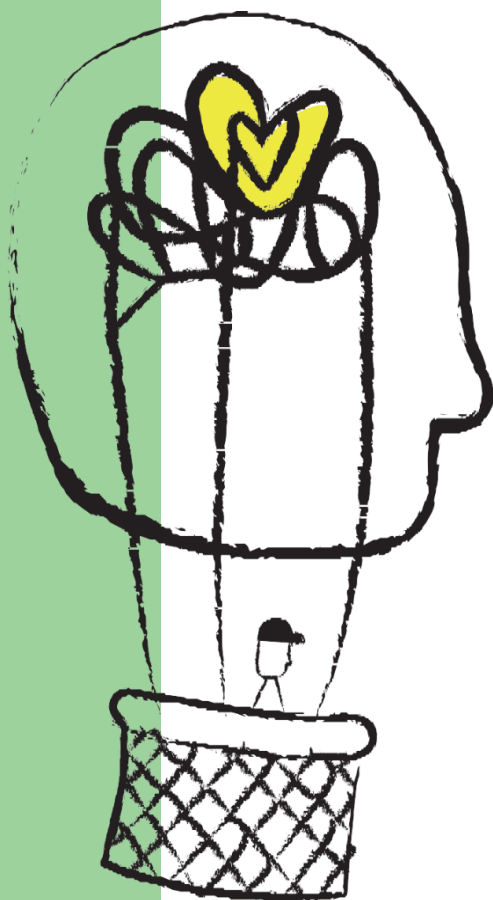




Centre RBC
d'expertise universitaire
en santé mentale

Rapport
méthodologique
accompagnant le Guide
d'application de
l'approche orientée
vers les solutions
adaptée à Aire ouverte

2023



UDS Université de
Sherbrooke

Rédaction

La réalisation de ce rapport méthodologique s'inscrit dans le projet d'*Accompagnement et évaluation de l'implantation et des retombées des sites Aire ouverte en Estrie*. Ce projet de recherche a été possible grâce à un financement du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS-CHUS).

Les travaux ont été réalisés sous la direction de Julie Lane Ph. D., M.A., Professeure spécialisée en transfert de connaissances et implantation de programmes probants et Directrice du Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, Université de Sherbrooke.

Auteurs

François Lauzier-Jobin Chercheur postdoctoral; coordonnateur de projets de recherche au Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, Université de Sherbrooke

Marie Massuard Coordinatrice de projets de recherche, Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, Université de Sherbrooke

Sous la direction de :

Julie Lane Professeure adjointe spécialisée en transfert des connaissances et implantation de programmes probants, Directrice du Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale et codirectrice de l'Observatoire sur la santé mentale étudiante en enseignement supérieur, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke; Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux de l'Estrie (IUPLSSS); Centre de recherche sur le vieillissement; Équipe RENARD

Approbation éthique

Approbation du comité éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (2022-4300)

Résumé

Ce rapport méthodologique a pour objectif d'exposer le rationnel et la démarche derrière la conception du *Guide d'application de l'approche orientée vers les solutions adaptée à Aire ouverte* (Lauzier-Jobin et al., 2023).

Le rapport s'adresse principalement aux équipes de recherche qui accompagnent l'implantation de sites Aire ouverte au Québec et aux acteurs qui souhaitent porter un regard sur la pertinence de l'approche orientée vers les solutions (AOS) en contexte de site Aire ouverte.

Ce rapport méthodologique présente la démarche en trois étapes qui a menée à la rédaction du guide : 1) une recension des recensions sur les approches brèves auprès des jeunes; 2) une recension spécifique au sujet de la pertinence et de l'application de l'AOS en contexte d'Aire ouverte; 3) la mise en application de l'AOS. Cette dernière étape expose les modalités mises en œuvre pour soutenir l'appropriation de l'AOS dont la dispensation de formation par une experte et la rédaction d'un guide. Des questionnaires et des entrevues ont documenté l'implantation l'AOS et les résultats quantitatifs et qualitatifs sont présentés.

L'élaboration du guide a suivi une démarche rigoureuse et son implantation doit faire l'objet d'une démarche réfléchie, notamment pour s'assurer de la présence et du maintien des conditions favorables à l'appropriation de l'AOS.

Référence suggérée : Lauzier-Jobin, F. et Massuard, M., sous la direction de Lane, J. (2023). *Rapport méthodologique accompagnant le Guide d'application de l'approche orientée vers les solutions adaptée à Aire ouverte*. Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale de l'Université de Sherbrooke, 39 pages.

Table des matières

Résumé.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures	v
Liste des abréviations	v
Introduction	6
Quel est l'objectif de ce rapport et à qui s'adresse-t-il?.....	6
Dans quel contexte ce rapport est-il produit?.....	6
Quelle est la structure de ce rapport méthodologique?	7
Étape 1. Recension des recensions.....	9
Méthode de la recension des recensions	9
Résultats des recensions sur les interventions brèves	10
Étape 2. Recensions spécifiques des approches identifiées.....	12
Méthode des recensions spécifiques.....	12
Résultats de la recension sur l'AOS.....	13
Étape 3. Mise en application de l'AOS.....	16
Accompagnement de l'équipe de recherche	16
Formation à l'AOS	16
Élaboration d'un guide	19
I. Prendre la décision de produire un guide	20
II. Synthèse des données	20
III. Élaboration d'un guide	21
IV. Implantation du guide et suivi.....	21
Résultats des entrevues	23
Une approche cohérente avec l'intervention en Aire ouverte	23
Une approche rassembleuse et flexible	24
Disposition des membres de l'équipe	24
Modalités de soutien à l'appropriation	25
Conditions organisationnelles	25
Conclusion.....	27
Références	28
Annexe A : Formulaire d'appréciation de la formation (exemple de la première formation)	32
Annexe B : Élaboration du processus d'intervention AOS adaptée à Aire ouverte	35
Annexe C : Grille d'entrevue de groupes de l'équipe d'intervention	37
Annexe D : Grille d'entrevue individuelle avec la gestionnaire et la spécialiste aux activités cliniques	38
Annexe E : Grille d'entrevue individuelle avec les intervenantes	39

Liste des tableaux

Tableau 1. Mots-clés utilisés pour la recension des recensions.....	10
Tableau 2. Critères de sélection utilisés pour la recension des recensions.....	10
Tableau 3. Mots-clés utilisés pour les recensions spécifiques.....	12
Tableau 4. Critères de sélection utilisés pour les recensions spécifiques	13
Tableau 5. Objectifs des deux formations AOS offertes	17
Tableau 6. Suivi de prédicteurs du transfert de connaissances et de la satisfaction générale	17
Tableau 7. Perception du niveau de maîtrise (avant et après) des compétences ciblées par les deux formations.....	18
Tableau 8. Appuis scientifique, professionnel ou expérientiel des étapes du processus AOS adaptée à Aire ouverte	36

Liste des figures

Figure 1. Étapes de la démarche méthodologique ayant mené vers la conception d'un guide.....	8
Figure 2. Démarche pour effectuer la recension des recensions sur les approches brèves	9
Figure 3. Démarche pour effectuer la recension des approches spécifiques.....	12
Figure 4. Structure en étapes du processus AOS adaptée à Aire ouverte	35

Liste des abréviations

AO : Aire ouverte

AOS : approche orientée vers les solutions

CIUSSS de l'Estrie – CHUS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – CHUS

INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux

MI : *motivational interviewing* (entretien motivationnel)

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

SAC : spécialiste en activité clinique

SFBT: *solution-focused brief therapy* (thérapie brève orientée vers les solutions)

SST : *single-session therapy* (thérapie à session ou séance unique)

TC : transfert de connaissances

Introduction

Ce rapport s'inscrit dans le projet d'*Accompagnement et l'évaluation de la mise en place et les retombées du site Aire ouverte – Estrie* par le Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale. Cette recherche évaluative est un devis mixte en trois phases imbriquées. La première phase du projet est terminée et le rapport complet est disponible (Lauzier-Jobin et al., 2022)¹. Ce rapport s'inscrit dans la deuxième phase du projet où un guide a été conçu pour soutenir l'appropriation de l'approche orientée vers les solutions.

Quel est l'objectif de ce rapport et à qui s'adresse-t-il?

Le présent rapport a pour objectif d'exposer le rationnel et la démarche derrière la conception du *Guide d'application de l'approche orientée vers les solutions adaptée à Aire ouverte* (Lauzier-Jobin et al., 2023). Documenter les processus et les activités de transfert de connaissances (TC) est nécessaire pour assurer la transparence des démarches (Smith, Li et Rafferty, 2020) et soutenir l'amélioration des pratiques (p. ex., estimer la portée des actions sur le changement de pratique, comparer la démarche à d'autres, similaires, s'inspirer pour répliquer la démarche ou l'adapter à d'autres contextes) (Hoffmann et al., 2014; Scott et al, 2012; Tavender et al., 2015).

Le rapport s'adresse principalement :

- Aux équipes de recherche qui accompagnent l'implantation de sites Aire ouverte au Québec et qui souhaiteraient s'inspirer de la démarche utilisée pour soutenir la conception d'un produit de TC;
- Aux personnes qui souhaitent porter un regard sur la pertinence de l'AOS en contexte de site Aire ouverte.

Dans quel contexte ce rapport est-il produit?

La jeunesse (12-25 ans) est une période développementale clé notamment pour la santé mentale avec les trois quarts des troubles qui se manifestent avant 24 ans (Kessler et al., 2005). Au Canada, les jeunes sont le groupe d'âge ayant la moins bonne santé mentale (Gilmour, 2014; Pearson et al., 2013). Par contre, les jeunes sont aussi le groupe d'âge le moins susceptible d'avoir recours aux services pour la santé physique ou mentale (Manion, 2010; Rickwood et al., 2007). Pourtant une intervention à cet âge peut prévenir les conséquences négatives, éviter des répercussions à long terme et favoriser l'intégration sociale et le développement du plein potentiel des jeunes (Organisation mondiale de la santé, 2005). Ces facteurs justifient le déploiement de services d'interventions précoces, accessibles et adaptés aux jeunes.

¹ https://sante-mentale-jeunesse.usherbrooke.ca/wp-content/uploads/2023/01/Rapport-final_Recherche_Aire-ouverte-Estrie_Phase-I.pdf

Le développement des sites à Aire ouverte s'inscrit dans une initiative du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui vise à s'inspirer des services intégrés pour les jeunes ont été déployés au Canada et dans d'autres pays. En 2018, le MSSS mis sur pied trois projets de démonstration puis quatre nouveaux sites, dont le site Aire ouverte – Estrie, l'année suivante. Depuis janvier 2021, 18 nouveaux sites ont été déployés dans les différentes régions du Québec.

Parmi les sept premiers sites, cinq bénéficient de l'accompagnement d'une équipe de recherche. Le mandat principal de l'équipe de recherche est d'accompagner et évaluer la mise en place et les retombées du site Aire ouverte – Estrie. Cet accompagnement s'appuie sur l'approche développementale de Patton (2005; 2011).

Dans cet accompagnement, un besoin a émergé des préoccupations des acteurs du terrain : connaître les meilleures pratiques « court terme »² à utiliser auprès des jeunes en situation de vulnérabilité. Pour répondre à cette demande, il a été décidé de faire une recension des écrits sur les interventions « court terme » auprès des jeunes. Ainsi, avec les grands besoins des jeunes et les problèmes d'accès aux services, les modalités d'intervention « court terme » semblent particulièrement pertinentes (Gee et al., 2015). Des modalités d'interventions efficaces existent (Cuijpers et al., 2009; INESSS, 2013; Orygen, 2018). Par contre, il est possible d'observer un manque de recherche et d'évaluation de ces modalités pour les jeunes marginalisés ainsi que pour des interventions sur la santé globale (par opposition aux recherches effectuées sur une problématique ciblée).

Quelle est la structure de ce rapport méthodologique?

Le rapport méthodologique suit la démarche en trois étapes (Figure 1) qui a été proposée à l'équipe d'Aire ouverte – Estrie :

- 1- **Une recension des recensions.** Étant donné l'ampleur possible de la documentation disponible (interventions brèves auprès des jeunes, dans une logique d'approche globale, donc pas spécifique à la santé mentale), la première étape proposée a été une *recension des recensions* sur les interventions brèves auprès des jeunes (en s'inspirant de la méthode *umbrella review*, Aromataris et al., 2015; Grant et al., 2009).
- 2- **Des recensions spécifiques.** Des recensions approfondies ont été effectuées sur les approches nommées dans le protocole de recherche ou identifiées dans l'étape précédente : thérapie à séance unique (*single-session therapy*), thérapie/approche orientée sur les solutions (AOS), entretien motivationnel.

² L'expression « court terme » est mise entre chevrons pour dénoter le manque de consensus par rapport à ce qui est entendu par une intervention « court terme » qui peut signifier de quelques minutes à de nombreuses rencontres (Catanzano et al., 2020; Long et al., 2016).

- 3- **La mise en application.** Cette étape porte sur le soutien à l'implantation de l'AOS qui a identifié comme étant une approche en adéquation avec l'intervention d'Aire ouverte – Estrie. La démarche d'accompagnement pour faciliter l'appropriation de l'AOS a mené vers le besoin d'outiller l'équipe Aire ouverte à l'aide notamment d'un guide d'application. Cette étape a mené à la conception du *Guide d'application de l'approche orientée vers les solutions adaptée à Aire ouverte* (Lauzier et al., 2023) qui s'est inspirée des étapes guide de pratique de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS, 2015; 2017).

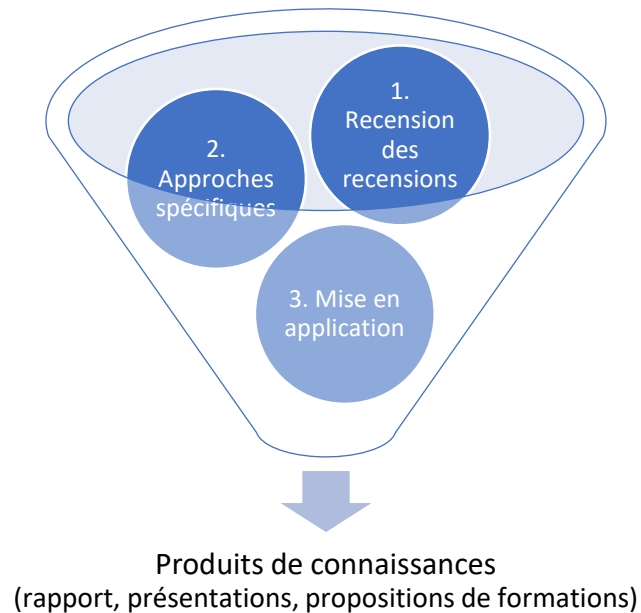


Figure 1. Étapes de la démarche méthodologique proposée

Le choix de l'AOS comme approche brève auprès des jeunes et celui de concevoir et d'implanter un guide s'est donc fait progressivement selon les retours réguliers de l'équipe de recherche avec l'équipe d'intervention d'Aire ouverte – Estrie.

Étape 1. Recension des recensions

Cette étape avait pour objectif de préciser dans quelle mesure les approches brèves sont efficaces et applicables dans un contexte comme celui d'Aire ouverte.

Méthode de la recension des recensions

Étant donnée la grande quantité d'écrits sur cette question, une première étape de la démarche était une recension des recensions sur les approches brèves applicables auprès des jeunes. La démarche était inspirée de la méthode *umbrella review* (Aromataris et al., 2015; Grant et al., 2009). Les interventions devaient être de courte durée (a priori, entre une à quatre rencontres). La Figure 2 résume la démarche effectuée.

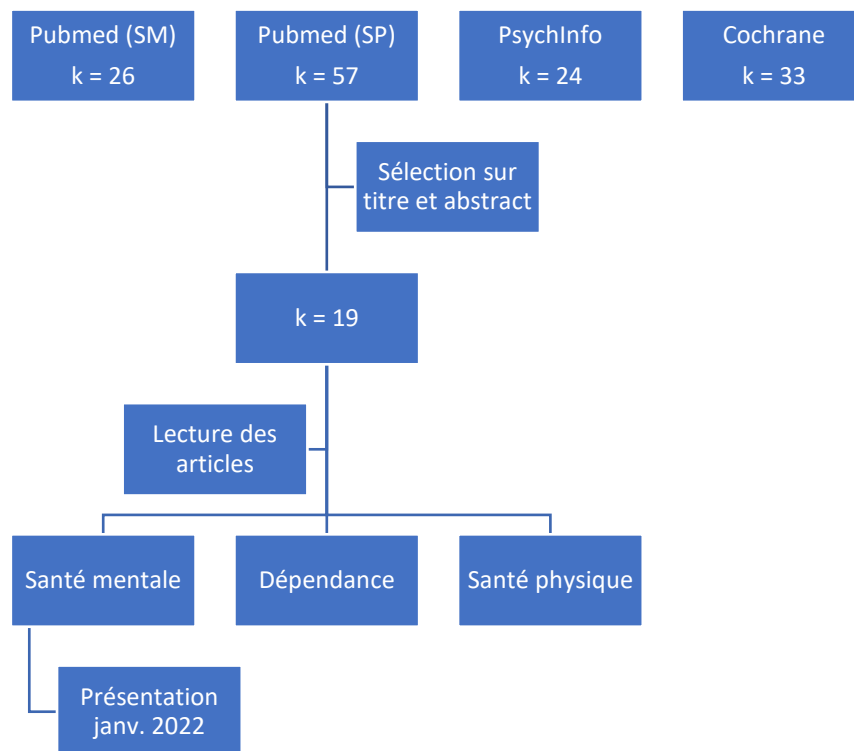


Figure 2. Démarche pour effectuer la recension des recensions sur les approches brèves

Une recherche a été effectuée dans les bases de données *PubMed*, *PsycINFO* et *Cochrane Database of Systematic Reviews* avec les mots-clés identifiés dans le tableau ci-dessous (Tableau 1). Les mots-clés devaient se trouver dans le titre ou le résumé et seules les revues systématiques (ou méta-analyses) étaient retenues. Pour rendre compte de la dimension « santé globale », une seconde recherche a été effectuée dans *PubMed* avec des mots-clés renvoyant à différentes dimensions de la santé (physical health OR disability OR nutrition OR physical activity OR relational health OR sexual health OR healthy lifestyle OR healthy habits).

Tableau 1. Mots-clés utilisés pour la recension des recensions

Court terme	Jeunes	Santé mentale
brief	young	mental health
short-term	youth	mental illness
low-intensity	adolescent	mental disorder
		psychiatric disorder

Ces quatre recherches documentaires ont donné une base de 140 textes. Les critères de sélection ci-dessous ont permis de sélectionner 19 textes en s'appuyant sur la lecture des titres et résumés (Tableau 2).

Tableau 2. Critères de sélection utilisés pour la recension des recensions

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Recension des écrits • Intervention psychosociale • Intervention court terme : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le mentionne comme tel (ainsi si pour eux 12 rencontres = court terme, conserver) ○ Description de l'inclusion d'intervention court terme selon la description de la durée de l'intervention (p. ex., 4 rencontres) • Jeunes 12-25 ans <ul style="list-style-type: none"> ○ Sans être trop strict sur les limites d'âge; contre-exemple : exclure si seulement les enfants du primaire ou seulement « adultes ») • Publié depuis 2000 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions virtuelles (pas en face à face, p. ex., texto) • Intervention en situation de crise (suicide, violence) • Intervention autre que psychosociale (p. ex., intervention médicale comme un médicament)

Pour les textes sélectionnés, le texte complet a été récupéré et lu de manière à extraire l'information pertinente (p. ex., méthode, taille d'échantillon, principales conclusions sur l'efficacité des interventions, etc.).

Résultats des recensions sur les interventions brèves

De manière générale, les interventions brèves fonctionnent auprès des jeunes ayant différentes problématiques. Ainsi, malgré des lacunes au niveau méthodologique, les interventions brèves ont des effets sur :

- L'anxiété des jeunes des problèmes de santé physique (ex., Catanzano et al., 2020);
- La dépression des adolescents (ex., Rohde et al., 2018).

De plus, les recensions spécifiques sur la thérapie brève orientée vers les solutions (Bond et al., 2013; Kim et Franklin, 2009) rapportent des résultats positifs sur les problèmes intériorisés (anxiété, dépression, estime de soi) et sur les problèmes extériorisés (agressivité, problèmes de comportement, école buissonnière). Par exemple, Bond et al. (2013) soulignent que sur les 38 études considérées seulement deux ont montré des effets négatifs et quatre, une absence d'effets. Par contre, seulement 8 ont montré la supériorité de la SFBT sur une autre condition.

En plus des effets sur la santé mentale, les interventions brèves ont aussi des effets sur :

- L'utilisation et les symptômes de troubles d'utilisation de cannabis et la consommation abusive d'alcool chez les jeunes adultes (Baker et al., 2010; Ghosh et al., 2021; Halladay et al., 2019; Patton et al., 2014);
- L'utilisation de différentes substances chez les adolescents (Jensen et al., 2011; Kim et Franklin, 2009);
- Les comportements en matière de santé (Cushing et al., 2014);
- Les facteurs liés à la prise de poids, autant physique (cholestérol lipoprotéines à haute densité; insuline, taux de sucre) que psychologique (auto-efficacité, estime de soi et satisfaction quant à son corps) dans les interventions visant la perte de poids (Poobalan et al., 2009);
- Le taux d'infections transmises sexuellement (Long et al., 2016).

Non seulement les interventions brèves fonctionnent auprès des jeunes ayant différentes problématiques, les recensions rapportent qu'elles fonctionnent avec les jeunes « à risque » (Kim et Franklin, 2009), avec différents professionnels travaillant dans différents milieux (Bond et al., 2013) et avec différentes approches d'interventions : comme la thérapie cognitivo-comportementale (Rohde et al., 2018), la thérapie orientée vers les solutions (Bond et al., 2013) et l'entretien motivationnel (Cushing et al., 2014).

Par contre, la documentation présente des lacunes au niveau méthodologique comme les faibles tailles d'échantillon, l'absence de groupe contrôle, l'inclusion simultanée dans les études de problématiques variées et des problèmes définitionnelles (par exemple, qu'entend-on par « court terme »?). De plus, il est parfois difficile de distinguer statistiquement la meilleure approche (Baker et al., 2010) ou les dimensions responsables des effets (Bond et al., 2013).

Étape 2. Recensions spécifiques des approches identifiées

Cette deuxième étape avait pour objectif de préciser en quoi les approches identifiées sont appropriées en contexte d'Aire ouverte.

Méthode des recensions spécifiques

Une deuxième vague de recensions a été effectuée sur les approches nommées dans le protocole de recherche et identifiées dans l'étape précédente : thérapie/approche orientée sur les solutions (*Solution-Focused Brief Therapy, SFBT*), thérapie à séance unique (*single-session therapy, SST*) et entretien motivationnel (*Motivational interviewing, MI*). Avec les mots-clés identifiés dans le tableau ci-dessous (Tableau 3), trois recherches ont été effectuées dans la base de données *PsycINFO* (Figure 3). Les mots-clés devaient se trouver dans le titre ou le résumé.

Tableau 3. Mots-clés utilisés pour les recensions spécifiques

Interventions	Jeunes	Santé mentale
Solution-focused	young	mental health
Single-session therapy	youth	mental illness
Motivational interviewing	adolescent	mental disorder psychiatric disorder

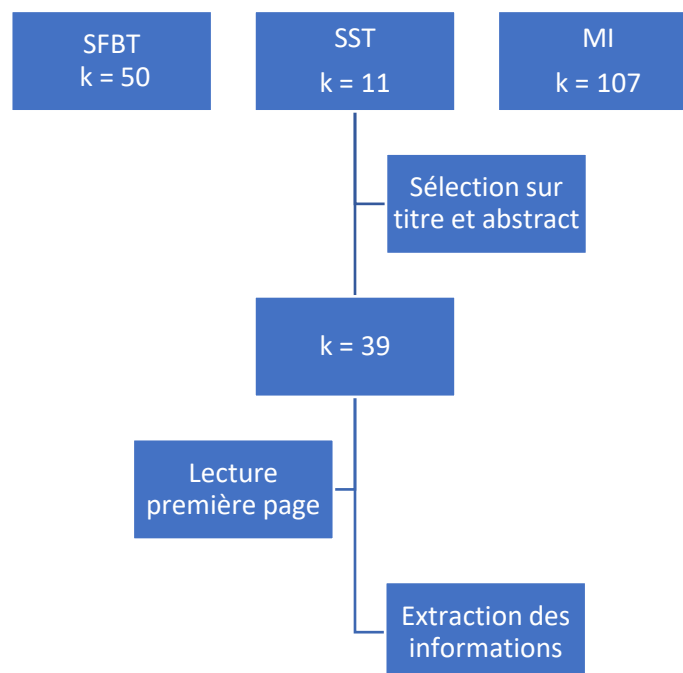


Figure 3. Démarche pour effectuer la recension des approches spécifiques

Ces trois recherches documentaires ont donné une base de 168 textes. Les critères de sélection ci-dessous (Tableau 4) ont permis de sélectionner 39 textes en s'appuyant sur la lecture des titres et résumés (Figure 3).

Tableau 4. Critères de sélection utilisés pour les recensions spécifiques

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Intervention psychosociale : <ul style="list-style-type: none"> ○ Thérapie à séance unique OU approche centrée sur les solutions OU entretien motivationnel ○ Doit être la majeure de l'intervention (contre-exemple : de la thérapie cognitivo-comportementale dont une technique est l'entretien motivationnel) • Article empirique ou recension d'articles empiriques sur l'intervention • Intervention court terme : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le mentionne comme tel (ainsi si pour eux 12 rencontres = court terme, conserver) ○ Description de l'inclusion d'intervention court terme selon la description de la durée de l'intervention (ex., quatre rencontres) • Clientèles jeunes 12-25 ans <ul style="list-style-type: none"> ○ Sans être trop strict sur les limites d'âge; contre-exemple : exclure si seulement les enfants du primaire ou seulement « adultes » • Publié depuis 2000 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention virtuelle (pas en face à face, p. ex., texto) • Intervention en situation de crise (suicide, violence) • Intervention autre que psychosociale (p. ex., intervention médicale comme un médicament)

Pour les textes sélectionnés, le texte complet a été récupéré et lu de manière à extraire l'information pertinente (ex. : méthode, taille d'échantillon, principaux résultats et conclusions, etc.). Étant donné que le présent rapport porte sur la démarche ayant mené à la conception du guide d'application de l'AOS, les résultats présentés concernent seulement cette approche. Les résultats sont donc issus de 12 textes portant sur l'AOS.

Résultats de la recension sur l'AOS

Différentes modalités d'interventions s'appuyant sur l'AOS ont été mises en place pour les jeunes et leur famille. De manière générale, ces interventions entraînent des résultats positifs. Pourtant, malgré des résultats encourageants, la base empirique d'études sur l'AOS auprès des jeunes demeure limitée. Il existe aussi une grande variabilité dans les modèles mis en place. Par exemple, le nombre d'interventions « court terme » est variable, allant d'une à trois séances (McGarry et al., 2008) et jusqu'à 20 séances (Maljanen et al., 2016). L'âge des jeunes visés par les interventions est lui aussi variable,

allant de 3 à 16 ans (McGarry et al., 2008), aux adolescents (Karakaya et Özgür, 2019), aux jeunes adultes (Maljanen et al., 2016).

Une étude a porté sur la comparaison entre deux groupes de jeunes, un ayant suivi des interventions à l'aide de la thérapie centrée sur les solutions et l'autre ayant suivi des interventions selon une approche inspirée de la thérapie cognitivo-comportementale (Corcoran, 2006). Selon cette étude, les deux thérapies pourraient permettre des améliorations sur différents effets, sans noter de différence significative entre les deux. De plus, bien que de hauts niveaux d'abandon aient été observés dans les deux groupes, le taux d'abandon était moins élevé pour celui recevant la thérapie centrée sur les solutions ce qui tend à indiquer la présence de conditions favorables à l'engagement dans celui-ci.

De manière similaire, une étude a porté sur la comparaison de deux groupes de jeunes, l'un ayant suivi une intervention centrée sur les solutions (*brief consultation and advice*) et l'autre ayant suivi l'intervention habituelle dans les services *Child and adolescent mental health service* (CAMHS) en Irlande (McGarry et al., 2008). Selon cette étude, des améliorations significatives ont été observées pour les deux groupes de jeunes au niveau par exemple des symptômes internalisés, externalisés, des difficultés psychosociales et de la qualité de vie. Par contre, pour la majorité des effets mesurés, il n'y aurait pas de différence significative entre les deux groupes malgré une tendance à des résultats supérieurs pour l'intervention centrée sur les solutions. Le taux d'abandon était moins élevé dans le groupe ayant suivi l'intervention centrée sur les solutions par rapport à l'intervention CAMHS.

Karakaya et Özgür (2019) ont quant à eux comparé deux groupes d'adolescents, l'un ayant suivi une intervention centrée sur les solutions et l'autre, ayant suivi une intervention habituelle (groupe contrôle). L'intervention centrée sur les solutions permettrait une amélioration significative de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité en comparaison avec le groupe contrôle. Dans la portion qualitative de leur étude, les auteurs insistent sur l'importance de la définition des objectifs grâce à différentes techniques. De manière complémentaire, dans une étude de cas unique, Wells (2016) raconte la mise en application de la technique de la « question miracle » auprès d'une adolescente de 15 ans et de son utilité pour établir le plan d'intervention.

L'AOS a aussi été appliquée auprès des parents et des familles. Dans une étude auprès de familles, Ellenbogen et collaborateurs (2019) rapportent des améliorations significatives après six mois sur les problèmes émotionnels, de comportement et d'hyperactivité des enfants, mais pas sur les problèmes avec les pairs. De leur côté, dans une recension de différents programmes *Parents Plus* qui s'appuient sur l'AOS, l'un des programmes visait les adolescents et leurs familles (Carr et al., 2017). Les auteurs s'appuient sur quatre études pour souligner les effets positifs de ce programme notamment sur l'atteinte des buts, les problèmes de comportement, le stress parental et la satisfaction des parents.

L'étude de Maljanen et collaborateurs (2016) compare deux modalités d'intervention de courte durée, dont l'AOS, avec une modalité d'intervention psychodynamique de longue durée. Selon cette étude, l'AOS aurait permis une amélioration significative sur les symptômes dépressifs et anxieux, la capacité à travailler ainsi que le fonctionnement global. Ces améliorations surviendraient plus rapidement avec les modalités de courte durée qu'avec l'intervention longue, mais après cinq ans, cette dernière semble avoir des effets plus en profondeur. Enfin, en termes de coûts, l'AOS coûterait directement et indirectement seulement le tiers de l'intervention longue durée.

En résumé, les interventions dans une AOS entraînent des résultats positifs sur différentes dimensions (estime de soi, sentiment d'autoefficacité, symptômes internalisés, symptômes externalisés, qualité de vie, etc.). Des études soulignent aussi des taux d'abandon moins élevés que d'autres modalités d'intervention (Corcoran, 2006; McGarry et al., 2008). En tant qu'intervention de courte durée, l'AOS permettrait l'atteinte de résultats rapidement, donc à moindres coûts qu'une intervention plus longue qui aurait des effets plus en profondeur (Maljanen et al., 2016).

Étape 3. Mise en application de l’AOS

Cette troisième étape a pour objectif d’implanter l’approche orientée vers les solutions (AOS) auprès de l’équipe Aire ouverte – Estrie. Plus précisément, cette section décrira le processus d’accompagnement pour soutenir l’appropriation de l’AOS et la démarche de conception du *Guide d’application de l’approche orientée vers les solutions adaptée à Aire ouverte* (Lauzier-Jobin et al., 2023). À l’origine, la troisième étape proposée devait être un effort de mise en application des constats des textes identifiés dans les deux premières étapes avec l’ajout de la littérature grise sur la mise en application d’approche brève dans les services intégrés pour les jeunes. Ceci, notamment en se référant à des initiatives existantes telles que headspace³ en Australie, Foundry⁴ au Canada, ACCESS Open Minds⁵ au Canada, etc. Cependant, au cours de la présentation des résultats de la première étape, l’AOS a été identifiée comme étant une approche en adéquation avec l’intervention d’Aire ouverte – Estrie. La troisième étape s’est concentrée sur le soutien à l’implantation de l’AOS en misant sur un accompagnement de l’équipe de recherche, des formations sur l’AOS par une experte (Brigitte Lavoie) et la création d’un guide d’application AOS adaptée à Aire ouverte.

Accompagnement de l’équipe de recherche

L’accompagnement de l’équipe Aire ouverte – Estrie dans l’appropriation de l’AOS se décline en plusieurs modalités complémentaires. D’abord, deux présentations de la part de l’équipe de recherche ont eu lieu pour aborder brièvement l’origine de l’AOS, ses principes de base et les principales techniques de l’approche. Ensuite, des formations ont été offertes par une experte de l’AOS : Brigitte Lavoie, psychologue (voir la section suivante). Parallèlement, un guide d’application de l’AOS adaptée à Aire ouverte a été élaboré et implanté avec l’équipe d’Aire ouverte – Estrie. Enfin, un membre de l’équipe de recherche a aussi répondu aux besoins ponctuels de l’équipe d’intervention et participé à des rencontres avec des discussions autour d’enjeux cliniques sous forme de groupes de codéveloppement.

Formation à l’AOS

Suivant la recommandation de Bilodeau et Turcotte (2010), une experte a été recrutée pour dispenser la formation sur l’AOS : Brigitte Lavoie, psychologue (lavoiesolutions.com). Deux formations ont été offertes à un an d’intervalle. La première formation était une formation de deux jours, reconnue par l’Ordre des psychologues et intitulée *l’Approche orientée vers les solutions : compétences de base*. Un an plus tard a eu lieu la seconde formation qui était d’une durée de deux jours, reconnue par l’Ordre

³ <https://headspace.org.au/>

⁴ <https://foundrybc.ca/>

⁵ <https://accessopenminds.ca/>

des psychologues et intitulée *l'Approche orientée vers les solutions : compétences avancées*. Le Tableau 5 présente les objectifs de chacune des deux formations.

Tableau 5. Objectifs des deux formations AOS offertes

Objectifs de la formation <i>compétences de base</i>	Objectifs de la formation <i>compétences avancées</i>
Comprendre les fondements et postulats qui soutiennent l'approche orientée vers les solutions	Utiliser le processus et les techniques de l'AOS adaptées au contexte AO (créer et maintenir la relation, susciter l'espoir, imaginer le futur souhaité, retrouver les passés réussis et terminer la rencontre)
Intervenir en utilisant des phrases qui expriment la compassion et l'optimisme	Pratiquer un discours et une écoute active orientée vers les solutions
Intégrer les compliments à sa pratique pour favoriser l'alliance thérapeutique et le sentiment de compétences du client	Aider la personne à sortir du problème
Appliquer les techniques, comme la question miracle, les questions d'exception et les questions d'échelle	Savoir utiliser l'approche auprès des jeunes moins volontaires

Les intervenantes⁶ d'Aire ouverte – Estrie ont été invitées à remplir un questionnaire d'appréciation en ligne à la suite de la première formation (2022, $n = 10$) et de la deuxième formation (2023, $n = 4$). Les questionnaires post-formation visaient à mesurer différents déterminants du transfert des apprentissages selon Lauzier et Denis (2016) : niveau de maîtrise des compétences, motivation à changer, soutien anticipé, pertinence perçue des connaissances et compétences visées par la formation (Annexe A). Les répondantes étaient invitées à se prononcer au sujet de leur accord sur les items selon une échelle de 1 à 10 (1 = aucunement et 10 = énormément).

Le Tableau 6 présente les résultats en lien avec les prédicteurs du transfert de connaissances et la satisfaction générale de la formation (sous forme de moyenne). Pour les deux moments de formation (2022 et 2023), le degré d'accord moyen avec les énoncés est élevé, soit plus de 8 sur 10 pour l'ensemble des énoncés. Par exemple, les intervenantes prévoient être soutenues par leurs collègues et leur organisation. La satisfaction générale moyenne pour les deux moments de formation est elle aussi élevée, soit plus de 9 sur 10.

Tableau 6. Suivi de prédicteurs du transfert de connaissances et de la satisfaction générale

Degré d'accord avec les énoncés	2022	2023
Il est important pour moi de mettre en application dans ma vie les compétences que j'ai développées dans le cadre de ces rencontres	9,60	9,00

⁶ À noter qu'étant donné que la grande majorité des personnes intervenantes sont des femmes, l'expression « intervenantes » sera privilégiée dans la suite du texte.

Le fait de mettre en application les compétences que j'ai développées durant ces rencontres influencera positivement mon bien-être	9,60	8,75
Dans l'ensemble, j'estime que les connaissances et les compétences développées dans le cadre cette formation me seront utiles au travail	9,70	9,50
Si applicable, prévoyez-vous être soutenu par vos collègues dans la mise en application de vos nouveaux apprentissages?	9,22	8,50
Si applicable, prévoyez-vous être soutenu par votre organisation, votre gestionnaire ou spécialiste en activités cliniques dans la mise en application de vos nouveaux apprentissages?	9,22	9,00
De façon générale, es-tu satisfait de cette formation ?	9,80	9,75

Le Tableau 7 présente les résultats de la perception des personnes participantes aux formations quant au niveau de maîtrise des compétences ciblées avant (rétrospectif) et après formation. Ces résultats sont des moyennes et sont donnés à titre indicatif puisqu'il ne s'agit pas d'un devis pré/post; il s'agit d'une perception rétrospective d'amélioration des compétences autorapportées. Les personnes participantes rapportent avoir une perception plus élevée de leur niveau de maîtrise des compétences après chacune des formations suivies. Pour la première formation ($n = 10$), l'écart de la perception du niveau de maîtrise se situe entre 2,6 et 4,9 points sur 10. Pour la deuxième formation ($n = 4$), cet écart se situe autour de 2 points sur 10.

Tableau 7. Perception du niveau de maîtrise (avant et après) des compétences ciblées par les deux formations

Compétences ciblées par la formation	Avant	Après	Changement
Formation 1 : compétences de base			
Comprendre les fondements et postulats	2,80	7,40	4,60
Intervenir avec compassion et optimisme	5,30	7,90	2,60
Faire compliments pour favoriser alliance et sentiment de compétences	5,20	8,20	3,00
Appliquer techniques, comme question miracle, question d'exception et question d'échelle	2,60	7,50	4,90
Formation 2 : compétences avancées			
Utiliser le processus et les techniques de l'AOS adaptées au contexte AO : créer et maintenir la relation, susciter l'espoir, imaginer le futur souhaité, retrouver les passés réussis et terminer la rencontre	4,50	6,75	2,25
Pratiquer un discours et une écoute active orientée vers les solutions	4,00	6,50	2,50
Aider la personne à sortir du problème	4,25	6,50	2,25
Savoir utiliser l'approche auprès des jeunes moins volontaires	4,50	6,50	2,00

Dans l'ensemble, les intervenantes ont été très satisfaites de la formation et percevaient une grande utilité de celle-ci. Elles se sentaient aussi soutenues dans la mise en application de vos nouveaux apprentissages. Elles jugent aussi avoir progressé dans la maîtrise des compétences ciblées par les formations.

Élaboration d'un guide

Cette partie vise à préciser la manière dont le *Guide d'application de l'approche orientée vers les solutions adaptée à Aire ouverte* a été conçu. Au cours de l'accompagnement de l'équipe de recherche auprès de l'équipe d'intervention, suivant la première formation, le constat a émergé qu'un soutien supplémentaire pourrait favoriser l'appropriation de l'AOS. Rapidement émerge le besoin de l'équipe d'Aire ouverte d'avoir accès à un outil structuré, complet et adapté à leur pratique. C'est dans ce contexte que la rédaction d'un guide d'application de l'AOS a été proposée par l'équipe de recherche.

Afin de s'assurer de la pertinence de cette proposition, l'équipe de recherche s'est inspirée du *Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux* de l'INESSS (2015). Les étapes originales d'élaboration d'un guide de pratique selon ce cadre sont résumées dans l'encadré ci-dessous. La suite du texte expose la manière dont ces étapes ont été accomplies et adaptées pour s'inspirer à la fois des savoirs scientifiques et expérientiels en cohérence avec l'approche développementale (Patton, 2011) qui se positionne entre une logique descendante (*bottom-up*) et ascendante (*top-down*).

Étapes originales de l'INESSS (2015; 2017)

I. Prendre la décision de produire un guide

- Déterminer les besoins associés à une situation problématique avec les parties prenantes.
- Prioriser une thématique.
- Poser la question décisionnelle (PICOTS).
- Formuler le ou les objectifs du guide de pratique.
- Déterminer les facteurs facilitant et contraignant l'utilisation éventuelle du guide de pratique.
- Décider de produire, ou non, un guide de pratique.

II. Synthèse des données

- Établir un processus général de consultation, incluant la constitution d'un groupe d'expert.
- Mesurer, analyser et évaluer la qualité des guides de pratique existants.
- Choisir d'adopter ou d'adaptation un guide existant ou de produire un guide inédit.
- Collecter, sélectionner et synthétiser les données scientifiques, contextuelles et expérientielles.

III. Élaboration d'un guide inédit

- Élaborer des recommandations initiales au moyen d'un processus délibératif.
- Apprécier la force des recommandations.
- Faire réviser le guide de pratique par les groupes de travail, les lecteurs externes et les utilisateurs cibles.
- Formuler les recommandations définitives.

IV. Implantation et suivi

- Choisir différentes stratégies d'implantation et valider ce choix auprès des utilisateurs.
- Évaluer périodiquement les retombées du guide de pratique.
- Établir la date de péremption du guide de pratique.

I. Prendre la décision de produire un guide

En premier lieu, les parties prenantes ont été interpellées afin de déterminer la meilleure façon de répondre au besoin de l'équipe Aire ouverte – Estrie d'avoir un outil structuré pour faciliter l'appropriation de l'AOS. Les premières parties prenantes interpellées par le chercheur principal ont été : la formatrice de la formation sur l'AOS, la gestionnaire et la spécialiste en activité clinique d'Aire ouverte Estrie.

En plus des différentes modalités déjà en place pour soutenir l'appropriation, il a été proposé de concevoir un outil complémentaire, sous forme de guide, qui ferait la synthèse des techniques privilégiées en formation. Le but du guide est d'être complémentaire aux contenus abordés en formation. Étant donné les premières phases du projet (Lauzier-Jobin et al., 2022), l'équipe de recherche avait déjà une idée des facteurs facilitant et contraignant l'utilisation du guide grâce notamment à leur appui sur le cadre théorique d'implantation d'innovation (*Consolidated Framework for Implementation Research*, Damschroder et al., 2009).

II. Synthèse des données

En deuxième lieu, une identification et une synthèse des données scientifiques, expérientielles et contextes ont eu lieu. D'abord, un groupe d'expert a été constitué dans le but de soutenir les décisions à prendre tout au long de la démarche de production d'un guide. Le groupe d'experts était composé des mêmes parties prenantes sollicitées à l'étape précédente (formatrice, gestionnaire et spécialiste en activité clinique), de deux intervenantes de l'équipe Aire ouverte – Estrie et de membres de l'équipe de recherche, dont une courtière de connaissances.

Une exploration des guides de pratiques existants en français et en anglais a été réalisée. Seuls quelques guides ont été considérés pertinents :

- *La Thérapie orientée vers les solutions. Manuel de traitement pour la thérapie individuelle, 2^e version* (Bavelas et al., 2013, traduit en français par Prince et al.). Ce manuel n'est toutefois pas spécifique à l'intervention auprès des jeunes.
- *Solution-focused practice: An NSPCC toolkit for working with children and young people* (Bazalgette, et al., 2015). Le public cible de ce guide est plus jeune que celui d'Aire ouverte et le guide n'est pas disponible en français.
- *Brief interventions in youth mental health toolkit for youth mental health clinicians* (Orygen, 2022). Cet outil traite des approches brèves, pour les jeunes, mais pas de l'approche orientée vers les solutions et n'est pas disponible en français.

Nous avons aussi consulté le rapport de l'évaluation de l'implantation de l'AOS du Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec (Bilodeau et Turcotte, 2010). Sans être

un guide, cette évaluation documente une démarche d'implantation de l'AOS a eu lieu au Québec. Nous avons pu tenir compte de leurs constats, dont l'importance d'avoir un cadre de référence adapté au milieu ainsi que de la supervision. Par exemple, une suggestion était de recruter des experts pour dispenser la formation et une autre était la mise en place de modalités de codéveloppement.

III. Élaboration d'un guide

Étant donné que les intervenantes d'Aire ouverte – Estrie avaient suivi la formation avec Brigitte Lavoie, il a été jugé cohérent de concevoir un guide (inédit) qui serait en cohérence avec la perspective privilégiée dans la formation. Ainsi, le guide d'application proposé s'inscrit en continuité avec le contenu de la formatrice (ex. : Lavoie, 2022) en plus d'intégrer du contenu issu de la littérature sur l'AOS (Bavelas et al., 2013; Bazalgette et al., 2015; Crothers et al., 2020; Karakaya et Ozgur, 2019; Lutz, 2014; Ratner et al., 2012; Wells et McCaig, 2016).

La conception du guide a impliqué plusieurs allers-retours avec les parties prenantes. Dans un premier temps, des rencontres entre la formatrice et l'équipe de recherche ont pour valider le processus AOS adapté au contexte d'Aire ouverte et le format du guide. L'Annexe B présente en détail les étapes d'élaboration du processus d'intervention AOS adaptée à Aire ouverte. Cette structure a ensuite été validée par la gestionnaire et la spécialiste en activité clinique. Dans un deuxième temps, plusieurs allers-retours avec les parties prenantes ont permis d'ajuster, de compléter et de simplifier le contenu proposé. Une version préliminaire a ensuite été testée par les intervenantes d'Aire ouverte en contexte réel pour s'assurer de sa pertinence et utilité. Puis, dans un souci de continuité et de cohérence, la formatrice a utilisé le processus d'intervention AOS proposé dans le guide pour l'intégrer à la formation avancée offerte aux intervenantes d'Aire ouverte. Après ces différentes utilisations en contexte réel et des rétroactions de l'ensemble de l'équipe d'intervention, une dernière rencontre en groupe d'experts a permis de statuer sur les modifications à apporter au guide final. Dans cette discussion, il a été convenu de modifier l'appellation du guide de manière à mieux refléter sa portée et la nécessité de mettre en place une démarche pour appuyer l'efficacité des pratiques proposées : le titre final porte donc la mention « guide d'application » plutôt que « guide de pratiques ».

IV. Implantation du guide et suivi

Une version préliminaire du guide a été distribuée aux intervenantes d'Aire ouverte – Estrie en mars 2023 suivant la deuxième formation. Des entrevues de groupe et individuelles ont permis de documenter l'implantation de l'AOS et la révision du guide. Les résultats sont présentés dans la prochaine section. Les données ont été colligées à l'aide des techniques suivantes :

- Entrevues de groupes de l'équipe d'intervention visant à faire le suivi de l'implantation de l'AOS abordant notamment les défis rencontrés, les stratégies utilisées et les effets observés (Annexe C).
- Entrevues individuelles, avec la chargée de projet et la spécialiste aux activités cliniques, visant aborder les enjeux organisationnels de la mise en place de l'AOS ainsi que le potentiel d'application de l'AOS en contexte de gestion, de rencontres de supervision et de démarches de collaboration avec les partenaires d'Aire ouverte – Estrie (Annexe D).
- Entrevues individuelles avec les intervenantes visant à approfondir la mise en application de l'AOS à l'aide d'étude de cas clinique (Annexe E).

Des révisions ont été effectuées par les auteurs et validées par le groupe d'experts. Le guide final a été mis à la disposition d'Aire ouverte – Estrie et déposé sur le site Internet du Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale. Idéalement, l'implantation du guide implique la mise en place de nombreuses actions de la part du CIUSSS de l'Estrie – CHUS dont celles qui viseront à planifier l'implantation du guide en tenant en compte la capacité organisationnelle à tous les niveaux, par exemple, la capacité en ressources, la motivation, le soutien hiérarchique, etc. (Wandersman et al., 2008; Damschroder et al., 2009). La capacité organisationnelle inclut non seulement les actions à court terme, mais aussi à plus long terme pour assurer l'engagement des intervenantes et des gestionnaires envers l'appropriation de l'approche AOS et la mise en place de diverses modalités pour assurer le développement continu des compétences et l'accueil des nouvelles intervenantes (Luke et al., 2014). Aussi, il est recommandé au CIUSSS de l'Estrie – CHUS de mettre en place des modalités de suivi de l'implantation pour estimer les effets des actions et procéder à des ajustements au besoin.

Finalement, la pertinence du présent guide sera nécessairement à réévaluer. Ainsi, il est recommandé d'envisager une mise à jour du guide de façon à ce que son contenu reflète les meilleures connaissances sur le sujet de l'AOS. L'INESSS (2017) recommande qu'une révision de la pertinence d'un guide soit effectuée selon une fréquence de deux ou trois ans. De plus, il est essentiel que le guide soit ajusté en fonction du contexte d'évolution d'Aire ouverte – Estrie et des orientations ministérielles à ce sujet (ex. : Hailemariam et al., 2019).

Résultats des entrevues

Les résultats qualitatifs présentés ici sont issus des entrevues menées en groupe auprès de l'équipe Aire ouverte ($n = 4$) et en individuel auprès des intervenantes ($n = 5$)⁷, la spécialiste en activité clinique (SAC) ($n = 1$) et la gestionnaire ($n = 1$). Dans un souci d'anonymisation des données et considérant le petit nombre de personnes répondantes, aucun rôle n'est associé aux extraits d'entrevues présentés. Les résultats qualitatifs font état de la pertinence de l'AOS pour Aire ouverte – Estrie et des conditions favorables à l'appropriation de l'AOS.

Une approche cohérente avec l'intervention en Aire ouverte

Pour les personnes répondantes, l'AOS serait en cohérence avec plusieurs dimensions de l'intervention d'Aire ouverte : une perspective holiste de l'humain, la centration sur les forces, l'intervention court terme et le mandat *d'outreach*. D'abord, l'AOS aurait pour avantage d'adopter une perspective holiste de l'humain. L'approche permettrait au jeune de trouver ses propres forces et aussi à l'intervenante de mettre le jeune en valeur.

Je trouve que c'est tellement motivant pour le jeune de se faire dire et les compliments aussi. C'est vraiment motivant [pour le jeune] de dire : « Hey. Je suis capable de le faire dans le fond. J'ai déjà réussi. » Clairement, quand tu sais que tu as déjà réussi quelque chose, on dirait que c'est toujours plus facile de l'atteindre [à nouveau].

Aussi, pour deux des personnes répondantes, l'AOS serait en cohérence avec une vision court terme d'Aire ouverte et s'appliquerait même dans le cadre d'une seule rencontre avec le jeune. L'approche court terme est un défi dans l'intervention et, pour certains, l'AOS comporterait l'avantage de structurer l'intervention et d'atteindre des résultats rapidement.

Peut-être que [pour le jeune] ça ne sera pas parfaitement développé, mais les techniques et les stratégies sont en eux et ils vont pouvoir continuer à travailler là-dessus après sans nécessairement avoir notre support par la bande.

D'autres personnes répondantes ajoutent que l'approche AOS est cohérente avec le mandat *d'outreach* et la volonté d'aller rejoindre les jeunes plus éloignés des services. L'AOS amène des conditions favorables à la création d'un lien de confiance en centrant sur un besoin que le jeune identifie lui-même sans mettre de l'avant l'expertise de l'intervenante.

⁷ À noter qu'une intervenante pouvait faire plus d'une entrevue individuelle, chaque entrevue portant sur un cas clinique différent. Dans un souci de confidentialité, les données sur les cas cliniques ne sont pas incluses dans les résultats présentés ici. De plus, vu la petite taille de l'équipe, aucun code d'identification des entrevues n'est accolé aux citations pour préserver la confidentialité des propos.

Pour l'équipe Aire ouverte, je pense qu'avec le mandat d'aller chercher des jeunes qu'on ne rejoint pas [...] Ça colle justement à notre mandat, notre mission. C'est une approche qui se prête bien à ça, à vouloir accrocher des jeunes, à créer un lien de confiance en se centrant sur le besoin qu'ils ont identifié et vers quoi on peut les amener.

Une approche rassembleuse et flexible

Pour plusieurs personnes répondantes, l'AOS permettrait à l'équipe Aire ouverte de développer un langage commun, une approche transversale à l'équipe Aire ouverte pouvant être utilisée par l'ensemble des professions. En adoptant l'AOS comme un « point commun », la cointervention entre les professionnels serait facilitée.

Le besoin premier quand on avait exploré une approche un peu transversale c'était de trouver un point commun pour l'équipe sur une façon d'intervenir auprès des jeunes mis à part leur expertise et leur type professionnel différent.

Pour des personnes répondantes, l'AOS serait également appropriée pour une majorité de situations vécues par les jeunes qui se présentent à Aire ouverte. L'AOS peut aussi être appliquée avec des groupes, des familles, de l'autosoin, dans la gestion de l'équipe et avec les partenaires. De plus, ce serait une approche pouvant facilement être combinée avec d'autres approches déjà utilisées par les intervenantes, par exemple la thérapie cognitivo-comportementale.

Certaines soulignent aussi la trouver suffisamment « malléable » pour pouvoir aller utiliser certaines techniques sans appliquer l'AOS en totalité : « T'as un gros éventail pour aller t'amuser et l'appliquer à ta façon ».

Pour moi [l'important], c'est de garder cette flexibilité-là dans l'intervention et de garder la possibilité d'être flexible selon la personne qu'on a devant nous. C'est l'espèce d'autonomie professionnelle qui fait en sorte que si on juge que c'est un bon timing pour appliquer une des techniques AOS [...]

Par contre, une participante mentionne que l'AOS serait plus facile à utiliser avec des jeunes ayant une certaine capacité d'introspection. Selon certaines répondantes, un défi d'utilisation de l'AOS concerne la prise de contact avec certains profils de jeunes, dont les jeunes qui ont vécu plusieurs traumatismes, un viol, qui vivent des enjeux d'attachement, qui sont très introvertis ou encore les jeunes qui ont une expérience négative des services.

Disposition des membres de l'équipe

Selon les personnes interviewées, l'attitude d'ouverture de l'équipe Aire ouverte – Estrie aurait été favorable à l'appropriation de l'AOS. D'une part, les membres de l'équipe étaient disposés à mettre les efforts nécessaires dans un processus de formation continue, notamment en participant aux rencontres en équipe. D'autre part, les membres

de l'équipe étaient disposés à sortir de leur zone de confort pour essayer les stratégies privilégiées par l'AOS.

Je pense que la nature même de l'équipe aussi qui est « willing » à essayer plein de choses, qui est un contexte qui ne faut pas sous-estimer [...]

Modalités de soutien à l'appropriation

Quelques personnes répondantes insistent sur le fait que toutes les intervenantes seraient capables d'adopter l'AOS, mais cela demande des efforts et du temps : « S'il n'y a pas un temps prévu, de prioriser, de l'appropriation, ça va être trop dilué et ça va être dur de mesurer les effets bénéfiques de ça. ».

Pour plusieurs, la présence d'un soutien serait une condition favorable à l'appropriation de l'approche. En plus de la formation, le soutien régulier de l'équipe de recherche aurait permis à l'équipe Aire ouverte – Estrie d'appliquer les notions vues en formation et de les contextualiser avec des situations cliniques vécues lors de rencontre d'équipe.

Souvent, ceux qui vont à la première formation [AOS de Brigitte Lavoie] quand ils arrivent à la deuxième [formation], ils redemandent un refresh quand ils n'ont pas eu d'accompagnement. Donc, ça prouve à quel point, faut vraiment maximiser tout ça. On n'a pas le choix d'en avoir un [accompagnement]...

À l'interne, les modalités de soutien en équipe semblent globalement privilégiées : « le partage en équipe c'est un facteur gagnant ».

Je pense qu'il y a une interinfluence aussi. Le fait de revenir en équipe, de se partager des bons coups. Il y a... Ça donne le goût à d'autres intervenants de dire : « Je ne l'avais peut-être pas fait dernièrement. Je vais le réutiliser ».

Conditions organisationnelles

Pour plusieurs personnes répondantes, l'implication des gestionnaires dans la priorisation et l'appropriation de l'AOS serait un élément clé de l'implantation de l'AOS. La participation à la formation AOS par la chargée de projet de l'époque et la SAC de même que le coaching AOS que la SAC a reçu sont considérés comme des « facteurs de protection » favorables à l'appropriation de l'approche par l'équipe. En étant formées, la gestionnaire était davantage en mesure de positionner l'AOS auprès de l'établissement d'une part et, d'autre part, la SAC est davantage en mesure de soutenir l'équipe d'intervention.

Selon quelques répondantes, un élément favorable à l'appropriation de l'AOS serait aussi la décision d'ajuster les exigences organisationnelles durant la phase de déploiement. En effet, pour cette période de déploiement, Aire ouverte – Estrie n'avait pas de cibles de performance à atteindre contrairement aux redditions de compte ministérielles habituelles. De plus, les intervenantes avaient plus de flexibilité dans la rédaction des

plans d'intervention mis aux dossiers des jeunes. Une personne mentionne le défi d'arrimer l'intervention AOS avec les exigences réglementaires : « comment on le formule [dans un plan d'intervention], ça je pense que dans la... Ça, c'est le gros défi de traduire un objectif qu'un jeune nous donne en contexte AOS. Le traduire. [...] Ça, c'est un challenge quand même professionnel ».

En résumé, selon les répondantes aux entrevues, l'AOS serait une approche cohérente avec la mission d'Aire ouverte et complémentaire avec les autres approches déjà appliquées par les intervenantes des différents domaines professionnels. Les résultats mettent en lumière des conditions favorables à l'utilisation de cette approche, soit la disposition de l'équipe d'intervention; la mise en place de plusieurs modalités de soutien à l'appropriation; l'implication des gestionnaires de proximité pour favoriser l'appropriation de l'AOS. Ces résultats sont en cohérence avec les conditions favorables à l'appropriation qui sont soulevées dans de nombreuses études en transfert de connaissances et en science de l'implantation (Damshroder et al., 2009, 2022; Straus, Tetroe et Graham, 2013; Gagnon et al., 2018).

Conclusion

Ce rapport méthodologique est publié dans l'objectif d'exposer le rationnel et la démarche derrière la conception du *Guide d'application de l'approche orientée vers les solutions adaptée à Aire ouverte* (Lauzier-Jobin et al., 2023). Il s'adresse aux acteurs aux équipes de recherche qui accompagnent l'implantation de sites Aire ouverte au Québec de même qu'aux personnes souhaitant porter un regard sur la pertinence de l'approche orientée vers les solutions (AOS) en contexte de site Aire ouverte.

Rappelons que le déploiement du site Aire ouverte – Estrie a été accompagné par une équipe de recherche dans le but de soutenir et d'évaluer la mise en place et les retombées du site. Lors de cet accompagnement, un des besoins nommés était d'identifier les meilleures pratiques « court terme » à utiliser auprès de la clientèle cible des services offerts à Aire ouverte – Estrie ce qui a mené à l'identification de l'AOS, puis la création d'un guide d'application.

Ce rapport présente les étapes ayant menées vers la rédaction du *Guide d'application de l'approche orientée vers les solutions adaptée à Aire ouverte* (Lauzier-Jobin et al., 2023) : 1) une recension de recensions au sujet des approches court terme en général pour la clientèle visée; 2) une recension spécifique sur quelques approches; 3) la mise en application de l'AOS, soit la description de l'accompagnement par l'équipe de recherche et de l'élaboration du guide.

L'AOS présente une grande cohérence avec les interventions dans les sites Aire ouverte. Nos données soulignent qu'il s'agit d'une approche rassembleuse et flexible, mais qui demande une ouverture de la part des membres de l'équipe, un soutien à l'appropriation et des conditions organisationnelles favorables. S'appuyant sur une démarche rigoureuse (inspirée des étapes de l'INESSS, 2015), le développement du guide s'est fait en collaboration avec différentes parties prenantes : la formatrice, l'équipe de recherche, l'équipe d'Aire ouverte – Estrie et le CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Maintenant que le guide est développé, la prochaine étape consistera à l'implanter en Estrie et ailleurs. L'implantation du guide et son suivi devront faire l'objet d'une démarche rigoureuse toujours avec la participation active des parties prenantes.

Références

- Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C. M., Holly, C., Khalil H. & Tungpunkom, P. (2015). Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach, *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 132-40. <https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000055>
- Baker, A. L., Hides, L. & Lubman, D. I. (2010). Treatment of cannabis use among people with psychotic or depressive disorders: a systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), 247-54. <https://doi.org/10.4088/jcp.09r05119gry>
- Bavelas, J., DeJong, P., Frankelin, C., Froerer, A., Gingerich, W., Kim, J. ... & Trepper, T. S. (2013). *La Thérapie orientée vers les solutions. Manuel de traitement pour la thérapie individuelle*, 2^e version, traduit en français par I. Prince et al. Consulté le 20 octobre 2021 sur https://www.sfbta.org/resources/Documents/SFBT_Revised_Treatment_Manual_2013_Version-francaiseVBL-5-2.pdf
- Bazalgette, L., Emilsson, M., Breslin, S., Modder, A., Clunas, M., Brown, A. & Anderson, N. (2015). *Solution-focused practice: An NSPCC toolkit for working with children and young people*, NSPCC. Consulté le 27 septembre 2023 sur <https://learning.nspcc.org.uk/research-resources/2015/solution-focused-practice-toolkit>
- Bilodeau, V. & Turcotte, D. (2010). *Étude sur l'implantation de l'intervention orientée vers les solutions (IOS) : Rapport final de l'évaluation de l'implantation*. Direction de la qualité des services du Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Consulté le 27 septembre 2023 sur https://www.jefar.ulaval.ca/sites/jefar.ulaval.ca/files/uploads/rapports%20recherche/rapport_Bilodeau_2010.pdf
- Bond, C., Woods, K., Humphrey, N., Symes, W. & Green, L. (2013). Practitioner Review: The effectiveness of solution focused brief therapy with children and families: a systematic and critical evaluation of the literature from 1990-2010, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(7), 707-23. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12058>
- Carr, A., Hartnett, D., Brosnan, E. & Sharry, J. (2017). Parents Plus Systemic, Solution-Focused Parent Training Programs: Description, Review of the Evidence Base, and Meta-Analysis, *Family Process*, 56(3), 652-668. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12058>
- Catanzano, M., Bennett, S. D., Sanderson, C., Patel, M., Manzotti, G., Kerry, E., ... & Shafran, R (2020). Brief psychological interventions for psychiatric disorders in young people with long term physical health conditions: A systematic review and meta-analysis, *Journal of Psychosomatic Research*, 136, 110187. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110187>
- Corcoran, J. (2005). *Building strengths and skills: A collaborative approach to working with clients*. Oxford University Press.
- Corcoran, J. (2006). A Comparison Group Study of Solution-Focused Therapy versus "Treatment-as-Usual" for Behavior Problems in Children, *Journal of Social Service Research*, 33(1), 69- 81. https://doi.org/10.1300/J079v33n01_07
- Cornish, P. A., Churchill, A. & Hair, H. J. (2020). Open-access single-session therapy in the context of Stepped Care 2.0, *Journal of Systemic Therapies*, 39(3), 21-33. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2020.39.3.21>
- Crothers, L. M., Hughes, T. L., Kolbert, J. B. & Schmitt, A. J. (2020). *Theory and cases in school-based consultation: A resource for school psychologists, school counselors, special educators, and other mental health professionals*. Routledge.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Smit, F. & Andersson, G. (2009). Is psychotherapy for depression equally effective in younger and older adults? A meta-regression analysis, *International Psychogeriatrics*, 21(1), 16-24. <https://doi.org/10.1017/s1041610208008089>
- Cushing, C. C., Brannon, E. E., Suorsa, K. I. & Wilson, D. K. (2014). Systematic review and meta-analysis of health promotion interventions for children and adolescents using an ecological framework, *Journal of Pediatric Psychology*, 39(8), 949-62. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu042>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for

- advancing implementation science, *Implementation Science*, 4(50). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Ellenbogen, S., Hair, H. J., Kirkland Smith, J. & Wilson, P. (2019) The change clinic counselling service: Blending client-centred and strength-based practices to improve mental health services to families, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 38(1), 1-8. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2018-021>
- Eubanks, C. F., Muran, J. C. & Safran, J. D. (2019). Repairing alliance ruptures. Dans Norcross, J.C. et Lambert M.J. (Éds). *Psychotherapy Relationships That Work: Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions* (p.549-579), Oxford University Press.
- Gagnon, M. P., Attieh, R., Dunn, S., Grandes, G., Bully, P., Estabrooks, C. A. ... & Ouimet, M. (2018). Development and content validation of a transcultural instrument to assess organizational readiness for knowledge translation in healthcare organizations: The OR4KT, *International Journal of Health Policy and Management*, 4(7). <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.17>
- Gee, D., Mildred, H., Brann, P. & Taylor, M. (2015). Brief intervention: a promising framework for child and youth mental health?, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(2), 121-5. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0563-3>
- Ghosh, A., Singh, P., Das, N., Pandit, P. M., Das, S. & Sarkar, S. (2022). Efficacy of brief intervention for harmful and hazardous alcohol use: a systematic review and meta-analysis of studies from low middle-income countries, *Addiction*, 117(3), 545-558. <https://doi.org/10.1111/add.15613>
- Gilmour, H. (2014). Positive mental health and mental illness. Statistics Canada - Catalogue no. 82-003-X - *Health Reports*, 25(9), 3-9. Consulté le 27 septembre 2023 sur <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2014009/article/14086-eng.pdf?st=mQpvthoz>
- Grant, M. J. & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies, *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91-108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Gros-Louis, Y. (2021). *Approche brève orientée vers les solutions: Formation de base*. Document de formation non-publié. Canada.
- Hailemariam, M., Bustos, T., Montmogery, B., Barajas, R., Evans, L. B. & Drahota, A. (2019). Evidence-based intervention sustainability strategies : a systematic review, *Implementation Science*, 14(57). <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0910-6>
- Halladay, J., Scherer, J., MacKillop, J., Woock, R., Petker, T., Linton, V. & Munn, C. (2019). Brief interventions for cannabis use in emerging adults: A systematic review, meta-analysis, and evidence map, *Drug and Alcohol Dependence Journal*, 204, 107565. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107565>
- Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D. ... & Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide, *British Medical Journal*, 348, g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2013). *Efficacité des interventions sociales et psychologiques de courte durée : revue systématique* (Publication No. 1915-3082). Consulté le 27 septembre 2023 sur https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_interventions_sociales_psycho_courte_duree_28112013.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2015). *Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux*, document rédigé par S. Beauchamp, M. Drapeau, C. Dionne et J-P Duplantie, 95 pages. Consulté le 27 septembre 2023 sur https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Cadre_elaboration_guides_pratique_servicessociaux.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2017). *Élaboration et adaptation des guides de pratique*. Québec, sous la direction de P. Dagenais, rédigé par C. Lobè, J. Renaud, J. Brassard et M. Fournier, 94 pages. Consulté le 27 septembre 2023 sur https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/Elaboration_guides_pratique/INESSS_Elaboration_adaptation_guides_de_pratique.pdf
- Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M. & Steele, R. G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-

- analytic review, *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(4), 433-440. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0023992>
- Karakaya, D. & Özgür, G. (2019). Effect of a Solution-Focused Approach on Self-Efficacy and Self-Esteem in Turkish Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(11), 45-55. <https://doi.org/10.3928/02793695-20190708-01>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kim, J. S. & Franklin, C. (2009). Solution-Focused Brief Therapy in Schools: A Review of the Outcome Literature, *Children and Youth Services Review*, 31, 464-470. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.10.002>
- Lauzier, M. & Denis, D. (2016). *Accroître le transfert des apprentissages Vers de nouvelles connaissances, pratiques et expériences*. Presses de l'Université du Québec.
- Lauzier-Jobin, F. (2022). *Les relations interpersonnelles dans le rétablissement des personnes ayant un trouble dépressif, anxieux ou bipolaire : Une analyse qualitative des mécanismes du soutien social et de la relation thérapeutique*. Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal. <https://archipel.uqam.ca/15161/1/D4112.pdf>
- Lavoie, B. (2022). *Approche orientée vers les solutions : compétences de base*. Document de formation non-publié.
- Long, L., Abraham, C., Paquette, R., Shahmanesh, M., Llewellyn, C., Townsend, A. & Gilson, R. (2016). Brief interventions to prevent sexually transmitted infections suitable for in-service use: A systematic review, *Preventive Medicine*, 91, 364-382. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.06.038>
- Luke, D. A., Calhoun, A., Robichaux, C. B., Elliott, M. B. & Moreland-Russell, S. (2014). The Program Sustainability Assessment Tool : a new instrument for public health programs, *Preventing chronic disease*, 11(130184). <https://doi.org/10.5888/pcd11.130184>
- Lutz, A. B. (2013). *Learning solution-focused therapy: An illustrated guide*. American Psychiatric Publishing.
- Maljanen, T., Paltta, P., Harkanen, T., Virtala, E., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., Knekt, P. & Helsinki Psychotherapy Study Group (2012). Psychotherapy Study Group. The cost-effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a one-year follow-up, *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 15(1), 13-23.
- Manion, I. G. (2010). Provoking evolution in child and youth mental health in Canada, *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 51(1), 50-57. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0018468>
- McGarry, J., McNicholas, F., Buckley, H., Kelly, B. D., Atkin, L. & Ross, N. (2008). The clinical effectiveness of a brief consultation and advisory approach compared to treatment as usual in child and adolescent mental health services, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(3), 365-76. <https://doi.org/10.1177/1359104508090600>
- Organisation mondiale de la santé (2005). *Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Consulté le 27 septembre 2023 sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43306>
- Orygen (2018). *Brief psychological interventions for young people with common mental health conditions. Which brief intervention elements have been tested and work? Evidence summary*. National Centre of Excellence in Youth Mental Health, Australie. Consulté le 27 septembre 2023 sur <https://www.orygen.org.au/Training/Resources/General-resources/Evidence-summary/Brief-psychological-interventions-for-young-people/Orygen-brief-psychological-interventions-evidence>
- Orygen (2022). *Brief interventions in youth mental health toolkit for youth mental health clinicians*. Australie. Consulté le 27 septembre 2023 sur <https://www.orygen.org.au/Training/Resources/Brief-interventions/Toolkits/Orygen-Brief-Interventions-in-Youth-Mental-Health.aspx>
- Patton, R., Deluca, P., Kaner, E., Newbury-Birch, D., Phillips, T. & Drummond, C. (2014). Alcohol screening and brief intervention for adolescents: the how, what and where of reducing alcohol consumption and related harm among young people, *Alcohol*, 49(2), 207-12. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt165>
- Patton, M.Q. (2005). Developmental Evaluation. Dans S. Mathison (Éd). *Encyclopedia of Evaluation* (pp.116-117). SAGE Publications.

- Patton, M.Q. (2011). *Developmental Evaluation Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use*. The Guilford Press.
- Pearson, C., Janz, T. & Ali, J. (2013). Mental and substance use disorders in Canada. *Health at a Glance*. Statistics Canada Catalogue no. 82-624-X. Consulté le 27 septembre 2023 sur <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-624-x/2013001/article/11855-eng.pdf?st=Y9oRj2iD>
- Perkins, R. (2006). The effectiveness of one session of therapy using a single-session therapy approach for children and adolescents with mental health problems, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(2), 215-227. <https://doi.org/10.1348/147608305x60523>
- Poobalan, A. S., Aucott, L. S., Precious, E., Crombie, I. K. & Smith, W.C. (2010). Weight loss interventions in young people (18 to 25 year olds): a systematic review, *Obesity Reviews*, 11(8), 580-92. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789x.2009.00673.x>
- Rapp, C. A. & Gosha, R. J. (2012). *The strengths model: a recovery-oriented approach to mental health services*. Oxford University Press.
- Rickwood, D. J., Deane, F. P. & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems?, *Medical journal of Australia*, 187(S7), S35-S39. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x>
- Rohde, P., Brière, F. N. & Stice, E. (2018). Major depression prevention effects for a cognitive-behavioral adolescent indicated prevention group intervention across four trials, *Behaviour Research and Therapy*, 100, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.10.013>
- Scott, S. D., Albrecht, L., O'Leary, K., Ball, G. D. C., Hartling, L., Hofmeyer, A. ... & Dryden D. M. (2012). Systematic review of knowledge translation strategies in the allied health professions, *Implementation Science*, 7(70). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-70>
- Smith, J. D., Li, D. H. & Rafferty, M. R. (2020). The Implementation Research Logic Model: a method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects, *Implementation Science*, 15(84). <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01041-8>
- Straus, S. E., Tetroe, J. & Graham, I. D. (2013). *Knowledge Translation in Health Care : Moving from Evidence to Practice*. 2^e éd. Wiley Blackwell.
- Tavender, E. J., Bosch, M., Gruen, R. L., Green, S. E., Michie, S., Brennan, S. E. ... & O'Connor, D. A. (2015). Developing a targeted, theory-informed implementation intervention using two theoretical frameworks to address health professional and organisational factors : a case study to improve the management of mild traumatic brain injury in the emergency department, *Implementation Science*, 10(74). <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0264-7>
- Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., Blachman, M., Dunville, R. & Saul, J. (2008). Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation, *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 171-81. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9174-z>
- Wells, K. & McCaig, M. (2016). The magic wand question and recovery-focused practice in child and adolescent mental health services, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 29(4), 164-170. <https://doi.org/10.1111/jcap.12159>
- Wheeler, J. (2001). A helping hand: Solution-focused brief therapy and child and adolescent mental health, *Clinical child psychology and psychiatry*, 6(2), 293-306. <https://doi.org/10.1177/1359104501006002009>

Annexe A : Formulaire d'appréciation de la formation (exemple de la première formation)

Formulaire d'appréciation des activités d'AIRE OUVERTE – ESTRIE

1. Participation à la Formation d'AIRE OUVERTE – ESTRIE

Nom de l'activité : Approche orientée sur les solutions

Date de l'activité : 24 et 25 février 2022

Coche chacune des cases correspondant à ta situation :

- Jeune de 17 ans et moins
- Jeune de 18 ans à 25 ans
- Parent
- Intervenant / professionnel en santé et service sociaux
- Autres : _____

2. Maîtrise et capacité à mettre en application les compétences développées

Réponds à chacune des affirmations suivantes en encerclant la réponse qui te correspond le mieux.

- a) Considérant la compétence développée suivante : *Comprendre les fondements et postulats qui soutiennent l'approche orientée vers les solutions*

	<i>Faible niveau de maîtrise</i>	<i>Grand niveau de maîtrise</i>
Mon niveau de maîtrise de cette compétence AVANT les rencontres était :	I I I I I I I I I I	
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Mon niveau de maîtrise de cette compétence APRÈS les rencontres est :	I I I I I I I I I I	
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

- b) Considérant la compétence développée suivante : *Intervenir en utilisant des phrases qui expriment la compassion et l'optimisme*

	<i>Faible niveau de maîtrise</i>	<i>Grand niveau de maîtrise</i>
Mon niveau de maîtrise de cette compétence AVANT les rencontres était :	I I I I I I I I I I	
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Mon **niveau de maîtrise** de cette compétence APRÈS les rencontres est :

I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
<hr/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

c) Considérant la compétence développée suivante : *Intégrer les compliments à sa pratique pour favoriser l'alliance thérapeutique et le sentiment de compétences du client*

	<i>Faible niveau de maîtrise</i>	<i>Grand niveau de maîtrise</i>								
Mon niveau de maîtrise de cette compétence AVANT les rencontres était :	I I I I I I I I I I									
	<hr/>									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mon niveau de maîtrise de cette compétence APRÈS les rencontres est :	I I I I I I I I I I									
	<hr/>									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

d) Considérant la compétence développée suivante : *Appliquer les techniques, comme la questions-miracle, les questions d'exception et les questions d'échelle*

	<i>Faible niveau de maîtrise</i>	<i>Grand niveau de maîtrise</i>								
Mon niveau de maîtrise de cette compétence AVANT les rencontres était :	I I I I I I I I I I									
	<hr/>									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mon niveau de maîtrise de cette compétence APRÈS les rencontres est :	I I I I I I I I I I									
	<hr/>									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3- Ma motivation à transférer ces compétences développées

Réponds à chacune des affirmations suivantes en encerclant la réponse qui te correspond le mieux.

	Totalemment en désaccord	Totalemment en accord								
Il est important pour moi de mettre en application dans ma vie les compétences que j'ai développées dans le cadre de ces rencontres.	I I I I I I I I I I									
	<hr/>									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	Totalemment en désaccord											Totalemment en accord
Le fait de mettre en application les compétences que j'ai développées durant ces rencontres influencera positivement mon bien-être	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

4- Utilité perçue

Réponds aux affirmations suivantes en encerclant la réponse qui te correspond le mieux.

	Aucunement utiles											Énormément utiles
Dans l'ensemble, j'estime que les connaissances et les compétences développées dans le cadre cette formation me seront utiles au travail.	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

5- Soutien

Réponds aux affirmations suivantes en encerclant la réponse qui te correspond le mieux.

	Aucunement soutenu											Énormément soutenu
Si applicable, prévoyez-vous être soutenu par vos collègues dans la mise en application de vos nouveaux apprentissages?	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	Aucunement soutenu											Énormément soutenu
Si applicable, prévoyez-vous être soutenu par votre organisation, votre gestionnaire ou spécialiste en activités cliniques dans la mise en application de vos nouveaux apprentissages?	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

6- Satisfaction générale

	Aucunement satisfait											Énormément satisfait
De façon générale, es-tu satisfait de cette formation ?	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

SUGGESTIONS ou **COMMENTAIRES** généraux qui pourraient nous aider à maximiser ces activités :

*Merci sincèrement d'explorer le tout avec nous, de vous ouvrir à quelque chose de différent et de nous guider vers une optimisation de cette **formation d'AIRE OUVERTE - ESTRIE!***

Annexe B : Élaboration du processus d'intervention AOS adaptée à Aire ouverte

Une dimension novatrice du guide d'application de l'AOS adaptée à Aire ouverte est la structure de son processus d'intervention (voir la Figure 4 pour le processus final) qui découle d'un travail de croisement des savoirs académiques, professionnels et scientifiques. La présente annexe vise à détailler cette construction ainsi que les appuis de chacune des étapes.

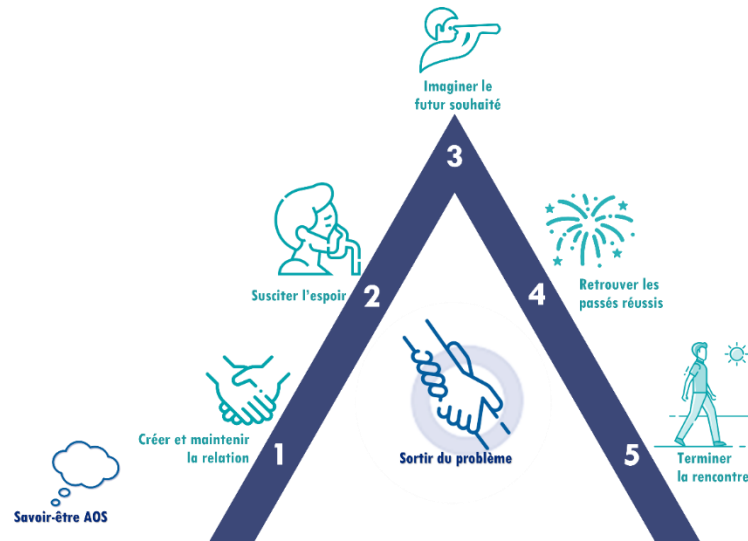


Figure 4. Structure en étapes du processus AOS adaptée à Aire ouverte

Cette construction a commencé par l'élaboration d'une structure d'intervention se basant sur Karakaya et Ozgur (2019), Gros-Louis (2021) et Lavoie (2022). Initialement, les étapes étaient différenciées selon la première séance (*Accueil; Établissement d'objectifs; Découvrir les exceptions et construire les solutions; Définir les obstacles à la réussite; Pause; Fin de la rencontre*) et les rencontres suivantes (*Début de la rencontre; Histoire du changement; Enrichir le meilleur futur; Description du prochain pas; Pause; Fin de la rencontre*).

Une deuxième source d'inspiration furent les étapes de processus similaire soit les étapes du modèle intégré (AOS, entretien motivationnel et thérapie cognitivo-comportementale) de Jacqueline Corcoran (2005) ainsi que les cinq fonctions de l'approche par les forces Rapp et Gosha (2012). Ces deux sources furent combinées dans une structure qui a été discutée entre la formatrice et experte de l'AOS (Brigitte Lavoie) et l'équipe de recherche. Suivant ces modèles initiaux, une structure en cinq étapes a commencé à émerger : (1) *Créer l'alliance avec la personne*; (2) *Susciter l'espoir et le*

sentiment de compétences; (3) Explorer et enrichir le futur souhaité; (4) Explorer des passés réussis; (5) Terminer la rencontre.

Deux étapes transversales ont été ajoutées en s'appuyant sur l'expertise de formatrice de Brigitte Lavoie. D'abord, les postulats de l'approche sont transposés dans l'étape *Savoir-Être AOS*. Ensuite, une étape transversale donne des stratégies aux intervenantes quand la personne retourne dans le problème (*Sortir la personne du problème*). Enfin, étant donné son importance dans l'approche d'Aire ouverte et en s'appuyant sur la littérature en psychothérapie, l'étape sur l'alliance a été renommée *Créer et maintenir la relation*.

Par la suite, lors d'une rencontre avec l'équipe de recherche, la formatrice (Brigitte Lavoie) a proposé une représentation visuelle de la structure d'intervention. Celle-ci (voir la Figure 4) reprenant le visuel du « A » et du « O » de « Aire ouverte ». Le « A » renvoie à l'image d'une montagne alors que le « O » peut représenter soit un trou ou un carrefour giratoire pour l'étape *Sortir du problème*. Le tableau ci-dessous détaille les appuis scientifique, professionnel ou expérientiel de chacune des étapes du processus final.

Tableau 8. Appuis scientifique, professionnel ou expérientiel des étapes du processus AOS adaptée à Aire ouverte

Étapes	Appuis scientifique, professionnel ou expérientiel
Savoir-Être AOS	Adaptation originale découlant du contenu de Brigitte Lavoie qui s'appuie sur l'expérience « terrain » des intervenantes cherchant à actualiser les postulats de l'AOS. Les postulats de l'AOS s'appuient sur Bavelas et collaborateurs (2013) Wheeler (2001). La logique d'une écoute active orientée vers les solutions est aussi centrale à l'AOS (p. ex., Bavelas et al., 2013).
Créer et maintenir la relation	En s'appuyant sur la documentation sur la psychothérapie (Eubanks et al., 2019; Lauzier-Jobin, 2022) et Bavelas et collaborateurs (2013), la notion de « relation » a été préférée à celle d'engagement (présente dans Corcoran, 2005; Rapp et Gosha, 2012) ou d'alliance parce qu'elle est plus englobante que ces dernières.
Susciter l'espoir	Cette étape se retrouve dans le manuel de Bazalgette et collaborateurs (2015) et a été amenée par Brigitte Lavoie comme une visée fondamentale de l'AOS.
Imaginer le futur souhaité	Cette étape se retrouve dans le manuel de Bazalgette et collaborateurs (2015) et est une étape fondamentale de l'AOS (Ratner et al., 2012; Wheeler, 2001; Wells et McCaig, 2016).
Retrouver les passés réussis	Dans la structure d'intervention classique (p. ex., Karakaya et Ozgur, 2019), cette étape apparaissait dans la deuxième séance (<i>Uncovering the good ones</i>). Elle correspond à l'intégration de trois techniques classiques de l'AOS : rechercher des solutions passées; rechercher les exceptions; les questions de résilience ou « coping » (Bavelas et al., 2013). Cette étape a été suggérée par Brigitte Lavoie.
Terminer la rencontre	La terminaison se retrouve autant dans la structure classique de l'AOS (p. ex., Karakaya et Ozgur, 2019) que dans les adaptations (Bazalgette et al., 2015; Corcoran, 2005). La présentation actuelle s'inspire de la logique du <i>single-session therapy</i> (Perkins, 2006; Cornish et al., 2020) et du contenu de Brigitte Lavoie.
Sortir du problème	Adaptation originale découlant du contenu de Brigitte Lavoie qui s'appuie sur l'expérience « terrain » des intervenantes cherchant des solutions lorsque la personne « retombe dans le problème ».

Annexe C : Grille d'entrevue de groupes de l'équipe d'intervention

Comment se sont déroulées vos interventions dans les dernières semaines, particulièrement en lien avec l'approche orientée sur les solutions?

(Si un intervenant nomme une intervention :)

- Quelles étaient les circonstances de l'intervention (caractéristiques du système-client, milieu d'intervention, demande initiale, etc.)
- Quelles ont été les interventions effectuées? Est-ce qu'il y a une formulation précise qui a été utilisée pour [telle intervention]?
- Quel a été l'effet de [telle intervention]?

Avez-vous rencontré des défis particuliers dans la mise en application de l'approche orientée sur les solutions?

- Est-ce que d'autres ont rencontré ce défi ou un défi similaire?
- Y a-t-il un soutien ou des solutions pour contrecarrer ce défi?

Quels apprentissages peut-on faire de nos discussions d'aujourd'hui quant à l'application de l'approche orientée sur les solutions?

Annexe D : Grille d’entrevue individuelle avec la gestionnaire et la spécialiste aux activités cliniques

Introduction (utilité et pertinence)

L’approche orientée vers les solutions (AOS) a été ciblée pour aider à structurer les pratiques de l’équipe d’Aire ouverte au début de l’année 2022. Selon toi, en quoi cette approche est cohérente avec la philosophie d’Aire ouverte?

- Y a-t-il des éléments qui sont en incohérence? Si oui, lesquels?

Niveau d’appropriation

À quel point considères-tu que les intervenants se sont appropriés l’AOS ?

- Quel est leur niveau de maîtrise des compétences ciblées par la formation?
Les compétences ciblées étaient :
 - Comprendre les fondements et postulats qui soutiennent l’AOS;
 - Intervenir en utilisant des phrases qui expriment la compassion et l’optimisme;
 - Intégrer les compliments à sa pratique pour favoriser l’alliance thérapeutique et le sentiment de compétences du client;
 - Appliquer les techniques, comme la questions-miracle, les questions d’exception et les questions d’échelle.
- Les intervenants ont-ils le réflexe d’utiliser cette approche? Comment décrirais-tu la facilité des intervenants à utiliser cette approche?

Contexte

Quels sont les éléments du contexte qui facilitent ou qui nuisent au déploiement de l’AOS?

- Y a-t-il des facilitateurs ou des freins à l’approche au niveau des caractéristiques des intervenants? Du milieu ou de la culture organisationnelle? Des orientations gouvernementales?

Supervision et gestion orientée sur les solutions

Quelle est la place de l’AOS dans la supervision des intervenants d’Aire ouverte?

Quelle utilisation de l’AOS est-il possible de faire dans un contexte de travail avec les partenaires?

Quelle utilisation de l’AOS est-il possible de faire en contexte de gestion d’Aire ouverte?

Fin de l’entretien et ouverture

Il nous reste encore quelques minutes. Y a-t-il quelque chose que vous auriez voulu dire au cours de l’entrevue et que vous n’avez pas pu dire? Y a-t-il quelque chose dont nous n’avons pas parlé, mais qui serait intéressant que je comprenne?

Annexe E : Grille d’entrevue individuelle avec les intervenantes

Établir la visée et choisir l’exemple ou le cas à décortiquer

L’objectif de cette rencontre est de regarder en détail un exemple d’application de l’approche orientée vers les solutions. Cette démarche a deux objectifs : documenter la mise en place de l’approche dans l’équipe Aire ouverte – Estrie (défis, facilitateurs, etc.) et créer des vignettes cliniques. Dans ce dernier cas, les informations seront modifiées pour préserver la confidentialité des personnes impliquées.

Avez-vous un cas précis en tête? Quel est-il?

Détailler le cas clinique

Quelles étaient les circonstances menant à l’exemple ciblé?

- Quand est-ce que ça s’est produit?
- Dans quel endroit étiez-vous?
- Comment étiez-vous entré en contact avec [le jeune ou la personne]?
- Quelle était la demande [ou la référence] initiale?

Qu’est-ce que [le jeune ou la personne] a fait ou dit exactement à ce moment?

Qu’est-ce que vous avez fait ou dit exactement?

Quel effet est-ce que ça a eu sur [le jeune ou la personne]? Et sur vous? Comment vous êtes-vous senti? Est-ce que ça a eu d’autres effets?

Quels étaient les caractéristiques sociodémographique (âge, sexe, orientation sexuelle, etc.) et clinique du jeune?

- *[Si plus d’une personne, répéter la question, puis demander : Comment décririez-vous la relation entre ces personnes?]*

Fin de l’entretien et ouverture

Il nous reste encore quelques minutes. Y a-t-il quelque chose que vous auriez voulu dire au cours de l’entrevue et que vous n’avez pas pu dire? Y a-t-il quelque chose dont nous n’avons pas parlé, mais qui serait intéressant que je comprenne?

