

Services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière : évaluation de la première année d'implantation Synthèse

Direction de santé publique et d'évaluation de Lanaudière (DSPE)

Février 2008



Introduction

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 élaboré¹. Celui-ci s'inscrivait dans l'actualisation des orientations ministérielles du plan d'action en santé mentale, volet jeunesse, pour 2005-2010. 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 (SPLSMJ)³ dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région a débuté en janvier 2005. Elle visait spécifiquement trois objectifs : 1) améliorer l'accessibilité et la disponibilité des SPLSMJ 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 de cas en attente d'évaluation ou de traitement en pédopsychiatrie (deuxième ligne).

Cet article constitue la synthèse⁴ d'un rapport portant sur l'évaluation de la première année de mise en oeuvre des SPLSMJ dans Lanaudière. Il s'agissait d'une étude de type formatif qui visait à obtenir de l'information sur le processus qui était en cours d'implantation en vue de son amélioration. Un comité d'évaluation a été formé afin d'assurer le suivi du projet. La collecte des données a été effectuée en décembre 2005. Elle a été menée auprès d'une trentaine de principaux acteurs qui ont pris part au processus décisionnel ou qui ont été directement engagés dans la mise en oeuvre de ces services.

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

Service de surveillance,
recherche et évaluation

Agence de la santé
et des services sociaux
de Lanaudière

Québec 

¹ Il faut mentionner qu'avant la création des centres de santé et de services sociaux, les services de première ligne en santé mentale jeunesse ont été l'initiative de plusieurs personnes qui occupaient des postes de cadres au sein de leur établissement respectif de l'époque. Sur une base strictement informelle, ces dernières se sont concertées dans le but qu'un projet en santé mentale jeunesse soit conçu, puis implanté. Un comité de mise en oeuvre a ainsi été formé de divers acteurs.

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 Cet acronyme n'a pas d'existence formelle. Il est utilisé uniquement afin d'alléger le texte.

⁴ Compte tenu de l'ampleur des résultats, le comité de mise en oeuvre des SPLSMJ a convenu de produire une synthèse qui soit accessible aux différents partenaires. Par conséquent, plusieurs aspects n'ont pu être abordés dans le présent texte.

Il est très important de prendre en considération la conjoncture dans laquelle cette étude a été réalisée, car des changements majeurs s'opéraient au même moment dans le réseau de la santé et des services sociaux. Soulignons particulièrement la fusion des établissements, la création des réseaux locaux, la réorganisation de différents programmes et services et le fait que plusieurs postes de direction soient demeurés vacants des suites de ces bouleversements.

Le présent document décrit les principaux résultats de l'étude. On y aborde la perception générale du modèle implanté, les conditions favorables et défavorables à l'implantation des SPLSMJ, la coordination et la collaboration avec les autres services, acteurs et équipes concernés, le fonctionnement des services implantés ainsi que les principales retombées de l'implantation. Des recommandations sont également apportées en conclusion.

Résultats



Perception générale du modèle implanté

Dans un premier temps, il était intéressant d'obtenir le point de vue des participants sur ce nouveau modèle d'organisation de services en cours d'implantation. Dans l'ensemble, on a considéré que le modèle théorique élaboré 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* » à atteindre. Au moment de l'étude, on constatait toutefois un écart entre le modèle théorique et celui qui était réellement mis en œuvre. D'après certains, le modèle aurait ciblé la perfection en ce qui concerne la collégialité entre les partenaires ainsi que l'orientation vers la pratique, dans le but de mieux articuler et intégrer les différents services concernés. Cependant, 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.

Conditions favorables et défavorables à l'implantation

Différentes conditions ont eu un effet favorable ou défavorable sur le processus d'implantation de ces services. Quelques-unes d'entre elles sont présentées dans les prochains paragraphes.

D'abord, parmi les conditions favorables, on notait la décision de maintenir les services en santé mentale auprès de la clientèle jeunesse, malgré les problèmes engendrés par le manque de pédopsychiatres dans la région. 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 aussi précisé qu'il y avait, au moment de la mise en œuvre, une volonté ministérielle d'implanter des équipes telles celles des SPLSMJ. De plus, le fait que des services de première ligne fonctionnant selon une approche similaire étaient en place dans le réseau du sud de Lanaudière depuis plus de dix ans et qu'une habitude de collaboration et d'échanges sur les cas était déjà établie avec l'équipe de la pédopsychiatrie constituait une autre condition favorable. Il faut d'ailleurs mentionner que, pour le territoire du sud, on a parlé davantage d'une consolidation de services que de l'implantation de nouveaux services.

Un financement et des ressources humaines supplémentaires auraient aussi grandement contribué à la mise en œuvre des SPLSMJ. En outre, 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 à l'implantation de ces services. Certains facteurs auraient également été attribués aux ressources humaines elles-mêmes. Signalons, par exemple, la volonté et l'engagement dont les gens avaient fait preuve par souci pour les personnes concernées par la mise en œuvre des SPLSMJ.

Parmi les conditions défavorables, il semblait avoir été plus difficile, dans le réseau du nord, d'articuler les SPLSMJ avec la pédopsychiatrie, et de développer des mécanismes identiques au sud. Pour le nord, le transport aurait représenté une difficulté notable. Mentionnons, à titre d'exemple, les distances importantes à parcourir pour les familles résidant loin du lieu où sont offerts les SPLSMJ. On a également signalé qu'au moment de la collecte des données, par rapport au modèle initial d'organisation de services, toutes les ressources n'étaient pas en poste. En conséquence, il aurait été difficile de répondre adéquatement à l'affluence des demandes et les longues listes d'attente entraîneraient la dégradation de la situation de certains enfants.

Le manque de médecins a aussi été relevé par plusieurs informateurs comme une lacune importante, notamment au sein des CLSC, des équipes cliniques et du comité de mise en œuvre des SPLSMJ. D'une part, en CLSC, on a considéré que l'intervention était essentielle auprès de jeunes ayant des diagnostics de santé mentale, et que la référence médicale était nécessaire afin de transférer un cas de la première à la deuxième ligne. D'autre part, le manque de médecins au sein des équipes cliniques de première ligne en santé mentale jeunesse, notamment dans le nord, aurait conduit à réaliser surtout des interventions de nature psychosociale et aurait empêché le développement d'une intervention concertée incluant les diverses visions (psychosociale et médicale). Puis, au sein du comité de mise en œuvre, la présence d'un médecin aurait permis de faire un relais avec le milieu médical sur le « *terrain* ».



De plus, 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. En outre, on a déploré que l'implantation des SPLSMJ ait été réalisée sans qu'on offre de la formation aux intervenants afin de leur permettre de s'adapter aux nouvelles problématiques et façons de faire. Par ailleurs, selon certains, au début de la mise en œuvre de ces nouveaux services, les critères d'entrée ou d'admission auraient manqué de clarté, particulièrement pour le réseau du nord. Enfin, concernant les pratiques professionnelles, on a mentionné que les médecins généralistes, particulièrement ceux de la pratique privée, avaient gardé l'habitude de référer directement des cas en pédopsychiatrie plutôt qu'aux SPLSMJ.

Coordination et collaboration avec les autres services, acteurs et équipes

Les participants 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. On a 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 avoir une meilleure compréhension de 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 informateurs, il n'aurait pas été facile de développer une collaboration entre des acteurs qui ne se connaissaient pas avant l'implantation des SPLSMJ. 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 CHRDL et les CLSC dans le contexte où ces derniers connaissaient apparemment peu la santé mentale avant cette réorganisation de services. D'ailleurs, la collaboration afin d'arrimer les nouveaux SPLSMJ et l'équipe de pédopsychiatrie n'a pas été perçue de façon très positive par l'ensemble des informateurs. À cet égard, certains ont souligné un « choc des cultures » entre ces deux organisations. D'après des participants, la difficile articulation entre la pédopsychiatrie et les SPLSMJ s'expliquerait toutefois par un manque de clarté et de précision dans les messages diffusés et la façon de les transmettre. On croyait cependant que la situation pouvait s'améliorer si une personne était officiellement désignée comme répondante ou interlocutrice entre les deux services.

Il semble aussi, d'après les participants, que certaines collaborations auraient avantage à être développées ou consolidées. Ainsi, on a déploré le rôle limité attribué aux gestionnaires de première ligne jeunesse dans le processus d'implantation. On a rapporté qu'au début, ceux-ci auraient été davantage invités à participer et que, par la suite, ils n'auraient même plus été informés du suivi de l'implantation des SPLSMJ. Également, on a constaté un manque d'arrimage avec les autres services enfance-famille-jeunesse au sein des réseaux locaux de services. Une des conséquences attribuées à la non-intégration des nouveaux SPLSMJ à ces services était qu'une demande pouvait être adressée à une des équipes sans que l'autre en soit informée. On a affirmé que des liens de collaboration devaient aussi être consolidés avec les Centres jeunesse de Lanaudière. Les informateurs ont ainsi rapporté que les jeunes desservis par cette organisation présentaient une augmentation des taux de suicide, et que ces jeunes n'étaient pas connus par les équipes jeunesse des CLSC. Puis, au moment des entrevues, une articulation plus concrète avec les écoles restait encore à définir et à développer.

Fonctionnement des services implantés



Comme le processus d'implantation était toujours en cours au moment de la collecte des données, le fonctionnement de ces nouveaux services ne pouvait être optimal. Néanmoins, dans la perspective d'un bilan provisoire après un an, soit en 2005, les SPLSMJ étaient bien articulés et structurés, selon certains points de vue, bien qu'ils n'étaient pas encore parfaits. D'après les informateurs, 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 totalement fonctionnel. On a précisé que le processus d'implantation des SPLSMJ avait 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 ». Selon les participants, le nouveau fonctionnement était « plus personnalisé et plus efficace », notamment parce qu'il permettait de recevoir de l'information sur un cas et de la transmettre au bon intervenant.

Principales retombées de l'implantation

Bien que l'implantation des SPLSMJ n'était pas encore complétée, ce contexte n'excluait pas la possibilité de déceler certaines premières retombées d'ordre général.

Pour des informateurs, les services en santé mentale pour la clientèle jeunesse étaient maintenant jugés meilleurs. Une plus grande accessibilité aux services a aussi été observée, et ce, notamment pour certaines clientèles non rejointes auparavant. Pour le réseau du nord particulièrement, de meilleurs services auraient été rendus disponibles, puisque les SPLSMJ avaient permis une plus grande mobilité des intervenants. L'implantation de ces services aurait, par contre, amené une diminution de l'accessibilité géographique aux services en pédopsychiatrie dans ce territoire. On aurait, en outre, constaté 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 également noté moins de doublons dans les demandes de services réalisées en même temps en santé mentale de première ligne et en pédopsychiatrie. Selon certains participants, l'implantation des SPLSMJ aurait cependant eu comme autre retombée le fait que les jeunes en crise ne seraient plus référés au CHRDL auquel la pédopsychiatrie était auparavant liée. De plus, pour cette dernière équipe, le manque de médecins aurait entraîné un problème concernant la prescription de médicaments, ainsi qu'un alourdissement des dossiers.

Par ailleurs, on considérait que, dans l'ensemble, la clientèle rejointe était bien celle qui était visée. Quelques participants ont précisé, cependant, que tous les jeunes en demande de services n'étaient pas rejoints. 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. Si les listes d'attente demeuraient longues, il y aurait tout de même, selon un informateur, « moins de personnes qui attendaient » dans le réseau du 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. Enfin, les situations particulières que constituent les crises, et spécifiquement celles suicidaires, ont préoccupé des informateurs. Il a notamment été mentionné que l'existence de listes d'attente avait des répercussions sur les personnes ayant eu des crises suicidaires, de sorte qu'on croyait qu'il fallait améliorer les mécanismes de la trajectoire de ces cas à travers les services.

Conclusion

La situation de l'implantation des SPLSMJ a sûrement évolué depuis la collecte des données qui s'est tenue voilà déjà deux ans. Malgré le temps écoulé, les résultats de l'étude peuvent trouver leur utilité auprès des différentes organisations concernées et de leurs gestionnaires. Ils peuvent éclairer les points forts et les points faibles de processus d'implantation. Ils peuvent également nourrir les réflexions et les nouveaux efforts d'organisation de services en santé mentale jeunesse, de manière à tabler sur les acquis positifs de l'expérience décrite et analysée tout en tenant compte des difficultés mises en lumière et expliquées. Rappelons qu'il s'agit d'ailleurs du rôle poursuivi par une évaluation formative, soit celui de fournir de l'information utile pour améliorer les pratiques en cours.

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 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. En fait, les besoins ou 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. Ainsi, les changements majeurs dans le réseau de la santé et des services sociaux ont certes eu un impact sur le discours des participants. Pensons notamment à la fusion des établissements, la création des CSSS, la réorganisation des différents programmes ou services, etc.



Recommandations

Au terme de l'évaluation, des recommandations ont été identifiées par les auteures. Elles résultent des principaux constats émergeant de l'étude qui nécessitent une considération particulière. Ces recommandations sont présentées à titre indicatif et elles ne constituent toutefois pas une obligation formelle d'application. 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 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 divers acteurs rattachés à des organisations différentes appelées à développer de nouvelles collaborations. Parmi une vingtaine de recommandations décrites dans le rapport complet, huit sont rapportées dans les prochaines lignes.

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.
2. Arrimer aussi étroitement que possible la suite du processus d'implantation avec la mise en place des projets cliniques.
3. Développer notamment des liens mieux définis entre les SPLSMJ et les équipes enfance-famille-jeunesse, en vue de rendre possible une co-intervention qui pourrait contribuer à la diminution des listes d'attente.
4. 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 compléter les formulaires de référence requis même s'ils doivent assumer un suivi de ces cas.
5. 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.
6. Augmenter le nombre de ressources humaines dans les SPLSMJ, en fonction des barèmes fixés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, de manière à soulager les intervenants de la surcharge de travail observée et à réduire les listes d'attente.
7. 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.
8. 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.

Mise en pages : Marie-Josée Charbonneau, agente administrative

Toute information extraite de ce fascicule 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. Synthèse*, 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, 8 p.

Les résultats complets de l'étude se retrouvent dans le rapport d'évaluation dont la référence est la suivante :

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.

Les versions PDF du rapport et du fascicule sont disponibles à la section *Documentation*, sous la rubrique *Publications* du site de l'Agence au www.agencelanaudiere.qc.ca.

Ce fascicule est une publication du Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 245 rue du Curé-Majeau, Joliette, Québec, J6E 8S8. Pour obtenir des copies supplémentaires, téléphonez au 450 759-1157, poste 4268. Pour information, contactez Caroline Richard, auteure principale de l'article, au poste 4456, ou Maryse Tremblay, responsable du dossier en santé mentale, au poste 4285.

Dépôt légal :

ISBN : 978-2-92-1672-74-0 (version imprimée)
978-2-92-1672-75-7 (version PDF)

Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Premier trimestre 2008

