

La collaboration interprofessionnelle comme enjeu de la qualité des services en santé mentale : le cas des travailleuses sociales et des médecins psychiatres

Emmanuelle Khoury et Henri Dorvil

Numéro 160, 2024

Mosaïque

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1115960ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1115960ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ)

ISSN

2564-2375 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Khoury, E. & Dorvil, H. (2024). La collaboration interprofessionnelle comme enjeu de la qualité des services en santé mentale : le cas des travailleuses sociales et des médecins psychiatres. *Intervention*, (160), 79–90. <https://doi.org/10.7202/1115960ar>

Résumé de l'article

Depuis le premier Plan d'action en santé mentale au Québec (MSSS, 2005), le ministère de la Santé et des Services sociaux privilégie des soins collaboratifs, un modèle de plus en plus souvent adopté dans les provinces canadiennes depuis 2011 (Kates et al., 2023). Bien que la collaboration interprofessionnelle soit reconnue comme un moyen de fournir des soins de qualité (McNeil et al., 2013) et de protéger le bien-être des patients, peu de recherches explorent la dynamique entre le travail social et le traitement médical en santé mentale. Quelles possibilités de collaboration existent entre ces professions? Comment leurs expertises en évaluation, planification et prise de décision partagée peuvent-elles améliorer les résultats et la qualité des soins? Cet article discute des stratégies susceptibles de contribuer à co-construire des territoires partagés entre ces professions. Nous soutenons que pour y parvenir, il est essentiel de remettre en question les rapports de pouvoir entre les groupes professionnels, d'encourager la créativité et de reconnaître les différents savoirs professionnels.

© Emmanuelle Khoury et Henri Dorvil, 2024



Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

éru
dit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

La collaboration interprofessionnelle comme enjeu de la qualité des services en santé mentale : le cas des travailleuses sociales et des médecins psychiatres

Emmanuelle Khoury, T.S., Ph.D., Professeure, École de travail social, Université de Montréal
emmanuelle.khoury@umontreal.ca

Henri Dorvil, T.S., Ph.D., Professeur, École de travail social, Université du Québec à Montréal
dorvil.henri@uqam.ca

RÉSUMÉ :

Depuis le premier Plan d'action en santé mentale au Québec (MSSS, 2005), le ministère de la Santé et des Services sociaux privilégie des soins collaboratifs, un modèle de plus en plus souvent adopté dans les provinces canadiennes depuis 2011 (Kates et al., 2023). Bien que la collaboration interprofessionnelle soit reconnue comme un moyen de fournir des soins de qualité (McNeil et al., 2013) et de protéger le bien-être des patients, peu de recherches explorent la dynamique entre le travail social et le traitement médical en santé mentale. Quelles possibilités de collaboration existent entre ces professions? Comment leurs expertises en évaluation, planification et prise de décision partagée peuvent-elles améliorer les résultats et la qualité des soins? Cet article discute des stratégies susceptibles de contribuer à co-construire des territoires partagés entre ces professions. Nous soutenons que pour y parvenir, il est essentiel de remettre en question les rapports de pouvoir entre les groupes professionnels, d'encourager la créativité et de reconnaître les différents savoirs professionnels.

79

MOTS-CLÉS :

Collaboration, travail social, psychiatrie, savoirs professionnels, pratiques en santé mentale

INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la collaboration interprofessionnelle comme un processus qui se produit « lorsque plusieurs professionnels de la santé issus de différents milieux professionnels travaillent ensemble avec les patients, les familles, les soignants et les communautés pour fournir des soins de la plus haute qualité dans tous les contextes » (WHO, 2010, p. 7). Dans les soins et services de santé, cette collaboration inclut des interactions et des relations où le partage de connaissances et d'expériences profite directement à la personne usagère¹ (Barr et al., 2005; Fiquet et al., 2015; WHO, 2010). Il est largement reconnu que l'amélioration des résultats

1 Utiliser le terme « patient » ou « personne usagère des services » n'est pas indifférent. Selon le Larousse (n.d.) un patient est un individu malade, soumis à un examen médical ou suivant un traitement. Le mot patient dénote un vécu médicalisé. C'est le mot le plus souvent utilisé en médecine, même si le terme « personne usagère » devient de plus en plus valorisé dans le milieu médical. En travail social, les termes « personne usagère », « personne concernée », utilisateur.trice des services, « client-e » ou encore « citoyen-ne » sont les plus répandus. Ces termes dénotent l'aspect citoyen lié au droit de recevoir des services. Dans cet article, nous adoptons le terme personne usagère.

en santé est associée à une pratique interprofessionnelle (CPIS, 2010) reposant sur la prise en compte de la complexité des questions, des difficultés et des réalités auxquelles sont confrontés les individus. Cette approche nécessite une forte interconnexion entre les professionnels de différentes disciplines (Careau et al., 2014) ainsi qu'une collaboration étroite avec la personne usagère, ses proches et la communauté (CPIS, 2010). Les compétences requises pour une collaboration efficace s'étendent au-delà des aspects techniques et incluent des dimensions éthiques et professionnelles, telles que la capacité à communiquer efficacement, à identifier et gérer les conflits de valeurs, ainsi qu'à adopter une approche collaborative pour analyser les situations de soins sous des angles divergents (Université de Sherbrooke, 2015).

Dans leur synthèse de connaissances, Bullock et al. (2017) ont identifié quatre composantes clés des modèles de soins collaboratifs en santé mentale : (1) le dépistage de la santé mentale avec des instruments validés, (2) l'évaluation et la documentation des symptômes de base à l'aide de ces instruments, (3) l'éducation des patients et de leurs familles, et (4) le soutien clinique et la supervision des professionnels. Ces composantes nécessitent des modes de collaboration novateurs entre professionnels pour améliorer les effets pour la personne usagère.

Depuis la pandémie de COVID-19, le paysage des services de santé, y compris en matière de santé mentale, a connu une transformation rapide, ravivant la nécessité d'une collaboration interprofessionnelle non seulement entre les professionnels de la santé, mais aussi avec les organisations communautaires, les personnes usagères et leurs familles. En santé mentale, cette collaboration est d'autant plus cruciale que de multiples professionnels de diverses disciplines, chacun possédant des connaissances spécialisées, interagissent dans l'espace psychiatrique, un espace complexe et contesté (Poirel et al., 2014; Rodriguez, 2005) dans lequel les pratiques psychiatriques semblent parfois s'appuyer sur des paradigmes biomédicaux réducteurs, qui peuvent poser un défi pour le travail social en santé mentale (Bark et al., 2023). Rappelons-le, historiquement, le travail social en santé mentale porte un regard social sur la situation des personnes usagères² (Carpenter, 2002; Khoury et Rodriguez, 2015). Toutefois, un examen de portée internationale a révélé que les travailleuses sociales³ (TS) en santé mentale ont de la difficulté à définir leurs rôles et peinent à affirmer leur identité comme actrices de changement social au sein des services de santé mentale (Bark et al., 2023). Cela soulève une question importante : comment le travail social, avec ses connaissances des interactions entre individus, structures, institutions et groupes, ainsi que l'accent qu'il porte sur le renforcement du lien social, peut-il trouver sa place dans la collaboration interprofessionnelle en santé mentale, sans perdre son identité propre?

S'appuyant sur les discussions récentes portant sur la collaboration interprofessionnelle au Québec et au Canada (Bergeron-Leclerc et al., 2019; Careau et al., 2014; CPIS, 2010; Couturier et Belzile, 2018), cet article a pour objectif de fournir un aperçu critique des enjeux liés à la collaboration entre les TS et les médecins psychiatres en santé mentale, tout en soulignant l'importance cruciale de la collaboration interprofessionnelle afin d'améliorer la qualité des services et des soins en santé mentale. Il s'inscrit également dans le prolongement des réflexions des auteurs, à la suite de leur invitation comme conférencier·ere·s lors de la conférence de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) en 2022, intitulée *La perspective et les pratiques du travail social en santé mentale : des assises de renouvellement de la collaboration entre travail social et psychiatrie*. Dans un premier temps, nous présenterons brièvement un portrait de l'organisation des services de santé

2 Il est à noter que depuis plusieurs décennies, et surtout à l'instar du PASM 2015-2022 (MSSS, 2015), le rôle de pair-aidant dans l'équipe de soins en santé mentale est formalisé. Le pair-aidant est une personne avec une expérience vécue en santé mentale, qui apporte un accompagnement intentionnel et formel (CRÉMIS, s.d.). Le pair-aidant dans les équipes de santé mentale au Québec est un professionnel qui offre un regard social, émotionnel et politique.

3 Étant donné l'histoire du champ du travail social, la féminisation a été privilégiée.

mentale au Québec. Cette première section inclut un survol des récentes politiques et lois dans le paysage de la santé mentale au Québec qui ont un impact sur la collaboration interprofessionnelle. Dans un deuxième temps, nous exposerons la place du travail social dans le champ de la psychiatrie. Cette section a pour objectif de présenter un aperçu des enjeux liés à la collaboration. Ensuite, nous élargirons la discussion mobilisant la littérature en travail social, en psychiatrie, ainsi que nos propres recherches pour révéler des enjeux, tensions et possibilités en ce qui concerne la collaboration entre TS et médecin psychiatre dans une perspective de rétablissement. Finalement, nous formulons des recommandations visant à approfondir cette collaboration et ainsi à améliorer la qualité des services offerts par les professionnels, notamment les TS et les médecins psychiatres. Nous discuterons en particulier de l'importance du rapprochement entre les acteurs, du partage des responsabilités et de la mise en commun des stratégies cliniques.

1. Changements dans l'organisation des services et les politiques en santé mentale au Québec : vers la collaboration interprofessionnelle?

La collaboration interprofessionnelle en santé mentale au Québec se développe dans un contexte de réformes organisationnelles et politiques majeures depuis 2003. Ces changements comprennent deux plans d'action en santé mentale (MSSS, 2005; 2015) et un plan d'action interministériel en santé mentale (MSSS, 2022) qui ont successivement abordé la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle, la participation des personnes usagères des services, l'intégration des services, le partenariat avec le secteur communautaire et l'accessibilité. Ces plans visent à renforcer les services de santé mentale de première ligne par la création d'équipes interdisciplinaires et la promotion de la collaboration interprofessionnelle (MSSS, 2005; 2015; 2022). L'un des axes clés de ces plans est l'orientation vers le rétablissement, qui met l'accent sur les interventions et traitements hors des structures hospitalières, le renforcement de la citoyenneté des personnes usagères et le partenariat avec les communautés (MSSS, 2005; 2015; 2022). Cette évolution reconnaît que les soins en santé mentale ne se limitent pas à traiter les symptômes psychiatriques individuels, mais doivent aussi tenir compte des facteurs sociaux et communautaires qui influencent la santé mentale des individus, un postulat défendu de longue date par le travail social.

Cette approche souligne par ailleurs que, pour favoriser un véritable rétablissement, il ne suffit pas de réorganiser les structures de soins ou d'améliorer les liens sociaux; il faut aussi redéfinir le rôle des professionnels en santé mentale en tant qu'acteurs sociopolitiques⁴, et non uniquement comme prestataires de soins cliniques (Khoury, 2019; Le Boutillier et al., 2011; Slade, 2010). Cela implique la convergence de compétences et de perspectives variées, notamment sociales et politiques, pour traiter à la fois les difficultés individuelles et les défis collectifs, dans une optique de « bien-être collectif » (MSSS, 2022). Les études sur les expériences des TS en santé mentale indiquent que les TS considèrent ces aspects sociaux, politiques et critiques comme fondamentaux pour leur rôle et leur contribution à l'équipe interdisciplinaire (Ashcroft et al., 2019, 2024; Bark et al., 2023).

4 Un professionnel de la santé mentale qui est un « acteur sociopolitique » est celui qui reconnaît non seulement l'impact des attentes sociétales et des politiques publiques sur les individus et les groupes, mais qui prend également conscience de son rôle et de sa capacité à influencer positivement ces normes et politiques. Le cadre conceptuel émergent dans la pratique contemporaine en santé mentale, notamment dans une perspective axée sur le rétablissement, va au-delà des besoins et stratégies cliniques. Ainsi, en prenant en compte l'interaction des déterminants sociaux de la santé, des inégalités sociales et économiques, ainsi que du droit à une vie de qualité dans la communauté, les responsabilités des professionnels de la santé mentale peuvent s'étendre au-delà de la sphère habituelle de leur pratique. Slade (2010) affirme que cela nécessite que les professionnels de la santé mentale deviennent des « activistes sociaux qui défient la stigmatisation et la discrimination, et que la promotion du bien-être sociétal devienne la norme plutôt que l'exception pour les professionnels de la santé mentale au XXI^e siècle » (p. 2).

Les réformes en cours dans le système de santé québécois tendent à reconnaître de plus en plus les bénéfices de la collaboration interprofessionnelle en santé mentale, notamment pour améliorer l'accès équitable aux soins, intégrer les soins physiques et mentaux, et faciliter les transitions entre différents champs de services. La construction d'une telle organisation des services demande une collaboration étroite entre disciplines, professionnels et secteurs qui sont habitués, en santé mentale, à une culture où chaque direction, chaque équipe et chaque intervenant « détermine ses objectifs respectifs » (MSSS, 2021, p. 13), si bien que l'expérience de détresse et de souffrance des personnes usagères est souvent fragmentée par la perspective en silo des différents professionnels (Barrett, 1999). Afin de surmonter cette fragmentation, il est essentiel de privilégier le partage des compétences et des connaissances. Une collaboration interprofessionnelle efficace permet de mieux appréhender la réalité des personnes usagères, en organisant le travail de soins pour assurer une synergie et une complémentarité maximales.

2. Le travail social et les aspects sociaux de la santé mentale : quelle place pour la collaboration interprofessionnelle?

Historiquement, le travail social en psychiatrie a été envisagé comme un rôle auxiliaire au sein des hôpitaux psychiatriques, où les TS complétaient l'évaluation psychiatrique par une description psychosociale, en mettant l'accent sur l'implication de la personne usagère et de sa famille (Bentley et al., 2005; Segal, 2021). Cependant, les deux domaines ont évolué au fil du temps. Le travail social se positionne désormais comme un acteur politique en santé mentale, défenseur des droits et promoteur d'une meilleure condition de vie pour les personnes en détresse psychique (Bark et al., 2023; Khoury et Rodriguez, 2015; Khoury et Chaput, 2021). Ainsi, le travail social se distingue en analysant les liens qui unissent l'individu à la société (Paugam, 2009), ainsi qu'en mettant l'accent sur les structures sociales et les inégalités. En s'éloignant d'un paradigme qui définit la pauvreté, la marginalisation ou les souffrances à partir des déficiences personnelles (Groulx, 1993), les TS en santé mentale souhaitent pouvoir travailler avec les personnes et les communautés pour réparer, transformer, améliorer et renforcer le lien social (Bark et al., 2023). Ils visent à promouvoir le changement social ainsi que la cohésion sociale. Autant une discipline qu'une profession, le travail social promeut le développement personnel, tout en renforçant le pouvoir d'agir des individus. Les principes de justice sociale, de respect des droits de la personne et de responsabilité collective sont au cœur de son action (FITS, s.d.). Enraciné dans des théories sociales, humaines et expérientielles, le travail social s'efforce de renforcer le bien-être global de la société (FITS, s.d.). Historiquement, cette discipline a toujours interagi avec d'autres champs comme la criminologie, la psychologie, la sociologie, la médecine et la psychiatrie. Mentionnons que ce principe de collaboration a été l'un des fondements de la modernisation des champs d'exercice des professionnels de la santé mentale et des relations humaines (OPQ, 2021). En ce qui concerne spécifiquement le champ d'exercice du travail social, il est défini par la législation de la manière suivante :

Évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre, tout en soutenant et rétablissant le fonctionnement social de la personne en interaction avec son milieu, dans le but de favoriser son développement optimal (OPQ, 2021, p. 25).

Cette définition met en avant le rôle central des TS dans le développement du pouvoir d'agir des individus, groupes, familles et communautés. Leur mission est de renforcer les liens sociaux, d'aider à l'exercice des droits des usagers et de soutenir leur capacité à atteindre un bien-être en interaction avec leur environnement. Également, les articles 7 et 8 du *Code de déontologie des membres de l'OTSTCFQ* insistent sur le devoir de compétence et d'intégrité dans l'exercice de la

profession. Autrement dit, les TS ont le devoir de reconnaître ce qu'ils ne savent pas et de solliciter l'avis d'experts lorsque nécessaire, c'est-à-dire de miser sur la collaboration interprofessionnelle.

De son côté, la psychiatrie, en tant que spécialité médicale, étudie et traite les maladies mentales, qui comprennent une gamme de troubles psychologiques aux causes multiples, y compris biochimiques, psychologiques et sociales. Parmi les troubles les plus courants, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) mentionne l'anxiété, la dépression, les névroses, les psychoses, les troubles de personnalité, les toxicomanies et les démences. Les traitements sont variés, incluant des psychothérapies et des médicaments comme les anxiolytiques, antidépresseurs et neuroleptiques. La médecine psychiatrique reconnaît cependant de plus en plus les limites de l'approche biomédicale et l'importance d'intervenir sur les déterminants sociaux de la santé (Deferio et al., 2019).

Or, malgré les efforts pour renforcer la collaboration interprofessionnelle, il demeure un défi de concilier les différents paradigmes professionnels en présence et de permettre au travail social de s'affirmer comme un acteur clé dans la transformation des pratiques de soins en santé mentale. Comme l'ont démontré Bark et al. (2023), les TS continuent de négocier leur rôle et leurs pratiques, surtout dans un contexte marqué par des tensions entre modèles sociaux et modèles médicaux de la santé mentale. Rappelons que le travail social repose sur une analyse approfondie des problèmes sociaux afin de mieux les comprendre et de contribuer aux changements nécessaires. Un problème social, tel que défini par Rinaudo (1995), est un phénomène construit dans l'espace public, à travers le discours et l'action des acteurs sociaux dominants. La désignation d'un problème social n'est pas le fruit d'un consensus, mais résulte de l'interprétation des individus en position de pouvoir, qui déterminent les lois, leur application et la gestion des comportements jugés « dérangeants ». C'est ainsi que le psychiatre Édouard Zarifian a noté que, dans notre société, nous sommes toujours « le fou des autres, de la société, ou de son mandataire, le psychiatre » (Dorvil, 2005). Les personnes en situation de vulnérabilité ne participent pas à la construction de ces définitions; elles les subissent. Dans les sociétés du xxi^e siècle, l'autonomie est devenue une valeur centrale, à la fois reconnue et encouragée, que ce soit sur le plan symbolique ou pratique. Elle est souvent mise en avant dans des domaines variés, comme la santé mentale (Ehrenberg, 2010; Labrecque-Lebeau, 2021). Ne pas réussir à « se prendre en main » est souvent perçu comme un problème dans le cadre des normes sociales. Pourtant, le travail social vise avant tout à promouvoir le changement social, une démarche qui entre parfois en tension avec la recherche d'un « bon » fonctionnement social (Molgat, 2007).

Dans le domaine de la psychiatrie, la définition même de ce qu'est un problème social, et donc sur quoi il convient d'intervenir, n'est pas toujours évidente. Cette ambiguïté peut nuire à la communication et à la collaboration entre les professionnels. Si la psychiatrie s'intéresse de plus en plus aux problèmes sociaux, cependant, comme le soulignent Shim et Compton (2020), les psychiatres manquent souvent l'occasion de dépister et d'évaluer les problèmes sociaux, comme la discrimination ou la précarité économique. Priebe (2016) note que le paradigme biomédical dominant en psychiatrie, qui se concentre sur les symptômes individuels, n'est peut-être pas suffisant pour répondre adéquatement aux défis sociaux et psychologiques des usagers. Priebe (2016) plaide ainsi pour l'adoption d'une approche plus holistique en psychiatrie, qui intègre les changements sociaux et favorise une collaboration accrue avec d'autres disciplines, comme les sciences sociales. À cet effet, Jean Furtos, psychiatre et psychothérapeute, propose une redéfinition de la santé mentale qui souligne l'importance du lien social, de l'acceptation et de la diversité :

Une santé mentale suffisamment bonne est définie par la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité, mais non pas sans révolte (Furtos, 2004, p. 33).

Ce qui est particulièrement intéressant dans la définition de Furtos, c'est sa prise en compte du contexte sociopolitique et sociohistorique, notamment les effets de la modernité et du néolibéralisme sur le lien social et les problèmes sociaux. Ces éléments seraient des considérations importantes à intégrer davantage dans les pratiques du travail social et de la médecine psychiatrique, surtout dans une perspective de rétablissement (Brown, 2021).

3. La notion de rétablissement en santé mentale : point de convergence entre le travail social et la psychiatrie?

Le rétablissement en santé mentale, à la fois une philosophie et une approche de soins (Khoury et Rodriguez, 2015; Khoury, 2019; Khoury et Chaput, 2021), incarne une perspective sociopolitique de ce qu'est une vie de qualité et comment les professionnels en psychiatrie peuvent accompagner une personne usagère dans un parcours qu'elle définit elle-même. Nombre de TS considèrent qu'il existe une forte congruence entre les valeurs de leur profession et celles de l'approche du rétablissement (Bark et al., 2023; Carpenter, 2002; Khoury et Rodriguez, 2015).

Cette approche a émergé dans la réhabilitation psychiatrique aux États-Unis dans les années 1990 et s'est depuis imposée comme le modèle dominant pour l'organisation des services de santé mentale dans de nombreux pays, dont le Canada (Davidson et White, 2007; Jacobson, 2004). Concrètement, l'approche du rétablissement se concentre sur les processus et interactions entre l'individu et la société. Elle place la personne au centre, en orientant les structures de gouvernance vers l'inclusion sociale, la citoyenneté, la participation et une meilleure qualité de vie (Khoury et Chaput, 2021). Ainsi, le modèle de rétablissement s'ancre dans les impératifs psychiatriques, sociaux et psychosociaux, visant à promouvoir le bien-être social, fonctionnel et existentiel (Winsper et al., 2020). Le rétablissement incarne « cette confiance retrouvée, cette résilience, ce goût de l'avenir, l'espoir de vivre sous de meilleurs auspices » (Dorvil, 2010, p. 14).

La stigmatisation associée aux attitudes négatives, stéréotypes et préjugés envers la maladie mentale constitue l'un des obstacles majeurs auxquels font face les personnes vivant avec un trouble mental. Elle est tellement omniprésente et ses effets si dévastateurs que, pour certains, elle est perçue comme plus difficile à vivre que les symptômes mêmes de la maladie (Dorvil et al., 2015). Patricia Deegan (1996), psychologue, militante et ancienne patiente psychiatrique, va encore plus loin en affirmant que l'impact de la stigmatisation touche non seulement la santé mentale, mais aussi des aspects fondamentaux tels que le lien social, la construction de l'identité, le sentiment d'appartenance et l'inclusion. Pour Deegan, se rétablir des traumatismes liés à la stigmatisation et aux étiquettes est aussi essentiel que le rétablissement des symptômes de la maladie mentale elle-même (Deegan, 1996).

Dans cette optique, Jemal (2022) souligne l'importance cruciale de la collaboration interdisciplinaire pour comprendre l'impact des discriminations et de la stigmatisation, non seulement sur le lien social, mais aussi sur la santé cérébrale. Une approche de rétablissement pourra ainsi être renforcée par une collaboration qui prend en compte l'effet des traumatismes, de la violence, de la discrimination et de la pauvreté sur le lien social, mais aussi sur la santé physique (Jemal, 2022). Dans ce sens, les approches psychosociales et sociopolitiques du travail social ne peuvent agir efficacement sur les inégalités sociales sans une approche holistique qui intègre des considérations biologiques.

De la même manière, le modèle biomédical devient réducteur lorsque les seules interventions proposées sont pharmacologiques et que la souffrance psychique ainsi que les problèmes sociaux sont réduits à une simple identification de symptômes à gérer (Williamson, 2022).

La reconnaissance des compétences et des capacités des différentes disciplines, ainsi qu'une collaboration interprofessionnelle, peut rééquilibrer l'accent mis sur le « bio » dans le modèle biopsychosocial-spirituel⁵, en revendiquant une place centrale pour le social.

Le travail social et la médecine psychiatrique se croisent également dans la définition des déterminants sociaux de la santé, qui désignent des actions hors du champ strictement médical, mais ayant une influence directe sur la santé des individus et des populations (par exemple, les programmes de soutien à la sécurité alimentaire, OLO⁶, l'emploi, le logement, etc.) (Dorvil, 2013). Ces déterminants, qui comprennent les conditions de vie, les facteurs économiques et sociaux, ont une influence considérable sur la santé, y compris la santé mentale et le bien-être des personnes (Mikkonen et Raphael, 2010). Dès lors, les deux professions disposent d'un outil commun essentiel pour améliorer la qualité des soins.

L'OTSTCFQ (2013) rappelle que l'intervention en santé mentale ne se limite pas à une analyse individuelle, mais implique également des solutions collectives. Pour les TS, la spécificité réside dans la capacité d'adopter une approche globale, en tenant compte de tous les aspects de la vie personnelle et sociale d'un individu, d'un couple ou d'une famille. Cette vision holistique doit être préservée dans la pratique pour respecter les principes énoncés dans le code de déontologie (OTSTCFQ, 2013). Cependant, malgré son importance, la discussion sur la santé mentale et ses déterminants sociaux (tels que la pauvreté, le stigmatisé et la vulnérabilité) reste souvent absente des documents officiels qui encadrent les approches cliniques en psychiatrie. Or, ces déterminants sont fréquemment à la fois des causes et des conséquences des troubles mentaux graves (Charte d'Ottawa, 1986). Pour aider une personne usagère à définir ses désirs, rétablir l'équilibre dans sa vie et réduire son stress psychologique, il est crucial que les deux professions, travail social et psychiatrie, agissent de concert sur les déterminants sociaux de la santé dans une perspective de rétablissement en santé mentale. Ainsi, nous semblons progressivement nous diriger vers une réalité d'interdépendance entre nos professions, afin de mieux comprendre et accompagner les personnes usagères.

Ainsi, à l'instar de Couturier et Belzile (2018), nous ne croyons pas à une opposition entre santé et univers social, mais à un besoin impératif de porter attention à la dimension sociale. Dans cette perspective, les professionnels en santé mentale, en orientant leurs pratiques vers le rétablissement de la personne (PASM, 2005, 2015), peuvent devenir de véritables « activistes sociaux » qui remettent en question la stigmatisation et la discrimination, tout en favorisant le bien-être social. Selon Slade (2010), il s'agirait même de faire de cet engagement une norme, plutôt qu'une exception, pour les professionnels en santé mentale du xxi^e siècle.

4. Recommandations pour améliorer la qualité de soins

Dans cet article, nous avons présenté les liens et les divergences entre deux professions qui sont historiquement au cœur des services en santé mentale : le travail social et la psychiatrie. Le premier, par sa raison d'être d'intervenir auprès des populations en situation de vulnérabilité, et le deuxième par sa capacité de « poser des diagnostics, prescrire et administrer des traitements » (AMPQ, s.d.). Dans la prochaine section, nous allons aborder : 1. l'importance des espaces de rapprochement,

5 Un modèle biopsychosocial-spirituel en travail social nous permet d'inclure la totalité de l'expérience relationnelle d'une personne afin d'avoir une compréhension complète des interactions complexes qui se déroulent entre les domaines biologique, psychologique, social et spirituel de la vie d'une personne (Cherblanc et al., 2021; Gale, 2022; Saad et al., 2017).

6 OLO signifie « œuf, lait, orange »; il s'agit d'un programme nutritionnel proposé aux femmes enceintes des milieux défavorisés en vue de prévenir la naissance de bébés de faible poids.

2. le croisement des savoirs au sein des stratégies cliniques et 3. le partage des responsabilités pour offrir des soins complets, complexes, équitables et adéquats.

4.1 Le rapprochement et le contact direct

Il est impératif de miser sur la collaboration afin d'élargir les domaines d'expertise grâce au travail d'équipe. L'expérience typique d'une personne hospitalisée est caractérisée par la collaboration d'un ensemble de professionnels de la santé qui travaillent ensemble pour offrir des services de qualité et une expérience exceptionnelle. Pour la soulager de sa souffrance, il faut l'apport coordonné de plusieurs spécialistes des sciences médicales, psychologiques et sociales. Or, le système des services de santé et des services sociaux est fragmenté en diverses professions qui relèvent de formations et de disciplines distinctes devant réaliser cliniquement et juridiquement le mandat qui leur est confié. À chacun son territoire, et le travail de mise en commun d'une collaboration effective s'avère aléatoire (Fleury et al., 2018; MSSS, 2021). Ce blocage d'intérêts divergents amène gestionnaires, cliniciens et enseignants à se poser des questions, à mettre sur pied des projets pilotes en vue d'amener ces protagonistes à se rencontrer, à discuter et à instituer un plan de travail collaboratif visant à amoindrir les souffrances de la personne usagère et à augmenter sa qualité de vie. Afin de faire vivre ces rencontres, il faut de la flexibilité et des espaces de partage différents et parfois nouveaux : réunions, séminaires, ateliers de discussion, colloques entre cliniciens, mais aussi avec des gestionnaires, des enseignants ou des étudiants, avec pour seul dénominateur commun la qualité des services prodigués aux patients.

4.2 Au-delà de la reconnaissance des expertises, vers l'intersection des stratégies cliniques

86

La collaboration interprofessionnelle entre les TS et les médecins psychiatres nous permet de mieux répondre aux besoins des personnes suivies en santé mentale de manière holistique. Le résultat souhaité est une amélioration de l'état de la personne concernée et de ses liens sociaux, ainsi que la création de sens autour de ses expériences. Ce résultat est possible seulement s'il y a un engagement entre les membres de l'équipe d'intervention et la personne usagère. Sinon, l'intervention est partielle et partielle (Barrett, 1999). Autrement dit, la collaboration interprofessionnelle ne se résume pas au simple partage de données et à une communication efficace, elle dépend avant tout des contributions disciplinaires de tous les professionnels. Les TS, dans leur capacité de « cibl[er] à la fois la personne et son environnement dans une perspective d'interaction dynamique entre les deux » (OTSTCFQ, 2013, p. 7), doivent participer activement à la planification de l'épisode de soins. Par exemple, un psychiatre est le mieux équipé pour suggérer un traitement pharmacologique à une personne, et la TS a les compétences pour défendre les droits de la personne en attirant l'attention sur les questions de justice sociale. Cela dit, dans une véritable collaboration, chacun sera initié aux perspectives et raisonnements de l'autre afin de saisir toutes les dimensions d'une approche biopsychosociale-spirituelle. Bien qu'une TS avec plusieurs années d'expérience en santé mentale connaisse les différentes molécules disponibles en matière de traitement, bien que plusieurs médecins psychiatres soient attentifs aux inégalités sociales, la collaboration entre chaque discipline repose sur un partage d'idées et d'initiatives. Il faudrait un professionnel à chaque angle de prise de vue et chaque professionnel doit « savoir ce qu'il ne sait pas » et donc collaborer dans l'intérêt de la personne, en reconnaissant l'expertise des autres. Ceci requiert une posture d'humilité, par exemple par le développement et la mise en œuvre de compétences professionnelles différenciées et la promotion des valeurs de l'interdisciplinarité au sein des équipes en santé mentale (Ndibu Munut Keba Kebe, 2020).

4.3 Le partage des responsabilités

La souffrance des individus est complexe (Morin, 1973). L'auteur et philosophe Edgar Morin nous dit que pour saisir la complexité de l'existence, il faut comprendre l'information non pas simplement en ce qui a trait à la transmission, mais aussi en tant que construction de sens au sein de systèmes. Il positionne la subjectivité de l'expérience humaine plutôt qu'une rationalité objective au centre de cette compréhension et nous rappelle que tout observateur est aussi un sujet. La collaboration interprofessionnelle est une réponse appropriée à la complexité inhérente à nos systèmes humains, car elle permet de comprendre pleinement ces systèmes. Les besoins et aspirations de l'être humain sont importants et complexes. Une seule profession ne peut arriver à cerner tous les aspects des problématiques présentées par les personnes usagères des services en santé mentale. Ce partage a une autre conséquence positive pour les professionnels : le partage des responsabilités. Le travail social en santé mentale et la psychiatrie sont des professions qui présentent des défis. Le fait de pouvoir compter sur les autres membres de l'équipe pour aider à assumer les responsabilités du travail clinique permet d'éviter l'épuisement professionnel. Ainsi, les personnes usagères pourront bénéficier également d'un système de soutien plus large. C'est justement à cause de cette complexité que la collaboration interprofessionnelle devient une exigence de la pratique en santé mentale.

CONCLUSION

En définitive, aucune profession ne peut, à elle seule, accompagner une personne usagère en santé mentale. Il est essentiel d'intégrer la perspective de tous les collaborateurs afin d'assurer la qualité des services (Khoury et Dorvil, 2022). Travailler en collaboration présente de nombreux avantages, tels que le partage d'expertise et de responsabilités, la création d'avenues d'innovation ainsi que la réduction des angles morts dans l'analyse d'une situation ou dans la prise de décisions relatives à la personne concernée.

Plus précisément, cet article met en lumière la nécessité de remettre en question les rapports de pouvoir inégaux, notamment l'accent disproportionné accordé aux facteurs individuels et biologiques dans l'évaluation et le traitement des problèmes de santé mentale. Il est impératif de créer de l'espace pour une approche sociale, en intégrant des systèmes de pensée issus des sciences sociales. Bien que la médecine psychiatrique ait progressivement évolué pour prendre en compte ces dimensions sociales, la collaboration interprofessionnelle doit reposer sur un partage véritable des responsabilités et une reconnaissance mutuelle des expertises respectives. L'amélioration de la communication entre travailleurs sociaux et médecins psychiatres est cruciale, comme dans tout modèle de soins collaboratifs (Kates et al., 2011). Cela nécessite une posture d'humilité, un échange d'idées constructif et la valorisation des convergences entre les différentes disciplines.

Dans un contexte de réformes organisationnelles et d'une transition vers des modèles de soins intégrés, il devient impératif de réfléchir plus profondément à la collaboration interprofessionnelle en santé mentale, en particulier entre travailleurs sociaux et psychiatres. Si ces deux professions travaillent de manière plus étroite et intégrée, elles pourront, avec les autres acteurs entourant la personne usagère, améliorer l'offre de services, renforcer l'approche biopsychosociale et spirituelle, et favoriser l'accès à des soins en santé mentale équitables, appropriés et adaptés. Une telle collaboration permettrait également d'améliorer la relation entre les professionnels et la personne concernée, contribuant ainsi à l'établissement d'un réseau de soins intégré et viable. Cela renforcerait les conditions de vie des individus en répondant de manière plus complète aux besoins et désirs uniques de chaque personne suivie en santé mentale.

ABSTRACT:

Since the implementation of the first Mental Health Action Plan in Quebec (MSSS, 2005), the Ministry of Health and Social Services has placed significant emphasis on collaborative care, a model that has been increasingly adopted across Canadian provinces since 2011 (Kates et al., 2023). While interprofessional collaboration is widely recognized as an essential strategy for delivering high-quality care (McNeil et al., 2013) and safeguarding patient well-being, there remains a paucity of research examining the interaction between social interventions and medical treatment within the context of mental health care. What potential opportunities exist for collaboration between these two professions? How can their respective expertise in assessment, intervention planning, and shared decision-making contribute to improved patient outcomes and the overall quality of care? This article examines strategies for co-constructing shared professional domains, with a particular focus on the role of social workers. We argue that advancing such collaboration requires a critical examination of power dynamics between professional groups, the fostering of creative solutions, and the recognition and respect for the distinct knowledge systems inherent to each profession.

KEYWORDS:

Collaboration, social work, psychiatry, professional knowledge, mental health practice

RÉFÉRENCES

- AMPQ (s.d.). *Qu'est ce qu'un médecin psychiatre?* <https://ampq.org/la-psychiatrie/quest-ce-quun-medecin-psychiatre/>
- Ashcroft, R., Adamson, K., Guy, S., Phelps, F., Sheffield, P., Webber, G., Dallaire, L. F., Kemp, C., Rayner, J., Sur, D., pour la Canadian Association of Social Workers (2024). *Social work and primary care: A vision for the path forward*. Canadian Association of Social Workers.
- Ashcroft, R., Kourgiantakis, T., Fearing, G., Robertson, T. et Brown, J. B. (2019). Social work's scope of practice in primary mental health care: A scoping review. *British Journal of Social Work*, 49(2), 318-334. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcy051>
- Bark, H., Dixon, J. et Laing, J. (2023). The Professional Identity of Social Workers in Mental Health Services: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 20(11), 5947. <https://doi.org/10.3390/ijerph20115947>
- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M. et Freeth, D. (2005). *Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence*. Blackwell Publishing.
- Barrett, R. (1999). *La traite des fous : la construction sociale de la schizophrénie*. Cambridge University Press.
- Bentley, K. J., Walsh, J. et Farmer, R. (2005). Social Work Roles and Activities Regarding Psychiatric Medication: Results of a National Survey. *Social Work*, 50(4), 295-303. <https://doi.org/10.1093/sw/50.4.295>
- Bergeron-Leclerc, C., Milot, É., Museux, A.-C. et Plante, A. (2019). Conjuguer les expertises afin d'optimiser la collaboration interprofessionnelle en santé mentale. Dans C. Bergeron-Leclerc, M.-H. Morin, B. Dallaire et C. Cormier (dir.), *La pratique du travail social en santé mentale : apprendre, comprendre, s'engager* (p. 247-270). Presses de l'Université du Québec.
- Brown, C. (2021). Critical Clinical Social Work and the Neoliberal Constraints on Social Justice in Mental Health. *Research on Social Work Practice*, 31(6), 644-652.
- Bullock, H. L., Waddell, K. et Wilson, M. G. (2017, 31 mars). Rapid synthesis: Identifying and assessing core components of collaborative-care models for treating mental and physical health conditions. McMaster Health Forum.
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M. et Museux, A.-C. (2014). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).
- Carpenter, J. (2002). Mental Health Recovery Paradigm: Implications for Social Work. *Health & Social Work*, 27(2), 86-94. <https://doi.org/10.1093/hsw/27.2.86>

- Cherblanc, J., Bergeron-Leclerc, C. et Gauthier, G. (2021). La spiritualité et le travail social : une intégration souhaitée mais limitée. *Nouvelles pratiques sociales*, 32(2), 321-340. <https://doi.org/10.7202/1085527ar>
- CPIS (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Canada.
- CRÉMIS (s.d.). Dossier : l'intervention par les pairs en santé mentale. <https://cremis.ca/publications/dossiers/lintervention-par-les-pairs-en-sante-mentale/pairs-aidants-en-sante-mentale-de-quoi-parle-t-on/>.
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Canada.
- Couturier, Y. et Belzile, L. (2018). *La collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux*. Presses de l'Université de Montréal.
- Davidson, L., Mezzina, R., Rowe, M. et Thompson, K. (2010). "A life in the community": Italian mental health reform and recovery. *Journal of Mental Health*, 19(5), 436-443. <https://doi.org/10.3109/09638231003728158>
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91-97.
- Deferio, J. J., Breitingner, S., Khullar, D., Sheth, A. et Pathak, J. (2019). Social determinants of health in mental health care and research: a case for greater inclusion. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 26(8-9), 895-899. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocz049>
- Dorvil, H., Kirouac, L. et Dupuis, G. (2015). *Stigmatisation – les troubles mentaux en milieu de travail et dans les médias de masse*. PUQ.
- Dorvil, H. (2013). Travail social et déterminants de la santé. *Intervention*, 139, 75-78.
- Dorvil, H. (2010). Introduction. Dans J.-F. Pelletier, M. Piat, S. Côté et H. Dorvil (dir.), *Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale : pourquoi et comment faire évoluer les pratiques?* (p. 3-19). PUQ.
- Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise*. Odile Jacob.
- FITS (s.d). Définition globale du travail social. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Fiquet, L., Hugué, S., Annezo, F., Chapron, A., Allory, E. et Renaut, P. (2015). Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie médicale*, 16(2), 105-117.
- Fleury, M.-J., Grenier, G., Bamvita, J.-M., Vallée, C., Farand, L. et Chiocchio, F. (2018). Évaluation du Plan d'action en santé mentale (2005-2015) : intégration et performance des réseaux de services. *Santé mentale au Québec*, 43(1), 15-38. <https://doi.org/10.7202/1048892ar>
- Furtos, J. (2004). *Congrès international de Lyon « La santé mentale face aux mutations Sociales »*, octobre 2004. Souffrir sans disparaître. ONSMP. Dans J. Furtos et C. Laval (dir.), *La santé mentale en actes*, Erès.
- Gale, L. (2022). Biopsychosocial-Spiritual Assessment: An Overview. *Social Work Practice and Skill*. EBSCO.
- Groulx, L.-H. (1993). *Le travail social. Analyse et évolution, débats et enjeux*. Agence d'Arc.
- Jacobson, N. (2004). *In Recovery: the making of mental health policy*. Vanderbilt University Press.
- Jemal, A. (2024). Critical Clinical Social Work Practice: Pathways to Healing from the Molecular to the Macro. *Clinical Social Work Journal*, 52, 229-244 (2024). <https://doi.org/10.1007/s10615-022-00843-1>
- Kates, N., Sunderji, N., Ng, V. et al. (2023). Collaborative Mental Health Care in Canada: Challenges, Opportunities and New Directions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 68(5), 372-398. <https://doi.org/10.1177/07067437221102201>
- Kates, N., Mazowita, G., Lemire, F. et al. (2011). The evolution of collaborative mental health care in Canada: a shared vision for the future. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 11-110.
- Khoury, E. et Dorvil, H. (2022, 3 juin). *La perspective et les pratiques du travail social en santé mentale : des assises de renouvellement de la collaboration entre travail social et psychiatrie*. Colloque du AMPQ. Mont-Tremblant.
- Khoury, E. et Chaput, M. (2021). L'approche par les forces en santé mentale : entre confrontation et découverte sur le terrain. *Intervention*, 153, 43-60.
- Khoury, E. (2019). Recovery attitudes and recovery practices have an impact on psychosocial outreach interventions in community mental health care. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 560. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00560>
- Khoury, E. et Rodriguez, L. (2015). Recovery-Oriented Mental Health Practice: A Social Work Perspective. *British Journal of Social Work*, 45 (supplement 1), i27-i44.
- Labrecque-Lebeau, L. (2021). *La vie des normes : sociologie des conversations quotidiennes*. Nota Bene.
- Larousse. (s.d.). « Patient ». Dans le *Dictionnaire Larousse* <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/patient/58654>

- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J. et Slade, M. (2011). What Does Recovery Mean in Practice A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470-1476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>
- Molgat, M. (2007). Définir le travail social. Dans J.-P. Deslauriers et Y. Hurtubise (dir.), *Introduction au travail social* (19-41). PUL.
- Morin E. (1973). *Le paradigme perdu : la nature humaine*. Seuil.
- MSSS (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS (2018). Communiqué de presse : Santé mentale chez les jeunes de 12 à 25 ans – Le gouvernement du Québec lance le projet Aire ouverte.
- MSSS (2021). *Cadre de référence Aire ouverte*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : s'unir pour un mieux-être collectif*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- OPQ (2021). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Guide explicatif*. Gouvernement du Québec.
- Ndibu Muntu Keba Kebe, N., Chiocchio, F., Bamvita, J.-M. et al. (2020). Variables associated with interprofessional collaboration: a comparison between primary healthcare and specialized mental health teams. *BMC Family Practice*, 21(4). <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1076-7>.
- OMS (2021, 13 septembre). *Dépression*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OTSTCFQ (2013). *L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle*.
- Paugam, S. (2009). *Le lien social*. Presses universitaires de France.
- Poirel, M.-L., Weiss, B., Khoury, E. et Clément, M. (2014). Entre pressions normatives et résistances : l'intégration dans la collectivité des personnes vivant avec un problème de santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(2), 193-207. <https://doi.org/10.7202/1037687ar>
- Priebe, S. (2016). A social paradigm in psychiatry-themes and perspectives. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25(6), 521-527. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000147>
- Rinaudo C. (1995). Qu'est-ce qu'un problème social? Les apports théoriques de la sociologie anglo-saxonne. *Cahiers de l'URMIS*, 72-87.
- Rodriguez, L. (2005). Jongler avec le chaos. Effets de l'hégémonie des pratiques biomédicales en psychiatrie du point de vue des usagers. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 237-255. <https://doi.org/10.7202/1002468ar>
- Segal, S. P. (2021). *Deinstitutionalization* in the Encyclopedia of Social Work. National Association of Social Workers Press and Oxford University Press.
- Shim, R. S. et Compton, M. T. (2020). The Social Determinants of Mental Health: Psychiatrists' Roles in Addressing Discrimination and Food Insecurity. *Focus*, 18(1), 25-30. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190035>
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10(26), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-26>
- Université de Sherbrooke (2015). *Collaboration professionnelle en santé*.
- WHO (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Health Professions Network Nursing and Midwifery Office within the Department of Human Resources for Health.
- Williamson, S. (2022). The biopsychosocial model: not dead, but in need of revival. *BJPsych Bulletin*, 46(4), 232-234. <https://doi.org/10.1192/bjb.2022.29>
- Winsper, C., Crawford-Docherty, A., Weich, S., Fenton, S.-J. et Singh, S. P. (2020). How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. *Clinical Psychology Review*, 76, 101815. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101815>