aidant au cours de leur cheminement.

4.12 Aspects négatifs et lacunes identifiées par les participants

D'emblée, nous pouvons dire que cinq participants, en tout, n'ont fait aucun commentaire négatif. Il y a Lucie qui, à la question sur les éléments non aidants, a répondu : « [...] non, c'est... elle m'a aidée dans tout, je l'ai trouvée exceptionnelle, Mme [nom de l'intervenant], c'est une bouée. »

Pour ce qui est des dix autres participants, il y a eu des éléments critiques qui sont ressortis. Certains ont identifié un facteur et d'autres plusieurs. Trois participants, notamment Lyne qui à la question s'il y a eu des éléments moins aidants, répond d'emblée par la négative, mais laisse entendre que le cheminement thérapeutique en soi n'était pas facile. Lyne affirme : « [...] je sortais les premières fois, je n'étais pas bien, mais plus que ça allait, plus que mes séances avançaient, plus je me sentais [...] capable de contrôler [...] mes scénarios [...] »

Pierre constate aussi que son cheminement n'a pas toujours été facile. Il précise que c'étaient les émotions suscitées par son travail sur lui-même, qui n'étaient pas faciles à supporter :

[...] c'étaient les émotions négatives [...] pleurer devant quelqu'un qu'on ne connaît pas [...] surtout au début [...] après ça, je me laissais aller un peu plus, mais un court laps de temps comme ça c'est difficile de se livrer complètement.

Yves, lui, a trouvé aussi son cheminement difficile, mais plus au sens d'être confronté à certaines de ses difficultés : « [...] c'était difficile de voir que je pouvais avoir des manques et lorsque je ne parlais pas [...] c'est que je ne voulais pas les admettre. ».

Deux autres participants répondaient qu'il n'y avait rien de négatif durant le suivi, mais ils déploraient les délais d'attente.

Nous voulons souligner aussi qu'il y a sept personnes, en tout, soit qui ont clairement indiqué leur désir de poursuivre, soit qui ont exprimé leurs réserves quant à la durée de l'intervention. Ils répondaient ainsi à la question que nous leur avons posée sur les facteurs qui, selon les participants, ont moins facilité leur cheminement. Nous n'allons pas ici revenir sur cet aspect, car nous l'avons déjà abordé plus haut dans le texte.

En fait d'éléments critiques, trois autres commentaires sont ressortis, ici, dans notre recherche. Marie nous confie avoir eu le sentiment d'être jugée, mais annonce aussi d'emblée qu'elle a peut-être une fragilité dans ce domaine et que ce n'était pas nécessairement l'intervenante qui était en cause. Marie précise : « [...] peut-être que je suis une personne qui a toujours peur d'être jugée aussi [...] je suis déjà sortie d'ici [elle fait référence au CLSC] en pensant qu'elle pouvait me juger en ne prenant pas de décision [...] »

Il y a aussi les commentaires de Lise qui, au chapitre des éléments moins aidants, rapporte :

[...] des fois, on dirait que j'avais comme une boule d'émotions pis je repartais avec. [...] Mais Lise explique plus loin que ça n'a pas été particulièrement négatif : [...] mais je ne peux pas dire que ça été beaucoup moins aidant [...] dans un sens, je trouvais dans ce temps-là, que c'était moins aidant, mais je pense que maintenant non... ça me forçait à aller chercher de l'aide ailleurs [...]

Nous avons vu, dans cette section de notre travail, qu'effectivement la majorité (dix) de nos participants avait des choses à dire à ce chapitre. Toutefois, la plupart (sept) font référence à la durée de l'intervention. Pour les autres, trois relatent des émotions difficiles suscitées par leur travail sur eux-mêmes. Il s'agit notamment de Lyne, Pierre et Yves. Lise parle d'émotions difficiles qu'elle a vécues, mais précise qu'elle n'a pas pu évacuer cette intensité émotive au cours de l'entrevue, qu'elle identifiait d'emblée comme élément moins aidant, mais qu'en rétrospective, elle ne qualifie plus nécessairement comme moins aidant. En dernier lieu, il y a aussi les commentaires de Marie qui, elle, parle aussi d'émotions négatives, mais plus en termes de s'être sentie jugée.

Notons, ici, qu'en aucun cas les participants ne rapportent une détérioration de leur état au chapitre des éléments moins aidants. Pour ce qui est de la situation de Marie, elle ne note pas une détérioration de son état en tant que tel, mais elle a identifié une incidence négative sur son bien-être psychique en déclarant s'être sentie jugée. Quoiqu'il s'agisse là d'un cas isolé, nous croyons qu'il ne faut pas perdre de vue qu'effectivement, c'est une situation qui peut se produire lorsque nous travaillons dans un contexte de relation d'aide. Par contre, comme nous l'avons déjà vu dans la revue de la littérature, notamment dans la partie qui porte sur la critique des interventions brèves, certains auteurs prétendent que compte tenu de la cadence accélérée de l'intervention, elle augmente la possibilité d'erreurs thérapeutiques (Koss, Butcher et Strupp, 1986 : 62). Mais, s'agit-il d'une erreur ? Nous ne saurions dire que notre projet de recherche n'a pas mis particulièrement l'accent sur les éléments critiques. Néanmoins, nous pensons que, comme certains auteurs l'ont par ailleurs souligné, l'utilisation de certaines techniques d'intervention combinées à des éléments reliés à la personnalité de l'intervenant ainsi qu'aux vulnérabilités du client, peut susciter ce type d'effets chez certains clients (Strupp, Hadley, & Gomes-

Schwartz, 1977 dans Budman, 1981 : 19). Précisons, ici, que cela peut aussi se produire dans des processus d'interventions plus longues.

CONCLUSION

Constats généraux

Dans l'ensemble, nous pouvons dire, en termes de trajectoire de soin ou de cheminement, que la majorité de nos participants décrivent un cheminement plutôt positif. Nous en venons à cette conclusion en nous basant sur ce que les personnes rapportent comme résultat final, de même que sur l'évolution rapportée pendant qu'ils attendaient de commencer leur suivi. En effet, si nous regardons l'évolution des usagers pendant qu'ils étaient en période d'attente de soins, cinq rapportent même une amélioration de leur situation et sept une situation inchangée. Deux personnes ont trouvé l'attente difficile et une personne l'a trouvée longue. Rappelons, ici, qu'en moyenne, les personnes ont attendu sept semaines, soit plus d'un mois et demi. Compte tenu de ce délai qui, selon nous, est quand même assez important, il est intéressant de constater qu'en aucun cas les usagers ne rapportent une situation qui s'est détériorée pendant qu'ils étaient en attente.

Qui plus est, nous pouvons dire aussi, d'une façon générale, que la majorité de nos participants se disent satisfaits de la démarche qu'ils ont accomplie au CLSC. Nous affirmons cela en nous fiant sur leurs réponses à la question sur leurs attentes et si elles ont pu être comblées au cours du suivi. Douze rapportent que leurs attentes ont été satisfaites et trois rapportent que leurs attentes ont été satisfaites partiellement. Lorsqu'on met en relation la satisfaction des usagers par rapport à leurs attentes, on peut, en effet, se demander comment, à l'intérieur d'une dizaine de rencontres, on a pu arriver à de tels résultats.

D'autant plus que la plupart de nos participants connaissent des situations fort complexes et que la souffrance relatée était assez intense pour plusieurs. Le terme complexe doit être ici compris au sens d'être aux prises avec plusieurs problématiques ou une accumulation de plusieurs facteurs de stress depuis un certain temps n'ayant cependant pas toujours été identifiés comme étant le motif de la consultation. D'autre part, il convient de souligner que certains usagers rapportaient

encore des situations très complexes et des difficultés importantes au moment où nous les avons rencontrés, mais qu'ils estimaient quand même qu'on avait répondu à leurs attentes.

Un autre constat que nous voulons souligner ici et qui nous paraît assez important à mentionner si on regarde les résultats davantage sous l'angle de trajectoire de soin : la majorité de nos participants rapportent une diminution de leurs symptômes et certains rapportent même une amélioration de leur état psychique en plus d'indiquer d'autres impacts dans d'autres sphères de leur vie.

Pour pousser plus loin notre réflexion, nous nous demandons ce qui serait survenu si les participants avaient continué leur suivi. Auraient-ils continué de progresser au même rythme ou, à un moment donné, les progrès auraient-ils été moins importants ? Nous pourrions même nous demander à quel moment ils auraient atteint une forme de « plateau » au-delà duquel tout progrès aurait été difficile à faire.

Il n'en demeure pas moins que malgré la satisfaction générale rapportée par nos participants par rapport au service reçu, certains usagers ont rapporté des éléments qu'ils ont trouvés plus difficiles à vivre, et cela, soit après la fin de l'intervention, soit au cours de leur cheminement. L'élément qui revient le plus souvent est la durée de l'intervention. Un nombre très restreint de personnes seulement a fait des commentaires critiques qui, à notre avis, relèvent peut-être un peu plus de l'intervention ou, en d'autres mots, de l'activité du thérapeute en tant que tel.

Les données que nous avons obtenues en poursuivant l'atteinte de nos objectifs de recherche nous ont donc permis de retracer, en quelque sorte, le cheminement de nos participants en tant qu'utilisateurs de services de suivi à court terme au CLSC. Pour parvenir à nos fins, nous avons eu recours à une méthodologie de type qualitative qui fait appel à des outils de cueillette de données qui confèrent une certaine liberté d'expression à l'utilisateur et à une méthode d'analyse qui se veut plus souple. Bien entendu, nous pouvons comprendre que notre façon de faire comporte sa part d'avantages, mais aussi d'inconvénients.

Limites et avantages des choix méthodologiques

Nous croyons que l'une des limites inhérentes à notre démarche se situe dans le fait que les résultats de la recherche ne peuvent être qualifiés de strictement objectifs et ne sont pas aisément généralisables, du fait que nous avons conduit des entrevues semi-dirigées, à cause de la taille de l'échantillon ainsi que de son hétérogénéité.

La conduction d'entrevues plus « serrées » s'appuyant sur un questionnaire du style « question-réponse » nous aurait possiblement permis d'obtenir des résultats plus homogènes et aurait permis plus facilement de quantifier et de généraliser certaines données. Ou encore, des questionnaires énumérant une série de symptômes que les participants auraient eu à cocher auraient possiblement permis de cerner davantage leur état psychique, alors que, dans notre projet, certains usagers ont parlé d'emblée de leurs souffrances tandis que d'autres ont été très peu ou pas du tout volubiles à cet égard.

Il en est de même pour les résultats de l'intervention et ses impacts. Une approche plus directive aurait probablement permis de mieux cerner l'ampleur des changements ou des acquis faits par les usagers. Le même constat s'applique aussi à propos de ce que les usagers ont trouvé particulièrement aidant au cours du suivi. À moins qu'une telle entreprise ait été trop suggestive, ce qui aurait pu quelque peu biaiser les résultats finaux. Il faut dire aussi que, si le projet avait été construit de cette façon-là, il aurait probablement fallu limiter la recherche et se centrer sur un aspect particulier au lieu, comme nous le proposons dans le présent projet, de reconstituer le parcours des gens.

Quoi qu'il en soit, nous avons, dans notre recherche, privilégié une approche qualitative pour plusieurs raisons. Nous avons eu recours à une méthodologie qui se veut plus souple, et que nous croyons particulièrement adaptée à saisir la complexité d'une « réalité » telle que perçue par l'individu. Le matériel que nous avons recueilli est peut-être plus ou moins généralisable ou « objectif », mais aussi, plus riche en matière de qualité des réponses et de profondeur. C'est précisément ce que nous avons tenté de faire ressortir lorsque nous avons présenté les résultats de la recherche.

Nous voulons souligner qu'à tous les niveaux, la recherche a voulu être à l'écoute des usagers de services à court terme au CLSC et de ce qu'ils ont à dire au sujet de leur vécu en tant que « consommateurs » de ce type de service au CLSC-CHSLD du Marigot.

Enfin, mentionnons aussi que dans l'ensemble les résultats de notre étude demeurent quelque peu généraux du fait que les objectifs ciblés au départ sont, comme nous l'avons déjà mentionné, assez vastes. En effet, à partir de notre objectif général qui est de déterminer les impacts de l'intervention brève, nous aurions pu aussi formuler des sous-objectifs portant sur le type d'impact, l'ampleur qu'ils prennent dans la vie de l'utilisateur, etc. Cette façon de faire aurait probablement permis d'obtenir des données plus abondantes et plus précises, et cela, directement par rapport à cette dimension-là. Nous avons peut-être ratissé un peu large en établissant des sous-objectifs qui explorent des dimensions complémentaires et même jusqu'à un certain point différentes du vécu de l'utilisateur, c'est-à-dire, de faire ressortir les éléments qui ont contribué au succès du suivi et les différences entre les attentes de l'utilisateur et le résultat à la fin. Quoi qu'il en soit, le regard que nous avons posé sur la réalité des usagers demeure peut être un peu large, mais il n'en demeure pas moins que nous avons une meilleure idée du cheminement de la clientèle utilisatrice de services de suivi à court terme au CLSC.

Implication pour la pratique et le rôle du travailleur social

Prise au sens plus large, la présente recherche constitue aussi une amorce de réflexion sur la pratique du service social dans les CLSC québécois. Pour ce qui est des participants à notre projet de recherche, nous avons pu voir que la grande majorité rapporte avoir réalisé d'énormes progrès, et cela, dans un laps de temps relativement court. Est-ce qu'un suivi plus long aurait pu prévenir les difficultés que les personnes nous ont dit éprouver après la fin du suivi? Notamment, des situations mal consolidées et des difficultés du point de vue de l'application et du maintien des acquis.

Notons que des suivis de moyen à long terme sont aussi disponibles au CLSC, notamment au programme de la santé mentale. Les usagers qui présentent un tableau de trouble transitoire ne peuvent pas nécessairement y avoir accès, car ils doivent répondre à certains critères pour y être admissibles.

Jusqu'à un certain point, nous croyons qu'il s'agit d'une limite inhérente au secteur des services publics, c'est-à-dire, l'absence d'un service intermédiaire, entre le service de suivi à court terme et celui de la santé mentale, pour les personnes présentant des formes plus graves de troubles transitoires, mais sans pour autant répondre aux critères d'admissibilité du programme de la santé mentale.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons comprendre aussi que les services dispensés au niveau du secteur public ne peuvent peut-être pas toujours répondre à 100 % aux besoins présentés par chacun. Il faut se rappeler, notamment, qu'au-delà des besoins manifestés individuellement, il y a une collectivité et il est parfois nécessaire de faire des choix pour le bien de la collectivité au détriment de certains besoins individuels. Est-il réaliste de penser que les services dispensés à l'intérieur du secteur public peuvent répondre notamment à un besoin de faire une démarche plus en profondeur ou de résoudre toutes les difficultés présentées par une personne ? Nous croyons que si cela était le cas, nos services seraient rapidement engorgés, ce qui impliquerait possiblement de longs délais d'attente. Il serait de plus en plus difficile, alors, pour une personne qui présenterait des besoins plus ou moins urgents, d'avoir accès au service. Nous avons plus tendance à penser que, dans un contexte où il y a des pénuries de toutes sortes, notre rôle peut davantage se définir comme le début d'une démarche personnelle qui se poursuivrait à la fin de l'intervention. Il convient donc d'outiller l'individu afin qu'il puisse faire face à ses difficultés, miser sur le transfert de certains acquis, optimiser ses capacités personnelles ou l'aider à en prendre connaissance, et cela, dans une démarche de suivi relativement courte.

Mais encore peut-on penser qu'il serait possible que l'intervenant adapte la durée du suivi aux besoins du client en fonction de ses évaluations et jugements cliniques, au lieu d'avoir d'emblée à fonctionner à l'intérieur d'une limite de temps, déterminée à

l'avance par quelqu'un de l'extérieur en fonction de normes et de critères établis par les décideurs ou administrateurs. Ce qui nous amène à réfléchir sur le rôle du travailleur social et son autonomie professionnelle. Le terme autonomie compris dans le sens d'avoir la possibilité d'organiser notre travail et de choisir les moyens et les outils que nous croyons les plus appropriés pour répondre aux besoins des usagers.

Le défi à relever consiste donc à négocier des marges de manœuvre en matière d'autonomie professionnelle, à l'intérieur d'un contexte organisationnel qui a une mission et qui a des objectifs à atteindre. Cette marge de manœuvre peut se traduire par la créativité du professionnel permettant d'innover de nouvelles façons de faire, de perfectionner nos connaissances ainsi que d'essayer de nous faire entendre et de prendre notre place parmi les décideurs.

En terminant, nous espérons que notre projet de recherche a permis de jeter un peu de lumière sur quelques facteurs susceptibles d'intéresser les différents acteurs engagés, de près ou de loin, auprès de populations vulnérables et qui s'interrogent sur leur rôle et l'utilité de leurs interventions auprès de la clientèle. Nous souhaitons, de plus, que la présente recherche permette d'alimenter la réflexion de ces personnes et aide à mieux faire face aux défis que posent les interventions à court terme dans les CLSC. En ce sens, le projet de recherche constitue l'amorce d'une réflexion sur la pratique de ce type de service, dans un souci de l'améliorer et de voir s'il n'y a pas matière à y effectuer quelques ajustements, pour un meilleur service à la population. Un temps d'arrêt et une mise en commun de ce qui fonctionne pourraient constituer un premier pas vers une définition commune de ce que devraient être les interventions à court terme.

Bien entendu, dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, l'ampleur de l'entreprise demeure modeste. Néanmoins, les propos des usagers ont certainement permis de dégager quelques constats dignes d'intérêt pour les décideurs ainsi que les intervenants de première ligne qui offrent ce type de service. Qui plus est, le présent projet de recherche servira peut-être à inspirer d'autres initiatives du même genre.

BIBLIOGRAPHIE

Documents imprimés

- Association des CLSC et CHSLD du Québec (2003). *État de situation des services courants en CLSC, Volets clientèle et services.*
- Barbeau, Catherine et Claude Larivière (2002). « L'apport des cadres de référence à la pratique professionnelle en CLSC », *Revue Intervention*, n° 115.
- Budman, Simon H. and Alan S. Gurman (1988). *Theory and Practice of Brief Therapy*, New York, The Guilford Press.
- Budman, Simon H. (1981). *Forms of Brief Therapy*, New York, The Guilford Press.
- Carey-Bélanger, Éline et Christian Côté (1982). « Les interventions brèves huit ans après », *Revue Service Social*, vol. 31, n° 2 et 3, 241-289.
- CLSC Marigot (2005). *Bilan statistique de l'année financière mars 2004 à avril 2005*, compilation maison.
- CLSC-CHSLD du Marigot (2001). *L'Inter-Roger*, Journal d'information, vol. 1, n° 1.
- CLSC-CHSLD du Marigot (2004). *Les services psychosociaux aux adultes*, dépliant.
- CLSC-CHSLD du Marigot (2004). *Rapport annuel 2003-2004*, Laval.
- Conseil québécois d'Agrément (2005). *Rapport d'agrément CLSC-CHSLD du Marigot du CSSS de Laval.*
- De Shazer, Steve (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*, Penguin Books Canada Ltd.
- Deslauriers, Jean-Pierre et Yves Hurtubise (2000). *Introduction au travail social*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- Deslauriers, Jean-Pierre (1991). *Recherche qualitative, Guide pratique*, Montréal, McGraw-Hill Éditeurs.
- Du Ranquet, Mathilde (1983). *Recherches en casework*, St-Hyacinthe, Edisem.
- Favreau, Louis (2000). « Le travail social au Québec (1960-2000) : 40 ans de transformation d'une profession », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 13, n° 1, 27-45.
- Garfield, Sol Louis (1989). *The Practice of Brief Psychotherapy*, New York, Pergamon Press.

- Goldstein, Eda G. and Maryellen Noonan (1999). *Short Term Treatment and Social Work Practice*, New York, The Free Press.
- Guay, Jérôme (1992). *Thérapie brève et intervention de réseau, une approche intégrée*, Montréal, Les presses de l'Université de Montréal.
- Hill, Clara E., Helms, Janet E., Tichenor, Victoria, Spiegel, Sharon B., O'Grady, Kevin E. and Elgin S. Perry (1988). "Effects of Therapist Response Modes in Brief Psychotherapy", *Journal of Counseling Psychology*, vol. 35, n° 3, 222-233.
- Koss, Mary P., Butcher, James N. and Hans H. Strupp (1986). "Brief Psychotherapy Methods in Clinical Research", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 54, n° 1, 60-67.
- Larivière, Claude (1995). « Service social et identité professionnelle en CLSC », *Intervention*, N° 100, 41-47.
- Mayer, Robert, Ouellet, Francine, Saint-Jacques, Marie-Christine, Turcotte, Daniel et collaborateurs (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Gaëtan Morin Éditeur ltée.
- Mayer, Robert (2002). *Évolution des pratiques en service social*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur.
- Miller, Ivan J. (1996). "Time Limited Brief Therapy Has Gone Too Far: The Result Is Invisible Rationing", *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 27, n° 6, 567-576.
- Miller, Scott D., Duncan, Barry L. et Mark A. Hubble (2001). *Pour en finir avec Babel : à la recherche d'un langage unificateur pour l'exercice de la psychothérapie*, Saint-Hyacinthe, Edisem.
- Norville, Roxanna, Sampson, Harold and Joseph Weiss (1996). "Accurate Interpretations and Brief Psychotherapy Outcome", *Psychotherapy Research* 6 (1), 16-29.
- Reid, William J. (1997). "Long-Term Trends in Clinical Social Work", *Social Service Review*, vol. 71, n° 2, 200-213.
- Ritzhaupt, Birgit (2003). "The Social Work Profession at the Dawn of the Third Millenium", *Revue Intervention*, n° 118, 97.
- Turner, Paul R., Valtierra, Mary, Talken, Tammy R., Miller, Vivian I. and Jose R. DeAnda (1996). "Effect of Session Lenght on Treatment Outcome for College Students in Brief Therapy", *Journal of Counseling Psychology*, vol. 43, n° 2, 228-232.

- Wells, Richard A. and Vincent J. Giannetti (1990). *Handbook of the Brief Psychotherapies*, New York, The Plenum Press.
- Wells, Richard A. (1982). *Planned Short-Term Treatment*, New York, The Free Press A Division of Macmillan Publishing Co. Inc.
- Woods, Mary E. and Florence Hollis (2000). *Casework : A psychosocial Therapy*, Whitby, McGraw-Hill Higher Education.

Documents électroniques

- Bulletin des CLSC, MSSS du Québec (2002). En ligne, <www.mssc.qc.ca> Consulté en août 2005.
- Centre de santé et de services sociaux de Laval (2005). *L'interface*, bulletin électronique, vol. 2, n° 19.
- CLSC-CHSLD du Marigot, *Prestation générale des services à la population*. En ligne, <<http://www.clsc-chslddumarigot.qc.ca/500/>>
- De Cotret, Léon René (2004). *Psychothérapie*. En ligne, <http://www.reseauproteus.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=psychotherapies_th>. Consulté le 5 août 2005.

ANNEXE I

Annexe I : Questions opérationnelles de la recherche

Portrait général de la clientèle utilisatrice de services court terme

En ce qui a trait au portrait général de la clientèle utilisatrice de services court terme, nous allons pour l'année 2004 - 2005 :

- a) Préciser le nombre des suivis effectués annuellement ;
- b) Faire ressortir le nombre moyen d'interventions ;
- c) Déterminer les problématiques le plus souvent rencontrées.

Portrait sociodémographique des participants

Pour ce qui est du portrait sociodémographique des participants, nous avons recueilli les données suivantes : âge, sexe, niveau de scolarité, statut, situation familiale et situation d'emploi, et antécédents de suivi.

Description de l'équipe

Également, nous allons décrire la composition de l'équipe de travail :

- a) Comptabiliser le nombre d'intervenants affectés aux interventions à court terme ;
- b) Rassembler des données d'ordre démographique, notamment l'âge ;
- c) Recueillir des données plus spécifiquement reliées au cheminement professionnel des praticiens : le nombre d'années d'expérience, la formation de base, et si oui ou non ils ont bénéficié d'une formation en thérapie brève ;
- d) Déterminer les possibilités de formation continue, de supervision ou les autres modalités de soutien disponibles aux intervenants dans leur milieu de travail ou autre.

Considérations sur la démarche complétée par les usagers

Les données sur les usagers nous ont permis de décrire qui a participé au projet de recherche. Pour répondre à nos objectifs de recherche, nous avons recueilli, au moyen des entrevues enregistrées, les données suivantes :

- a) Les difficultés à l'origine de la consultation par l'utilisateur ;
- b) Les attentes de l'utilisateur à l'égard du CLSC ;
- c) Les changements survenus dans la situation de l'utilisateur ainsi que dans ses attentes pendant que celui-ci était en attente de recevoir des services ;
- d) Les changements associés à l'intervention, survenus dans la situation de l'utilisateur après avoir terminé le suivi ;
- e) Ce que l'utilisateur estime avoir gagné au cours du suivi ou les bénéfices quelconques qu'il juge avoir réalisés au terme de son suivi ;
- f) Dans quelle mesure les attentes de l'utilisateur ont-elles été satisfaites ?
- g) Les variables qui ont été perçues comme aidantes par l'utilisateur ;
- h) Le recours à d'autres services, après l'intervention à court terme.

ANNEXE II

Annexe II : Questionnaire

Indiquer :

Date de la première demande

Début du suivi

Fin du suivi

Situation-problème 1re consultation à l'accueil social :

Q : Parlez-moi un peu des problèmes qui ont fait en sorte que vous avez demandé de l'aide au CLSC ?

Q : Quelles étaient vos attentes face au CLSC lorsque vous avez fait votre demande ?

Temps d'attente et son impact :

Q : Avez-vous attendu longtemps avant de commencer votre suivi ?

Si l'utilisateur répond oui à la question :

Q : Combien de temps avez-vous attendu ?

Q : Quel a été l'impact de cette attente ?

Situation-problème et attentes au début du suivi :

Q : Entre le moment où vous avez fait votre première demande d'aide au CLSC et le début de votre suivi, est-ce qu'il y a eu des changements au niveau des difficultés que vous aviez ?

Si l'utilisateur répond par l'affirmative :

Q : Parlez-moi de ces changements.

Q : ...au niveau de vos attentes ?

Si l'utilisateur répond par l'affirmative :

Q : En quoi étaient-elles différentes ?

Situation problème à la fin du suivi :

Est-ce que vous estimez qu'à la fin du suivi il y a eu des changements dans la situation qui vous préoccupait ?

Si l'utilisateur répond oui à la question :

Q : Parlez-moi de ces changements ?

Q : Est-ce que le suivi vous a permis de réaliser d'autres gains ?

Si l'utilisateur répond par l'affirmative :

Q : Parlez-moi de ces gains ?

Q : Avez-vous pu acquérir des outils pour mieux faire face à votre situation ?

Si l'utilisateur répond oui à la question :

Q : Quels sont-ils ?

Q : Est-ce qu'il y a quelque chose d'autre que le suivi vous a apporté ?

Si l'utilisateur répond par l'affirmative :

Q : Pouvez-vous m'en parler un peu ?

Appréciation du suivi

Q : Qu'est-ce qui vous a aidé le plus au cours du suivi ?

Q; est-ce qu'il y a des choses que vous avez trouvées moins aidantes ?

Résultat de l'intervention et attentes :

Q : Considérez-vous que vos attentes ont été répondues ?

Si l'utilisateur répond oui à la question :

Q : De quelle façon ont-elles été répondues ?

Cheminement thérapeutique de l'utilisateur

Q : Avez-vous déjà consulté avant votre présente consultation au CLSC ? Si oui, combien de fois ?

Q : Pensez-vous consulter de nouveau dans un proche avenir ?

Données sociodémographiques :

Indiquer le sexe du participant.

Q : Quel est votre âge ?

Q : Êtes-vous marié ?

Q : Avez-vous des enfants ?

Q : Avez-vous fait des études ?

Q : Est-ce que vous travaillez ? Si oui, dans quel domaine ?

Appréciation de l'entrevue / questionnaire

Q : Pour terminer, j'aimerais savoir si vous avez des suggestions à me faire par rapport à la façon de conduire l'entrevue ?

Q : Par rapport au questionnaire ? Est-ce qu'on a pu faire le tour où est ce que vous estimez que j'aurais dû inclure d'autres questions ?

Q : Avez-vous d'autres suggestions ?