

Agence  
de développement  
de réseaux locaux  
de services de santé  
et de services sociaux

Québec  
Montérégie



*LE CONTINUUM D'INTERVENTION*

*« SANTÉ MENTALE - JEUNES »*

Direction de la gestion de l'information et des connaissances  
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé  
et de services sociaux de la Montérégie

Juin 2005

## **TABLE DES MATIÈRES**

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>DESCRIPTION DU CONTINUUM « SANTÉ MENTALE - JEUNES »</b> .....	<b>5</b>
<i>Typologie des services</i> .....	<b>5</b>
<b>DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION</b> .....	<b>7</b>
<i>Carte stratégique</i> .....	<b>8</b>
<b>ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT DES PISTES D'ACTION</b> .....	<b>19</b>
<i>Tableau synthèse</i> .....	<b>21</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>22</b>
<b>LISTE DES COLLABORATEURS</b> .....	<b>23</b>

## **INTRODUCTION**

Le Québec, comme tous les pays développés, est de plus en plus confronté à une évolution technologique rapide ainsi qu'aux problématiques sociales et sanitaires que le vieillissement de la population entraîne. Dans les régimes financés publiquement comme le nôtre, la pression sur le budget des gouvernements atteint des niveaux élevés qui viennent compromettre la capacité de l'État à assumer l'ensemble de ses missions.

D'autres tendances de fond justifient également la recherche de modes d'intervention nouveaux permettant d'assurer le renouvellement du système. Des changements s'imposent, entre autres parce que nous avons évolué simultanément sur plusieurs dimensions :

- les besoins de santé aigus auxquels on a pu répondre par des services médicaux ponctuels cèdent la place à des besoins de santé associés à des conditions chroniques ou persistantes et qui sont en croissance;
- les interventions simples réalisées surtout par des médecins et des infirmières auprès de patients dans le cadre d'une visite en cabinet ou à l'hôpital, cèdent la place à des interventions plus élaborées, plus efficaces, plus coûteuses, faisant appel à des équipes multidisciplinaires opérant dans divers types d'organisations;
- les connaissances de base acquises par la formation initiale et par l'expérience cèdent la place à un univers de connaissances spécialisées et multidisciplinaires qui se renouvellent à un rythme insoutenable pour un individu isolé;
- le système de soins relativement rudimentaire et peu coûteux, essentiellement centré sur le médecin et l'hôpital, cède aujourd'hui la place à un système de santé de grande envergure qui compte pour 10 % du produit intérieur brut et pour plus de 40 % du budget de l'État.

C'est dans ce contexte en mouvance que la Loi 25, sanctionnée en décembre 2003, a lancé un projet tout aussi ambitieux que prometteur s'attaquant aux problèmes d'accessibilité, de continuité et de qualité des services de santé et des services sociaux pour la population québécoise.

La nouvelle vision, mise de l'avant par cette loi, introduit les concepts novateurs de responsabilité de population et de hiérarchisation des services. Selon cette vision, les réseaux locaux de services (RLS) devront garantir l'accès à une large gamme de services à une population définie dont ils seront responsables. Ils auront aussi à travailler dans un contexte de hiérarchisation, ce qui signifie qu'ils n'auront pas à tout produire eux-mêmes, et qu'ils devront se doter d'ententes de services pour compléter leur offre de service. Chaque réseau local sera imputable de rendre accessible une gamme complète de services généraux et spécialisés au bénéfice de sa population.

Pour faciliter la prise de décision des gestionnaires et des cliniciens dans l'élaboration de leur projet clinique, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de

la Montérégie a mené une démarche visant à identifier les pistes d'action à fort potentiel d'impact sur la santé et le bien-être de la population.

Ainsi, entre juin 2004 et mai 2005, plusieurs professionnels de l'Agence, issus de différentes directions, ont été mobilisés autour de 15 continnum d'intervention. Chaque équipe de travail associée à un continuum devait, dans un premier temps, définir les caractéristiques de ce continuum en termes de besoins de la population visée, d'interventions à déployer au niveau de la prévention, du traitement et du soutien et enfin, du réseautage actuel. Dans une seconde étape, les équipes de travail ont procédé à l'identification de zones d'inadéquation entre les besoins de la population montréalaise et les services offerts. Ces zones d'inadéquation ont été validées auprès d'un certain nombre d'experts et de partenaires du réseau, ce qui a permis de bonifier le matériel proposé. La troisième phase du travail a consisté à traduire les zones d'inadéquation en pistes d'action devant permettre de corriger la situation. Deux outils d'aide à la décision ont ensuite été élaborés dans l'optique de favoriser une prise de décision fondée sur des données probantes, soit : 1) la carte stratégique, et 2) le tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact.

Le présent document présente les résultats de cette démarche pour le continuum « Santé mentale - jeunes ».

## **DESCRIPTION DU CONTINUUM « SANTÉ MENTALE - JEUNES »**

Les recherches en santé mentale réalisées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) estiment que 10 % des jeunes âgés entre 0-17 ans sont susceptibles de vivre un problème de santé mentale et que 1,13 % d'entre eux de souffrir d'une pathologie psychiatrique sévère au cours de leur enfance ou de leur adolescence.

Le continuum d'intervention « Santé mentale — jeunes » s'inscrit dans la poursuite de l'implantation du réseau intégré de services en santé mentale des jeunes supporté par le cadre de référence *Grandir en santé mentale en Montérégie*<sup>1</sup> élaboré en 2000 et entérinée par le conseil d'administration de la Régie régionale en 2001.

« Le modèle de services retenu favorise le CLSC comme porte d'entrée au plan de la demande de services. Il est aussi l'organisme identifié pour effectuer les liaisons entre les partenaires du milieu et les services spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne. En plus de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation, le CLSC se voit confier comme mandat la prise en charge, le traitement, le support et le soutien à l'intégration sociale des jeunes aux prises avec un problème de santé mentale. Enfin, comme organisation, il assume les liaisons, la prise en charge, le soutien et la réintégration des jeunes ayant bénéficié des services spécialisés de pédopsychiatrie en cours d'année et qui ne les requièrent plus.

Les centres hospitaliers, quant à eux, se voient confirmés une fois de plus dans leur rôle d'assumer les services spécialisés en pédopsychiatrie sur l'ensemble du territoire et de mettre en place des mesures alternatives à l'hospitalisation. De plus, il est demandé aux différentes équipes spécialisées en pédopsychiatrie d'offrir 20 % de leur temps à la consultation-liaison et à l'expertise-conseil aux équipes de 1<sup>ère</sup> ligne.

Les organismes communautaires se voient renforcés dans leurs rôles d'entraide et de soutien aux parents dans la communauté. Ils sont aussi interpellés dans le but de développer, en partenariat avec les CLSC et la santé publique, des programmes de promotion, de prévention et de formation s'adressant aux parents »<sup>2</sup>.

Le programme, en processus d'implantation depuis 2001 dans toutes les sous-régions de la Montérégie, s'adresse à tous les jeunes de 0 à 17 ans aux prises avec un problème de santé mentale et a, pour objectif, de rejoindre sur une base annuelle plus de 350 jeunes en situation de crise, plus de 7 000 jeunes aux prises avec un problème de santé mentale, dont 3 500 souffrant de troubles mentaux graves.

Le tableau suivant illustre la typologie des services du continuum en fonction des dimensions PRÉVENIR – GUÉRIR – SOUTENIR.

---

<sup>1</sup> RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Grandir en santé mentale en Montérégie : Projet d'implantation d'un réseau de services intégrés pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale*, RRSSSM, octobre 2000.

<sup>2</sup> IDEM.

### Typologie des services

DIMENSIONS DU CONTINUUM		
PRÉVENIR	GUÉRIR	SOUTENIR
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Info-Santé/Info-Social</li> <li>▪ Interventions de promotion et prévention</li> <li>▪ Prévention du suicide</li> <li>▪ Interventions médicales</li> <li>▪ Services professionnels privés en santé mentale</li> </ul>	<p><u>Services de 1<sup>ère</sup> ligne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guichet unique - services 1<sup>ère</sup> ligne :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Info-Santé/Info-Social</li> <li>▫ Services psychosociaux (équipe enfance-jeunesse)</li> <li>▫ Services d'évaluation/traitement/orientation spécialisés de 1<sup>ère</sup> ligne</li> <li>▫ Équipe santé mentale jeunesse, services médicaux</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Services de 2<sup>e</sup> ligne :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Services spécialisés en pédopsychiatrie : traitement, soutien aux intervenants et omnipraticiens</li> <li>▪ Unité de réadaptation santé mentale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mesures de soutien aux jeunes, à leur famille et à la communauté</li> </ul>

## **DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION**

Après avoir délimité les contours et les caractéristiques du continuum, le groupe de travail a procédé à l'appréciation de l'adéquation des besoins et de l'offre de service, appréciation validée par des experts du réseau le 25 novembre 2004 lors d'une journée de travail à l'Agence. C'est sur cette base solide que le groupe de travail a ensuite dégagé les zones d'amélioration potentielles, qui ont par la suite été traduites en pistes d'action.

La carte stratégique qui suit illustre les pistes d'action du continuum « Santé mentale - jeunes » selon deux axes d'analyse : 1) les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services, tels qu'énoncés par le MSSS dans son cadre de référence sur le projet clinique<sup>3</sup>, et 2) les trois dimensions des continuums, soit PRÉVENIR – GUÉRIR –SOUTENIR.

La description de chacune des pistes d'action est ensuite présentée en fonction des trois grands niveaux d'intervention. Pour éviter les répétitions, les pistes qui relèvent de plusieurs niveaux d'intervention ont été classées dans le niveau auquel elles étaient le plus fortement associées. Les pistes qui concernent le continuum, dans son ensemble, ont été mises arbitrairement dans la section GUÉRIR. Certaines pistes ont été regroupées, soit parce qu'elles sont interreliées ou parce qu'elles s'adressent à un même sous-groupe de la clientèle.

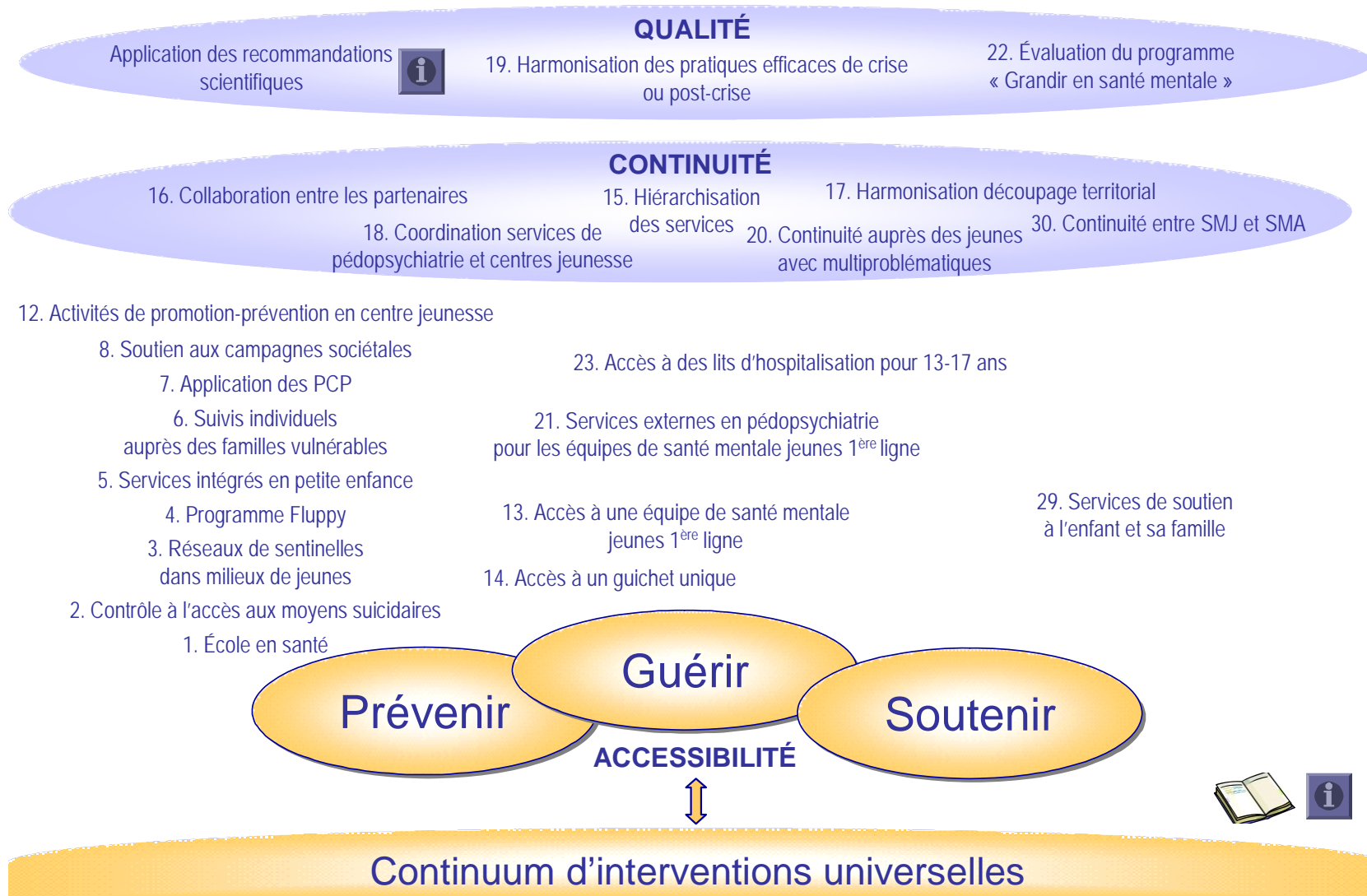
Enfin, il importe de préciser que, dans la formulation des pistes d'action, le terme « accessibilité » fait référence à des services déjà offerts mais dont l'accès pose certains problèmes, alors que le terme « disponibilité » a été employé pour les services ou activités à mettre en place.

---

<sup>3</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, Direction des communications, MSSS, Octobre 2004, 75 p.

**CONTINUUM D'INTERVENTION « SANTÉ MENTALE - JEUNES »**

**Carte stratégique**







## Application des recommandations scientifiques

9. Recommandations scientifiques dans les activités d'éducation à la santé sur le thème du suicide
10. Recommandations scientifiques dans les programmes de postvention



## À approfondir : Santé mentale - jeunes

11. Programmes des pairs aidants
24. Services hôpital jour/soir
25. Pertinence de l'hospitalisation pour les 5-12 ans vs services externes
26. Soutien étroit suite à une crise suicidaire
27. Services de soutien aux endeuillés
28. Services d'hébergement halte/crise

## A) PRÉVENIR<sup>4</sup>

Différentes actions peuvent être entreprises en matière promotion de la santé mentale et de prévention du suicide des jeunes. Certaines ont été reconnues efficaces alors que d'autres soulèvent certaines questions et préoccupations.

### 1. La disponibilité du processus École en santé dans les écoles de la Montérégie<sup>5</sup>.

L'approche École en santé vise à mieux intégrer l'ensemble des activités de promotion-prévention en milieu scolaire afin d'assurer une plus grande cohérence et efficacité. L'innovation de cette approche réside dans le fait de délaisser l'approche conventionnelle par problème et d'agir plutôt sur les facteurs communs à un ensemble de problèmes vécus par les jeunes. Cette approche est en processus d'implantation dans quelques-unes des écoles et fait partie des ententes de complémentarité des services éducatifs entre les commissions scolaires et les CSSS.

### 2. La disponibilité d'interventions multistratégiques pour contrôler l'accès aux moyens (armes à feu, médicaments).

Le contrôle de l'accessibilité aux moyens susceptibles de faciliter le passage à l'acte suicidaire (armes à feu, médicaments, ponts et autres lieux à risque) est reconnu comme une mesure efficace au niveau de la prévention du suicide. Cette mesure est à développer en Montérégie.

### 3. La disponibilité de réseaux de sentinelles dans les milieux de jeunes, dont les écoles et les centres jeunesse.

Les sentinelles sont des adultes qui, à cause de leur travail ou de leur implication dans la communauté, entretiennent des liens privilégiés avec les jeunes. On présume que si ces personnes

<sup>4</sup> La plupart des actions du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 et des Plans d'action locaux ciblent l'ensemble de la population et agissent sur un ensemble de problèmes de santé et de bien-être. Pour cette raison, elles se retrouvent dans le continuum « Interventions universelles ». Nous vous référons à ce continuum afin de compléter l'information que vous retrouvez dans le présent continuum.

<sup>5</sup> Cette piste se retrouve aussi à l'intérieur des continuums « Jeunes en difficulté et leur famille », « Dépendances » ainsi que dans le continuum « Interventions universelles ».

sont formées, ils pourront mieux identifier et référer les jeunes aux ressources appropriées<sup>6</sup>. Ce type de réseau n'existe pas actuellement en Montérégie. Leur développement, notamment en milieu scolaire, est une priorité inscrite dans le Plan d'action régional (PAR). Rappelons que la mise en place de réseaux de sentinelles exige de s'assurer de l'accessibilité aux services de 1<sup>ère</sup> ligne en santé mentale.

4. L'accessibilité au programme Fluppy dans les milieux scolaires défavorisés<sup>7</sup>.

Le programme Fluppy, inspiré d'une intervention reconnue efficace pour diminuer les comportements agressifs et les comportements de délinquance, vise prioritairement les enfants des écoles de milieu défavorisé. Actuellement implanté dans quelques écoles, ce programme devrait être consolidé et offert dans son intégralité.

5. L'accessibilité à l'ensemble des services intégrés pour 100 % des familles ciblées, notamment pour les 2-4 ans<sup>8</sup>.

6. L'intensification des suivis individuels dans les services intégrés auprès des familles vulnérables<sup>9</sup>

Les programmes misant sur le développement des habiletés de base chez les enfants ainsi que sur le développement des habiletés parentales sont reconnus efficaces pour diminuer certains problèmes psychosociaux et troubles mentaux et favorisent l'acquisition de facteurs de protection utiles dans la prévention du suicide.

Les services intégrés de promotion et de prévention auprès des enfants 0 à 5 ans et leur famille vivant en contexte de vulnérabilité (Naître égaux et grandir en santé (NEGS), Programme soutien aux jeunes parents (PSJP) et soutien éducatif) sont bien implantés en Montérégie et devraient permettre une diminution d'abus, de négligence, de référence en adaptation scolaire, de troubles de comportement à l'adolescence et de troubles de la conduite. Pour que ces services atteignent leur potentiel d'efficacité, il faut intensifier les suivis au niveau individuel et faire en sorte qu'ils rejoignent l'ensemble des familles ciblées.

<sup>6</sup> INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*, Direction Développement des individus et des communautés, INSP, 2004.

<sup>7</sup> Cette piste d'action se retrouve également dans les continuums d'intervention « Jeunes en difficulté et leur famille » et « Dépendances ».

<sup>8</sup> Cette piste d'action se retrouve aussi dans le continuum d'intervention « Jeunes en difficulté et leur famille ».

<sup>9</sup> Cette piste se retrouve également dans les continuums d'intervention « Jeunes en difficulté et leur famille » et « Déficience intellectuelle et troubles envahissant du développement ».

7. L'amélioration de l'application des pratiques cliniques préventives (PCP) dont l'efficacité est reconnue (dépression et risques suicidaires).

Les PCP en lien avec la prévention du suicide dans la pratique des intervenants de la 1<sup>ère</sup> ligne, notamment les omnipraticiens, représentent un fort potentiel pour diminuer les taux de suicide. Le recours à ces pratiques par les omnipraticiens aurait avantage à être mieux documenté et mieux soutenu.

8. La disponibilité d'activités de soutien aux campagnes sociétales en lien avec le thème de la santé mentale des jeunes.

Les campagnes sociétales de promotion de la santé sont un moyen pour rejoindre les populations et pour influencer les attitudes et les comportements des individus, ainsi que pour influencer les normes sociales. La littérature démontre que, pour être efficaces, ces campagnes doivent être appuyées par des mesures de renforcement, notamment au niveau local.

9. L'application des recommandations scientifiques dans les activités d'éducation à la santé sur le thème du suicide.

Plusieurs évaluations sur les activités de sensibilisation au suicide auprès des jeunes ont démontré des résultats préoccupants, notamment chez les jeunes vulnérables. Des auteurs ont exprimé la crainte que ces activités entraînent une banalisation du problème et même un effet d'imitation. L'application des recommandations scientifiques qui a permis la remise en question de ces activités, en raison d'effets paradoxaux possibles, a déjà été amorcée et doit se poursuivre.

10. L'application des recommandations scientifiques dans les programmes de postvention.

La postvention fait référence aux mesures de soutien offertes aux personnes, familles ou dans les milieux de vie à la suite d'un décès par suicide<sup>10</sup>. Les études évaluatives indiquent qu'il faut être prudent dans le choix des activités de postvention à mettre en place ainsi qu'au niveau des jeunes à

<sup>10</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, MSSS, 1998.

cibler. En Montérégie, le nouveau programme québécois de postvention en milieu scolaire est déjà en application. Ce programme s'inscrit en conformité avec la recommandation de l'Avis scientifique de l'Institut national de santé publique du Québec (INSP).

11. L'application des recommandations scientifiques dans les programmes de pairs aidants.

Les programmes d'aide par les pairs sont considérés comme prometteurs pour favoriser le développement des habiletés relationnelles des jeunes et pour prévenir certains comportements à risque. La possibilité d'effets paradoxaux a cependant été soulevée, notamment lorsque les aidants étaient eux-mêmes aux prises avec des difficultés. C'est pourquoi, lors de l'implantation de ces programmes, une attention particulière doit être apportée au recrutement, à l'encadrement et au soutien des aidants.

En Montérégie, le milieu scolaire a beaucoup investi dans le développement de ce type de programme. Une équipe régionale assume une coordination et voit actuellement à l'organisation d'activités de formation. Les recommandations de l'Avis de l'INSPQ au sujet de ces programmes permettront de modifier et de bonifier les pratiques actuelles.

12. L'application des activités de promotion-prévention ciblées à la clientèle des centres jeunesse.

Les activités de promotion-prévention en santé mentale et en prévention du suicide sont présentes et produites par de nombreux intervenants. Cependant, une révision de celles-ci sur la base des recommandations contenues dans l'avis de l'INSPQ est nécessaire, afin qu'elles aient un impact significatif sur la santé mentale des jeunes et sur la prévention du suicide. Rappelons de plus que la clientèle des centres jeunesse est à cibler prioritairement.

## B) GUÉRIR

Le niveau d'intervention GUÉRIR comprend les services reliés à l'accueil des clientèles, au dépistage, à l'évaluation et à l'établissement du diagnostic ainsi qu'au traitement ou à l'intervention psychosociale. Les pistes d'action plus spécifiquement reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

13. L'accessibilité, dans chaque CSSS, à une équipe en santé mentale jeunes 1<sup>ère</sup> ligne.
14. L'accessibilité, dans chaque CSSS, à un guichet unique, dont fait partie des équipes en santé mentale jeunes 1<sup>ère</sup> ligne, incluant un ou des omnipraticiens.
15. L'application de la hiérarchisation des services (incluant le soutien des équipes de 1<sup>ère</sup> ligne par les services de 2<sup>e</sup> ligne).
16. La continuité, collaboration et coordination entre les services de l'ensemble des partenaires concernés par les besoins à combler (partage d'information, références, mécanismes de concertation, intervenant-pivot, etc.).

Depuis 2001, le CLSC assure l'accueil et la référence des nouvelles demandes de services pour des jeunes avec un problème de santé mentale. Cette procédure exclut toute demande provenant des écoles, des centres jeunesse, des médecins, des cliniques privées et des organismes communautaires, compte tenu du peu d'effectifs (25 % du requis) des équipes santé mentale jeunesse des CLSC. L'ajout du personnel clinique à 60 % du requis dans les équipes santé mentale jeunesse permettra de débiter la mise en place du guichet unique pour toute demande de services en santé mentale des jeunes. Chacun des CSSS aura alors à revoir l'organisation des services de 1<sup>ère</sup> ligne en santé mentale des jeunes pour accueillir toutes les demandes et améliorer la disponibilité des services offerts par les équipes santé mentale des jeunes.

Cependant, sans la présence et l'implication de médecins de 1<sup>ère</sup> ligne dans les équipes santé mentale jeunesse des CLSC, le projet Grandir en santé mentale risque d'être compromis faute d'agencement des meilleures pratiques. L'offre de service, dans une perspective de hiérarchisation des soins, nécessite l'implication et l'adhésion des omnipraticiens, notamment les médecins des cliniques jeunesse œuvrant en CLSC. Il serait nécessaire, dans un deuxième temps, de favoriser l'implication des groupes de médecine familiale (GMF) et des médecins des cabinets privés en regard de la problématique de la santé mentale des jeunes et l'arrimage de leurs actions avec celles des équipes santé mentale jeunesse de 1<sup>ère</sup> ligne.

Les médecins en 1<sup>ère</sup> ligne qui interviennent auprès des jeunes aux prises avec un problème de santé mentale ou aux prises avec une problématique suicidaire soutiennent l'importance de l'implication des pédopsychiatres pour supporter leur pratique professionnelle. Ce support est actuellement peu présent en Montérégie. L'agencement maximal des pratiques professionnelles, associé au soutien et au support provenant de la pédopsychiatrie permettraient d'intéresser les médecins généralistes à joindre leur pratique clinique aux pratiques professionnelles des intervenants des équipes santé mentale jeunesse dans une offre de services complémentaires.

Actuellement, le support aux intervenants des milieux scolaire/communautaire et de garde a été peu développé par les équipes santé mentale jeunesse des CLSC. Il est offert par quelques équipes de pédopsychiatrie dans certains territoires de commissions scolaires.

17. L'harmonisation du découpage territorial (sectorisation psychiatrique avec les CSSS)<sup>11</sup>.

L'orientation de la clientèle « santé mentale jeunes », selon la délimitation actuelle des secteurs psychiatriques, devient de plus en plus complexe et ne correspond pas au découpage territorial des CSSS. Les protocoles de services sont actuellement difficiles à élaborer pour les services de 1<sup>ère</sup> ligne qui doivent se coordonner avec les centres hospitaliers de plusieurs CSSS. La hiérarchisation des services dans un même CSSS devrait faire éclater les limites actuelles de la sectorisation pour répondre aux besoins de 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale. Le CSSS qui n'abrite pas de centre hospitalier offrant des services spécialisés en pédopsychiatrie devrait négocier des ententes avec un seul centre hospitalier d'un autre CSSS.

18. La continuité, coordination et collaboration entre les services de pédopsychiatrie et les centres jeunesse.

Des études récentes démontrent que les jeunes hébergés dans les centres jeunesse présentent un risque suicidaire cinq fois plus élevé que la population jeune vivant dans sa famille. Malheureusement, les centres jeunesse n'arriveront pas seul à contrer la problématique du suicide chez ces jeunes. L'apport de l'expertise en pédopsychiatrie s'avère essentiel, tant au niveau de protocole d'accès et de coordination du PSI avec le service régional de l'Hôpital Charles LeMoyne qu'au niveau d'une consultation continue en support aux équipes des centres jeunesse. La problématique actuelle réside dans le maillage avec la pédopsychiatrie lors de situation de crise requérant une hospitalisation où malheureusement l'urgence de l'hôpital devient trop souvent le mécanisme d'accès aux services de pédopsychiatrie, avec la fragmentation de l'intervention qu'elle entraîne.

19. L'harmonisation des pratiques efficaces en situation de crise ou de postcrise.

Les besoins de soutien et de formation continus demeurent toujours présents pour les intervenants qui œuvrent auprès des jeunes, de façon à harmoniser les pratiques efficaces dans la détection de problèmes suicidaires et le support du jeune et sa famille en période de crise et postcrise.

<sup>11</sup> À noter que cette piste d'action se retrouve également dans le continuum d'intervention « Santé mentale — adultes »

20. La continuité des services auprès des jeunes avec une multiproblématique (corridors de services, gestionnaire de cas, etc.).

Les situations très complexes dans lesquelles se retrouvent les jeunes aux prises avec une multiproblématique et leur famille (trouble de comportement, santé mentale, dépendances, TED, DI, déficience physique) nécessitent un accès à un ensemble de services spécialisés où l'intervention et l'arrimage de plusieurs partenaires de services de différents programmes est requise. Certaines de ces familles se retrouvent sans soutien adéquat et doivent composer avec plusieurs partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. Un constat fait l'unanimité : il faut assurer le développement de corridors de services et d'actions concertées à tous les niveaux de services liés à l'agencement des meilleures pratiques spécialisées. Il est impératif de préciser les mécanismes d'accès, la collaboration, le niveau d'imputabilité des organisations de services et les mécanismes de concertation à développer.

21. L'accessibilité aux services externes de pédopsychiatrie, pour les équipes de santé mentale jeunesse 1<sup>ère</sup> ligne.

22. L'évaluation du programme Grandir en santé mentale.

Le programme Grandir en santé mentale en Montérégie vise particulièrement à rendre plus disponibles les services spécialisés offerts par les cliniques externes de pédopsychiatrie des centres hospitaliers, entre autres, pour le traitement des pathologies plus lourdes, telles que la schizophrénie, la dépression et les troubles anxieux. Le nombre de jeunes en attente d'évaluation et de traitement et le temps d'attente pour recevoir des services ont été au cœur de la réflexion du réseau intégré de services. La prise en charge en 1<sup>ère</sup> ligne et le partage des soins entre les omnipraticiens et les pédopsychiatres favorisera une meilleure disponibilité de services en 2<sup>e</sup> ligne pour des cas complexes qui requièrent des services spécialisés, et ce, dans un contexte de pénurie de pédopsychiatres et des ressources spécialisées. L'attente pour le suivi en 2<sup>e</sup> ligne demeure toutefois élevée dans certains centres hospitaliers, faute de prise en charge en 1<sup>ère</sup> ligne par les équipes santé mentale jeunesse, faute de partage des soins entre les omnipraticiens et les pédopsychiatres et faute d'accessibilité aux services spécialisés en 2<sup>e</sup> ligne.

23. L'accessibilité à des lits d'hospitalisation pour les 13-17 ans.

L'unité régionale d'hospitalisation pour les jeunes de 13-17 ans ne comporte que cinq lits et ne comble pas les besoins des jeunes de la Montérégie. Une réorganisation physique des lieux de cette unité serait nécessaire pour accroître le nombre de lits et mieux répondre aux besoins.



24. L'accessibilité aux services hôpital jour/soir.

Les services régionaux de 2<sup>e</sup> ligne ne sont disponibles qu'à l'Hôpital Charles LeMoyne et répondent principalement à une clientèle sous-régionale et sont peu accessibles à d'autres territoires, compte tenu des distances à parcourir dans la région.

25. La pertinence de la prestation des services pour les 5-12 ans (hospitalisation vs services externes).

La capacité de l'unité 5-12 ans ne peut actuellement répondre aux besoins de plus de huit jeunes à la fois. La fermeture actuelle de cette unité les fins de semaine en lien avec la pertinence d'hospitaliser des tout-petits dans l'unité régionale devra faire partie d'une réflexion commune entre les partenaires.

26. La disponibilité de mesures de soutien étroit suite à une crise suicidaire (suivi médical, protocoles, suivi psychosocial et de réadaptation, etc.).

Le soutien étroit et le suivi du jeune suite à une crise suicidaire demeurent préoccupants compte tenu du peu de communication entre les services (identification des cas, l'orientation et le suivi des jeunes à haut risque peu importe où il se trouve).

27. L'accessibilité aux services de soutien aux endeuillés pour la famille et les proches tout au long du processus de deuil.

Les services visant l'accueil et le soutien de la famille ayant vécu récemment le suicide d'un de ses membres sont à développer en complémentarité avec le corridor de service à établir entre les partenaires.

28. La disponibilité des services d'hébergement /halte-crise.

Aucun service d'hébergement/halte-crise n'est actuellement disponible pour les jeunes aux prises avec une problématique du suicide en Montérégie.

### C) SOUTENIR

Les pistes d'action reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

29. L'élargissement de l'éventail et consolidation des services de soutien à l'enfant et sa famille, de la prévention jusqu'à la réadaptation (répit, groupes d'entraide et de soutien, etc.).

Concernant le soutien des jeunes et de leur famille, on note la présence de groupes d'entraide offerts par l'entremise des installations CLSC et par les organismes communautaires.

Pour les jeunes aux prises avec des problèmes sévères et persistants, les APAMM<sup>12</sup> et l'APDRSM<sup>13</sup> offrent des services mais ces services sont encore précaires et ne répondent qu'en partie aux besoins de répit des familles, faute de financement et de complémentarité avec les autres partenaires de service.

L'offre de service concernant le soutien et le répit pour des problématiques plus légères de santé mentale aurait avantage à être développée et une meilleure concertation sera à poursuivre entre les services spécifiques ou spécialisés et les organismes offrant un soutien aux parents.

30. La continuité entre les services de santé mentale jeunes et santé mentale adultes.

Lors du passage adulte de jeunes hébergés en famille d'accueil, on note une cessation de services avec les centres jeunesse, sans qu'aucun relais ne soit prévu par les services de santé mentale adulte. Ces jeunes sont alors à haut risque de détérioration de leur situation compte tenu qu'il n'y a pas ou peu de planification de ce passage à l'âge adulte pour ces jeunes.

<sup>12</sup> APAMM : Association des Parents et Amis des Malades Mentaux.

<sup>13</sup> APEDRSM : Association de parents de l'enfance en difficulté Rive-Sud Montréal Ltée.

## ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT DES PISTES D'ACTION

Pour apprécier le potentiel d'impact populationnel de chacune des pistes d'action, les groupes de travail ont été rencontrés lors de séances au cours desquelles les membres devaient faire consensus sur les valeurs à attribuer à chacune des pistes d'action du continuum. Le tableau suivant présente les 18 éléments du questionnaire qui constituait la base de cet exercice.

### LES QUATRE GRANDES VARIABLES DE L'ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT

<i>Variables</i>	<i>Éléments</i>
1. <u>Les besoins</u> concernés par l'intervention proposée par la piste.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Quelle est la prévalence de la condition visée?</li> <li>■ Quelle est l'évolution prévisible de cette prévalence?</li> <li>■ Quel est l'état de santé et de bien-être des personnes présentant la condition?</li> <li>■ Quels sont les coûts sociaux associés à la condition?</li> </ul>
2. <u>La puissance de l'intervention</u> proposée par la piste. La puissance de l'intervention cherche à identifier le potentiel d'une action à agir favorablement sur l'état de santé et de bien-être des personnes présentant la condition.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Quel est l'effet théorique de l'action ou des correctifs proposés par la piste?</li> <li>■ Quelle est la qualité de la preuve de cet effet?</li> <li>■ L'action ou les correctifs proposés sont-ils éthiques<sup>14</sup>?</li> <li>■ Quel est le degré de conformité de l'action ou des correctifs proposés avec les orientations existantes?</li> </ul>
3. <u>L'état du déploiement actuel</u> de l'intervention proposée par la piste. Cette variable s'intéresse à la situation réelle de la mise en œuvre de l'intervention proposée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'intervention proposée est-elle disponible en Montérégie?</li> <li>■ Dans quelle mesure rejoint-elle la clientèle?</li> <li>■ Quel est le degré actuel de collaboration-coordination de l'ensemble des intervenants concernés par cette intervention?</li> <li>■ Le cheminement du client en rapport avec cette intervention est-il fluide?</li> <li>■ Quel niveau de qualité technique cette intervention atteint-elle actuellement?</li> <li>■ Quel est le degré de pertinence<sup>15</sup> de sa réalisation?</li> </ul>
4. <u>La disponibilité des ressources</u> requises pour déployer l'intervention proposée par la piste. Cette variable cherche à traduire la disponibilité des moyens nécessaires pour produire l'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Quel est le degré de disponibilité des ressources financières?</li> <li>■ Des ressources humaines?</li> <li>■ Du réseautage et des éléments structurants de coordination nécessaires à la réalisation de l'intervention?</li> <li>■ Du savoir-faire/expertise<sup>16</sup> pour réaliser l'intervention?</li> </ul>

<sup>14</sup> La forme donnée à cet élément dans le questionnaire l'a rendu non discriminant. En conséquence, le conserver dans l'analyse ne modifie pas les résultats. Des mesures correctives sont toutefois en élaboration afin d'attribuer à cet élément une réelle capacité de mesure et de discrimination.

<sup>15</sup> Dans le cadre du présent exercice, le terme « pertinence » revêt la signification suivante : réalisation de la bonne intervention, au bon moment et auprès de la bonne personne, de sorte que toute sur ou sous-utilisation de services s'en trouve évitée.

<sup>16</sup> Cet élément fait ici strictement référence à l'existence d'un savoir-faire disponible et non à la disponibilité des ressources humaines compétentes pour pratiquer l'intervention.

Le tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact de la page suivante résume la disposition des pistes d'action qui découle de leur analyse à l'aide des quatre grandes variables. Cette façon d'organiser les pistes d'action rend explicite leur positionnement relatif en matière d'impact potentiel auprès de la population. Les pistes d'action présentées en rouge sont des pistes pour lesquelles l'analyse a révélé, d'un point de vue régional, une difficulté au niveau de la disponibilité des ressources pour leur déploiement.

Toutes les pistes figurant au tableau synthèse ont avant tout franchi le seuil critère de la variable « puissance de l'intervention ». Chaque piste se positionne ensuite selon le score qu'elle a obtenu par rapport à la moyenne à l'aide de parenthèses, les pistes dont le déploiement apparaît contraint par la disponibilité de ressources.

Les quatre quadrants du tableau synthèse correspondent à la combinaison des variables « besoins » et « état du déploiement ». Ainsi organisée, l'information contenue dans le tableau facilite la composition d'un portefeuille équilibré d'interventions. Une piste pour laquelle les besoins s'avèrent supérieurs à la moyenne du continuum et dont le niveau de déploiement est inférieur à la moyenne offre un gain potentiel plus important qu'une piste pour laquelle, par exemple, les besoins s'avèrent inférieurs à la moyenne et dont le déploiement actuel est supérieur. Aussi, la première apparaîtra au quadrant « Impact à l'échelle de la population du continuum – Pistes de développement », tandis que la seconde figurera au quadrant « Impact à l'échelle de groupes-cibles – Pistes de consolidation ». Le tableau de la page suivante présente le tableau synthèse du continuum « Santé mentale – jeunes ».

Dans ce premier exercice, seules les zones d'amélioration potentielle, formulées en pistes d'action, ont été considérées. De nombreuses interventions, essentielles au bon fonctionnement d'un continuum, sont passées sous silence, parce qu'elles n'ont pas révélé d'écart entre les besoins et l'offre de service. Ces interventions doivent donc être maintenues et ne devraient pas être mises de côté au profit d'une piste d'action prometteuse. Par ailleurs, les pistes d'action dont la puissance de l'intervention n'a pas atteint le seuil défini lors de l'analyse ne se retrouvent pas dans le tableau synthèse : ces pistes sont à approfondir. Rappelons enfin que l'analyse est basée sur notre perception de la situation régionale montréalaise et que cette analyse doit être validée au niveau local.

Ces informations en main, il devient plus aisé de relever le défi qui consiste à composer un portefeuille équilibré d'interventions qui est le plus adapté possible à l'ensemble des besoins de la population visée. Ce portefeuille équilibré d'interventions devrait, par exemple tenir compte du fait que certaines pistes d'action sont déjà bien engagées dans les milieux locaux, que d'autres le sont moins et que d'autres encore requièrent l'ajout de ressources. En somme, le tableau synthèse invite les décideurs à identifier les pistes à privilégier pour répondre à l'ensemble des besoins de la population visée par le continuum, en tenant compte de la capacité ou de l'opportunité de déployer les ressources nécessaires à l'actualisation des interventions requises.

**Tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact des pistes d'action pour le continuum d'intervention « Santé mentale - jeunes »**

Pistes de développement

Pistes de consolidation

	Pistes de développement	Pistes de consolidation
Impact à l'échelle de la population du continuum	<p>1. École en santé</p> <p>3. (Réseaux de sentinelles dans les milieux de jeunes)</p> <p>14. Accès à un guichet unique</p> <p>17. Harmonisation du découpage territorial</p> <p>19. (Harmonisation des pratiques efficaces de crise ou de post-crise)</p> <p>20. (Continuité auprès des jeunes avec multiproblématiques)</p> <p>29. (Services de soutien à l'enfant et à sa famille)</p> <p>30. (Continuité entre les services de santé mentale pour les jeunes et pour les adultes)</p>	<p>9. Recommandations scientifiques dans les activités d'éducation à la santé sur le thème du suicide</p> <p>13. Accès à une équipe de santé mentale de 1ère ligne pour les jeunes</p> <p>15. (Hiérarchisation des services )</p> <p>16. Collaboration entre les partenaires</p> <p>22. Évaluation du programme « Grandir en santé mentale »</p>
Impact à l'échelle des groupes cibles	<p>2. (Contrôle de l'accès aux moyens suicidaires)</p> <p>18. (Coordination entre les services de pédopsychiatrie et les centres jeunesse)</p> <p>21. Services externes de pédopsychiatrie pour les équipes de santé mentale de 1ère ligne pour les jeunes</p> <p>23. (Accès à des lits d'hospitalisation pour les 13-17 ans)</p>	<p>4. (Programme Fluppy)</p> <p>5. Services intégrés en petite enfance</p> <p>6. Suivis individuels auprès des familles vulnérables</p> <p>7. Application des PCP reconnues</p> <p>8. Soutien aux campagnes sociétales</p> <p>10. Recommandations scientifiques dans les programmes de postvention</p> <p>12. Activités de promotions-prévention en centre jeunesse</p>

( ) = contraintes liées à la disponibilité des ressources

## **CONCLUSION**

La démarche pour l'élaboration d'outils d'aide à la décision, entreprise par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie en juin 2004, s'inscrit dans le courant actuel qui préconise un recours accru à des données probantes dans le processus de prise de décision dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Cette occasion unique de mobilisation des expertises de l'Agence a permis de développer des outils qui offrent une vue d'ensemble des pistes d'action à partir desquelles les décideurs seront en mesure de composer un portefeuille équilibré d'interventions fondées sur des données probantes, dans l'optique de répondre de manière équitable, et avec un maximum d'impact, à la diversité des besoins de la population de leur territoire.

Il reste cependant encore beaucoup de travail à faire, que ce soit au niveau de la mise en place de modalités concrètes de coordination pour la mise en œuvre des pistes d'action, du développement d'outils ou du raffinement de la méthodologie. Et pour mener à bien ce travail, l'Agence souhaite maintenir un dialogue continu avec ses partenaires, de façon à assurer un partage d'informations valides et pertinentes dans l'optique d'apprécier plus justement la performance du système de santé ainsi que son impact sur la santé et le bien-être de la population montérégienne.

## **LISTE DES COLLABORATEURS**

### **MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE TRAVAIL DE L'AGENCE**

Johanne Trépanier, pilote  
Diane Cossette  
Lorraine Deschênes  
Dominique Gagnon  
Jean-Pierre Landriault  
Hung Nguyen  
Catherine Risi  
Françoise Roy

### **EXPERTS EN PROVENANCE DU RÉSEAU<sup>17</sup>**

Lucille Bargiel - APDRSM  
André Cadieux - Centre jeunesse de la Montérégie  
Nathalie Cérat - CSSS Haut-Richelieu/Rouville  
Stéphane Dubé - CSSS du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais  
Johanne Pilon - Hôpital Charles LeMoynes  
Luc Racine - CSSS Richelieu-Yamaska

### **MEMBRES DU COMITÉ DE COORDINATION SUR LES CONTINUUMS**

De septembre 2004 à avril 2005, les travaux sur les continuums ont été menés au sein de l'Agence sous la coordination du Comité de coordination sur les continuums formé de représentants des directions de la Planification et des Affaires publiques (DPAP), de la Santé publique (DSP), de la Direction exécutive de la gestion du réseau (DEGR).

Johanne Fournier, DPAP, responsable du comité de coordination

Jocelyne Audet, DEGR  
Diane Bélanger, DEGR  
Paul Berger, DSP  
Catherine Bertrand, DEGR  
Ginette Lafontaine, DSP  
Aimé Lebeau, DSP

---

<sup>17</sup> Personnes consultées lors du colloque régional tenu le 25 novembre 2004.

**ÉQUIPE RESPONSABLE DE LA MÉTHODOLOGIE (OUTILS ET DÉMARCHE) SOUS LA COORDINATION SCIENTIFIQUE DE DENIS A. ROY, DIRECTEUR DE LA DGIC**

Sylvie Cantin, DPAP  
Liliane Foisy, DPAP  
Mylène Kosseim, DPAP  
Marc Lavoie, DSP

**COLLABORATION À LA CONCEPTION, RÉDACTION ET PRODUCTION DES DOCUMENTS**

Nicole Lemire, DPAP

**COLLABORATION À LA VALIDATION DE CONTENU**

Monique Benoit, DPAP

**COLLABORATION À LA MISE EN FORME**

France Salois, DPAP  
Madeleine Pierre, DPAP

**COLLABORATION À LA MISE EN LIGNE DE LA BASE DE CONNAISSANCES**

Cheickh Youcefi, DPAP  
Mohamed Jamali, DAFIT  
Vanneth Ngan, DPAP  
Catherine Houtekier, DPAP  
François Simard, DPAP