

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE
JEUNESSE DANS LANAUDIÈRE : ÉVALUATION DE LA
PREMIÈRE ANNÉE D'IMPLANTATION

Caroline Richard et Céline Poissant
Agentes de planification, de programmation et de recherche

Service de surveillance, recherche et évaluation
Direction de santé publique et d'évaluation
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Mars 2008

Agence de la santé
et des services sociaux
de Lanaudière

Québec 

Conception de l'étude et réalisation des entrevues

Caroline Richard

Analyse et rédaction

Caroline Richard et Céline Poissant

Mise en pages

Christiane Bellehumeur et Marie-Josée Charbonneau

Toute information extraite de ce document devra porter la mention suivante indiquant sa source :

RICHARD, Caroline, et Céline POISSANT. *Services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière : évaluation de la première année d'implantation*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2008, 74 p.

On peut se procurer une copie de ce document en communiquant avec la :

Direction de santé publique et d'évaluation
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
245, rue du Curé-Majeau
Joliette (Québec) J6E 8S8
Téléphone : 450 759-1157, poste 4294
Télécopieur : 450 759-5149

Pour toute information supplémentaire relative à ce document, veuillez contacter l'auteure principale au numéro de téléphone : 450 759-1157 ou, sans frais, 1 800 668-9229, poste 4456 ainsi que par courriel à : caroline_richard@ssss.gouv.qc.ca

Note : Le genre masculin employé sert à identifier aussi bien les femmes que les hommes. Il permet à la fois d'alléger le texte et de renforcer l'anonymat des informateurs et des informatrices à la source des données.

Dépôt légal :

ISBN : 978-2-921672-82-5 (version imprimée)

978-2-921672-83-2 (PDF)

Bibliothèque nationale du Canada

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Premier trimestre 2008

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette étude a été rendue possible grâce à la collaboration de plusieurs acteurs du réseau de la santé et des services sociaux de Lanaudière. D'abord, nous désirons remercier le comité de mise en œuvre des services de première ligne en santé mentale jeunesse qui était en place au début de l'évaluation. Il s'agissait de Pierre Bélanger, Andrée Cousineau, Mario Jarquin, Martin Dufresne, Jean Lemire, Robert Vachon, Michel Saulnier des centres de santé et de services sociaux (CSSS) du nord et du sud de Lanaudière, ainsi que de Maryse Tremblay et Ginette Martel de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Lanaudière. Leur accueil, leur ouverture et leur détermination ont agrémenté dès le départ le projet d'évaluation qu'ils désiraient actualiser. Des remerciements sincères sont également adressés au comité d'évaluation émanant du comité de mise en œuvre qui, malgré un horaire bien chargé, a pris le temps de suivre les étapes du projet dans l'optique d'une approche participative et négociée. Leur collaboration, particulièrement pour le recrutement des participants, a grandement facilité la collecte des données. Signalons aussi les échanges entre les membres de ce comité qui étaient fort intéressants et dynamiques.

De plus, nous désirons souligner la participation des personnes des différents groupes rencontrés (comité de mise en œuvre, gestionnaires de première ligne jeunesse, équipes cliniques de première ligne jeunesse du nord et du sud et équipe de pédopsychiatrie) qui ont gentiment accepté de prendre part à la collecte des données. Lors des entrevues, celles-ci ont fait part ouvertement de leur réalité et de leur appréciation de l'implantation de ces services après une année de mise en œuvre. La confiance qu'ils nous ont témoignée est digne de mention.

Ensuite, nous aimerions souligner la contribution de certains collègues du Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique et d'évaluation (DSPE) de l'ASSS de Lanaudière. Il s'agit d'Élizabeth Cadieux, Christine Garand, Bernard-Simon Leclerc et Geneviève Marquis. Leur collaboration à différentes étapes du projet a été appréciée. Puis, un merci empreint de gratitude est adressé à une collègue et coauteure du présent rapport, Céline Poissant, pour avoir pris de main de maître la relève de ce projet en l'absence de l'auteure principale, soit pendant son congé de maternité. Enfin, du même service, nous désirons exprimer notre reconnaissance à Marie-Josée Charbonneau et Christiane Bellehumeur pour leur soutien précieux dans la réalisation de cette étude et pour leur travail de mise en pages du rapport.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES	7
INTRODUCTION	9
1. MÉTHODOLOGIE	11
1.1 Type d'évaluation et approche	11
1.2 Objectifs	11
1.3 Stratégie de collecte des données	12
1.4 Limites de l'étude	16
2. RÉSULTATS	19
2.1 Perception générale du modèle implanté	19
2.2 Activités prévues et réalisées	20
2.3 Conditions favorables et défavorables à l'implantation	21
2.4 Comité de mise en œuvre	27
2.5 Collaboration entre les principaux acteurs directement engagés dans l'implantation des services	28
2.6 Fonctionnement des services implantés	31
2.7 Coordination des services, acteurs et équipes concernés	36
2.8 Principales retombées de l'implantation	41
2.9 Suggestions et recommandations des participants	47
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	59
ANNEXES	
Annexe 1 Lettre de confirmation de la tenue de la collecte des données	61
Annexe 2 Schémas d'entrevue	65

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CH	Centre hospitalier
CHRDL	Centre hospitalier régional De Lanaudière
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DSPE	Direction de santé publique et d'évaluation
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RLS	Réseau local de services
SPLSMJ ¹	Services de première ligne en santé mentale jeunesse

¹ Cet acronyme n'a pas d'existence formelle. Il a été forgé essentiellement pour les besoins de l'étude, afin d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

INTRODUCTION

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a ciblé, comme priorité de développement pour l'année 2004-2005, la nécessité d'améliorer les services de première ligne en santé mentale pour les enfants et les jeunes ayant des troubles mentaux, afin de réduire le recours aux services spécialisés. Dans le cadre de la création des réseaux locaux de services (RLS) de santé et de services sociaux dans Lanaudière, un projet en santé mentale jeunesse de première ligne a été élaboré. Il s'inscrivait dans l'actualisation des orientations ministérielles du plan d'action en santé mentale, volet jeunesse, pour 2005-2010 (Breton *et al.*, 2005). De plus, il prenait place dans le contexte d'une pénurie importante de pédopsychiatres ayant eu un impact auprès de la clientèle lanaudoise. En effet, les services en pédopsychiatrie offerts par le Centre hospitalier régional De Lanaudière (CHRDL) avaient été contraints à une restructuration en 2004, ce qui avait entraîné notamment la fusion des deux cliniques externes de l'établissement et la restriction d'hospitaliser seulement les jeunes âgés de 13 ans et plus.

L'implantation ou la réorganisation² des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Lanaudière a débuté en janvier 2005. Elle visait spécifiquement trois objectifs : 1) améliorer l'accessibilité et la disponibilité des services de première ligne en santé mentale pour les enfants et les jeunes ayant des troubles mentaux afin de constituer la principale porte d'entrée; 2) articuler la mise en place de ressources de première ligne dans une perspective de développement d'un continuum d'interventions et d'une hiérarchisation de soins et de services; et 3) réduire le nombre d'enfants et de jeunes en attente d'évaluation ou de traitement en pédopsychiatrie (deuxième ligne).

Il est important de mentionner que les services de première ligne en santé mentale jeunesse dans la région ont été l'initiative de plusieurs personnes qui occupaient des postes de cadres au sein de leur établissement respectif de l'époque, soit avant la création des CSSS. Il s'agissait de Robert Vachon du Centre local de services communautaires (CLSC) de Joliette, de Pierre Bélanger du CLSC-CHSLD (Centre hospitalier de soins de longue durée) Montcalm³, de Michel Saulnier et de Jean Lemire du CHRDL⁴, d'Andrée Cousineau du CLSC-CHSLD Meilleur et de Mario Jarquin du CLSC Lamater. Sur une

² Pour le réseau local du sud de la région, il serait plus approprié d'utiliser le terme « réorganisation » des services, compte tenu que deux équipes en santé mentale, une au CLSC Meilleur et une autre au CLSC Lamater, étaient implantées depuis déjà plus de dix ans.

³ L'établissement porte maintenant le nom « CLSC de Saint-Esprit », et est distinct du centre hospitalier de soins de longue durée.

⁴ Le CHRDL est une installation du CSSS du Nord de Lanaudière depuis plus d'un an, de même que les autres organisations citées, à l'exception du CLSC Lamater qui en est une du CSSS située au sud de la région.

base strictement informelle, ces cadres se sont concertés dans le but qu'un projet en santé mentale jeunesse de première ligne soit conçu, puis implanté. Bien qu'il s'inscrive dans les orientations du MSSS, celui-ci a été élaboré auparavant. Ces personnes ont ainsi formé le comité de mise en œuvre auquel d'autres acteurs se sont joints. Le comité était composé de représentants en santé mentale jeunesse des CLSC des deux centres de santé et de services sociaux lanauchois, de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Lanaudière et du Programme régional de pédopsychiatrie.

Dès la phase de conception du projet, le comité de mise en œuvre a reconnu l'importance de participer à une démarche évaluative. Une demande de soutien professionnel a ainsi été présentée en février 2005 au Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique et d'évaluation (DSPE) de l'ASSS de Lanaudière. Puis, en septembre 2005, lors d'une rencontre du comité de mise en œuvre, une proposition d'évaluation de la première année d'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse a été déposée par deux professionnels de ce service. Celle-ci traçait les grandes lignes du projet d'évaluation qui, à partir d'échanges avec le comité de mise en œuvre, a été ensuite développé sous la forme d'un devis (Richard, 2005), et a été entériné par le comité d'évaluation.

Le rapport expose la démarche et les résultats d'une étude réalisée en 2005 et en 2006. Compte tenu de sa nature qualitative, l'analyse fait ressortir les divers points de vue d'acteurs directement concernés ou engagés dans la mise en place des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans la région lors de la première année de mise en œuvre. Notons que les opinions émises dans le présent document ne permettent pas d'en tirer des généralisations. De plus, il faut prendre en considération la conjoncture particulière dans laquelle cette évaluation a été réalisée. Il est essentiel de signaler que des changements majeurs s'opéraient au même moment dans le réseau de la santé et des services sociaux lanauchois, de sorte que les propos exprimés par les personnes interrogées en ont certes été teintés. Soulignons particulièrement la fusion des établissements, la création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, la réorganisation de différents programmes et services, et le fait que plusieurs postes de direction soient demeurés vacants des suites de ces bouleversements.

1. MÉTHODOLOGIE

1.1 Type d'évaluation et approche

En lien avec le second objectif poursuivi à l'égard de l'articulation de la mise en place de ressources de première ligne en santé mentale jeunesse, l'évaluation a porté principalement sur le processus de mise en œuvre des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière. Elle ne visait pas à examiner les résultats, l'impact ou les effets engendrés. Une évaluation qualitative de type formatif a été réalisée, permettant d'obtenir de l'information sur le processus d'implantation en cours, en vue de son amélioration.

En conformité avec le cadre de référence en évaluation de l'ASSS de Lanaudière (Leclerc, Lemire et Poissant, 2000), l'approche participative et négociée a été privilégiée. Un comité d'évaluation a été formé afin de délimiter les objectifs du projet d'évaluation et d'assurer le suivi de ses différentes étapes. Celui-ci était composé de représentants de différentes organisations engagées dans le projet, en l'occurrence des membres du comité de mise en œuvre, des CSSS du nord et du sud et de l'ASSS de Lanaudière. Il s'agissait de Martin Dufresne, chef intérimaire de programmes en santé mentale jeunesse au CLSC de Joliette, Mario Jarquin, chef d'administration des programmes en santé mentale et psychosocial courant au CLSC Lamater, Jean Lemire, chef des programmes en psychiatrie infantile au CHRDL, Maryse Tremblay, agente de planification, de programmation et de recherche à l'ASSS de Lanaudière, ainsi que Caroline Richard, agente de planification, de programmation et de recherche au Service de surveillance, recherche et évaluation de la DSPE de l'ASSS de Lanaudière. Une autre agente de planification, de programmation et de recherche de ce même service, Céline Poissant, a également été mandatée en cours de projet pour participer à l'évaluation.

1.2 Objectifs

L'étude visait principalement à évaluer la première année d'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans les deux réseaux locaux de services de Lanaudière. Le projet visait plus spécifiquement à :

- ❶ Identifier les conditions favorables et défavorables à l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse;
- ❷ Évaluer la collaboration entre les principaux acteurs directement engagés dans la mise en œuvre des services de première ligne en santé mentale jeunesse;
- ❸ Évaluer le fonctionnement des services de première ligne en santé mentale jeunesse;
- ❹ Identifier les principales retombées de l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse.

1.3 Stratégie de collecte des données

Cette partie expose les divers éléments relatifs à la stratégie de collecte des données. D'une part, on s'attarde à une présentation de la population à l'étude, de l'échantillonnage et du recrutement des participants. D'autre part, on explicite la technique et l'outil de collecte des données, puis on aborde le traitement et l'analyse des données.

1.3.1 Population à l'étude, échantillonnage et recrutement des participants

Le comité d'évaluation a convenu que la population visée serait les principaux acteurs qui ont pris part au processus décisionnel ou qui ont été directement engagés dans la mise en œuvre des services de première ligne en santé mentale jeunesse, tant au nord qu'au sud de Lanaudière, lors de la première année d'implantation. Ces acteurs étaient ainsi des gestionnaires (directeurs, chefs de programmes ou d'administration de programmes, et coordonnateurs), des médecins, des intervenants (psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, infirmiers, psychoéducateurs, etc.) et autres professionnels (chargés de projet et agents de planification, de programmation et de recherche) des deux CSSS et de l'ASSS de Lanaudière. De par leur rôle, ces personnes se retrouvaient déjà au sein de différents comités ou équipes : le comité de mise en œuvre de ces services, les équipes cliniques de première ligne en santé mentale jeunesse du nord et du sud, l'équipe de pédopsychiatrie, de même que les gestionnaires de première ligne jeunesse de la région⁵.

Les personnes visées par l'étude étaient donc celles participant préalablement à ces équipes ou comités. Il fallait toutefois déterminer précisément l'échantillonnage pour chacun de ces cinq groupes sélectionnés. Pour le comité de mise en œuvre, tous les membres ont été retenus. On a jugé pertinent d'y inclure les quelques personnes pivots qui ont eu un rôle déterminant lors de l'élaboration et de l'implantation de ces services, même si celles-ci ne faisaient pas partie dudit comité au moment de la collecte des données. De même, tous les membres de l'équipe clinique du nord et les gestionnaires de première ligne jeunesse des six territoires de CLSC lanaudois ont été ciblés pour participer à la collecte des données.

Une sélection des participants a cependant dû être réalisée au sein de l'équipe clinique du sud et de celle de la pédopsychiatrie, étant donné le grand nombre de personnes composant ces équipes. Un membre du comité d'évaluation, responsable de chacune de ces équipes, a identifié les personnes pertinentes ou les plus directement concernées pour

⁵ Notons que les gestionnaires de première ligne jeunesse ne constituaient plus un comité formel au moment de l'étude.

l'évaluation de la mise en œuvre des services de première ligne en santé mentale jeunesse. Aussi, compte tenu de leur rôle auprès de la clientèle, il était convenu de sélectionner un intervenant travaillant à l'accueil, à l'évaluation et à l'orientation pour chacune des équipes cliniques du nord et du sud.

À l'égard du recrutement, les membres du comité de mise en œuvre ont personnellement été invités à participer à l'étude par l'agente de planification, de programmation et de recherche principale et par un autre membre du comité d'évaluation. Les gestionnaires de première ligne ont aussi été mobilisés par l'agente de planification, de programmation et de recherche, mais cette fois par le biais d'appels téléphoniques et de messages électroniques. Les équipes d'intervenants (équipe de pédopsychiatrie et équipes cliniques du nord et du sud) ont été sollicitées à participer à l'étude par le biais de leur supérieur immédiat respectif, membre des comités de mise en œuvre et d'évaluation.

À la suite d'une première invitation, les personnes visées ont reçu une lettre personnalisée confirmant la tenue de la collecte des données (voir annexe 1). Celle-ci précisait notamment l'objet de l'étude ainsi que ses objectifs, les organisations associées de même que l'information relative à la tenue de l'entrevue. L'ensemble des personnes conviées a accepté de prendre part à cette évaluation.

1.3.2 Technique et outil de collecte des données

Comme il a été mentionné précédemment, l'évaluation était de type qualitatif avec une technique de collecte des données utilisant l'entrevue de groupe. Cinq entretiens semi-directifs ont donc été planifiés avec les différents comités ou équipes ciblés.

Afin de guider le déroulement des entrevues, un préambule a été utilisé. En plus des remerciements d'usage, on y trouvait une présentation de l'agente de planification, de programmation et de recherche principale, du projet d'évaluation, des objectifs poursuivis et des organisations qui y étaient associées, de la durée approximative de l'entrevue ainsi que du nombre de questions proposées. Un respect de la confidentialité des réponses fournies et de l'anonymat des participants était également assuré. Pour faciliter la collecte des données, il était demandé aux participants leur autorisation afin que l'entrevue fasse l'objet d'un enregistrement audio. Il était par ailleurs spécifié que les enregistrements ne pourraient être utilisés que par une ou deux agentes de planification, de programmation et de recherche et agentes administratives du Service de surveillance, recherche et évaluation à la DSPE, et qu'ils seraient détruits au terme de l'étude. Puis, on offrait l'opportunité aux participants de poser des questions ou d'émettre des commentaires au sujet du projet d'évaluation avant de commencer l'entrevue. Par la suite, les personnes

rencontrées étaient invitées à mentionner leur nom, leur titre d'emploi et leur provenance, le cas échéant, pour la présentation des participants.

En outre, un schéma général d'entrevue a été construit et a été utilisé auprès des personnes interviewées. Il était légèrement ajusté en fonction de certains des groupes ciblés. Les thèmes abordés étaient : les généralités et l'évaluation des activités réalisées, la composition du comité de mise en œuvre, la collaboration entre les principaux acteurs, ainsi que le fonctionnement et les retombées des services (voir annexe 2). Le schéma comportait aussi une section « commentaires » afin que les participants puissent indiquer leurs suggestions ou leurs recommandations sur l'implantation des SPLSMJ ou son suivi. Le nombre de questions contenues dans le schéma d'entrevue variait entre 9 et 13 selon les groupes sélectionnés. Bien qu'il était prévu que cet outil serve uniquement à l'agente de planification, de programmation et de recherche principale, le schéma a finalement été remis à trois⁶ des cinq groupes rencontrés. Certains participants en avaient ainsi fait la demande avant la tenue de l'entrevue ou lors de l'entretien.

Les entrevues se sont déroulées dans les locaux de l'ASSS de Lanaudière, dans ceux du CLSC de Joliette et du CLSC Lamater, ainsi qu'à la clinique de pédopsychiatrie. Elles ont été réalisées les 1^{er}, 6, 9 et 15 décembre 2005 et ont duré en moyenne entre deux heures et deux heures trente. Au total, 32 personnes ont participé à la collecte des données. On en retrouvait sept pour le comité de mise en œuvre, sept et huit respectivement pour les équipes cliniques du nord et du sud, ainsi que cinq pour les gestionnaires de première ligne jeunesse et pour l'équipe de pédopsychiatrie.

Quelques personnes visées n'ont malheureusement pas pu participer aux entrevues, alors que d'autres se sont ajoutées sans qu'elles soient prévues au préalable. Pour une d'entre elles, son collègue avait manifesté auparavant l'intérêt que cette personne soit aussi présente, compte tenu de ses connaissances dans le dossier. Pour d'autres, elles n'avaient pas été retenues au départ afin de limiter le nombre de personnes à l'entrevue. Bien qu'elles n'aient pas été jugées prioritaires, ces personnes étaient directement engagées ou du moins concernées par la mise en œuvre des services de première ligne jeunesse dans la région. Dans l'ensemble, la pertinence de leur présence peut ainsi être légitimée. De plus, une personne a participé à deux entrevues, compte tenu de son rôle dans le projet d'implantation des SPLSMJ. En outre, une technicienne en recherche du Service de surveillance, recherche et évaluation de la DSPE de l'ASSS de Lanaudière a été présente lors d'une des entrevues, afin qu'elle puisse apporter son soutien à l'agente de planification, de programmation et de recherche principale par une prise de notes.

⁶ Le schéma d'entrevue n'a pas été remis aux participants des deux premières entrevues.

À l'égard du déroulement des entrevues, on a constaté en général une bonne participation des personnes rencontrées. Les entretiens étaient cordiaux, parfois même teintés d'humour, et suscitaient des échanges dynamiques entre les participants. Ceux-ci ont d'ailleurs été une occasion pour les participants d'obtenir de l'information, ou de se questionner mutuellement sur différents aspects reliés à la mise en œuvre de ces services, de faire le point sur la réalité vécue dans le milieu ou d'effectuer un bilan en vue du suivi. Il arrivait aussi fréquemment que des éléments de réponse aux questions étaient abordés avant qu'elles ne soient posées par l'agente de planification, de programmation et de recherche principale. Une somme importante d'informations a ainsi été livrée par les participants, de sorte que la durée des entrevues dépassait souvent le temps prévu initialement.

Les personnes rencontrées ont démontré en général une bonne compréhension des questions posées. Quelques-unes ont cependant entraîné des hésitations chez les participants. Par exemple, celle traitant de leur perception du modèle d'implantation des services de première ligne a semblé plus abstraite pour plusieurs. De même, certains répondants ont demandé des précisions en vue de bien identifier les personnes considérées dans l'étude comme étant les principaux acteurs directement engagés dans l'implantation de ces services. Quelques autres questions ont pu apparaître un peu moins adaptées particulièrement à un des groupes rencontrés.

Par ailleurs, lors des entretiens, des participants ont eu l'impression que la collecte des données s'inscrivait peut-être un peu rapidement dans le processus d'implantation des SPLSMJ dans la région. Des commentaires en ce sens ont d'ailleurs été rapportés par des personnes rencontrées en entrevue. Certains croyaient ainsi qu'il était encore trop tôt pour aborder le thème des retombées de la mise en œuvre de ces services, après une seule année d'implantation. Bien que la participation des informateurs ait été bonne, les entrevues étaient parfois lourdes par leur contenu, et les insatisfactions évoquées face à la mise en œuvre de ces services prenaient souvent une place prépondérante. Il faut néanmoins rappeler le contexte dans lequel s'inscrit cette étude, soit la création des réseaux locaux qui a entraîné des transformations majeures dans le travail quotidien des différents professionnels et gestionnaires rencontrés. Le respect de la confidentialité et l'anonymat des participants étaient d'autant plus importants à leurs yeux.

Du reste, on s'est questionné sur l'absence de représentant du CLSC de Joliette pour l'entrevue avec les gestionnaires de première ligne jeunesse. Il semble que ce choix était alors justifié par l'absence de gestionnaire de l'établissement qui connaissait suffisamment ce dossier, compte tenu de la transformation du réseau et des changements de postes qui en ont résulté. Il y avait certes celui déjà présent au comité de mise en

oeuvre, mais on a jugé qu'il valait mieux que cette personne n'y assiste pas, afin de permettre aux autres participants de se sentir à l'aise de s'exprimer librement sur le processus d'implantation des SPLSMJ dans la région.

1.3.3 Traitement et analyse des données

Comme il a été mentionné précédemment, lors des entretiens, les participants devaient donner leur autorisation afin que les entrevues soient enregistrées sur bande magnétique. Ce fut le cas pour tous ceux des cinq groupes rencontrés. À partir de ces enregistrements, le contenu des discussions a ensuite été retranscrit sous forme de comptes rendus intégraux. Puis, l'information recueillie a fait l'objet d'une analyse de contenu qualitative essentiellement descriptive et non basée sur des orientations théoriques particulières.

Comme convenu avec le comité d'évaluation, l'analyse a été réalisée de façon globale pour l'ensemble des participants rencontrés en fonction des thèmes préalablement sélectionnés. Les résultats sont présentés de façon anonyme de manière à ne pas identifier les personnes interviewées ou les groupes d'où les propos proviennent. Il s'agissait de donner un portrait général du processus d'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière après une année de mise en œuvre. Des spécificités ont cependant été apportées en fonction des réalités locales du nord et du sud de la région, lorsqu'elles apparaissaient importantes à signaler, notamment pour une meilleure compréhension de l'information transmise, et étant donné les différences de chacun des sites dans la mise en œuvre de ces services.

1.4 Limites de l'étude

Comme la plupart des projets de recherche et d'évaluation, celui-ci comporte quelques limites, dont la prise en compte permet d'apprécier plus justement les résultats et les conclusions produits.

D'abord, compte tenu des ressources financières et humaines disponibles à la DSPE de l'ASSS de Lanaudière, il avait été initialement prévu de réaliser le projet d'évaluation au cours d'une période d'environ cinq mois, soit d'octobre 2005 à février 2006. Toutefois, l'étude n'a pas pu être terminée dans ce court délai et, à son terme, l'analyse des données recueillies et la rédaction du présent rapport ont ainsi été confiées à une deuxième agente de planification, de programmation et de recherche de la DSPE. Étant donné le temps écoulé entre la collecte des données et le dépôt du rapport, il est certain que l'implantation des SPLSMJ s'est poursuivie et que les résultats de l'évaluation ne peuvent tenir compte de l'évolution de la situation depuis ce temps. D'autre part, il est

possible que la sensibilité et la spécificité de l'analyse aient été réduites du fait qu'elle n'ait pas été réalisée par l'agente de planification, de programmation et de recherche ayant réalisé les entrevues après avoir élaboré le devis de l'évaluation.

Par ailleurs, il est important de rappeler que la mise en œuvre des services de première ligne n'était pas complétée au moment de l'étude et qu'elle s'inscrivait plutôt dans un processus dynamique, de sorte que les participants ont pu avoir l'impression que l'implantation de ces services n'était pas suffisamment avancée pour aborder certains aspects de l'étude. Retenons qu'il s'agissait d'une évaluation de type formatif et que celle-ci visait effectivement à obtenir de l'information sur le processus de mise en œuvre en cours en vue de son amélioration. L'analyse fait ainsi ressortir les divers points de vue des acteurs à un certain moment de l'implantation de ces services, soit après une année de mise en œuvre. Les opinions émises dans ce rapport ne peuvent d'ailleurs pas servir à formuler des généralisations. De plus, au moment des entrevues, les propos des personnes interviewées ont certes été teintés de leur vécu professionnel à l'égard des changements récents opérés dans le réseau Lanaudois. Pensons notamment à la fusion des établissements, à la création des CSSS, à la réorganisation des différents programmes et services, ainsi que le fait que certains postes de direction soient demeurés vacants des suites de ces bouleversements. En outre, il est possible que la participation de personnes supplémentaires à l'étude ait eu une quelconque répercussion sur l'information obtenue lors de la collecte des données. Il en va de même des schémas d'entrevue qui ont été remis à certains groupes de participants et non à d'autres.

2. RÉSULTATS

Les résultats sont présentés en fonction des grands thèmes abordés. Ainsi, la perception générale des informateurs sur le modèle implanté, l'écart entre les activités prévues et les activités réalisées, les conditions favorables et défavorables à l'implantation, le comité de mise en œuvre, la collaboration entre les principaux acteurs, le fonctionnement des services implantés, la coordination des services, acteurs et équipes concernés, de même que les principales retombées de l'implantation sont abordés. Les commentaires, suggestions et recommandations formulés par les participants sont également décrits à la fin du chapitre.

Il faut rappeler que, lors des entrevues, l'implantation des SPLSMJ n'était pas complétée, et que cet état de fait marque le contenu des discussions, tout en confirmant, bien sûr, l'intérêt d'avoir adopté une approche formative de l'évaluation.

2.1 Perception générale du modèle implanté

Dans l'ensemble, les participants ont considéré que le modèle théorique élaboré « *sur papier* », pour les nouveaux services de première ligne en santé mentale jeunesse, était « *un bon concept* », « *une initiative heureuse* », « *une innovation* », voire qu'il constituait « *un idéal* ». Cependant, tous ont clairement affirmé qu'il y avait un écart entre ce modèle théorique et celui qui était réellement mis en œuvre au moment des entrevues. D'ailleurs, les propos des informateurs à ce sujet ont porté surtout sur les **éléments de cet écart**, et sur l'explication du non-fonctionnement du modèle.

- Certains participants ont tenté de décrire le modèle en question. Selon eux, il ne s'agissait pas d'un modèle « *officiel* », mais davantage d'un modèle « *officieux* ». Bien qu'inspiré de modèles développés ailleurs, il s'agirait tout de même d'un modèle unique. D'après leur perception, le modèle théorique aurait ciblé la perfection en ce qui concerne la collégialité entre les partenaires ainsi que l'orientation vers la pratique, en vue notamment de mieux articuler et intégrer les différents services concernés. Toutefois, le processus d'implantation du modèle, donc sa confrontation à la réalité quotidienne du terrain, suggérait la nécessité de faire des ajustements au modèle initial.

D'autres ont davantage discuté des **éléments qui entravent le plein fonctionnement du modèle**, conformément à l'idéal visé.

- On note le manque de personnel, le fait que tous les arrimages n'aient pas encore été effectués entre les services, que la vision de la première ligne ne soit pas encore développée, notamment pour les personnes travaillant en deuxième ligne et qui ont été transférées en première ligne, la nécessité d'assurer une meilleure participation médicale en lien avec l'aspect pharmacologique. D'ailleurs, sur ce

dernier point, selon la perception d'un des participants, les lacunes dans la participation médicale font du modèle implanté « *une belle maison sans fondations* ».

- On note aussi que, vu les contextes différents (besoins divers, historique de l'articulation de la santé mentale jeunesse avec les autres services, obligation d'ajouter de nouvelles ressources ou d'en transférer dans le cadre de la réorganisation, etc.), l'implantation du modèle théorique se traduit par la mise en œuvre concrète de modèles qui apparaissent distincts dans le nord et dans le sud de la région.

2.2 Activités prévues et réalisées

Si un écart était observé entre le modèle initialement conçu et le modèle effectivement implanté au moment des entrevues, on pouvait s'attendre à observer également un écart entre les activités prévues et les activités réalisées dans le cadre de la première année d'implantation des SPLSMJ.

Seuls deux groupes de participants ont été ciblés pour discuter de ce thème particulier : le comité de mise en œuvre et les gestionnaires de première ligne jeunesse, soit deux acteurs ayant une perspective « externe » à l'égard du terrain de l'intervention, et également un rôle de planification et d'organisation à jouer à l'égard des activités prévues. Au cours des entrevues, ils ont identifié des éléments allant dans le sens des activités prévues (déjà implantées ou en voie d'implantation), tout en laissant entendre que plusieurs activités n'étaient pas en place, pour différentes raisons, et celles-ci étaient souvent présentées comme des lacunes. En fait, ces raisons relèvent du thème suivant, c'est-à-dire les conditions favorables et défavorables à l'implantation. Elles seront donc présentées à la section 2.3.

- Selon certains, les activités déjà implantées sont la centrale de ressources, l'embauche de ressources et l'organisation des services de première ligne. D'autres, par contre, n'ont pas identifié d'activités clairement considérées comme étant déjà implantées.
- En ce qui concerne les activités qu'on pourrait dire en voie d'implantation, on a mentionné la hiérarchie des soins, la détermination des profils des jeunes pour la deuxième ligne, ainsi que l'ajustement ou le départage des listes d'attente entre la première et la deuxième ligne. Selon ces personnes, au moment de la collecte des données, il y aurait eu une première et une deuxième étape d'implantation, et il fallait en planifier une troisième afin de consolider la force des équipes. On a aussi mentionné l'abandon en cours de route (après l'atteinte d'environ la moitié des objectifs) de la planification qui était un outil de référence au début du processus. À propos des activités en voie d'implantation, d'autres ont constaté une amélioration dans l'accessibilité des services et une « *fluidité* » entre les services.

On a noté également que des liens se tissaient graduellement entre les intervenants de la pédopsychiatrie et les gestionnaires de première ligne jeunesse.

- Quant aux activités jugées non implantées comme prévu, on a mentionné le « *guichet unique* » de la référence, étant donné que les médecins généralistes continuaient de transmettre des cas directement à la deuxième ligne. Pour d'autres, il s'agit du suivi de l'évolution des cas référés et l'offre de formation pour soutenir les intervenants dans les changements apportés. Un participant a mentionné aussi que l'implantation du modèle n'avait pas encore modifié les cultures (habitudes, façons d'intervenir développées en fonction de l'ancienne organisation de services).

2.3 Conditions favorables et défavorables à l'implantation

Les participants avaient beaucoup d'éléments à indiquer concernant les conditions favorables et surtout défavorables à l'implantation. Ils avaient d'ailleurs tendance à aborder spontanément ces thèmes en réponse aux questions précédentes.

2.3.1 Conditions favorables

Les informateurs ont identifié différentes conditions ayant eu un effet favorable sur le processus d'implantation. Certaines d'entre elles relèvent du **contexte externe général** prévalant avant même l'implantation.

- Selon des personnes rencontrées, il a été décidé de maintenir les services en santé mentale auprès de la clientèle jeunesse. Bien qu'une certaine réorganisation était nécessaire pour améliorer ces services spécialisés, cette situation aurait constitué une force motrice pour l'implantation des SPLSMJ.
- On a précisé qu'il y avait, au moment de l'implantation, une volonté ministérielle d'implanter des équipes semblables à celles des SPLSMJ.
- On a souligné que, dans le sud de Lanaudière, les conditions étaient particulièrement favorables à l'implantation des SPLSMJ, étant donné que des services de première ligne de ce type fonctionnant selon une approche similaire étaient déjà en place depuis plus de dix ans et qu'une habitude de collaboration et d'échange sur les cas était déjà établie avec la pédopsychiatrie. Il faut d'ailleurs mentionner que, pour le territoire du sud, on a parlé davantage d'une consolidation de services sur ce territoire que de l'implantation de nouveaux services.

Quelques-unes des conditions jugées favorables à l'implantation relevaient aussi du contexte externe, mais touchaient davantage le **processus d'implantation**.

- Des participants ont mentionné qu'il avait été facilitant de disposer d'un peu d'argent pour l'implantation des SPLSMJ, en plus des ressources humaines, ce qui a permis une marge de manœuvre appréciée.

- On a signalé que le fait d'avoir mobilisé des partenaires dès le début du processus et d'avoir « *assis les bonnes personnes autour de la table* » avait favorisé l'adhésion des milieux.

D'autres conditions ayant, selon les participants, favorisé l'implantation des SPLSMJ sont plutôt liées à des **éléments du contexte interne**, c'est-à-dire **au terrain et à la pratique d'intervention**.

- On rapporte qu'au début, un responsable avait pris l'habitude de transmettre régulièrement de l'information à ce sujet « *à tout le monde* » par courriel. Malheureusement, cette habitude avait été abandonnée par la personne ayant remplacé ce responsable.
- Des facteurs ont été attribués aux ressources humaines. Par exemple, on a indiqué que tout le monde avait fait preuve de bonne volonté et d'engagement par souci pour les gens concernés.
- En ce qui concerne l'encadrement des ressources humaines, on a considéré important, notamment pour le sud, d'avoir un chef de programmes connaissant bien les soins et étant ainsi en mesure de bien représenter l'équipe d'intervenants.
- Certaines conditions ont aussi été identifiées en rapport avec l'évolution de la façon de travailler des acteurs concernés. La volonté des intervenants de modifier leur pratique en adoptant une approche plus organisée en concertation a été jugée bénéfique au processus d'implantation des SPLSMJ, permettant même aux acteurs d'aller plus loin que le modèle théorique.

Par ailleurs, des éléments développés avec l'intention de faciliter l'implantation des SPLSMJ semblent n'avoir **pas donné les résultats escomptés**.

- À cet égard, quelques participants ont fait mention des tables cliniques. Selon eux, si ce mécanisme ne fonctionnait pas, c'est simplement parce qu'il ne répondrait pas réellement à un besoin.

Enfin, certains éléments mentionnés par les participants, à propos des conditions favorisant l'implantation, apparaissent avoir été **générés par le processus même de l'implantation**.

- D'après des personnes rencontrées, l'ajout de ressources d'autres milieux (Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) et psychologue scolaire notamment) aurait aidé à élargir la vision commune et à développer un fonctionnement en complémentarité, en déportant mieux ce qui appartient à chacun des intervenants ou des services.
- D'autres ont exprimé une opinion similaire, affirmant que l'implantation des SPLSMJ aurait permis une meilleure connaissance et reconnaissance entre les différents intervenants du nord, ce qui aurait amélioré la communication entre eux, et en conséquence la fluidité des modes de transmission de l'information.

2.3.2 Conditions défavorables

En contrepartie, les personnes interviewées ont aussi été invitées à identifier les conditions ayant été défavorables à l'implantation des SPLSMJ lors de la première année. En fait, plusieurs avaient bien des éléments à signaler à ce sujet.

Comme il a été indiqué précédemment, certains ont eu tendance à s'exprimer spontanément sur cette question avant qu'elle ne leur soit posée, notamment au moment où était traité l'écart entre les activités prévues et celles réalisées. De plus, les participants ont également abordé spontanément les conditions de l'implantation, dans le cadre des discussions portant sur les thèmes suivants. Par ailleurs, d'autres ont échangé dès cette étape de l'entrevue sur les éléments relevant de leur propre mandat (thème prévu à l'étape subséquente).

On note, pour bon nombre des conditions défavorables mises en évidence, des **écarts entre la situation vécue au nord et au sud** de la région. En fait, celles-ci se rapportent en général à l'histoire organisationnelle propre à chacune de ces deux sous-régions lanaudoises, et sont plutôt observées dans le nord.

- Il semble avoir été plus difficile, dans le nord, d'articuler les SPLSMJ avec la pédopsychiatrie, et de développer des mécanismes identiques au sud. En outre, le nord connaissait des problèmes particuliers, dont celui du transport. Ainsi, à titre d'exemple, on croit qu'il n'aurait pas été adéquat de demander à des parents de Saint-Michel-des-Saints de se rendre jusqu'à Joliette pour une consultation aux SPLSMJ pour leur enfant, en raison de la précarité économique des familles et des coûts élevés de l'essence. Également, on a souligné que le transport en commun était peu disponible dans le nord, par rapport au sud.
- Compte tenu de l'organisation géographique, il a été mentionné qu'il faudrait davantage de moyens pour faciliter les déplacements des intervenants dans le nord de la région, pour garantir la même accessibilité aux services que dans le sud.
- Il semble que le poids démographique du sud contribuerait à avantager cette sous-région en matière d'argent investi pour les services à la population. Ce serait le cas, par exemple, au regard des enfants qui se trouvaient beaucoup plus nombreux dans les écoles du sud que dans celles du nord.
- En rapport avec les observations précédentes, on note que l'équipe des SPLSMJ serait plus stable dans le sud que dans le nord.

Certaines des conditions défavorables identifiées par les participants sont de l'ordre de moyens concrets spécifiques jugés insuffisants. Dans cette catégorie, ce sont des **lacunes concernant les ressources humaines** qui ont le plus fréquemment été rapportées.

- De façon générale, il semble que seulement la moitié des effectifs prévus dans le modèle initial (soit 6 à 8 postes combinant travailleurs sociaux, psychologues, psychoéducateurs, infirmières et médecins) étaient en poste au moment de la collecte des données, ce qui ne permettait pas de répondre adéquatement à l'affluence des demandes. En conséquence, les longues listes d'attente entraîneraient la dégradation de la situation de certains enfants.
- Un manque de médecins en CLSC est signalé, et plus particulièrement ceux qui sont attirés à la santé mentale. Cette situation semble entraîner des conséquences variées. Par exemple, leur intervention est essentielle auprès de jeunes ayant des diagnostics de santé mentale, et la référence médicale est nécessaire afin de transférer un cas de la première à la deuxième ligne. De plus, le manque de médecins au sein des équipes, notamment dans le nord, aurait conduit à réaliser surtout des interventions de nature principalement psychosociale et aurait empêché le développement d'une intervention réellement concertée incluant les diverses visions (psychosociale et médicale).
- La difficulté d'avoir accès à un médecin de famille et à un pédopsychiatre dans le nord ne faciliterait pas le recours aux SPLSMJ.
- Le nombre de psychiatres et de pédopsychiatres pratiquant dans Lanaudière est fort limité. On comptait seulement deux pédopsychiatres au moment de la collecte des données.
- De façon générale, le recrutement de personnel se serait avéré difficile, et on aurait observé un grand roulement de personnel, notamment en raison de plusieurs congés de maternité chez les éducatrices.

Dans le même ordre d'idées, des difficultés ont été attribuées à **l'encadrement du personnel** et à **la coordination des efforts** respectifs de chacun dans le processus d'implantation.

- On a déploré un « *manque de leadership clair* » en ce qui concerne la planification et les objectifs à atteindre, ainsi que l'absence d'un échéancier précis comportant des étapes bien définies.
- Des participants ont affirmé qu'il aurait fallu inclure une présence médicale au sein du comité de mise en œuvre. Cela aurait permis de faire un relais entre le comité et le « *terrain* ». Toutefois, on a affirmé en même temps qu'il n'était pas trop tard pour réparer cette « *faille stratégique* », ce qui permettrait à ce comité d'éviter une « *perte de crédibilité* ». De même, on a affirmé que la reconnaissance des SPLSMJ n'était pas encore acquise auprès du milieu médical.
- Des personnes se sont également interrogées sur la vitesse de croisière dans la mise en œuvre des SPLSMJ. Elles se demandaient si celle-ci n'était pas trop rapide, dans le processus d'implantation, par rapport à la pratique des intervenants cliniques, étant donné que les cas lourds qui arrivaient pouvaient constituer une charge supplémentaire.

- Pour certains, les discussions concernant l'implantation des SPLSMJ dans le réseau du nord se seraient déroulées seulement « *en haut* » (entre les cadres), sans grande préoccupation pour l'expérience des intervenants du terrain. On a déploré que l'implantation ait été conçue comme s'il s'agissait d'un modèle théorique à mettre en place à partir de la base, comme s'il n'y avait pas certains services de première ligne déjà en place lors de l'implantation.
- Pour leur part, d'autres ont expliqué que les responsables des équipes étaient aux prises avec un « *manque de temps* » qui ne leur facilitait pas la tâche pour articuler les « *préoccupations du terrain* » et « *ajuster les rôles* » de chacun dans le cadre des rencontres d'équipes de première et de deuxième ligne.
- Le rôle d'intervenant pivot, capable de suivre les parcours ou d'agir comme personne répondante, et le rôle d'agent de liaison entre les différents partenaires (par exemple, le CLSC, les Centres jeunesse et les SPLSMJ) ont été jugés essentiels, notamment parce qu'on aurait observé des problèmes d'articulation des références entre ces partenaires. On a également laissé entendre qu'une continuité dans l'occupation de ces rôles était souhaitable.
- Le changement du cadre responsable d'une équipe en cours de route aurait été accompagné d'un changement de vision ayant perturbé le processus d'implantation.
- Des participants auraient souhaité que soient davantage distingués les rôles spécifiques des intervenants en fonction de leurs disciplines respectives (par exemple, les rôles attendus des travailleurs sociaux et des éducatrices spécialisées). De même, le rôle de l'infirmière en santé mentale dans le nord a dû être clarifié afin que son travail soit facilité.

Quelques lacunes qui ont trait à la fois à **l'organisation des nouveaux services** et aux **ressources matérielles** ont également été mentionnées par certaines personnes rencontrées.

- Dans le nord, pour intégrer la nouvelle équipe des SPLSMJ dans les locaux du CLSC de Joliette, il semble qu'il a fallu exclure physiquement de la bâtisse des employés qui y étaient installés auparavant. Ces derniers auraient eu à subir un déménagement auquel ils n'auraient pas été préparés et pour lequel ils n'auraient pas reçu l'information nécessaire.
- Des participants ont noté que des tensions au sein du réseau avaient été générées par la décision de créer deux équipes (nord et sud), notamment en raison des transferts de ressources que cela avait entraînés.

Par ailleurs, les informateurs ont aussi identifié des conditions défavorables qui ont trait à des **questions de formation, d'information ou de communication**.

- Des personnes ont déploré que l'implantation des SPLSMJ ait été réalisée sans qu'on offre de la formation aux intervenants afin de leur permettre de s'ajuster. Ils auraient donc été « *catapultés* » dans de nouvelles façons de pratiquer.

- On a exprimé un besoin de faire circuler, auprès des acteurs concernés d'un même territoire, l'information sur les personnes en attente de services de première ligne. On a également déploré qu'au début du processus d'implantation, il ait été difficile d'obtenir de l'équipe de pédopsychiatrie certaines données statistiques jugées nécessaires, notamment sur le nombre de postes. On se demandait s'il ne s'agissait pas d'un manque de transparence.
- Pour certains, dans les débuts de la mise en œuvre des nouveaux services, les critères d'entrée ou d'admission à ces services auraient manqué de clarté, particulièrement dans le réseau du nord. La situation se serait corrigée par la suite. Toutefois, au moment de la collecte des données, on souhaitait que soient ajoutés des critères d'exclusion à ces services (par exemple, convenir que les services de santé mentale n'équivalent pas à ceux du psychosocial).
- Des participants ont considéré que davantage d'information concernant la santé mentale était diffusée par le CLSC de Saint-Esprit que par le CLSC de Joliette, et qu'on observait même une lacune générale à ce sujet au CLSC de Joliette.

Enfin, des facteurs perturbants attribuables à **la culture**, ou encore **aux habitudes et aux pratiques professionnelles acquises**, ont été invoqués pour expliquer certaines des difficultés vécues au cours du processus d'implantation.

- Parmi les habitudes difficiles à modifier, on a mentionné celle des médecins généralistes, surtout ceux de la pratique privée, qui auraient conservé le « *vieux réflexe* » de transmettre directement des cas en pédopsychiatrie. Il y aurait ainsi « *encore beaucoup de travail à faire* » avec eux concernant la façon d'effectuer les références, c'est-à-dire d'acheminer les cas aux bons endroits, et de transmettre l'information pertinente avec les références.
- Une « *attitude de chasse gardée* » qui prévaudrait dans le nord a été déplorée. Elle consisterait à ne pas faire appel à la pédopsychiatrie, vu la présence d'un médecin généraliste considéré comme étant en mesure d'offrir les mêmes services. Il en résulterait une incapacité, pour les pédopsychiatres, de « *pénétrer les pratique* » des SPLSMJ.
- De même, il semble que l'équipe de pédopsychiatrie n'avait plus de suivi concernant les cas qui étaient référés dans le nord. On a rapporté que les intervenants du nord auraient davantage tendance à fonctionner « *en vase clos* ». Contrairement à ceux du sud, ils n'auraient pas développé encore, au moment de la collecte des données, de « *collégialité* » (ou travail d'équipe) par rapport aux cas qu'ils traitent. Ces intervenants n'auraient donc pas l'habitude de discuter d'analyse clinique avec les différents intervenants et services concernés. Ce serait une question de « *culture professionnelle* », mais également une situation qui s'expliquerait par le fait que l'équipe de santé mentale était nouvelle dans le nord. De plus, celle-ci serait constituée d'intervenants provenant notamment « *de la deuxième ligne* ».

- Des participants ont parlé d'un « *choc de cultures* », du point de vue professionnel, observé entre le nord et le sud. Selon eux, il s'agirait d'une confrontation entre la culture de la première ligne et celle de la deuxième ligne. Alors que les intervenants du nord auraient « *une longue histoire* » de pratique de deuxième ligne, ceux du sud auraient davantage développé « *une culture de première ligne* ». Pour réussir l'implantation des SPLSMJ, il faudrait donc « *redéfinir les pratiques professionnelles* » et préciser les rôles relevant de la première et de la deuxième ligne.
- D'autres ont également attribué à une question de « *culture* » certaines difficultés vécues dans l'implantation des SPLSMJ. Selon eux, la « *culture venue de la deuxième ligne* » se manifesterait par une façon de travailler comme des « *experts pas proches du milieu* », qui n'auraient pas non plus développé une « *approche de co-intervention* ». Ainsi, les experts de la pédopsychiatrie auraient eu tendance à penser qu'« *en première ligne, ils ne connaissent rien* »; une attitude, cependant, qui changerait tranquillement.
- Des personnes ont aussi utilisé l'expression « *choc des cultures* » pour faire état de leurs expériences vécues à différents niveaux dans le processus d'implantation au sein même du réseau local du nord. On a identifié un premier choc de cultures en ce qui concerne l'intégration des quatre CLSC pour former « *une vraie équipe sous-régionale pour le nord de Lanaudière* ». On a parlé d'un deuxième choc culturel qui serait davantage « *à l'interne* », soit avec les équipes famille-enfance-jeunesse, auparavant habituées à travailler avec les parents plutôt que directement avec les enfants. Enfin, on a vu un troisième choc culturel dans la manière développée par les intervenants pour établir des liens de référence (long terme plutôt que systématique) avec l'équipe de pédopsychiatrie.

2.4 Comité de mise en œuvre

Seuls les membres du comité de mise en œuvre ont été invités à aborder, comme un thème spécifique, deux questions portant directement sur leur propre travail. En premier lieu, on leur a demandé **si la composition de ce comité était satisfaisante**.

- Les participants ont simplement répondu, sans développer cette réponse, que la composition du comité était excellente, mis à part le manque déploré d'une présence médicale.
- Ils ont aussi noté qu'il aurait fallu identifier un « *leadership* » pour ce comité, c'est-à-dire une personne chargée notamment de la convocation des rencontres.

Quant à la seconde question, elle visait à vérifier si le comité réalisait bien son mandat. Cette fois, les participants ont fourni des réponses un peu plus élaborées, après avoir précisé que la création de ce comité et l'identification de son mandat, non prévues à l'origine, avaient émergé lors d'une rencontre à laquelle participaient tous les CLSC. Il était alors apparu nécessaire de mettre sur pied un tel comité afin de « *veiller à l'implantation* ».

La réponse générale des participants, en ce qui concerne **la réalisation du mandat** de ce comité, est qu'il aurait « *fait plus que réaliser son mandat* ». Selon eux :

- Le comité a d'abord élaboré un modèle de services.
- Ensuite, il s'est donné tout seul le mandat de mettre en place les services de première ligne en santé mentale jeunesse, avant de juger que ce n'était pas son rôle de réaliser l'implantation du projet. Les participants ont souligné au passage que le comité s'est impliqué « *à 100 milles à l'heure* ».
- Au moment de la collecte des données, le comité se comportait davantage comme un comité de suivi et de soutien à l'implantation que comme un comité de mise en œuvre. Les participants ont précisé que le rôle de mise en œuvre du comité s'était situé davantage à l'étape théorique, déjà dépassée depuis un an et demi au moment de l'entrevue.

Puis, les informateurs sont allés plus loin que la question qui leur était posée, en exprimant le souhait **que le comité poursuive son mandat** en jouant un rôle « *de suivi et de rétroaction* ».

- Toutefois, ils ont noté que la possibilité de poursuivre ce rôle dépendait de la loi prévoyant la création des projets cliniques, et de la façon dont celle-ci serait actualisée.
- Au moment de l'entrevue, le comité était en train de planifier la suite de l'organisation entre le nord et le sud, ce qui était susceptible d'avoir une influence sur son avenir.
- Les participants ont noté qu'il y avait des joueurs-clés qui assuraient la continuité du travail du comité. Il s'agissait des directeurs du nord et du sud. Ils ont précisé cependant que ce rôle pourrait également être assumé par d'autres personnes, plus près du « *terrain* » et de « *l'opérationnel* », puisque le modèle leur apparaissait maintenant « *campé* ».
- Enfin, on a souligné que la poursuite du mandat du comité de mise en œuvre dépendait d'une prise de position des dirigeants de santé mentale jeunesse des CLSC, en fonction de l'alignement qui serait décidé par rapport aux projets cliniques à venir pour le nord et le sud.

2.5 Collaboration entre les principaux acteurs directement engagés dans l'implantation des services

Deux et même trois des thèmes abordés lors des entrevues ont eu tendance à être confondus par les participants. Il s'agit en premier lieu de la collaboration entre les principaux acteurs ayant été « *directement engagés dans l'implantation des services* » et de la coordination entre les services, acteurs ou équipes concernés. De plus, les propos des participants laissent croire que cette collaboration et cette coordination ont constitué des éléments fondamentaux du fonctionnement qu'ils ont perçu des services implantés.

La collaboration proprement dite faisait référence surtout au processus d'implantation lui-même, à sa planification plus qu'à sa réalisation concrète, en fonction de l'ouverture manifestée par les acteurs concernés. Ce thème portait donc davantage sur les relations entre les acteurs que sur les mécanismes concrets mis en place pour articuler leur travail respectif en fonction des nouveaux SPLSMJ en implantation.

Certaines observations étaient **plutôt générales** :

- D'après quelques participants, la collaboration à établir entre certains acteurs n'était pas définie dans la mise en œuvre des SPLSMJ.
- Pour d'autres, bien que fragile, la collaboration était globalement plutôt acquise entre les principaux acteurs, parce qu'une confiance avait été développée grâce à un suivi étroit avec eux. Ils étaient ainsi au courant des changements qui pouvaient survenir et des limites auxquelles le comité de mise en œuvre était confronté, et qui auraient pu l'empêcher de « *livrer la marchandise* ».
- Le « *choc des cultures* » entre les services de première et de deuxième ligne, identifié par plusieurs, aurait donné lieu à une situation paradoxale dans laquelle « *on essaie de construire dans un contexte où tout le monde surveille ses affaires* ». On aurait observé ainsi un « *manque d'ouverture* » de la part de certains partenaires.
- Selon des personnes, les gens du CLSC Lamater auraient été « *proactifs* » à l'égard de la collaboration entre les partenaires, en ce sens qu'ils auraient contribué à « *développer une collégialité en santé mentale au niveau régional* ».

Les participants ont peu parlé des **collaborations avec d'éventuels partenaires « externes »** au réseau de la santé et des services sociaux.

- En fait, ce sont les écoles qui ont été identifiées comme principaux partenaires externes avec lesquels des collaborations (et une coordination ou une articulation plus concrète) restaient encore à définir et à développer à l'avenir, une fois que seraient réglées les collaborations « internes » concernant les Centres jeunesse de Lanaudière.

Les informateurs ont surtout discuté de l'état de la collaboration entre différents services du réseau de la santé et des services sociaux qui constituaient des acteurs directement engagés dans l'implantation des SPLSMJ. Cette grande catégorie comporte les groupes suivants : l'équipe de pédopsychiatrie rattachée aux CH, les Centres jeunesse et les CLSC. Alors que les participants ont peu parlé des Centres jeunesse, les médecins généralistes de pratique privée ont été identifiés comme un groupe dont la collaboration était nécessaire pour réussir l'implantation, bien qu'ils n'aient pas été directement engagés dans le processus d'implantation.

En ce qui concerne la **collaboration avec les médecins** :

- Pour des acteurs, la collaboration avec les médecins est apparue comme un élément incontournable par rapport à la collaboration de tous les autres partenaires.

Au sujet de la **collaboration avec l'équipe de pédopsychiatrie** :

- La collaboration afin d'arrimer les nouveaux SPLSMJ et l'équipe de pédopsychiatrie n'a pas été perçue de façon très positive par tous. Certains ont souligné à cet égard le « *choc des cultures* » entre ces deux organisations. Pour l'illustrer, on a déploré que l'équipe de pédopsychiatrie ait « *envoyé d'un coup le surplus de sa liste d'attente* » à l'équipe clinique du nord.
- On signale que, de plus, il était difficile pour l'équipe de pédopsychiatrie de travailler avec les SPLSMJ du nord, en raison de « *la culture plus individualiste des CLSC* » de ce réseau local, qui apparaissait moins adaptée à la « *nouvelle réalité en santé mentale* ».
- Selon certains, ce serait afin de « *garder leur autonomie professionnelle* », que les intervenants de la première ligne, du nord comme du sud, ne suivraient pas souvent les recommandations des pédopsychiatres concernant des cas spécifiques. Dans le nord, où il n'y aurait pas d'histoire antérieure de services en santé mentale, cette attitude s'expliquerait possiblement par un « *réflexe naturel* » observé surtout chez les jeunes professionnels moins expérimentés qui avaient tendance à vouloir démontrer « *on est capables* ».

En ce qui concerne la **collaboration entre les constituantes⁷ d'un même réseau local de services** :

- Il a été mentionné que, dans le nord de la région, une évolution de la collaboration entre les quatre constituantes du réseau avait été observée. En effet, alors que celle-ci n'aurait pas démarré sur des bases claires, un ajustement se serait opéré et, dans une deuxième phase, elle se serait finalement établie.
- Selon d'autres, il n'aurait pas été facile de développer une collaboration entre des acteurs ne se connaissant pas avant l'implantation. La culture et les pratiques historiques d'intervention étaient implicitement mises en cause. On a mentionné, par exemple, la difficulté d'établir une collaboration entre le CH et les CLSC dans le contexte où ces derniers connaissaient apparemment peu la santé mentale avant cette réorganisation de services.
- Au nord, il est apparu plus facile de développer une collaboration avec le CLSC de Saint-Esprit qu'avec les autres CLSC de ce territoire, étant donné qu'une personne de l'équipe clinique des SPLSMJ provenait de cet établissement.

⁷ Bien que le terme « constituante », qui désignait un certain nombre d'établissements à l'origine de la création des CSSS de Lanaudière, ne doit plus être utilisé, il est employé dans le présent rapport seulement à titre indicatif compte tenu de la période visée par l'étude.

- D'après les propos émis, la collaboration entre les différents services apparaissait plutôt ponctuelle ou informelle, développée en fonction des besoins et au gré de la connaissance que les intervenants avaient déjà les uns des autres.
- Le fait que les nouveaux SPLSMJ ne soient pas « *intégrés aux autres services enfance-famille-jeunesse* » aurait des conséquences sur l'articulation de ces différents services.

En ce qui a trait à la **collaboration entre les SPLSMJ et les parents** des enfants visés par ces services :

- Des informateurs ont déploré que, dans l'organisation des nouveaux SPLSMJ, on ait « *oublié de rendre compte aux parents de ce qui était fait avec leurs enfants* ». Pourtant, on considérait qu'il fallait « *travailler avec le milieu* » et développer une « *approche systémique* » en fonction d'une « *pratique plus communautaire* ».

On note également des différences dans la perception des collaborations entre partenaires, selon qu'ils appartiennent à la catégorie des **administrateurs** et des **gestionnaires qui organisent ou suivent l'implantation « d'en haut »** ou à celle des **intervenants travaillant « sur le terrain »**.

- Selon certains participants, les mécanismes de collaboration n'apparaissaient pas clairs pour les intervenants dans le réseau du sud, ce qui ne facilitait pas le développement de la collaboration.
- Des personnes ont noté que la collaboration existait « *à la base* », mais pas au niveau supérieur des gestionnaires. On a affirmé, par exemple, que des ententes concernant des cas étaient parfois conclues entre les intervenants dans le contexte des tables cliniques, mais qu'elles n'étaient pas entérinées par leurs supérieurs. En conséquence, des intervenants du nord auraient cessé d'aller aux tables cliniques.
- On a mentionné que dans le réseau du nord, il était difficile d'articuler une discussion clinique, « *à la base* », dans un contexte hiérarchique très rigide au niveau des supérieurs.

2.6 Fonctionnement des services implantés

Comme le processus d'implantation était toujours en cours au moment de la collecte des données, il va de soi que le fonctionnement des services implantés ne pouvait être optimal. De plus, comme cela a été déjà souligné à la section précédente, le fonctionnement des services implantés dépendait en grande partie de la collaboration développée entre les divers acteurs concernés, et était étroitement relié à la coordination des différents services, acteurs et équipes visés.

En premier lieu, des participants ont abordé le fonctionnement des services implantés dans la perspective d'un **bilan provisoire après un an** d'implantation, en situant la mise

en œuvre des SPLSMJ dans le contexte général de la réorganisation des services en santé mentale jeunesse.

- On a expliqué que les SPLSMJ constituaient « *le premier morceau* » mis en place d'une nouvelle organisation de services en santé mentale jeunesse, en précisant que l'implantation de cette nouvelle première ligne devrait avoir un impact sur les services de la deuxième ligne.
- Selon certains points de vue, après un an d'implantation, les SPLSMJ étaient bien articulés et bien structurés, même s'ils n'étaient pas encore parfaits. D'après eux, pendant l'année, on avait avancé vers la continuité et la hiérarchisation des services en santé mentale jeunesse, même si tout n'était pas encore « *100 % fonctionnel* ».
- On a précisé que le processus d'implantation des SPLSMJ avait déjà amené des changements dans des pratiques consécutives à « *beaucoup d'années de fonctionnement selon une culture de cloisonnement* ». On considérait qu'à l'égard des modifications culturelles visées, on avait « *atteint la cible* ».

Quelques participants ont souligné des **aspects positifs** du fonctionnement des services en cours d'implantation.

- Certains ont vanté la débrouillardise des intervenants qui arrivaient à s'organiser pour articuler de façon ponctuelle et informelle les liens entre les services, en attendant que des mécanismes formels soient mis en place à cette fin dans le sud.
- Quelqu'un a affirmé que, mis à part les problèmes concernant la liste d'attente, le fonctionnement des services implantés dans le nord semblait correct, et que « *les gens étaient contents* ».
- Un autre participant a jugé que le nouveau fonctionnement était « *plus personnalisé et plus efficace* », notamment parce qu'il permettait de recevoir de l'information sur un cas et de le transmettre au bon intervenant.
- L'importance centrale du rôle du médecin dans l'équipe de santé mentale a aussi été soulignée pour le nord. Un participant a affirmé que sa présence permettait à l'équipe de partager la lourdeur et la compréhension des cas, dans un esprit de « *cothérapie* ».

Dans l'ensemble, les personnes ont surtout souligné diverses **lacunes** dans le fonctionnement des services implantés, en les expliquant, et en proposant parfois des éléments de solution. Ces points faibles rejoignent souvent les conditions défavorables à l'implantation des services déjà exposées à la section 2.3.2. Les principales faiblesses abordées touchent : la gestion de la liste d'attente, les modes de communication, la structure organisationnelle, le manque de ressources humaines, l'organisation et la gestion du temps des intervenants, les modèles et modes d'intervention, la formation des intervenants, la gestion des dossiers, les ressources matérielles et les attentes gouvernementales.

Au sujet de **la gestion de la liste d'attente** :

- La liste d'attente se serait allongée, en raison de l'augmentation de l'accessibilité des services. Toutefois, il faudrait s'interroger sur la pertinence de la présence de tous ces jeunes en première ligne, et se demander si d'autres interventions ne seraient pas possibles pour eux. En outre, on a précisé que même les personnes placées sur la liste d'attente pouvaient recevoir des services.
- Au moment de la collecte des données, la liste d'attente des SPLSMJ, dans le réseau local de services du nord, était évaluée à 70 à 80 demandes, alors qu'auparavant, il semble que la liste d'attente de la pédopsychiatrie comptait ce nombre de demandes. Des participants craignaient que certains des cas de la liste d'attente se détériorent, se transformant, par exemple, en psychoses quelques mois plus tard.
- On a signalé que les intervenants de l'équipe de première ligne dans le nord ne savaient pas comment étaient déterminés les cas de la liste d'attente à traiter en priorité. On a rapporté que cette tâche n'était pas confiée à l'agent de liaison, mais qu'elle était plutôt réalisée « *de là-haut* ».
- On a déploré que, parmi les enfants en attente de services sur la liste des SPLSMJ, ceux qui avaient besoin d'une aide pharmacologique « *ne passaient pas plus vite* ».
- Dans le sud, la longueur de la liste d'attente aurait pour conséquence de conduire à l'alourdissement de certains cas. Ainsi, des cas de « *troubles transitoires* » seraient devenus des cas de santé mentale plus complexes.

En ce qui concerne **les modes de communication** :

- Comme au moment de la collecte des données, l'information sur le cas de l'enfant était transmise par la mère entre la première et la deuxième ligne, on a indiqué que dans le sud, les intervenants de première ligne ne percevaient pas encore, dans leur travail concret, la continuité des services. Ce serait graduellement qu'une « *mentalité nouvelle* » se développerait chez les différents acteurs concernés.
- On a rapporté que l'organisation matérielle compliquait la communication entre les membres de l'équipe de santé mentale du nord. À titre d'exemple, on mentionnait le fait que les bureaux des personnes étaient répartis sur deux étages de l'édifice du CLSC de Joliette.

En ce qui a trait à **la structure organisationnelle** :

- Des informateurs ont déploré que l'implantation des SPLSMJ ait amené un « *morcellement dans l'organisation interne* », spécifiquement au nord.
- On a aussi critiqué la non-reconnaissance de l'expertise des intervenants « *seniors* » dans le processus d'organisation des nouveaux services au nord, et le manque de respect de la part des supérieurs que cette attitude traduisait. Pour des participants, cette attitude aurait signifié : « *on n'a besoin de personne pour définir vos rôles* ». Elle se serait soldée par une interruption de la communication entre les deux paliers, liée à une impression que certains acteurs auraient « *des agendas cachés* ».

- Dans le sud, il semble que la structure implantée, à partir des deux CLSC existants, ne permettait pas de « *faire une vraie équipe fonctionnelle* » d'intervenants. On doutait aussi que l'arrivée d'un nouveau chef de programmes (il devait passer de deux chefs de programmes à un seul) puisse améliorer la situation. En fait, au moment de la collecte des données, on a signalé que malgré une « *bonne volonté* », les intervenants tentaient encore de « *s'habituer à la fusion des deux équipes* », mais ils avaient de la difficulté à « *développer un sentiment d'appartenance* ».

Au sujet **du manque de ressources humaines** :

- On a noté que le fonctionnement optimal des services n'était pas possible lors de la collecte des données, car il manquait des éléments dans chacun des deux réseaux locaux. Notamment, on ne disposait pas de l'équipe complète de six personnes en plus de médecins. Comme il n'était pas prévu d'obtenir ces ressources humaines, malgré la priorité fixée par le MSSS, les équipes étaient contraintes de fonctionner avec des effectifs réduits. On a précisé que le barème fixé par le MSSS était de six intervenants par 100 000 habitants, ce qui donnerait un total de 24 intervenants pour la région de Lanaudière. D'après des informateurs, il ne s'agissait pas nécessairement d'un objectif poursuivi dans la région.
- Selon des participants, le manque de ressources humaines au sein de l'équipe de pédopsychiatrie amenait les intervenants qui y travaillaient à vivre de l'essoufflement, à force de « *porter les dossiers seuls* ».
- On a observé que la création de l'équipe de première ligne en santé mentale jeunesse dans le réseau local du nord, par le moyen de prêts de services imposés aux CLSC, ne constituait pas « *les conditions idéales pour démarrer* ».
- Le manque de ressources humaines a été déploré aussi à l'égard des équipes cliniques. Un participant a souligné notamment qu'une seule éducatrice était disponible pour répondre aux besoins de toute la population du sud.
- Un autre a mentionné qu'il n'y avait pas de psychologue parmi les ressources des SPLSMJ. Il se demandait si, pour pallier cette lacune, il ne serait pas possible d'acheminer certains jeunes aux psychologues d'autres services, comme ceux du milieu scolaire ou de cliniques privées.

En ce qui concerne **l'organisation et la gestion du temps des intervenants** :

- D'après des acteurs, dans le nouveau contexte, les intervenants devaient accorder à chaque cas environ 50 minutes. Toutefois, une partie du temps investi dans le traitement des dossiers (analyse et évaluation, et questionnaires à compléter) n'était pas comptabilisé dans les statistiques.
- Au moment de la collecte des données, on considérait que les intervenants du sud devaient faire face à une énorme charge de travail en raison de la longueur de la liste d'attente. On déplorait aussi que, dans ce contexte, ils aient eu peu d'échanges avec leurs collègues et aient travaillé plutôt en solitaires, ce qui réduisait leur efficacité. En outre, il semble qu'ils ne réussissent pas à

transmettre des cas à d'autres intervenants dans les temps requis et que, en conséquence, la condition de santé mentale des enfants et des jeunes se détériorait.

- Une personne a affirmé qu'elle n'assistait pas aux réunions de l'équipe clinique, non en raison d'un trop grand nombre de dossiers à traiter, mais à cause de problèmes d'horaires.

Au sujet **des modèles et modes d'intervention** :

- Pour des personnes, le fait qu'un seul professionnel d'une même discipline soit intégré dans l'équipe clinique du nord amenait à limiter les possibilités d'échanges, et se traduisait par un certain isolement. Cette situation pouvait même constituer un « *élément stresseur* ».
- Un participant a affirmé que l'équipe clinique du sud tentait d'appliquer un modèle biopsychosocial, alors que les « *têtes dirigeantes* » semblaient avoir plutôt pour référence un modèle médical, puisqu'ils attribuaient un nombre limité d'heures à l'intervention.
- On a mentionné qu'au moment de la collecte des données, des discussions de cas avaient lieu une fois par deux semaines pour l'équipe clinique du sud, et que ces rencontres duraient trois heures. Toutefois, on a jugé que cela n'était pas suffisant et que, malgré une attitude solidaire, les membres de l'équipe n'arrivaient pas à fonctionner en véritable interdisciplinarité.
- Une des personnes interviewées a mentionné que les jeunes présentaient souvent deux problématiques, ce qui les amenait à être suivis en parallèle par deux services différents. Cette personne se demandait comment les intervenants pourraient arriver à faire la jonction plutôt que la séparation entre ces deux aspects. Elle se demandait s'il ne serait pas possible d'établir une communication périodique entre les deux services concernant l'évolution du cas.

En ce qui concerne **la formation des intervenants** :

- Il a été mentionné que, dans le processus d'implantation, il aurait fallu offrir une formation aux intervenants pour les préparer à « *agir auprès de nouvelles problématiques* ».

En ce qui a trait à **la gestion des dossiers** :

- Selon une personne, dans le nouveau contexte de l'implantation des services, les intervenants devaient aussi employer une partie de leur temps pour trouver ou élaborer de nouveaux outils.
- Il semble qu'au moment de la collecte des données, au sud, les intervenants avaient parfois de la difficulté à accéder physiquement aux dossiers, situés dans l'autre CLSC. Cette situation entraînait notamment des dépenses et du temps consacrés à ces déplacements. Pour résoudre ce problème, on proposait d'organiser une gestion électronique des dossiers, perçue comme plus efficace que le recours à un système de courrier.

- Il a été mentionné aussi qu'avant la fusion des deux équipes du sud, chacune avait son propre système parallèle de tenue de dossiers et d'archivage. Aussi, l'arrimage de ces deux systèmes devait être opéré également au regard de l'administration et de l'accueil permettant d'accéder aux services. En attendant, la situation restait complexe.

Au sujet **des ressources matérielles** :

Dans le réseau du nord, on a fait état de problèmes de bureaux pour recevoir des jeunes en demande de services, et des répercussions possibles du point de vue de l'éthique. On a expliqué que des bureaux devaient être empruntés par les intervenants et que cela occasionnait des dérangements. On espérait toutefois, au moment de la collecte des données, que l'agrandissement prochain du CLSC de Joliette permettrait de résoudre ces problèmes.

- Toujours pour le nord, on a déploré un manque d'espaces afin que les intervenants puissent discuter ponctuellement de certains cas en dehors des réunions d'équipe.
- Un autre problème de locaux vécu dans le nord est lié au fait que l'équipe de santé mentale jeunesse était censée couvrir quatre CLSC, mais que ses intervenants n'avaient pas, dans les CLSC autres que celui de Joliette, de bureaux attribués ni de locaux appropriés et disponibles pour la thérapie. Les CLSC auraient pu rendre disponibles des locaux lors de journées fixes pour l'équipe de première ligne en santé mentale jeunesse, mais la réalité était qu'il n'y avait pas de locaux disponibles dans les CLSC.

En ce qui concerne **les attentes gouvernementales** :

- Selon un participant, les attentes gouvernementales constituaient un facteur de stress, dans le contexte de l'implantation des nouveaux services.
- Enfin, certains commentaires concernant **le fonctionnement des services implantés** prennent la forme de constats ou d'observations plutôt neutres.
- Une des personnes a mentionné qu'au moment de la collecte des données, les acteurs concernés étaient en voie de prendre des décisions importantes, qui prenaient beaucoup de temps et qui visaient à déterminer « *qui va être le boss de qui* ».
- D'après un autre, la continuité entre les services serait davantage vécue dans le territoire du sud que dans celui du nord.

2.7 Coordination des services, acteurs et équipes concernés

Lors de la collecte des données, l'implantation des SPLSMJ n'était pas terminée après la première année et son état d'avancement semblait varier selon le territoire géographique et les organisations concernées. En conséquence, les avis des participants sur l'état de la coordination ou de l'articulation développée entre les services, acteurs et équipes concernés étaient également diversifiés.

Certaines réflexions à ce sujet étaient d'ordre général et touchaient le contexte de l'implantation des SPLSMJ.

- Pour des participants, il n'était pas possible d'évaluer la coordination entre les SPLSMJ et les autres services, parce qu'il était trop tôt et que tout n'était pas encore en place (par exemple, les réseaux d'urgence), que les projets cliniques étaient en élaboration, etc. On a noté que c'était le CSSS qui élaborait le réseau local de services en vue du projet clinique alors que, dans d'autres régions, c'était le réseau local qui était chargé de réaliser le projet clinique.
- Des personnes ont signalé que le contexte n'avait pas été facilitant pour organiser la coordination entre les nouveaux SPLSMJ et les autres services, acteurs et équipes concernés. Elles ont expliqué que l'élaboration des projets cliniques avait amené aussi des changements de rôles et de sièges, que des ressources humaines étaient parties alors que de nouveaux cadres étaient arrivés, qu'un grand nombre avaient à ce moment une surcharge de travail, etc. On a précisé que, pour vraiment comprendre l'état de la collaboration entre les différents services, acteurs et équipes concernés, il fallait tenir compte du contexte, de l'histoire et des structures relationnelles déjà développées entre eux.
- Selon des participants, on observerait des lacunes dans la coordination développée entre les SPLSMJ et les autres services, acteurs et équipes concernés. Celles-ci s'expliqueraient par le fait que c'était surtout les responsables des équipes qui assumaient cette coordination, alors que le comité de mise en œuvre se serait contenté de les soutenir.
- On a affirmé que dans le sud, des lacunes dans la coordination menaient à de l'insatisfaction chez la clientèle aussi bien que dans les services et équipes.

D'autres constats généraux mettaient en évidence **les écarts observés** dans la compréhension de la logique d'articulation et de concertation à développer entre les différents services, acteurs et équipes concernés.

- Des personnes ont affirmé que la trajectoire que devaient suivre les jeunes en demande de services n'était « *pas claire* ». On ne savait pas « *qui devait référer à qui* ». Pour y remédier, on proposait d'abord de « *démêler ça* », puis de diffuser l'information à ce sujet, éventuellement en établissant un plan de communication.
- D'après des participants, les intervenants avaient encore tendance à assumer le suivi global des jeunes, dans tout leur cheminement à travers les services. Ainsi, ils ne montraient pas qu'ils avaient adopté le modèle d'intervention préconisé ou qu'ils arrivaient à travailler en concertation avec les autres services.
- Il semble qu'en ce qui concerne le réseau du nord, il n'y avait pas d'homogénéité dans la référence de jeunes aux SPLSMJ. Ainsi, selon un participant, « *certaines réfèrent trop vite, d'autres attendent trop* ».
- Une personne rencontrée a exprimé la crainte que le nouveau chef de programmes attendu dans le sud ne soit pas en mesure de bien comprendre la situation historique et actuelle. En conséquence, cela pourrait être difficile d'établir des ententes de services avec lui.

Souvent, la coordination entre les nouveaux SPLSMJ et les autres services, acteurs et équipes concernés par cette implantation était associée à **la mise en place de mécanismes** particuliers susceptibles de faciliter l'articulation et l'arrimage entre ces différentes instances, voire de résoudre certains des problèmes identifiés.

- L'efficacité des mécanismes en place (pour l'accueil et la référence des jeunes) a été remise en question. On a signalé qu'au sud, l'accès aux services était réduit pour les jeunes qui n'avaient pas un diagnostic confirmé, notamment en milieu scolaire.
- Un participant a jugé qu'il y avait « *trop de paliers hiérarchiques pour justifier une référence* ».
- Il semble qu'au moment de la collecte des données, il n'y avait pas de lieu spécifique au sein des tables de concertation pour le sujet de la santé mentale jeunesse.
- Compte tenu des habitudes de travail antérieures à l'implantation des SPLSMJ, notamment en ce qui concerne la façon de « *passer à travers un dossier* », il n'apparaissait pas évident, pour les différents services, acteurs et équipes concernés, de bien identifier la limite des mandats respectifs de chacun.

De façon plus spécifique, les personnes rencontrées ont traité de l'état de la coordination ou de l'articulation développée entre les nouveaux SPLSMJ et chacun des différents services, acteurs et équipes concernés.

En ce qui concerne **l'arrimage avec les médecins généralistes** :

- Un informateur a mentionné que les médecins généralistes qui référaient des cas étaient importants dans l'implantation des SPLSMJ, notamment parce qu'ils avaient déjà développé une bonne collaboration avec les médecins spécialistes, tels les pédopsychiatres. Ils avaient déjà l'habitude de leur transmettre des cas et ils avaient en quelque sorte tendance à leur accorder spontanément de la crédibilité.
- Selon d'autres, par contre, malgré des « *exemples de très bonnes collaborations et de très bons arrimages* », des problèmes subsistaient toujours dans l'articulation entre les médecins et les pédopsychiatres, notamment dans le réseau du sud.
- Il semble que le manque de médecins et aussi de psychologues pour évaluer les cas ait conduit à développer un mécanisme de compensation dans le sud. Ainsi, par le moyen de discussions avec un agent de liaison, on tenterait de « *juger de la recevabilité des demandes* ».

Au sujet de l'arrimage avec l'équipe de pédopsychiatrie :

- Vu le « choc des cultures » entre les nouveaux SPLSMJ et l'équipe de pédopsychiatrie, dont ont fait état les participants, il n'est pas apparu facile d'articuler la référence des jeunes qui demandaient des services et les échanges autour des cas référés. La transmission de suggestions à propos de ces cas semble avoir été difficile aussi bien de la part de la pédopsychiatrie vers les SPLSMJ, notamment dans le réseau du nord, que dans le sens inverse.
- D'après certains, la difficile articulation entre la pédopsychiatrie et les SPLSMJ s'expliquerait par un manque de clarté et de précision dans les messages diffusés et la façon de les transmettre. La situation pouvait être améliorée si une seule personne était officiellement désignée comme répondante ou interlocutrice entre les deux services. Dans la situation vécue au moment de la collecte des données, particulièrement dans le sud, il y aurait eu parfois trois personnes différentes chargées de cette articulation et livrant chacune un message différent concernant un même cas.
- Un participant a affirmé que, dès qu'un cas comportait un diagnostic, les intervenants du sud avaient tendance à l'envoyer à un service spécialisé, parce qu'il était jugé comme trop complexe.
- De même, on a considéré problématique l'articulation entre la pédopsychiatrie et les CLSC. Ainsi, il aurait été difficile de « tenir compte du travail accompli par rapport à un cas dans une situation de crise », aussi bien que des recommandations que l'équipe de pédopsychiatrie aurait formulées. Plus encore, on a signalé que, pour « garder leur autonomie professionnelle », les intervenants de la première ligne, du nord comme du sud, ne suivaient pas souvent les recommandations des pédopsychiatres concernant des cas spécifiques. En contrepartie, on se demandait si ceux de la pédopsychiatrie n'avaient pas tendance à « refaire le travail fait en première ligne ».
- Pour sa part, un participant se demandait si, pour assurer la continuité des services et une plus grande « fluidité » entre eux, il ne faudrait pas garder un lien avec le service d'où provenait un cas. Par exemple, un lien avec la pédopsychiatrie, pour un cas qui y aurait été référé à partir des SPLSMJ.
- Il semble qu'au moment de la collecte des données, deux listes d'attente coexistaient pour les enfants et les jeunes présentant des problèmes de santé mentale : celle de la première ligne et celle de la pédopsychiatrie. Il n'y aurait pas eu d'arrimage entre ces deux listes qui auraient été opérées parallèlement, selon des fonctionnements distincts comportant un accueil et des modes de traitement de dossiers différents. Par exemple, les cas pouvaient être mis en attente avant ou après l'évaluation de la demande. Aussi, certains jeunes auraient eu des services sans aller en pédopsychiatrie, et ils seraient demeurés sur la liste d'attente de cette dernière.
- Une conséquence attribuée à la difficile articulation entre l'équipe de pédopsychiatrie et les CLSC serait que les parents se seraient montrés « frustrés de constater que les gens de la première et de la deuxième ligne ne se parlent pas » à propos de leur enfant.

- La difficile articulation entre les SPLSMJ et la pédopsychiatrie n'était pas perçue par tous les participants. L'un d'eux, au contraire, considérait que cette articulation était plutôt bonne, mais que, malheureusement, cette situation favorable était due en bonne partie aux connaissances, à la compétence et à l'expérience d'une seule personne dont l'heure de la retraite était proche.
- Lors de la collecte des données, il semble que des rumeurs circulaient à propos d'éventuelles nouvelles organisations et fusions de certains services en fonction des territoires. On mentionnait notamment la possibilité de fusionner les SPLSMJ et la pédopsychiatrie. Cette possibilité était perçue comme « *un plus* » si elle se traduisait par le partage d'un même chef de programmes qui faciliterait la transition des dossiers entre la première et la deuxième ligne.

En ce qui a trait à **l'arrimage avec les autres constituantes du même réseau local** :

- Une des conséquences attribuées à la non-intégration des nouveaux SPLSMJ aux autres services famille-enfance-jeunesse était qu'une demande pouvait être adressée à une des équipes sans que l'autre en soit informée.
- Des participants ont déploré le fait que l'équipe clinique du nord n'ait pas rencontré l'équipe famille-enfance-jeunesse du CLSC de Joliette où elle était maintenant logée.
- On a signalé qu'un rôle important avait été reconnu au chef de programmes au sein de l'équipe clinique du sud, notamment pour départager les limites des mandats respectifs du psychologue jeunesse et de celui en santé mentale.
- On a mentionné que, dans le réseau local du nord, le CLSC avait refusé d'assumer le mandat des jeunes ayant eu des crises suicidaires, même si « *de l'argent neuf* » avait été prévu pour ça. On a affirmé qu'il fallait mettre en place « *un protocole clair et identique pour tous les jeunes suicidaires* ».
- Une des personnes a critiqué le fait qu'un CLSC ne pouvait pas refuser une référence qui lui était adressée par un autre CLSC, même si, de son point de vue, il ne s'agissait pas d'un problème de santé mentale.
- D'après un participant, dans le nord, la personne à l'accueil des SPLSMJ pouvait « *refuser des cas* » qui étaient référés à ce service (par exemple, par un autre CLSC), et les intervenants qui faisaient ces références n'étaient pas nécessairement au courant de cette possibilité. Au contraire, un autre a affirmé que la personne à l'accueil pour les SPLSMJ était « *limitée dans ce qu'elle pouvait faire* », comme discuter du type de problème et proposer une autre ressource si elle jugeait qu'il ne s'agissait pas d'un cas de santé mentale. On a ajouté que tous les intervenants des CLSC n'étaient pas « *ouverts aux échanges* », et que certains y étaient même très réfractaires.

En ce qui concerne **l'arrimage entre le palier des gestionnaires et celui des intervenants** (au niveau du « terrain ») :

- Des personnes ont déploré qu'au sud, les intervenants n'étaient pas au courant des arrimages, partenariats et modes de fonctionnement organisés plus haut dans la hiérarchie.

Au sujet de **l'arrimage avec le milieu scolaire** :

- Il a été mentionné que le manque de ressources et de temps, vécu aussi bien dans les CLSC que dans le milieu scolaire, avait pour conséquence, dans le sud, que certains intervenants avaient tendance à « dépasser leurs mandats ».
- Des participants ont souligné que coordonner les différents services, acteurs et équipes en fonction de l'implantation des SPLSMJ ne devait pas avoir pour conséquence de prendre en charge les problèmes des autres. Ainsi, le manque de ressources en milieu scolaire ne devait pas être assumé par les nouveaux SPLSMJ (par exemple, qu'une éducatrice spécialisée des SPLSMJ intervienne en milieu scolaire). Il fallait plutôt s'en tenir aux mandats respectifs de chacun et viser « la complémentarité ».
- L'articulation entre certains services relevant de deux ministères différents, celui de l'Éducation, du Loisir et des Sports (MELS) et celui de la Santé et des Services sociaux (MSSS), s'est avérée compliquée en raison des critères différents établis par ces ministères. Par exemple, on aurait exigé du MELS des rapports signés par un pédopsychiatre concernant certaines décisions, ce qui aurait mené à un alourdissement du processus et contribué à l'engorgement des SPLSMJ.

2.8 Principales retombées de l'implantation

Comme l'implantation des SPLSMJ n'était pas complétée au moment de la collecte des données, il n'était pas réaliste d'envisager une évaluation des effets et des impacts de ces nouveaux services. Toutefois, ce contexte n'excluait pas la possibilité de déceler certaines premières retombées – pas nécessairement permanentes – de cette implantation. Selon les cas, celles-ci ont pu apparaître comme positives ou négatives.

On note cependant que certains n'ont pas identifié de retombées après une première année d'implantation des SPLSMJ. À leur avis, il était à ce moment trop tôt pour parler de retombées, puisque ce nouveau projet était encore « *en construction* », et qu'il était à une étape correspondant à la création de réseaux locaux qui n'étaient pas encore définis.

2.8.1 Retombées générales

Les participants ont identifié des retombées de l'implantation des SPLSMJ qui étaient de nature plutôt générale. Elles ne touchaient pas directement la clientèle visée et rejointe, ni les changements perçus à l'égard de la pratique professionnelle ou de la mission des organisations concernées. D'abord, plusieurs participants ont considéré que l'implantation des SPLSMJ avait eu des **retombées sur l'organisation des services**.

- L'implantation des SPLSMJ aurait amené une diminution de l'accessibilité géographique aux services de pédopsychiatrie dans le territoire du nord. On aurait également observé une plus grande variété de problématiques chez les enfants rejoints.

- Il semble aussi que le service de pédopsychiatrie serait devenu plus restrictif quant aux cas acceptés, car on y aurait fixé des critères mieux définis.
- On aurait observé moins de dédoublement dans les demandes de services réalisées en même temps en santé mentale de première ligne et en pédopsychiatrie.
- Au moment de la collecte des données, une meilleure continuité entre les services aurait été réalisée dans le sud grâce au fait que des personnes avaient été nommées pour mettre les choses en place. Il semble qu'on n'était plus devant les « *deux solitudes* » qui prévalaient auparavant.
- Un participant a affirmé que ça n'avait pas été une bonne idée de déménager et de concentrer les SPLSMJ au CLSC de Joliette, pour ce qui est du territoire du nord, car cela n'avait pas permis de développer la perception d'une équipe sous-régionale.
- Selon certains, l'implantation des SPLSMJ aurait eu comme retombée négative le fait que les jeunes en crise ne seraient plus référés au CHRDL auquel la pédopsychiatrie était liée.
- Pour l'équipe de pédopsychiatrie, le manque de médecins aurait entraîné un problème concernant la prescription de médicaments, ainsi qu'un alourdissement des dossiers.

Ensuite, des informateurs ont aussi observé des **retombées qui touchaient la qualité des services**.

- Une personne a simplement affirmé que les services étaient maintenant meilleurs. Pour sa part, un participant a précisé que c'était l'accessibilité à ces services qui était améliorée, notamment pour certaines clientèles qui « *tombaient dans le vide* » auparavant.
- Selon un informateur, de meilleurs services auraient été rendus disponibles dans le nord, puisque les SPLSMJ avaient permis une plus grande mobilité des intervenants, par rapport à ceux de la pédopsychiatrie, présents seulement à Repentigny. D'après lui, on ferait de meilleures évaluations « *à domicile* ».

2.8.2 Clientèle visée et rejointe

En ce qui concerne la clientèle visée et rejointe, les avis étaient plutôt partagés entre les divers participants. Notons que cette question n'a pas été abordée formellement avec l'équipe de pédopsychiatrie, néanmoins des personnes de ce groupe en ont discuté spontanément. Certains ont échangé sur le type de clientèle, c'est-à-dire des **caractéristiques des personnes visées et rejointes**.

- Dans l'ensemble, les participants ont considéré que la clientèle rejointe était bien celle qui était visée. Quelques-uns ont précisé, cependant, que tous les jeunes qui demandaient des services n'étaient pas rejoints pour autant. Par contre, d'autres ont exprimé un avis contraire selon lequel la clientèle visée ne serait pas nécessairement rejointe, ni pour les types de cas, ni pour leur nombre.

L'attitude des clients visés à l'égard des nouveaux SPLSMJ a aussi été abordée.

- Il semble qu'au moment de la collecte des données, dans le réseau du nord, les parents et les enfants acceptaient plus facilement d'aller « *en santé mentale plutôt qu'en pédopsychiatrie* ».

D'autres participants ont comparé **la situation prévalant avant la mise en place des SPLSMJ et celle qui était expérimentée** au moment de la collecte des données.

- Pour certains, si la clientèle visée était bien rejointe, elle l'était déjà dans le sud avant la mise en place des SPLSMJ.
- De son côté, une des personnes rencontrées s'est montrée critique quant aux retombées du modèle implanté touchant la clientèle. Selon elle, celui-ci aurait été implanté pour économiser de l'argent « *sans garantir avant un filet de sécurité médicale* », si bien que des enfants se seraient retrouvés sans services médicaux. Il semble que cette situation existait déjà avant la mise en place du nouveau modèle, mais qu'on n'en aurait pas profité pour rectifier le tir. Ce faisant, on aurait mis « *la charrue devant les bœufs* ».

D'autres encore ont traité plus particulièrement de cette question en fonction de **la gestion des listes d'attente**.

- Selon quelques-uns, l'objectif était atteint en ce qui concerne la liste d'attente de la pédopsychiatrie.
- Au contraire, des participants ont jugé que la clientèle visée était rejointe dans le nord, à l'exception des personnes sur la liste d'attente. À leur avis, cette liste était même plutôt en augmentation au moment de la collecte des données.
- Si les listes d'attente demeuraient longues, il y aurait eu tout de même, selon un informateur, « *moins de personnes qui attendaient* » dans le nord. Un autre a précisé pour sa part que l'implantation avait créé « *un déséquilibre* », puisque le désengorgement de la pédopsychiatrie se serait soldé par un engorgement des SPLSMJ.
- Un des acteurs a affirmé que la liste d'attente de la pédopsychiatrie était passée de 350 personnes cinq ans plus tôt, à environ 160 personnes au moment de la collecte des données. Selon lui, ces personnes étaient maintenant « *à la bonne place* ».
- Par contre, une personne s'est montrée plutôt perplexe quant aux retombées de l'implantation touchant la clientèle. Selon elle, la mise en place des SPLSMJ aurait constitué une amélioration au chapitre de la sécurité consécutive à une référence provenant de la deuxième ligne. Par contre, cette implantation aurait aussi eu comme conséquence une liste d'attente trop longue (délais d'attente de quatre à six mois). Un autre participant a précisé que depuis un an (lors de la collecte des données), la première ligne aurait accueilli davantage de cas venus de la pédopsychiatrie que le contraire. Toutefois, quelqu'un a relativisé cette affirmation. Selon lui, comme il n'y avait pas de guichet unique en place au moment de la collecte des données, il était difficile de dire si des cas de

pédopsychiatrie avaient été seulement transférés aux SPLSMJ après leur implantation ou si on avait assisté à une réelle diminution du nombre de cas.

Enfin, au regard de cette thématique de la clientèle visée et rejointe, des personnes rencontrées ont ajouté des précisions qui permettent de mieux **comprendre l'influence du contexte de l'implantation**.

- Les situations particulières que constituent les crises, et spécifiquement les crises suicidaires, en ont préoccupé certains. Il a notamment été mentionné que l'existence de listes d'attente avait des répercussions sur les personnes ayant eu des crises suicidaires.
- D'autres ont plutôt insisté sur l'accès privilégié aux services qui aurait été développé pour les personnes en situation de crise. En fait, cet aspect positif était attribué principalement à l'expertise développée (critères d'évaluation et de référence) par la personne responsable de l'accueil dans le réseau du nord.
- Le caractère évolutif et variable des modalités d'accueil de la clientèle a aussi été souligné. Il a été mentionné que les critères d'admission avaient été modifiés en cours de route. On a noté aussi que ceux-ci avaient été au départ « *autodéfinis* » par l'équipe des SPLSMJ avec la pédopsychiatrie, indépendamment de l'avis de l'équipe famille-enfance-jeunesse. Dans le même ordre d'idées, on a déploré que le potentiel de co-intervention (SPLSMJ et équipe famille-enfance-jeunesse) n'ait pas été exploité, de manière à viser une liste d'attente moins longue en santé mentale jeunesse par rapport à celle de l'équipe famille-enfance-jeunesse. Des participants ont toutefois affirmé que les services autodéfinis n'étaient pas inhérents au processus d'implantation des SPLSMJ, mais qu'il s'agissait en fait, selon eux, d'un « *fonctionnement vicié que nous avons tous* ».

2.8.3 Changements perçus à l'égard de la pratique professionnelle

La plus grande part des retombées identifiées par les participants touchaient les pratiques professionnelles des différents intervenants concernés par les nouveaux SPLSMJ mis en place. D'ailleurs, un d'entre eux a clairement affirmé qu'à son avis, l'implantation avait eu davantage d'impact sur les pratiques que sur les missions. Dans le même sens, quelques observations étaient **plutôt générales**.

- Une des personnes rencontrées a affirmé que la pratique professionnelle n'avait pas vraiment changé, mais qu'elle avait davantage « *évolué* ».
- Un autre a affirmé que les changements observés dans les pratiques professionnelles (par exemple, ne plus « *voir n'importe qui n'importe quand* ») ne s'expliquaient pas nécessairement par l'implantation des SPLSMJ, mais davantage par le problème de la pénurie de pédopsychiatres.
- Parmi les participants, on a souligné que l'implantation des SPLSMJ amenait une période de transition au cours de laquelle était vécu un relatif « *choc de cultures* », particulièrement dans le réseau du nord, en outre parce que le nouveau service intégrait quatre personnes qui travaillaient auparavant en pédopsychiatrie.

De plus, cette intégration ne semblait pas facile, puisque des intervenants avaient l'impression qu'elle était le résultat d'« *agendas cachés* » ou de « *games* ».

- Selon une personne, les intervenants dans le sud disposaient d'« *un minimum d'outils pour bâtir une maison* ».
- D'après certains, les intervenants des services de première ligne avaient tendance à voir davantage d'incidences négatives sur leurs pratiques dans la mise en œuvre des SPLSMJ.

Certaines des retombées identifiées se rapportaient à **l'approche adoptée** face aux problèmes et aux cas à traiter.

- Selon un participant, l'approche retenue « *fuit le mot traitement* », parce que celui-ci aurait « *une connotation médicale* ». Autrement dit, la « *culture de la première ligne* » serait différente de l'approche médicale, et elle compterait sur la participation concertée de « *différents intervenants travaillant sur des déterminants de la santé* », notamment des psychologues, travailleurs sociaux et organisateurs communautaires. Par contre, il ne semble pas facile de faire adopter par tous cette approche psychosociale et, au moment de la collecte des données, des médecins se voyaient encore comme « *les principaux acteurs dans les traitements* ». De plus, quelques-uns ont considéré qu'il fallait encore « *auto-définir plus clairement les différentes marches* » du traitement ou de la prise en charge.
- Dans le contexte des nouveaux SPLSMJ, les intervenants auraient eu à offrir « *des services de court terme à des clientèles qui nécessitent des services à long terme* ». Également, on a souligné que les intervenants de l'équipe clinique du sud avaient à s'occuper de clientèles qu'ils n'avaient pas auparavant, soit des personnes présentant des troubles persistants chroniques et des troubles envahissants du développement.

Il semble que l'implantation des SPLSMJ ait aussi eu des retombées sur **la répartition des rôles** entre les organisations et les intervenants concernés.

- Compte tenu des ressources limitées, une commission scolaire aurait suspendu un psychologue pour ses jours affectés au comité de santé mentale. La raison invoquée aurait été que l'organisation ne devait pas payer quelqu'un pour faire le travail de l'équipe de première ligne en santé mentale jeunesse.
- En ce qui concerne la pratique médicale, l'implantation des SPLSMJ n'aurait pas entraîné les changements souhaités. Ainsi, peu de médecins feraient des demandes aux SPLSMJ, notamment dans le réseau du nord, et il faudrait encore leur expliquer le fonctionnement de ces services.
- Le fait que l'équipe de SMJ ne soit pas articulée pour recevoir des jeunes ayant eu des crises suicidaires qui sortent des urgences entraînerait des problèmes. Pour y remédier, on a rapporté que les intervenants de l'équipe clinique du nord les acheminaient parfois en santé mentale adulte pour qu'ils soient vus dans la

semaine même, plutôt que trois semaines ou un mois plus tard. Cette pratique était perçue comme « *un extra* ».

- Comme l'implantation des SPLSMJ était toujours en cours au moment de la collecte des données, le caractère transitoire de la situation donnait encore lieu à de la confusion dans les mécanismes de référence. Ainsi, des ajustements apparaissaient encore nécessaires, notamment dans le réseau du sud : d'une part, pour que les jeunes qui demandent des services sachent à qui s'adresser, et d'autre part, pour que les omnipraticiens ne réfèrent plus directement à la pédopsychiatrie, mais plutôt aux SPLSMJ.
- Selon un participant, l'évaluation des cas se présentant à l'urgence de l'hôpital se serait de mieux en mieux créée, comme un filtre, avec des notes visant à faciliter la continuité des interventions. Toutefois, un autre a affirmé que les médecins de l'urgence, ne voyant qu'une seule fois des jeunes présentant des problèmes de santé mentale, n'avaient pas tendance à remplir les formulaires de référence nécessaires, pour ne pas s'engager à faire un suivi auprès de ces derniers.

Des personnes ont mentionné que l'implantation des SPLSMJ obligeait à **travailler davantage en interdisciplinarité**.

- D'après l'une d'entre elles, la collaboration accrue avec les autres professionnels permettait d'offrir « *un plus large éventail de services* » pour faire face à « *la complexité des problématiques* ». Également, le travail « *plus en réseau* » était perçu comme une amélioration par rapport à la situation antérieure, alors que les intervenants et services fonctionnaient indépendamment les uns des autres.
- Une autre a expliqué que l'interdisciplinarité permettait « *d'autres possibilités de lecture des cas* » et même « *toute une palette de couleurs* » à cet effet. Elle a précisé qu'à son avis, cela ne signifiait pas nécessairement qu'il fallait « *demandeur tout le temps l'avis de tout le monde* », mais qu'il était maintenant possible de demander des avis avant de rencontrer un jeune. Cette personne a aussi ajouté que l'expertise, dans une équipe multidisciplinaire, ne variait pas seulement en fonction des professions, mais aussi selon les individus.
- Par contre, un participant a déploré que cette obligation de travailler avec d'autres personnes, organisations et intervenants n'ait pas été accompagnée d'une formation en vue de faire face à de nouvelles problématiques.

Quelques difficultés mentionnées au chapitre des retombées touchaient **les ressources humaines**.

- Vu le caractère encore transitoire de la situation (implantation non terminée), un participant a affirmé que les intervenants de l'équipe clinique du sud vivaient une certaine « *insécurité* », car ils ne savaient pas « *où chacun sera dans un an* ». En fait, on a déploré que, pendant l'implantation, « *le facteur humain n'était pas pris en compte* ».
- Un participant a souligné que la deuxième ligne était fragile, parce qu'elle comptait alors seulement sur deux pédopsychiatres.

2.8.4 Changements perçus à l'égard de la mission des organisations

Dans l'ensemble, les informateurs ne semblent pas avoir identifié de changements majeurs à la mission des organisations concernées qui pourraient être attribuables à l'implantation des SPLSMJ.

- Selon une personne, la volonté et les efforts pour redéfinir les services de première et de deuxième ligne étaient antérieurs à cette implantation. On considérait à ce moment que les changements qui pourraient être observés au chapitre des missions des organisations ne pouvaient être attribués à ce processus.
- On a affirmé que la mission des organisations touchées par l'implantation n'avait pas changé, mais qu'elle avait été plutôt « consolidée » ou « confirmée de façon plus précise ». D'une certaine manière, il s'agissait de recentrer les services de deuxième ligne sur leur mission, ou du moins de les faire avancer vers cet objectif, puisqu'au moment de la collecte des données, il semble que ces services « faisaient encore quelques activités de première ligne ».
- Un participant a considéré que l'implantation des SPLSMJ avait davantage amené des changements à l'égard des pratiques plutôt que des missions.
- Quelqu'un a fait remarquer que certains changements observés touchaient les missions des organisations, mais qu'ils étaient plutôt « implicites ». Il a précisé qu'à son avis, les fusions entre CLSC et CH avaient amené leurs missions respectives à devenir plus « globales » tout en comportant « des cibles précises ». De plus, ces changements implicites se manifestaient dans le vocabulaire puisque, par exemple, on ne parlait plus de « services de CLSC », mais plutôt de « services de première ligne ».
- Enfin, un participant a exprimé sa crainte que la fusion avec le CH conduise à « mettre au deuxième rang » les services offerts par les SPLSMJ, étant donné leur approche axée davantage sur l'aspect psychosocial que sur l'aspect médical.

2.9 Suggestions et recommandations des participants

À la fin des entrevues, les informateurs ont été invités à exprimer leurs commentaires, suggestions ou recommandations en vue d'améliorer l'implantation des SPLSMJ ou le suivi de ce processus. Cette dernière étape devait leur permettre de résumer leurs propos précédents et d'émettre des éléments de conclusion ouverts sur l'avenir. Divers thèmes ont été rediscutés à cette étape. En fait, les participants ont surtout cherché à rappeler leurs diverses préoccupations.

Des commentaires, suggestions et recommandations ont porté sur **l'articulation et l'arrimage entre les différents services, acteurs et équipes concernés**, ainsi que sur **la continuité de leurs mandats**.

- Une des personnes rencontrées a mentionné, d'un point de vue général, qu'il fallait améliorer les mécanismes de référence et d'arrimage. Une autre a spécifié qu'il faudrait notamment pouvoir arrimer les interventions en santé mentale réalisées auprès des enfants avec celles qui sont effectuées auprès de leurs parents qui éprouvent le même genre de problèmes.
- On a mentionné que, pour faire les bons arrimages entre les services concernés, il fallait définir adéquatement les tâches de chacun et bien partager la définition de ce qu'est une équipe de première ligne.
- Il a été signalé que dans le sud, il fallait « *mieux définir le cadre des services* », en identifiant un chef de programmes comme porte-parole et en établissant des ententes de services.
- Selon un informateur, la continuité des services existait à l'époque du Centre de jour en pédopsychiatrie. On a aussi souligné qu'il ne fallait pas « *toujours repartir la machine à zéro* » lorsqu'on changeait d'intervenant pour un même dossier, mais qu'on devrait assurer une complémentarité ou une continuité par rapport au travail déjà réalisé.
- On a déploré qu'il n'y ait pas d'ouverture perçue quant à la possibilité de discuter des cas entre l'équipe famille-enfance-jeunesse et les nouveaux SPLSMJ.
- Un participant a également émis le souhait que des liens soient créés et développés avec les Centres jeunesse de Lanaudière, parce que les jeunes desservis par cette organisation présentaient une augmentation des taux de suicide, et que ces derniers n'étaient pas connus par les équipes jeunesse des CLSC.
- Une personne a exprimé des inquiétudes quant à l'articulation possible des SPLSMJ avec « *le communautaire* ».

L'**accessibilité des services en lien avec les besoins de la clientèle** est un thème qui a intéressé plus particulièrement certains participants.

- L'un d'entre eux a affirmé que l'accessibilité des services ne signifiait pas nécessairement leur accessibilité physique. Il a précisé qu'à son avis, dans une perspective d'efficacité et d'efficience, quand les intervenants doivent se déplacer pour aller rencontrer la clientèle, cela réduit le temps dont ils disposent pour l'intervention.
- Un autre a affirmé que l'équipe de santé mentale jeunesse ne devait pas décider de l'accessibilité géographique des services.
- Des participants se sont préoccupés particulièrement de la façon dont était assumé le suivi des jeunes ayant eu des crises suicidaires dans le contexte de l'implantation des SPLSMJ. À leur avis, il y avait des problèmes à cet égard et on croyait qu'il fallait améliorer les mécanismes de la trajectoire de ces cas à travers les services. On précisait que cette trajectoire n'était pas identique à celle des adultes ayant eu des crises suicidaires, et notamment que les SPLSMJ « *ne faisaient pas de crise* ». Comme élément de solution, on proposait de réserver « *un couloir de l'urgence à la santé mentale* ».

- On a souligné le besoin d'un service de répit pour les familles de jeunes ayant des problèmes de comportement dans le réseau du sud. Ce service pourrait prendre la forme de familles d'accueil et de ressources d'hébergement. On a précisé que la DPJ n'était pas outillée pour les jeunes ayant des problèmes de santé mentale, et que le gardiennage n'était pas non plus une solution adéquate pour des cas lourds.

Des participants ont rappelé leurs préoccupations à l'égard des **ressources humaines**. Notamment, plusieurs ont souligné le manque d'effectifs et certaines répercussions de cette situation.

- D'après des informateurs, l'augmentation du nombre de ressources humaines en première ligne était nécessaire pour arriver à diminuer les listes d'attente, de manière à ce que les services puissent être offerts dans un délai maximum de deux à trois mois.
- Il a été suggéré qu'à la suite de la fusion, on s'efforce d'équilibrer le nombre de ressources humaines sur les deux territoires.
- On a avancé l'idée que les projets cliniques permettraient éventuellement d'améliorer la situation en ce qui concerne les ressources humaines et le fonctionnement optimal des SPLSMJ.
- On a précisé qu'il fallait augmenter le nombre de ressources humaines dans l'équipe clinique du nord, mais qu'il fallait également les intégrer, notamment par un encadrement adéquat du point de vue clinique.
- Il a été question du sentiment d'impuissance ressenti parfois par les intervenants et les parents dans l'équipe clinique du sud, en raison du manque de ressources humaines. On a aussi mentionné que cette situation s'observait aussi bien « à l'interne » que « dans la communauté ».
- On a également rappelé, à l'égard du manque d'effectifs, que Lanaudière demeurait depuis dix ans la région la plus pauvre par rapport au réseau de la santé et des services sociaux. On a mentionné que ce serait une bonne chose que soit réglée la convention collective dans ce secteur, de manière à « *augmenter le salaire de tout le monde* » et à améliorer leurs conditions de travail.
- Pour accroître les effectifs jugés insuffisants des SPLSMJ, un participant a suggéré de faire appel à l'ASSS de Lanaudière pour réclamer des budgets supplémentaires, soulignant que le manque était de l'ordre de 50 %.
- L'idée a été émise qu'il serait intéressant d'obtenir des données afin de connaître les effectifs respectifs des équipes de santé mentale jeunesse et de celle de la pédopsychiatrie, afin d'être en mesure de juger s'ils étaient bien équilibrés en fonction des besoins.

Des participants ont également émis des commentaires, suggestions et recommandations concernant **l'encadrement et la coordination des intervenants**, ainsi que **leur pratique professionnelle**.

- On a souligné que si on arrivait à augmenter les effectifs pour obtenir le nombre requis de ressources humaines, particulièrement dans l'équipe clinique du nord, il faudrait encore arriver à les intégrer adéquatement, c'est-à-dire à les encadrer, les soutenir, les appuyer et les superviser du point de vue clinique.
- Pour l'équipe clinique du sud, on a réclamé un chef de programmes rattaché à la santé mentale qui soit en mesure de définir les besoins et d'établir des mécanismes de coordination et de référence. La nomination d'une telle ressource permettrait en outre d'éviter que les SPLSMJ soient davantage associés aux services jeunesse plutôt qu'aux services de santé mentale, et qu'on leur envoie des cas plus complexes relevant des services jeunesse et non des services de santé mentale. On a mentionné également qu'un certain inconfort était décelable chez des intervenants qui se demandaient qui allait assumer ce rôle car, à leur avis, la personne nommée était importante.
- Un participant a mentionné que dans le sud, des gestionnaires n'étaient pas au courant de la réalité de l'intervention terrain : débordements et surcharges liés au travail en interdisciplinarité.
- On a identifié un besoin d'encadrement et d'assistance professionnelle pour les intervenants.
- Une des personnes rencontrées a déploré que la gestion de cas par les intervenants, qui avait été prévue par les dirigeants de l'équipe de santé mentale sous-régionale, n'était pas encore mise en place.
- Selon des personnes, les cas référés devraient être accompagnés d'information, par exemple sur les symptômes observés. L'information pourrait être émise sous la forme de rapports d'évaluation préparés par les intervenants ayant rencontré précédemment les jeunes référés. On a constaté d'ailleurs une évolution, notamment dans le nord, puisque ces rapports étaient maintenant demandés. On a ajouté cependant qu'il serait préférable de ne pas avoir à réclamer ces rapports.
- On a précisé qu'à l'équipe clinique du nord, on souhaitait pouvoir faire « *des évaluations plus approfondies des demandes* », basées par exemple sur la lecture des rapports produits antérieurement par d'autres intervenants. On a ajouté que ce rôle existait auparavant et qu'il était assumé par un agent de liaison, un poste qui répondait à une exigence du MSSS, et qu'apparemment, celui-ci aurait été « *tassé* » en cours de route.
- Considérant qu'il y avait davantage une consolidation qu'une véritable implantation de nouveaux services dans le sud, des participants ont souligné l'importance de prendre en considération la connaissance terrain et l'expertise déjà développées par les intervenants, notamment en ce qui concerne la clientèle, la mécanique de fonctionnement, etc.
- Un participant a exprimé la suggestion que soit mise en place une « *préévaluation* » des cas, par le moyen d'un questionnaire destiné aux parents, en collaboration avec les médecins et en vue de la prescription. Il pourrait s'agir de l'adaptation d'un formulaire déjà utilisé en pédopsychiatrie.

L'approche clinique est un autre thème qui a été abordé parmi les commentaires des informateurs.

- On a mentionné que ce n'était pas la meilleure attitude de se présenter dans un établissement en tant qu'experts pour aller rencontrer des jeunes, mais qu'il était préférable de travailler avec la clientèle dans son propre milieu, lequel varie beaucoup d'une municipalité à l'autre. Ainsi, il ne fallait pas opposer efficacité et aspect clinique et penser exclusivement comme des « *professionnels rationnels* », en centralisant les déplacements de la clientèle vers un point unique (Joliette dans le territoire du nord), ce qui avait pour conséquence, d'après certains, de privilégier et de légitimer le confort personnel des intervenants.
- Un participant a précisé que, pour les clientèles de familles multiproblématiques dans lesquelles les difficultés sont davantage d'ordre culturel, il fallait penser les interventions en nombre d'années.
- On a rappelé que l'approche systémique nécessitait que les intervenants soient en contact avec les autres personnes qui travaillent avec la même clientèle. C'est pourquoi la suggestion a été émise d'offrir une formation de trois jours sur l'approche systémique, destinée aux intervenants en santé mentale jeunesse aussi bien qu'à l'équipe famille-enfance-jeunesse et aux Centres jeunesse. Cette formation viserait à développer un langage commun pour toutes les équipes et les services concernés. Elle devrait mettre l'accent sur les compétences du milieu et insister pour que l'on n'associe pas trop étroitement les enfants avec leurs symptômes.

Le thème de **la communication** et de **la circulation d'information** a été abordé de nouveau par certains.

- Selon des participants, il faudrait mettre en place des mécanismes afin de mieux organiser la communication et la transmission d'informations entre les différents services concernés. Par exemple, on proposait de désigner des personnes ressources ou des intervenants pour « *faire une charnière* » dans l'arrimage entre des services spécifiques, ou encore de mettre sur pied des « *tables formelles* ».
- Pour être en mesure d'articuler plus efficacement les services de la première et de la deuxième ligne, il faudrait que les acteurs concernés des deux groupes parviennent à « *plus se parler* ». Et pour cela, il faudrait qu'ils disposent de plus de temps et de conditions favorables.
- Le souhait a été exprimé que l'équipe clinique du nord obtienne de l'information sur le fonctionnement de l'équipe de première ligne en santé mentale jeunesse du sud.
- Pour l'équipe clinique du sud, on souhaite que soient améliorés les mécanismes internes de communication et d'information.

Des participants ont aussi rappelé les problèmes vécus au sujet des **listes d'attente**.

- Une des personnes rencontrées a affirmé qu'il fallait mieux gérer le suivi des jeunes ayant eu des crises suicidaires et qui se retrouvent par la suite sur une liste d'attente.
- On a suggéré de mettre en place un mécanisme simple afin de pouvoir s'occuper des urgences avant que les cas soient pris en charge sur la liste d'attente.
- On a souligné que les difficultés à diminuer la liste d'attente en première ligne étaient attribuables à l'insuffisance du nombre de ressources humaines.
- Un participant a affirmé qu'il lui apparaissait inadmissible d'observer des délais d'attente de six mois pour obtenir des services en santé mentale jeunesse, puisqu'il s'agissait d'enfants.

Des informateurs ont considéré que les SPLSMJ devaient être mieux connus et reconnus et que, pour ce faire, il fallait en faire **la publicité et la promotion**.

- Des acteurs ont mentionné qu'il fallait envisager de « *faire quelque chose de médiatique* » pour faire connaître ces services.
- On a aussi souligné que, dans le territoire du nord, il fallait que les SPLSMJ soient davantage reconnus et identifiés au niveau sous-régional, et non spécifiquement au CLSC de Joliette.
- D'autres ont affirmé que, dans le territoire du nord, il fallait faire la publicité et la promotion des SPLSMJ auprès des médecins et du milieu scolaire.

Plusieurs ont jugé important d'émettre des commentaires, suggestions ou recommandations en vue d'élaborer un **plan d'action pour la suite du processus d'implantation**.

- Des personnes se sont intéressées au rôle éventuel du comité de mise en œuvre dans la suite du processus d'implantation. Il a été mentionné qu'il faudrait bien camper leur mandat et bien identifier « *un leadership* » au sein de ce comité et que, par la suite, il faudrait accorder une priorité à la diffusion de l'information.
- En lien avec la réaffirmation du mandat du comité de mise en œuvre, un participant a jugé important de rétablir des liens avec la concertation régionale jeunesse, qui serait le lieu où pourrait être confirmé ce mandat ainsi que le « *leadership* » du comité.
- On a mentionné aussi qu'il faudrait établir un lien avec la Direction régionale des affaires médicales et universitaires de l'ASSS de Lanaudière, afin de conclure des ententes, concernant notamment les groupes de médecins de famille (GMF), au sujet de la santé mentale.
- Une relative insatisfaction a été exprimée concernant la façon dont s'était déroulé jusque-là le processus d'implantation pour les équipes cliniques. On a affirmé « *ne pas avoir été au courant de tout le gros projet à long terme* » dans l'équipe clinique du sud. On a réclamé de la transparence et de la communication de la part des supérieurs hiérarchiques, afin de mieux « *savoir où ils s'en vont avec ça* »

pour l'équipe clinique du nord. On a également exprimé le souhait que soit développée « *une programmation comme il y en a dans toutes les équipes autres que santé mentale* », c'est-à-dire un plan d'action.

- Dans le même sens, on a déploré le rôle limité qu'on aurait attribué aux gestionnaires de première ligne jeunesse dans le processus d'implantation. Ainsi, on a rapporté qu'au début, ceux-ci auraient été davantage invités à participer. Ensuite, on ne les aurait plus invités, mais ils auraient été informés de l'avancement. Puis, à la fin, on ne les aurait même plus informés.
- On a souligné que le comité de mise en œuvre et d'implantation avait fait beaucoup de travail au-delà de la mise en place des structures, notamment en s'assurant que les structures « *marchent* ». Toutefois, on exprimait une inquiétude pour l'avenir : on se demandait qui allait porter les recommandations de l'évaluation dans le contexte où « *beaucoup de personnes allaient changer de sièges* ». Cette inquiétude touchait la continuité. On disait ne pas être sûr que « *les nouvelles personnes en place allaient comprendre rapidement les enjeux* ».

Enfin, quelques-uns se sont intéressés plus spécifiquement à **la démarche d'évaluation**.

- Une personne a suggéré qu'une réunion de l'équipe clinique du nord soit organisée afin de partager les résultats de l'évaluation en cours auprès des intervenants « *de la base* ».
- Un autre participant a exprimé le souhait qu'un processus d'évaluation beaucoup plus approfondi soit réalisé.

CONCLUSION

Ainsi qu'il a été mentionné à quelques reprises dans les pages précédentes de ce rapport, il est certain que la situation de l'implantation des SPLSMJ a évolué depuis la collecte des données réalisée à l'automne 2005, soit après une année de mise en œuvre. Il est probable, de plus, qu'elle ait évolué de façon différente dans les deux territoires de CSSS de la région, comme le laissaient déjà présager les témoignages recueillis.

Malgré ce temps écoulé depuis le début de la démarche d'évaluation, les résultats de cette étude pourront tout de même trouver leur utilité auprès des différentes organisations concernées et de leurs gestionnaires. Ils pourront éclairer les points forts et les points faibles du processus d'implantation. Ils pourront ensuite nourrir les réflexions et les nouveaux efforts d'organisation de services en santé mentale jeunesse, de manière à tableur sur les acquis positifs de l'expérience décrite et analysée tout en tenant compte des difficultés mises en lumière et expliquées. Il s'agit d'ailleurs, rappelons-le, du rôle poursuivi par une évaluation formative; soit celui de fournir de l'information utile pour améliorer des pratiques en cours. En ce sens, bien que l'évaluation ait davantage mis en lumière des lacunes que des succès rattachés au processus d'implantation des SPLSMJ lors de la première année, la prise en compte de ces difficultés ne pourra qu'être bénéfique à l'organisation et à la coordination des services concernés.

Parmi les principaux constats généraux de cette étude, on doit retenir que l'implantation des SPLSMJ semble s'être déroulée plus facilement sur le territoire du CSSS du sud que sur celui du CSSS du nord, notamment parce que l'évolution historique des services en santé mentale jeunesse avait conduit à une organisation de services déjà plus proche de celle que l'on souhaitait mettre en place. Il va sans dire que le discours des participants à l'égard de la première année d'implantation des SPLSMJ a été teinté par leur vécu ou par les observations réalisées en fonction de leur rôle d'acteur (organisations d'origine ou d'appartenance, acteurs de terrain ou gestionnaires, formations professionnelles, etc.). En fait, les besoins et les préoccupations de ces différents acteurs, de même que les difficultés particulières rencontrées par chacun, variaient en fonction de leur situation par rapport aux services en voie de réorganisation. Il semble bien que les responsables de l'implantation n'aient pas nécessairement tenu compte (ou n'aient pas pu le faire) de toutes ces situations particulières.

Recommandations

Au terme de cette évaluation, un certain nombre de recommandations ont été identifiées par les auteurs du présent rapport. Elles résultent des principaux constats émergeant de l'étude qui nécessitent une considération particulière. Elles ne constituent toutefois pas une obligation formelle d'application; ces recommandations sont plutôt présentées à titre indicatif. Il reviendra au comité de mise en œuvre d'en prendre connaissance et d'évaluer la pertinence de les mettre en pratique dans une optique d'amélioration de l'implantation de ces services. Cependant, étant donné l'évolution de la situation depuis le moment de la collecte des données, il est probable que certaines recommandations ne pourraient plus être actualisées.

Elles pourraient, par contre, être prises en compte advenant le déploiement d'un processus d'implantation de services dans un contexte similaire auquel s'associeraient différents acteurs rattachés à des organisations diverses appelées à développer de nouvelles collaborations.

1. En ce qui concerne, de façon générale, la suite du processus d'implantation

- 1.1 Assurer, par l'intermédiaire d'un comité représentant les différents acteurs concernés, un suivi des phases ultérieures de l'implantation jusqu'à ce qu'elle soit complétée. Les membres de ce comité pourraient correspondre à ceux du précédent comité d'implantation, auquel pourraient être ajoutés un médecin ainsi qu'un ou des acteurs de l'intervention en première ligne ou connaissant bien ce terrain.
- 1.2 Définir et assurer, à travers le comité de suivi de l'implantation, un « *leadership* » clair pour la suite du processus d'implantation et établir des objectifs, une planification et un échéancier précis en vue de compléter cette implantation.
- 1.3 Assurer une meilleure communication « *verticale* » entre les gestionnaires et les intervenants du terrain, pour mieux les « *mettre dans le coup* » et profiter de leur expertise dans la planification et l'organisation de l'implantation, et tout au long du processus d'implantation, de manière à développer une collaboration plus satisfaisante et à faire en sorte que tous les acteurs directement concernés s'approprient mieux la démarche et ses résultats.
- 1.4 Arrimer aussi étroitement que possible la suite du processus d'implantation avec la mise en place des projets cliniques.
- 1.5 Organiser une promotion ou une publicité des SPLSMJ afin que leur rôle par rapport à l'organisation des services jeunesse et des services en santé mentale soit mieux connu et qu'ils soient utilisés de la façon la plus efficiente possible. Faire connaître en même temps le mandat des SPLSMJ du territoire du nord, bien qu'ils soient regroupés dans le CLSC de Joliette.

2. Au sujet de l'arrimage entre les différents services concernés

- 2.1 Mieux délimiter les rôles et les mandats des différents services et équipes, et mieux organiser les mécanismes d'articulation entre eux. Faire en sorte que l'information sur ces rôles, mandats et mécanismes d'articulation soit claire et qu'elle soit transmise à tous les acteurs, services et équipes concernés, de manière à standardiser la trajectoire que devraient suivre les cas dans leur traitement et leur prise en charge.
- 2.2 Développer notamment des liens mieux définis entre les SPLSMJ et les équipes famille-enfance-jeunesse, en vue de rendre possible une co-intervention qui pourrait contribuer à la diminution des listes d'attente.
- 2.3 Déployer des efforts particuliers auprès des médecins généralistes afin : 1) qu'ils connaissent mieux les nouveaux SPLSMJ; 2) qu'ils développent l'habitude d'adresser des références aux SPLSMJ et non principalement et directement en pédopsychiatrie; et 3) que ceux qui reçoivent à l'urgence des enfants et des jeunes présentant des problèmes de santé mentale prennent l'habitude de remplir les formulaires de référence requis même s'ils doivent assumer un suivi de ces cas.
- 2.4 Mettre en place des mécanismes formels de gestion des listes d'attente qui permettront d'assurer un traitement prioritaire ou particulier des enfants et des jeunes dont les cas constituent des urgences (notamment les cas reliés aux crises suicidaires) ou qui nécessitent une aide pharmacologique.
- 2.5 Assurer la transmission systématique des rapports d'évaluation lors de la référence de cas d'un service à l'autre.
- 2.6 Conserver des liens de suivi entre les différents services qui se relaient à la suite de la référence de cas dans la trajectoire de traitement des jeunes.

3. En ce qui concerne les ressources humaines

- 3.1 Augmenter le nombre de ressources humaines dans les SPLSMJ, en fonction des barèmes fixés par le MSSS, de manière à soulager les intervenants de la surcharge de travail observée et à réduire les listes d'attente.
- 3.2 Envisager la possibilité, afin de pallier temporairement le manque de psychologues dans les SPLSMJ pour répondre aux besoins, de transmettre des cas à des psychologues d'autres services (par exemple, du milieu scolaire et des cliniques privées).

4. Au sujet de l'encadrement et de la coordination des intervenants ainsi que de leur pratique professionnelle

- 4.1 Développer et diffuser, avec l'aide d'un chef de service spécialement mandaté, un cadre de services comportant une définition plus claire des pratiques professionnelles en fonction des rôles dévolus aux différents acteurs de la première et de la deuxième ligne.
- 4.2 Assurer la persistance du rôle d'intervenant pivot ou d'agent de liaison afin de permettre une meilleure articulation des références entre services, et une clarification des messages transmis en accompagnement de ces références.
- 4.3 Mettre en place des environnements facilitants, notamment des bureaux situés à proximité, afin de développer la communication et les échanges concernant les cas, entre les différents membres des équipes de première ligne en santé mentale jeunesse. S'assurer également que les SPLSMJ disposent d'un nombre suffisant de locaux pour permettre de rencontrer les jeunes dans les différents points de services et celle d'intervenants concernés par un même cas.
- 4.4 Mettre en place (ou développer) une gestion électronique des dossiers, de manière à faciliter la transmission d'informations entre les différents services et équipes, et afin de limiter le temps de déplacement des intervenants aux fins de cette gestion de dossiers.

5. En ce qui concerne l'approche clinique

- 5.1 Offrir aux différents acteurs concernés (intervenants et gestionnaires) une formation leur permettant de développer une vision commune du continuum de services, et notamment des rôles spécifiques des services de première ligne par rapport à ceux de la deuxième ligne.
- 5.2 Offrir aux différents acteurs concernés (intervenants et gestionnaires) une formation leur permettant de développer une vision commune de l'approche systémique et biopsychosociale devant faciliter le développement du continuum de services et l'articulation entre la première et la deuxième ligne. Il s'agira également de permettre de mieux situer la place dévolue à l'approche médicale (dont la dimension pharmacologique) dans ce nouveau continuum de services.
- 5.3 Organiser et maintenir des rencontres cliniques suffisamment longues et fréquentes, et assurer à ces intervenants les conditions leur permettant d'être disponibles pour participer à ces rencontres et ce, afin de favoriser le développement d'une véritable interdisciplinarité entre les intervenants et les services auxquels ils sont rattachés.

BIBLIOGRAPHIE

BRETON, Madeleine, Suzanne BOUCHARD, Lorraine DESCHÊNES, Carole HINCE et Jacques RHÉAUME. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 96 p.

LECLERC, Bernard-Simon, Louise LEMIRE et Céline POISSANT. *La fonction évaluation à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière. Cadre de référence pour une démarche participative*, Saint-Charles-Borromée, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de la santé publique, Service de connaissance/surveillance/recherche/évaluation, 2000, 65 p.

RICHARD, Caroline. *Évaluation de l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière. Devis d'évaluation*, Joliette, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2005, 6 p. (diffusion restreinte)

ANNEXE 1

LETTRE DE CONFIRMATION DE LA TENUE DE LA COLLECTE DES DONNÉES

Joliette, le ... novembre 2005

Objet : Évaluation du processus d'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière

Madame, Monsieur,

Tout d'abord, je tiens à vous remercier d'avoir gentiment accepté de participer à l'évaluation de l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière. Pour faire suite à l'entente convenue avec..., je vous confirme qu'une entrevue de groupe d'une durée approximative de deux heures et à laquelle vous êtes convié aura lieu :

Date :

Heure :

Endroit :

L'évaluation est réalisée par la Direction de santé publique et d'évaluation de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière. Celle-ci est menée en collaboration avec le comité de mise en œuvre régional des services de première ligne en santé mentale jeunesse, auquel les constituantes CH et CLSC des centres de santé et de services sociaux lanaudois, la Direction des opérations réseau de l'Agence et le Programme régional de pédopsychiatrie sont associés.

L'étude vise à évaluer l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans les deux réseaux locaux de services de Lanaudière, depuis ses débuts en janvier 2005. Elle cherche spécifiquement à identifier les conditions favorables et défavorables et les principales retombées de l'implantation de ces services, et à évaluer la collaboration des principaux acteurs directement engagés dans la mise en œuvre de même que la coordination de ces services.

Afin de faciliter la collecte de données, sous réserve de l'autorisation des participants, les entrevues feront l'objet d'un enregistrement audio. Il est important de mentionner que la confidentialité de l'information recueillie et l'anonymat des participants seront assurés dans le cadre de cette évaluation.

Au plaisir de vous rencontrer prochainement afin de recueillir votre point de vue sur le sujet. L'objectif poursuivi étant d'améliorer l'implantation de ces services présentement en cours dans la région.

N'hésitez pas à communiquer avec moi pour toute information supplémentaire relativement à ce projet d'évaluation.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations les plus distinguées.

Caroline Richard
Agente de recherche sociosanitaire
Responsable du projet d'évaluation
Service de surveillance, recherche et évaluation
Tél. (450) 759-1157, poste 4456 ou sans frais 1-800-668-9229, poste 4456

/MJC

ANNEXE 2
SCHÉMAS D'ENTREVUE

**ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DES SERVICES
DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE JEUNESSE
DANS LANAUDIÈRE**

**SCHÉMA D'ENTREVUE
Comité de mise en œuvre**

Généralités et évaluation des activités réalisées

Dans le cadre de la création des réseaux locaux, comment percevez-vous le modèle d'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ?

De façon générale, l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière se réalise-t-elle telle que prévue initialement ? Si non, pourquoi ?

Pouvez-vous identifier des forces ou des aspects qui facilitent l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ? Si oui, lesquels et en quoi facilitent-ils l'implantation ?

Pouvez-vous identifier des limites ou des aspects qui entravent l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ? Si oui, lesquels et en quoi entravent-ils l'implantation ?

Comité de mise en œuvre

Selon vous, la composition du comité de mise en œuvre des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière est-elle satisfaisante ? Pourquoi ?

D'après votre perception, le comité de mise en œuvre réalise-t-il son mandat ? En quoi et pourquoi ?

Collaboration entre les principaux acteurs et fonctionnement des services

Que pensez-vous de la collaboration entre les principaux acteurs directement engagés dans l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ? Est-elle satisfaisante ? Pourquoi ?

Selon votre perception, comment évaluez-vous le fonctionnement des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ? Pourquoi ?

Dans le cadre de la création des réseaux locaux dans Lanaudière, comment évaluez-vous la coordination entre les services de première ligne en santé mentale jeunesse et les autres services, acteurs ou équipes ? Pourquoi ?

Retombées

D'après vous, quelles sont les principales retombées de la mise en œuvre des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ? Pourquoi ?

Dans l'ensemble, la clientèle visée est-elle rejointe ? En quoi et pourquoi ?

Selon votre perception, la mise en œuvre des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière a-t-elle engendré des changements à l'égard de la pratique professionnelle ou de la mission des organisations participantes ? Si oui, lesquels et en quoi a-t-elle engendré des changements ?

Commentaires

Avez-vous des suggestions ou des recommandations à formuler pour améliorer l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ou son suivi ? Si oui, lesquelles ?

**ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DES SERVICES
DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE JEUNESSE
DANS LANAUDIÈRE**

**SCHÉMA D'ENTREVUE
Gestionnaires de première ligne jeunesse**

Généralités et évaluation des activités réalisées

Dans le cadre de la création des réseaux locaux, comment percevez-vous le modèle d'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ?

De façon générale, l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière se réalise-t-elle telle que prévue initialement ? Si non, pourquoi ?

Pouvez-vous identifier des forces ou des aspects qui facilitent l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ? Si oui, lesquels et en quoi facilitent-ils l'implantation ?

Pouvez-vous identifier des limites ou des aspects qui entravent l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ? Si oui, lesquels et en quoi entravent-ils l'implantation ?

Collaboration entre les principaux acteurs et fonctionnement des services

Que pensez-vous de la collaboration entre les principaux acteurs directement engagés dans l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ? Est-elle satisfaisante ? Pourquoi ?

Selon votre perception, comment évaluez-vous le fonctionnement des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ? Pourquoi ?

Dans le cadre de la création des réseaux locaux dans Lanaudière, comment évaluez-vous la coordination entre les services de première ligne en santé mentale jeunesse et les autres services, acteurs ou équipes ? Pourquoi ?

Retombées

D'après vous, quelles sont les principales retombées de la mise en œuvre des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ? Pourquoi ?

Dans l'ensemble, la clientèle visée est-elle rejointe ? En quoi et pourquoi ?

Selon votre perception, la mise en œuvre des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière a-t-elle engendré des changements à l'égard de la pratique professionnelle ou de la mission des organisations participantes ? Si oui, lesquels et en quoi a-t-elle engendré des changements ?

Commentaires

Avez-vous des suggestions ou des recommandations à formuler pour améliorer l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ou son suivi ? Si oui, lesquelles ?

**ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DES SERVICES
DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE JEUNESSE
DANS LANAUDIÈRE**

SCHÉMA D'ENTREVUE

Équipes cliniques première ligne en santé mentale jeunesse (nord et sud)

Généralités et évaluation des activités réalisées

Dans le cadre de la création des réseaux locaux, comment percevez-vous le modèle d'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ?

Pouvez-vous identifier des forces ou des aspects qui facilitent l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ? Si oui, lesquels et en quoi facilitent-ils l'implantation ?

Pouvez-vous identifier des limites ou des aspects qui entravent l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ? Si oui, lesquels et en quoi entravent-ils l'implantation ?

Collaboration entre les principaux acteurs et fonctionnement des services

Que pensez-vous de la collaboration entre les principaux acteurs directement engagés dans l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ? Est-elle satisfaisante ? Pourquoi ?

Selon votre perception, comment évaluez-vous le fonctionnement des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ? Pourquoi ?

Dans le cadre de la création des réseaux locaux dans Lanaudière, comment évaluez-vous la coordination entre les services de première ligne en santé mentale jeunesse et les autres services, acteurs ou équipes ? Pourquoi ?

Retombées

D'après vous, quelles sont les principales retombées de la mise en œuvre des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ? Pourquoi ?

Dans l'ensemble, la clientèle visée est-elle rejointe ? En quoi et pourquoi ?

Selon votre perception, la mise en œuvre des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière a-t-elle engendré des changements à l'égard de la pratique professionnelle ou de la mission des organisations participantes ? Si oui, lesquels et en quoi a-t-elle engendré des changements ?

Commentaires

Avez-vous des suggestions ou des recommandations à formuler pour améliorer l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ou son suivi ? Si oui, lesquelles ?

**ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DES SERVICES
DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE JEUNESSE
DANS LANAUDIÈRE**

**SCHÉMA D'ENTREVUE
Équipe de pédopsychiatrie**

Généralités et évaluation des activités réalisées

Dans le cadre de la création des réseaux locaux, comment percevez-vous le modèle d'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ?

Pouvez-vous identifier des forces ou des aspects qui facilitent l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ? Si oui, lesquels et en quoi facilitent-ils l'implantation ?

Pouvez-vous identifier des limites ou des aspects qui entravent l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ? Si oui, lesquels et en quoi entravent-ils l'implantation ?

Collaboration entre les principaux acteurs et fonctionnement des services

Que pensez-vous de la collaboration entre les principaux acteurs directement engagés dans l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ? Est-elle satisfaisante ? Pourquoi ?

Selon votre perception, comment évaluez-vous le fonctionnement des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ? Pourquoi ?

Dans le cadre de la création des réseaux locaux dans Lanaudière, comment évaluez-vous la coordination entre les services de première ligne en santé mentale jeunesse et les autres services, acteurs ou équipes ? Pourquoi ?

Retombées

D'après vous, quelles sont les principales retombées de la mise en œuvre des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ? Pourquoi ?

Selon votre perception, la mise en œuvre des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière a-t-elle engendré des changements à l'égard de la pratique professionnelle ou de la mission des organisations participantes ? Si oui, lesquels et en quoi a-t-elle engendré des changements ?

Commentaires

Avez-vous des suggestions ou des recommandations à formuler pour améliorer l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ou son suivi ? Si oui, lesquelles ?