

Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010

ORIENTATIONS POUR UNE ORGANISATION RÉGIONALE DES SERVICES POUR LES JEUNES HÉBERGÉS EN CENTRES JEUNESSE ET PRÉSENTANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

PLAN DE MISE EN ŒUVRE À MONTRÉAL – PHASE 3

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Service de la planification et du développement stratégique

**Approuvé par le conseil d'administration de
l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal le 16 juin 2009**

Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010

ORIENTATIONS POUR UNE ORGANISATION RÉGIONALE DES SERVICES POUR LES JEUNES HÉBERGÉS EN CENTRES JEUNESSE ET PRÉSENTANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

PLAN DE MISE EN ŒUVRE À MONTRÉAL – PHASE 3

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Service de la planification et du développement stratégique

**Approuvé par le conseil d'administration de
l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal le 16 juin 2009**

Rédaction

Françoise Alarie
Johnny Memette
Julie Ricciardi
Dany Veilleux

Mise en page

Sylvie Woods

Production

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Direction des ressources humaines, de l'information et de la planification
Service de la planification et du développement stratégique.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009.

ISBN 978-2-89510-324-0 (version imprimé)

ISBN 978-2-89510-323-3 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Ce document est disponible :

au centre de documentation de l'Agence : (514) 286-5604

à la section « Documentation » du site Internet de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leur participation à l'élaboration de ce document, ainsi que pour leur engagement et leur disponibilité tout au long de ce processus.

Françoise Alarie	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, coordonnatrice
D ^{re} Johanne Boivin	Assemblée des chefs de département de psychiatrie de l'Île de Montréal
Daniel Boivin	CSSS Ahuntsic et Montréal-Nord
Louise Buzit-Beaulieu	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Margaret Douek	Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw
Dre. Manon Duchesne	Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire
Anne Duret	Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire
Dr. Martin Gauthier	Centre universitaire de santé McGill (CUSM) - Hôpital de Montréal pour enfants
Claude Girouard	CSSS de l'Ouest-de-l'Île
Charlotte Huard	CSSS Jeanne-Mance
Dre. Fiona Key	Centre universitaire de santé McGill (CUSM) - Hôpital de Montréal pour enfants
Danielle Lavoie	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Johnny Memette	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Ella-Claire Pinette	Comité des usagers / Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire
Edward Potter-Mal	Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw
Julie Ricciardi	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (en remplacement de Johnny Memette)
Stéphane Rousseau	CSSS de la Pointe-de-l'Île
Yves Séguin	CSSS de la Montagne
Lucie Thibault	Hôpital Rivière-des-Prairies
Dany Veilleux	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (en remplacement de Johnny Memette)

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS ET SIGLES	iv
TABLEAUX.....	v
1. Introduction.....	1
2. Documents de référence	3
3. État de situation	4
3.1 Profil général de la clientèle hébergée qui présente des problèmes de santé mentale	4
3.2 Aperçu des ressources d’hébergement.....	5
3.3 L’offre de services psychosociaux : le rôle de l’intervenant du CJ auprès du jeune et de ses parents	9
3.4 L’offre de service en santé mentale : les équipes de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau en CJ.....	9
3.5 Les partenariats en santé mentale entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.....	10
3.6 Les services de santé mentale offerts aux jeunes de langue anglaise ainsi qu’à leur famille	12
3.7 Les services offerts aux membres des communautés ethnoculturelles.....	12
3.8 Impacts de l’organisation des services sur le cheminement des jeunes hébergés nécessitant des services en santé mentale.....	12
3.9 Constats et défis concernant l’offre de service faite aux jeunes hébergés présentant des problèmes de santé mentale.....	13
4. Principes	14
5. Recommandations.....	15
5.1. Dépistage – Évaluation	15
5.2. Suivi en santé mentale des jeunes hébergés en CJ	16
5.2.1. Les jeunes connus des services de santé mentale	17
5.2.2. Les jeunes non connus des services de santé mentale	17
5.3. Transferts interétablissements:	20
5.3.1 Les critères présidant à l’établissement des recommandations	20
5.3.2. Le transfert personnalisé.....	20
5.3.3. Les délais de transfert	21
5.4. Arrimage des services en santé mentale dispensés aux enfants et aux adultes.....	21
5.4.1. Transition des jeunes vers l’âge adulte (18 ans)	21
5.4.2. Lien entre les services aux jeunes et aux parents présentant des problèmes de santé mentale	22

5.5 Mécanismes de liaison	23
5.5.1 Les différents acteurs	23
5.5.2 Les outils favorisant la concertation et la coordination des services	24
5.5.3 Les mécanismes de règlements des litiges.....	24
5.6 L’achèvement de la mise en place des équipes de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau ..	25
5.7 Formation continue des intervenants.....	26
5.8 Traitement individualisé et ressources spécialisées	27
6. CONCLUSION	29
Annexe 1- Définitions	32
Annexe 2-Correspondance entre les lignes et les niveaux.....	34
Annexe 3- Les zones de partenariat en santé mentale : CSSS-CHSGS.....	35
Annexe 4- Principes directeurs du Plan d’action en santé mentale	36
Annexe 5-Tableau synthèse des transferts interétablissements lors du déplacement d’un jeune hébergé nécessitant des services de santé mentale	37
Annexe 6 - Tableau synoptique	39
Bibliographie.....	49

ABRÉVIATIONS ET SIGLES

Afin d'alléger le texte, les acronymes et termes suivants seront utilisés dans le document :

ASSSM	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHPSY	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CHU	Centre hospitalier universitaire
CJ	Centre jeunesse
CJFB	Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw
CJL	Centre jeunesse de Laval
CJM-IU	Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
GUP	Guichet unique d'accès en pédopsychiatrie
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour adolescents
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PASM	Plan d'action en santé mentale (MSSS)
PIC	Projet d'intervention concertée sur le suicide
RI	Ressource intermédiaire
RNI	Ressource non-institutionnelle
RTF	Ressource de type familial

TABLEAUX

Tableau 1 : Portrait des ressources institutionnelles des centres jeunesse à montréal et hors Montréal.....	7
Tableau 2 : Portrait des ressources non institutionnelles des centres jeunesse à Montréal.....	7
Tableau 3 : Portrait des ressources non institutionnelles hors Montréal.....	7
Tableau 4 : Tableaux récapitulatif : suivi des jeunes non connus des services de santé mentale	19

Introduction

Ainsi que les différents portraits de situation le montrent, les jeunes¹ hébergés dans les centres jeunesse (CJ) sont particulièrement à risque de souffrir de problèmes de santé mentale. À Montréal, près de 40 % des jeunes hébergés dans ces centres présentent des problèmes de santé mentale pour lesquels ils sont suivis par des professionnels.

Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens*² (PASM), vient définir les paramètres relatifs aux services dont ces jeunes doivent bénéficier. Il vise l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la complémentarité des services. Il vise également l'amélioration de la qualité des interventions réalisées.

Ce plan s'appuie sur les deux grands principes mis de l'avant par la réforme du réseau de la santé et des services sociaux soit la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services³. Il repose aussi sur le consensus existant depuis plusieurs années entre les gestionnaires et les cliniciens impliqués auprès des jeunes à l'effet de mieux intégrer les services à dispenser aux jeunes. Ce plan d'action en santé mentale exige, des centres jeunesse et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux qui disposent d'équipes en santé mentale, un travail de partenariat complexe et une organisation efficiente des services.

Dans cette perspective, le comité aviseur sur la qualité de la mise en œuvre du plan d'action en santé mentale présidé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, a créé le sous-comité régional « Jeunes hébergés en centres jeunesse et présentant des problèmes de santé mentale ». Celui-ci est chargé d'émettre des recommandations au regard des services de santé mentale destinés aux jeunes hébergés en CJ pour lesquels on identifie des problèmes de santé mentale.

Le mandat du sous-comité porte sur :

- ❖ La responsabilité partagée des établissements à l'égard des jeunes hébergés dans les centres jeunesse
- ❖ Le parachèvement des équipes de soutien multidisciplinaire en santé mentale de 2^e niveau en centres jeunesse
- ❖ La contribution des équipes de santé mentale jeunesse (1^{re} ligne) en CSSS ;
- ❖ Les mécanismes de collaboration entre les partenaires (CJ, CSSS, CHSGS, CHSP) notamment l'établissement des zones de partenariat entre eux ;
- ❖ L'arrimage entre les services en santé mentale offerts aux enfants et aux adultes :
 - Lors de la transition des jeunes vers l'âge adulte;
 - Lorsque les parents requièrent ce type de soins;
- ❖ La pertinence de développer des services résidentiels spécialisés dans les CJ;
- ❖ La formation des intervenants.

¹ Afin d'alléger le texte, le vocable «jeunes» inclut les enfants et les adolescents.

² MSSS.(2005) *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens*, 96 p.

³ La responsabilité populationnelle : Les CSSS sont maintenant responsables de l'état de santé et de bien-être de la population de leurs services de santé et de services sociaux. La hiérarchisation des services : les différents établissements du réseau doivent se concerter afin de respecter leurs missions respectives et ainsi permettre l'utilisation la plus judicieuse possible de leurs services de santé et de services sociaux. M.S.S.S. (2005) *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens*, 96 p.

Les membres du sous-comité ont été soucieux, tout au long de leurs travaux, de définir leurs recommandations en prenant en compte la réalité de ces jeunes et de leurs familles qui sont aux prises avec des situations difficiles tant au plan psychologique que social. Dans cette perspective, ils ont fait consensus sur la nécessité d'assurer des services intégrés de qualité et sur l'importance d'intervenir rapidement auprès de ces jeunes et ce, afin d'éviter une détérioration de leurs conditions de vie et le recours à des services encore plus lourds.

Ils ont également souhaité une transition harmonieuse dans l'organisation des services. Pour ce faire, ils ont misé d'une part, sur les acquis qui constituent des bases importantes sur lesquelles consolider les services. D'autre part, ils ont travaillé à assurer une meilleure accessibilité et continuité des services par l'établissement de mécanismes de concertation et de coordination tant au plan clinique que de la gestion.

L'un des objectifs de ces travaux est de rendre accessibles les services de santé mentale en 1^{re}, 2^e et 3^e lignes⁴ aux jeunes hébergés dans les divers types de milieux de vie : unité de réadaptation, foyer de groupe, ressource intermédiaire (RI) et ressource de type familial (RTF). Le succès d'une telle organisation de service dépend de plusieurs considérations organisationnelles, plus particulièrement de la mise en œuvre des équipes de santé mentale jeunesse de 1^{re} ligne en CSSS et des équipes de soutien multidisciplinaire en santé mentale (2^e niveau)⁵ en centres jeunesse. Le développement de ces équipes constitue en effet l'une des pierres angulaires du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*⁶.

Ce document fait état des travaux du sous-comité. Après une mise en contexte et un bref état de situation, nous présenterons les principes sur lesquels reposent les recommandations du sous-comité. Ces dernières sont en conformité avec les principes directeurs du *Cadre de référence pour la mise en place des équipes de santé mentale de 1^{re} ligne dans les CSSS*⁷ adoptés par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal le 12 décembre 2006.

La section la plus importante de ce rapport fait état des recommandations du sous-comité de travail. Elle est composée de deux rubriques qui permettent de faire le parallèle entre les recommandations du MSSS et celle du sous-comité régional et ce, pour chacun des thèmes abordés : dépistage et évaluation, suivi des jeunes, transferts interétablissements, mécanismes de liaison, parachèvement des équipes multidisciplinaires en santé mentale des CJ, arrimage des services en santé mentale dispensés aux enfants et aux adultes, formation des intervenants, traitement individualisé et ressources spécialisées. Ces deux rubriques sont :

- ❖ Les recommandations ministérielles énoncées dans le document *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des CJ du Québec*.
- ❖ Les recommandations du sous-comité régional qui parfois précédées d'une courte présentation des critères sur lesquels les membres du sous-comité se sont basés pour effectuer leurs choix.

Les membres du sous-comité souhaitent que leurs recommandations contribuent à établir des assises solides pour améliorer la dispensation de services de qualité aux jeunes hébergés en centres jeunesse et qui présentent des problèmes de santé mentale.

⁴ Voir les définitions à l'annexe ¹.

⁵ Idem ⁴.

⁶ Idem ².

⁷ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2006). *Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010, Cadre de référence, Mise en place des équipes de santé mentale 1^{re} ligne dans les CSSS, Plan de mise en œuvre à Montréal*, Phase 1, 51 p.

1. Documents de référence

Pour élaborer leurs recommandations, les membres du sous-comité régional se sont appuyés sur les documents de référence suivants :

- ❖ *Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010, La force des liens*⁸.

Ce plan établit des priorités nationales pour les centres jeunesse (CJ), concernant les jeunes hébergés qui présentent un problème de santé mentale. Ainsi, en matière de prestation de services de santé mentale, l'une des actions prioritaires est d'achever la mise en place des équipes de soutien multidisciplinaire de 2e niveau, conformément au *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire*⁹.

- ❖ *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des CJ du Québec*¹⁰.

En lien avec le PASM, le MSSS a mandaté un comité afin de dresser un portrait des jeunes souffrant de troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des CJ. Le comité a par la suite, proposé des recommandations concernant les orientations relatives aux services à leur dispenser. Son rapport a été déposé à l'automne 2007.

- ❖ *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, Programme-services jeunes en difficulté, Offre de service 2007-2012*¹¹.

Les orientations présentent l'ensemble des services qui doivent être offerts par les CSSS dans le cadre du programme-service « jeunes en difficulté ». L'orientation privilégiée consiste à intervenir de façon précoce, intensive et continue, le plus près possible des milieux de vie des jeunes et de leur famille, afin de prévenir l'aggravation et la récurrence des problèmes d'adaptation sociale.

- ❖ *Guide de partenariat Centres de santé et de services sociaux - Centres jeunesse*¹².

Ce guide de partenariat montréalais s'appuie sur la convergence des efforts entre partenaires pour répondre aux besoins du jeune et de sa famille. Il se veut une réaffirmation de l'harmonisation des règles de collaboration convenues entre les CSSS et les CJ depuis 2001. Ce guide précise les modalités de collaboration entre les intervenants des deux types d'établissement, pour plusieurs situations. Par ailleurs, des personnes-liaison et des cadres sont désignés dans chaque établissement afin non seulement de s'assurer de l'utilisation du guide, mais également de permettre la résolution de situations d'impasse clinique ou administrative. En ultime recours, un mécanisme de règlement des litiges en trois étapes est proposé.

⁸ Idem ².

⁹ Association des centres jeunesse du Québec. (2000). *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire*, juin 2000.

¹⁰ MSSS. (2007) Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec. Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse, septembre, 2007, 69 p.

¹¹ MSSS. (2007). Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, Programme-services jeunes en difficulté, Offre de service 2007-2012, 92 p.

¹² Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Centre de santé et de services sociaux de Montréal. Les centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, Centre jeunesse-Institut universitaire (2008). *Guide de partenariat Centre de santé et de services sociaux –Centres jeunesse*, mai 2008, 41 p.

2. État de situation

3.1 Profil général de la clientèle hébergée qui présente des problèmes de santé mentale

Les informations suivantes sont extraites du *Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les CJ*¹³. Celles dont nous traiterons ici, portent sur la région de Montréal, et regroupent les données issues des deux CJ (les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw et le Centre Jeunesse de Montréal-Institut universitaire). Les résultats de cette étude incluent les diagnostics et les impressions diagnostiques inscrits aux dossiers des jeunes hébergés. Les ressources d'hébergement considérées sont les centres de réadaptation, les foyers de groupe et les ressources intermédiaires (RI). Les ressources de type familial (RTF) ne sont pas prises en compte.

La majorité des jeunes hébergés dans les centres jeunesse le sont en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*.

Dans leur milieu familial, ils ont été victimes d'abus, de négligence, d'abandon ou d'autres formes de maltraitance. Ces difficultés familiales et personnelles font en sorte que ces enfants et adolescents risquent de développer des pathologies multiples ou une symptomatologie en lien avec des troubles mentaux au sens du DSM-IV¹⁴.

L'étude recense 1 217 jeunes hébergés à Montréal, dont 39,6 % (482 jeunes) qui ont un diagnostic de santé mentale et qui sont suivis par divers professionnels de la santé (pédopsychiatres, psychologues, médecins).

Les troubles mentaux sont répartis en trois catégories :

- ❖ Trouble mental léger à modéré : trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, trouble de l'adaptation, trouble de la relation parent-enfant, trouble de l'opposition, trouble des conduites, troubles anxieux;
- ❖ Trouble mental sévère : trouble de l'attachement, traits ou troubles de la personnalité, dépression, trouble psychotique, trouble bipolaire, trouble alimentaire, syndrome de Gilles de la Tourette;
- ❖ Troubles mentaux concomitants : comorbidité par la présence de deux des troubles mentaux (légers à sévères) ou plus énumérés précédemment.

À Montréal, 19,2 % (234 jeunes) des jeunes hébergés présentent un trouble mental léger à modéré. En ce qui a trait à la prévalence, le trouble déficitaire de l'attention se situe au premier rang (115 jeunes) pour les diagnostics uniques. De plus, 186 jeunes soit 15,3 % des jeunes hébergés ont un diagnostic de trouble mental sévère (incluant les jeunes pour lesquels ce diagnostic est combiné à un autre diagnostic de trouble mental ou à un abus de substance). Cette proportion est légèrement inférieure à la moyenne nationale qui est de 19,3 %.

Montréal connaît aussi le plus bas taux de jeunes sous médication soit 27,5 % (335 jeunes sur une population de 1 217), comparativement aux autres régions. La moyenne québécoise est de 36,8 % de jeunes sous médication.

Au niveau national, l'étude révèle que les jeunes de 12 à 17 ans forment la très grande majorité de la population recensée soit 85,4 % (3 053 jeunes). Cependant, il convient de souligner que plus de 70 % des enfants de 6 à 11 ans ont une impression diagnostique ou un diagnostic de trouble mental inscrits à leur dossier, et que c'est dans ce groupe d'âge qu'on retrouve la proportion la plus élevée de jeunes sous médication.

¹³ Idem ¹⁰.

¹⁴ American Psychiatric association (1996). DSM-IV. *Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux*, traduction française, Paris, Masson.

3.2 Aperçu des ressources d'hébergement

Les services d'hébergement des centres jeunesse offrent un éventail de ressources correspondant au niveau d'encadrement requis par les jeunes ainsi qu'à leurs besoins de réadaptation ou de protection.

A titre indicatif, on recensait à l'automne 2007, 1 276 ressources d'hébergement des deux centres jeunesse de Montréal; ces ressources pouvaient alors accueillir 3 695 jeunes.

Ces ressources peuvent être réparties en deux grandes catégories : les ressources d'hébergement non institutionnelles (RI et RTF) et les ressources d'hébergement institutionnelles.

❖ Les ressources d'hébergement non institutionnelles (RI et RTF).

Ces ressources se caractérisent par un lien contractuel avec les établissements. Elles sont soutenues dans l'accomplissement de leurs responsabilités par un intervenant des centres jeunesse.

- Les ressources de type familial (RTF)

Il s'agit de ressources d'hébergement où une ou deux personnes accueillent des jeunes en difficulté afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie favorisant un encadrement de type parental dans un contexte familial.

- Les ressources intermédiaires (RI)

Les ressources intermédiaires procurent un milieu de vie adapté aux besoins des jeunes où, outre l'hébergement, une équipe d'intervenants leur offre le soutien nécessaire pour surmonter les difficultés ou encore empêcher une détérioration de leur situation.

❖ Les ressources d'hébergement institutionnelles.

Ces services spécialisés peuvent être de deux types : les foyers de groupe ou les unités en centre de réadaptation.

- Les foyers de groupe :

Les foyers de groupe sont des installations administrées et financées par les centres jeunesse et qui peuvent recevoir de petits groupes d'usagers (maximum neuf personnes) pour leur procurer des services de réadaptation et accroître leur autonomie en vue d'une intégration sociale¹⁵. Au CJM-IU ces ressources s'adressent aux jeunes ainsi qu'aux mères en difficulté d'adaptation et à leurs enfants. Au CJFB, l'hébergement des mères en difficulté et leurs enfants est offert dans une ressource privée conventionnée.

- Les unités en centre de réadaptation :

Les unités des centres de réadaptation sont des ressources des CJ. On y héberge par petit groupe des jeunes présentant des troubles d'adaptation. On y offre les activités visant à assurer aux usagers des services de soutien, d'assistance, de surveillance et de réadaptation. Certaines de ces unités offrent un encadrement intensif sur de courts séjours à des jeunes présentant des troubles de comportements sérieux.

¹⁵ Normes et pratiques de gestion, tome1, Manuel de gestion financière # 6980.

❖ **Les services spécialisés (voir tableau 1 et 2)**

Les services spécialisés d'hébergement sont des milieux de vie de type unité de réadaptation, foyer de groupe ou ressources intermédiaires. On leur attribue un statut particulier puisqu'ils ont comme spécificité d'accueillir une clientèle qui présente une problématique au plan cognitif ou de santé mentale. Dans certains cas, il existe une collaboration étroite entre le personnel des centres jeunesse et celui des centres hospitaliers pour assurer des services médicaux et psychiatriques.

❖ Nombre et répartition

Le nombre et la répartition des différentes ressources d'hébergement sont présentés dans les tableaux suivants.

Tableau 1 : Portrait des ressources institutionnelles des centres jeunesse à Montréal et hors Montréal

	Centre jeunesse de Montréal- Institut universitaire (CJM-IU)	Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (CJFB)	Total à Montréal et hors Montréal
Foyers de groupe	Nombre de ressources : 19 Nombre de places / capacité : 165	Nombre de ressources : 12 Nombre de places / capacité : 108	Nb de ress : 31 Capacité : 273
Service spécialisés	Nombre de ressources : 5 Nombre de places / capacité : 38	Nombre de ressource : 1 Nombre de places / capacité : 6	Nb de ress : 6 Capacité : 44
Unités de réadaptation	Nombre de ressources : 46 Nombre de places / capacité : 578	Nombre de ressources : 11 Nombre de places / capacité : 111	Nb de ress : 57 Capacité : 689
Total :	Nombre total de ressources : 70 Nombre de places / capacité : 781	Nombre total de ressources : 24 Nombre total de places / capacité : 225	Nb de ress : 94 Capacité : 1006

Tableau 2 : Portrait des ressources non institutionnelles des Centres jeunesse à Montréal

	Centre jeunesse de Montréal- Institut universitaire (CJM-IU)	Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (CJFB)	Total à Montréal
Ressources intermédiaires (RI)	Nombre de ressources : 24 Nombre de places / capacité : 211	Nombre de ressource : 1 Nombre de places / capacité : 3	Nb de ress : 25 Capacité : 214
Ressources de type familial (RTF)	Nombre de ressources : 466 Nombre de places / capacité : 877	Nombre de ressources : 236 Nombre de places / capacité : 515	Nb de ress : 702 Capacité : 1392
Total :	Nombre total de ressources : 490 Nombre total de places / capacité : 1088	Nombre total de ressources : 237 Nombre total de places / capacité : 518	Nb de ress : 727 Capacité : 1606

Tableau 3 : Portrait des ressources non institutionnelles hors Montréal¹⁶

	Centre jeunesse de Montréal- Institut universitaire (CJM-IU)	Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (CJFB)	Total hors Montréal
Ressources de type familial (RTF)	Nombre de ressources : 351 Nombre de places / capacité : 778	Nombre de ressources : 103 Nombre de places / capacité : 205	Nb de ress : 454 Capacité : 983

¹⁶ Les deux CJ n'ont pas de RI à l'extérieur de Montréal.

❖ Principaux constats

Ressources non institutionnelles

La lecture de ces tableaux nous apprend que :

- La grande majorité des ressources des deux centres jeunesse de la région, soit 92 %, sont non institutionnelles. Ces ressources accueillent cependant 72 % des jeunes hébergés.
- Il existe beaucoup plus de ressources de type familial que de ressources intermédiaires (28 fois plus de RTF que de RI).
- Ces ressources sont distribuées inégalement sur les 12 territoires de CSSS de la région.
- 38,4 % de ces ressources non-institutionnelles (RNI) sont situées à l'extérieur de Montréal. Ce sont essentiellement des ressources de type familial (RTF). On les retrouve principalement en périphérie de Montréal soit dans les régions de Lanaudière, Laval et Montérégie.

Les ressources institutionnelles

Ces ressources représentent 8 % de l'ensemble des ressources d'hébergement des deux CJ et accueillent 28 % des jeunes.

Au CJM-IU, il existe quatre centres de réadaptation situés sur le territoire de Montréal soit : le centre Dominique-Savio, le centre Mont Saint-Antoine, le centre Cité-des-Prairies et le centre Rose-Virginie Pelletier. Par ailleurs, certains jeunes montréalais sont hébergés dans d'autres régions. Ainsi, les centres Notre-Dame-de-Laval et Cartier du Centre jeunesse de Laval (CJL) reçoivent dans des unités dont certaines d'encadrement intensif, les adolescentes et des adolescents du CJM-IU aux prises avec différentes difficultés dont des troubles de comportement sérieux et des troubles mentaux.

Les CJFB, pour leur part, gèrent des ressources institutionnelles (foyers de groupe et unités de réadaptation) situées sur quatre campus. Ils en gèrent deux qui sont situées sur l'île de Montréal (campus Dorval et l'unité Jeanne Sauvé du campus « site Décarie »). De plus, il existe une entente avec le CJM-IU afin de desservir les adolescents anglophones sous la *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents* (LSJPA) sur le campus Cité-des-Prairies. Enfin, d'autres jeunes sont orientés vers six unités de réadaptation situées au campus Prévost dans la région des Laurentides, ou encore vers une unité de réadaptation au campus Cartier du CJL.

Il est à noter que les jeunes d'autres régions nécessitant des services d'hébergement en anglais constituent environ 25 % de la clientèle des foyers de groupe et des unités de réadaptation (56 / 225 jeunes) du CJFB.

❖ Durées des séjours en ressources institutionnelles des centres jeunesse

Il existe une certaine différence entre les deux CJ montréalais relativement à la durée des séjours. Au CJM-IU la moyenne des séjours est de onze mois, alors qu'elle est de près de huit mois aux CJFB¹⁷. Par ailleurs, on constate depuis les dernières années une baisse de la durée moyenne de séjour dans l'ensemble des CJ.

¹⁷ Rapport statistique annuel CJM-IU et CJFB, A.S. 480. Juin 2008.

3.3 L'offre de services psychosociaux : le rôle de l'intervenant du CJ auprès du jeune et de ses parents

Quel que soit le type de ressources où ces jeunes sont placés, ils sont suivis ainsi que leur famille, par un intervenant psychosocial du CJ qui possède une vue d'ensemble des services à offrir. Cet intervenant poursuit son implication quels que soient les services dispensés par d'autres établissements ou organismes. Ainsi, lorsqu'un jeune reçoit les services d'une équipe de santé mentale de 1^{re} ligne en CSSS, d'une équipe de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau en CJ ou d'une équipe de santé mentale de 2^e ligne en centre hospitalier, l'intervenant psychosocial du CJ maintient son suivi.

3.4 L'offre de service en santé mentale : les équipes de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau en CJ¹⁸

Créées lors de l'implantation du *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire (2000)* ces équipes multidisciplinaires composées d'infirmières, de médecins, de psychologues, de psychoéducateurs et de gestionnaires ont vu leur rôle s'élargir en lien avec la hiérarchisation des services (1^e, 2^e et 3^e lignes) prévue lors de la réforme de la santé et des services sociaux. Intervenant au début uniquement lors de deux types de situations: celles où il y a eu passage à l'acte suicidaire et celles sans passage à l'acte, elles doivent maintenant offrir des services aux jeunes hébergés qui présentent des problèmes de santé mentale.

Ces équipes soutiennent donc les intervenants qui sont en contact direct avec les jeunes hébergés dans les foyers de groupe et les unités de réadaptation. Elles évaluent avec eux le degré de surveillance requis par le jeune en détresse, dégagent les pistes d'accompagnement et, au besoin, réfèrent en pédopsychiatrie.

L'offre de service de l'équipe soutien multidisciplinaire aux intervenants, en contact quotidien avec les jeunes, doit être continue (24 h/7jours/semaine). De plus, le médecin de l'équipe de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau doit s'assurer de la continuité du suivi médical lors d'un transfert ou d'un départ. Finalement, l'Association des centres jeunesse du Québec a identifié un ratio de 1,75 ETC (répartis entre 5 professionnels différents) pour 200 jeunes.

❖ Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw¹⁹

Le CJFB possède une équipe de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau dédiée uniquement à la prévention du suicide. Elle répond à l'ensemble de la clientèle de l'établissement, soit les jeunes suivis à la maison, les jeunes en famille d'accueil, en foyer de groupe ou en unité de réadaptation. Cette équipe est composée de psychologues, d'infirmières, de cadres du service de la permanence, ainsi que d'un médecin. Le médecin en place offre une disponibilité d'une demi-journée par semaine pour l'ensemble des unités de vie et pour tous les besoins de santé des jeunes hébergés. Concernant la problématique liée au suicide, les infirmières de l'équipe font essentiellement du dépistage, tout en assurant un rôle d'agent de liaison avec les partenaires du réseau. L'élargissement du mandat de cette équipe à tout le champ de la santé mentale est actuellement en cours avec l'allocation de montants récurrents pour l'année 2008-2009.

¹⁸ Pour une meilleure compréhension des correspondances entre les niveaux tels que mentionnés au *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire* et les services de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes, voir Annexe 2 « Correspondance entre les lignes et les niveaux ». Un niveau réfère essentiellement à une hiérarchisation des services au sein des centres jeunesse en partenariat avec la pédopsychiatrie (3^e niveau).

¹⁹ Compte tenu que les fonctions des intervenants des équipes de 2^e niveau ne sont pas exclusives, il est difficile de calculer en ETC le temps alloué aux activités dites de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau pour chacun des membres de ces équipes.

❖ **Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire**

Le CJM-IU a quatre équipes de soutien multidisciplinaire de 2e niveau disponibles sur chacun de ses quatre sites avec unités de réadaptation.

Ces équipes se composent de médecins, d'infirmières, de psychologues, de psychoéducateurs et de cadres du service de la permanence. Elles offrent des activités de dépistage et de référence, ainsi qu'une forme de soutien aux intervenants par rapport aux problématiques du suicide et de santé mentale. Les médecins rattachés à ces équipes évaluent et suivent au besoin les jeunes qui leur sont référés et qui n'ont pas de médecin de famille ou de pédiatre.

L'ajout de personnel équivalent à une 5^e équipe suite à l'allocation de montants récurrents pour l'année 2008-2009 permettra de bientôt desservir les jeunes présentant des problèmes de santé mentale qui vivent en foyer de groupe.

3.5 Les partenariats en santé mentale entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux

❖ **Les corridors de service : urgences pour les jeunes présentant des problèmes de santé mentale**

Il n'existe pas de corridors de service définis, et les enfants peuvent accéder aux urgences de n'importe quel hôpital (CHSGS ou CHPSY) disposant d'un service de pédopsychiatrie. Les centres hospitaliers qui offrent une urgence en pédopsychiatrie sont le CHU Ste-Justine, le CHA Maisonneuve-Rosemont, le CH Sacré-Cœur ainsi que l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill (CUSM).

❖ **Les zones de partenariat : CSSS-CHSGS ou CHPSY en lien avec les hospitalisations, les références et les suivis pour des jeunes présentant des problèmes de santé mentale**

La situation diffère un peu au regard des hospitalisations, références et suivis. Les travaux régionaux pour l'actualisation du PASM ont permis de préciser les zones de partenariat entre les CSSS et les hôpitaux, ce qui facilite et simplifie les activités de référence pour les CSSS. Pour une connaissance plus précise, voir Annexe 3 « *Les zones de partenariat en santé mentale : CSSS-CHSGS* ».

❖ **Les ententes de service des centres jeunesse avec les établissements de santé offrant des services en santé mentale**

Au moment de réaliser cet état de situation, la collaboration entre les acteurs du réseau prend différentes formes, allant d'une coopération ponctuelle à une concertation continue par le biais d'ententes de service formelles ou informelles. Ces ententes pour la plupart visent à améliorer l'accès aux services de pédopsychiatrie des centres hospitaliers.

Les ententes de service du CJM-IU

Les ententes de service du CJM-IU avec ses partenaires des centres hospitaliers sont pour la plupart des ententes formelles

Le CJM-IU a une entente avec le CHU Sainte-Justine concernant l'accès aux services de 2^e ligne en santé mentale pour les jeunes vivant sur les sites Dominique-Savio et Rose-Virginie-Pelletier.

Le CJM-IU est aussi à revoir ses collaborations avec l'Hôpital Rivière-des-Prairies afin de redéfinir les critères d'accès aux services de 2^e ligne en lien avec la nouvelle configuration de l'offre de service en santé mentale pour les jeunes Montréalais. Cette entente permettra d'offrir lorsque requise, une évaluation psychiatrique complète et d'établir la nature du besoin pédopsychiatrique pour les jeunes hébergés sur les sites Cité-des-Prairies, Mont-Saint-Antoine et dans certains foyers de groupes.

Par ailleurs, un projet d'entente informelle a été élaboré avec la Clinique d'évaluation et de recherche du service de pédopsychiatrie de l'Institut Philippe-Pinel afin que soient disponibles l'évaluation et le traitement des jeunes filles et garçons hébergés dans les unités de réadaptation et qui présentent une problématique particulière au plan de la dangerosité et de l'impulsivité.

Le CJM-IU, en collaboration avec quelques territoires de CSSS, a expérimenté pendant plusieurs années le *Projet d'intervention concertée sur le suicide* (PIC), une intervention de pointe en situation de problématique suicidaire. Le PIC, financé en partie par l'Agence, visait à faciliter le repérage des jeunes à risque ainsi que la mise en place d'interventions intersectorielles, concertées et continues. Cette expérimentation a pris fin dans la foulée de la réforme en cours. Actuellement, le CJM-IU n'a pas de mode formel de collaboration avec les CSSS de la région. Par contre, ses échanges avec ceux-ci peuvent prendre diverses formes selon le niveau de développement des équipes de santé mentale de 1^{re} ligne au sein des CSSS.

Les ententes de service des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw.

Les ententes de service des CJFB sont majoritairement des ententes informelles qui reposent sur la collaboration de professionnels et non sur des partenariats interétablissements.

Les CJFB ont une entente de service informelle avec l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) qui porte principalement sur les services d'évaluation. Aucun mécanisme pour assurer le suivi ou le traitement thérapeutique n'est prévu à l'entente. Par ailleurs, les CJFB ont des ententes informelles avec des médecins de CHSGS, qui œuvrent également en clinique communautaire et qui participaient auparavant au Projet de prévention du suicide chez les adolescents avec des partenaires de l'Ouest de l'île.

Les 60 jeunes hébergés au campus Prévost situé dans les Laurentides ne bénéficient d'aucune entente, ni de mécanisme formel leur garantissant l'accès aux services de santé mentale offerts dans la région. Ils sont dirigés vers Montréal et ce, en fonction de leurs besoins.

3.6 Les services de santé mentale offerts aux jeunes de langue anglaise ainsi qu'à leur famille

Afin de recevoir des services en santé mentale, les enfants anglophones et leur famille sont invités à se présenter dans certains établissements désignés¹⁹ ou indiqués²⁰, qui ont des obligations en vertu du *Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais pour les personnes d'expression anglaise de Montréal 2007-2010*.

❖ Services de 1^{re} ligne en santé mentale dans les CSSS

Les établissements *désignés* sont les CSSS Cavendish, de la Montagne et de l'Ouest de l'Île. Ces établissements offrent l'ensemble de leurs services en anglais. Pour leur part, les CSSS Dorval-Lachine-Lasalle et Sud-Ouest-Verdun sont des établissements *indiqués* qui ont l'obligation de mettre à la disposition de la clientèle anglophone des services de santé mentale de 1^{re} ligne en anglais.

❖ Services de 2^e ligne en santé mentale

Les établissements *désignés* sont le CUSM, l'hôpital Douglas et l'hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis.

3.7 Les services offerts aux membres des communautés ethnoculturelles

Les établissements qui reçoivent les enfants et leurs familles requérant des services dans d'autres langues que le français ou l'anglais afin de bien comprendre l'ensemble des interventions, peuvent avoir recours à la *Banque interrégionale d'interprètes* qui offre des services dans plus de 55 langues différentes. En 2007-2008, 39 % des heures d'interprétation sont données dans les CLSC, 20 % dans les hôpitaux et 15 % dans les centres jeunesse.²¹

De plus, afin d'offrir un service de qualité, un grand nombre d'établissements ont développé dans leur pratique des collaborations internes visant à mettre à contribution les intervenants de toute origine.

3.8 Impacts de l'organisation des services sur le cheminement des jeunes hébergés nécessitant des services en santé mentale

❖ Jeunes hébergés en unités de réadaptation.

Les jeunes qui présentent des problèmes de santé mentale et qui sont hébergés en unité de réadaptation sont référés à l'équipe de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau du CJ, qui va référer lorsqu'il y a lieu, le jeune directement aux services de santé mentale des centres hospitaliers.

¹⁹ Un établissement désigné est un établissement que le gouvernement désigne parmi les établissements reconnus. Il s'agit d'un établissement tenu de rendre accessible en langue anglaise aux personnes d'expression anglaise, les services de santé et les services sociaux qu'ils offrent. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais pour les personnes d'expression anglaise de Montréal 2007-2010*, juin 2007, 28 p.

²⁰ Un établissement indiqué est celui qui est identifié dans un programme d'accès comme devant offrir au moins un service ou un programme-service en langue anglaise. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais pour les personnes d'expression anglaise de Montréal 2007-2010*, juin 2007, 28 p.

²¹ Agence de la santé et des services sociaux, CMIS, 2007-2008.

❖ **Jeunes hébergés en foyers de groupe, RI et RTF.**

Jusqu'à présent, les jeunes présentant des problèmes de santé mentale et vivant dans ces différents types de ressources ne bénéficient que de peu d'accessibilité et de continuité des services et ce, tant au plan du dépistage, de l'évaluation, du suivi que du traitement. Les corridors de service ne sont pas clairement établis et il n'existe que peu de mécanismes de coordination ou de concertation. Faute de lignes directrices, des jeunes sont fréquemment dirigés vers les urgences des centres hospitaliers, plus particulièrement quand ils ne sont pas connus des services psychiatriques. Seule exception : les jeunes des CJFB qui sont soumis au *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire*.

❖ **Jeunes hébergés bénéficiant d'une ressource d'hébergement avec traitement individualisé pour leurs problèmes de santé mentale concurrents à leurs troubles de comportement**

Ces jeunes bénéficient, généralement, au sein de leur milieu de vie d'un suivi psychologique et psychiatrique offert par le milieu hospitalier auquel ils ont un accès direct.

3.9 Constats et défis concernant l'offre de service faite aux jeunes hébergés présentant des problèmes de santé mentale

Bien des acquis ont été réalisés en ce qui a trait à l'offre de services à ces jeunes particulièrement vulnérables: mise en place d'équipes de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau en CJ pour la problématique du suicide, développement en cours des équipes de 1^{re} ligne en santé mentale en CSSS, existence de quelques ententes de service entre les CSSS, les CJ et les CHSGS.

L'offre de service reste toutefois inégale pour ces jeunes hébergés selon le type de ressource et le territoire où ils résident. Ainsi, il n'y a pas actuellement d'entente qui permettent de définir la trajectoire de service des jeunes hébergés en RTF-RI et qui demandent des soins pour des problèmes de santé mentale. Il en est de même pour la plupart des jeunes en foyer de groupe.

Les équipes de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau des centres jeunesse mises en place initialement pour intervenir lors de situation avec problématique suicidaire demandent à être parachevées pour agir plus largement auprès des jeunes qui présentent des problèmes de santé mentale et qui vivent en foyer de groupe ou dans une unité de vie des centres jeunesse et ce, en conformité avec les orientations ministérielles.

Enfin, malgré certaines ententes existantes, les responsabilités respectives des centres jeunesse, des CSSS et des centres hospitaliers ainsi que l'établissement de modalités de collaboration interétablissements (mécanismes d'accès et de liaison, corridors de services) demandent à être davantage formalisés tant au plan régional que local.

Les défis que doivent relever l'ensemble des acteurs du réseau sont nombreux. Ils s'inscrivent dans le cadre plus large de la réorganisation régionale des services de santé mentale. Ils reposent notamment sur la mise en place d'une offre de service harmonisée.

3. Principes

En conformité avec les principes directeurs²⁴ adoptés le 12 décembre 2006 par le conseil administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (voir Annexe 4) les membres du comité ont souhaité en réitérer certains qui doivent présider à l'organisation des services pour les jeunes hébergés en CJ qui présentent des problèmes de santé mentale.

- ❖ Participation des jeunes et de leur famille au traitement et à la prise de décision.
- ❖ Meilleure accessibilité, continuité, complémentarité et qualité des services :
 - Proximité géographique des services aux jeunes;
 - Cheminements simples, clairs et connus de tous;
 - Simplification des procédures administratives et limitation du nombre d'intermédiaires;
 - Continuité des services de pédopsychiatrie.
- ❖ Responsabilité partagée de tous les acteurs concernés dans la recherche de solutions adaptées et intégrées visant l'amélioration des services offerts aux jeunes hébergés en CJ et qui présentent des problèmes de santé mentale. Ce partage des responsabilités s'appuie sur les principes de responsabilité populationnelle des CSSS et de hiérarchisation des services.
- ❖ Importance du partenariat qui se traduit par la reconnaissance de l'expertise de chacun, une compréhension commune ou complémentaire des difficultés vécues par les jeunes et l'établissement de mécanismes de communication, de référence ou de liaison.
- ❖ Harmonisation des pratiques au niveau régional tout en permettant une appropriation locale ou par zone de partenariat.
- ❖ Respect des meilleures pratiques.

²⁴ Voir annexe 4.

4. Recommandations

Cette section est composée de deux rubriques qui permettent de faire le parallèle entre les recommandations du MSSS et celle du sous-comité régional et ce, pour chacun des thèmes abordés : dépistage et évaluation, suivi des jeunes, transferts interétablissements, mécanismes de liaison, parachèvement des équipes de soutien multidisciplinaire en santé mentale des CJ, arrimage des services en santé mentale dispensés aux jeunes et aux adultes, formation des intervenants, traitement individualisé et ressources spécialisées. Ces deux rubriques sont :

- ❖ Les recommandations ministérielles énoncées dans le document *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des CJ du Québec*.
- ❖ Les recommandations du sous-comité régional qui sont parfois précédées d'une courte présentation des critères sur lesquels les membres du sous-comité se sont basés pour effectuer des choix.

5.1. Dépistage – Évaluation

RECOMMANDATIONS MINISTÉRIELLES²⁵

« *Que chaque jeune hébergé dans une unité de réadaptation, un foyer de groupe ou une ressource intermédiaire, fasse l'objet d'une évaluation médicale et d'une évaluation psychologique à l'aide d'une grille de psychopathologie, le plus tôt possible après son admission ou son inscription dans la ressource, avant ou pendant l'élaboration du plan d'intervention* ».

RECOMMANDATIONS DU SOUS-COMITÉ

Que chaque jeune hébergé dans une unité de réadaptation ou un foyer de groupe fasse l'objet d'un bilan de santé globale (physique et psychologique), lorsqu'il n'est pas déjà suivi par un médecin de famille ou un pédiatre.

- ❖ Que ce bilan de santé soit réalisé le plus tôt possible après l'admission du jeune ou son inscription dans la ressource, avant ou pendant l'élaboration du plan d'intervention.
- ❖ Que toute information antérieure sur la condition du jeune soit colligée de manière à permettre une meilleure connaissance de ses besoins.

Que chaque jeune hébergé dans une unité de réadaptation ou un foyer de groupe fasse l'objet d'un dépistage systématique des problèmes de santé mentale, par un professionnel du CJ.

- ❖ Que ce dépistage soit réalisé le plus tôt possible après l'admission du jeune ou son inscription dans la ressource, avant ou pendant l'élaboration du plan d'intervention.

Que chaque jeune hébergé dans une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial, pour lequel on soupçonne un problème de santé mentale, fasse l'objet d'un dépistage par un professionnel des CJ.

Que le dépistage se fasse à l'aide d'une grille permettant de colliger les indices de psychopathologie et les informations pertinentes pour une meilleure connaissance du jeune afin de déterminer le besoin de services en santé mentale.

Que dans la mesure du possible, une grille unique de dépistage soit utilisée par les deux CJ et ce, afin d'en faciliter la compréhension par l'ensemble des intervenants des différents établissements et ainsi faciliter la référence vers les CSSS et les centres hospitaliers.

²⁵ Idem ⁵.

Que les équipes de santé mentale de 1^{re} ligne en CSSS ou les équipes de soutien multidisciplinaires de 2^e niveau en CJ et les services de pédopsychiatrie réalisent des évaluations différenciées et complémentaires en fonction du niveau de services offerts. Ainsi, les équipes spécialisées des centres hospitaliers procéderont essentiellement à des évaluations diagnostiques spécialisées en santé mentale.

5.2. Suivi en santé mentale des jeunes hébergés en CJ

RECOMMANDATIONS MINISTÉRIELLES²⁶

« Les jeunes suivis par les services externes des CJ et ceux qui sont en famille d'accueil (ressources de type familial) doivent obtenir les services dont ils ont besoin dans la communauté, par les équipes de santé mentale jeunesse des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Conformément au Plan d'action en santé mentale, les CSSS constituent le guichet d'accès pour les services de santé mentale jeunesse de première et de 2^e ligne. Les CSSS procéderont à l'évaluation des jeunes et de leurs besoins, puis au traitement par l'équipe de santé mentale jeunesse du CSSS ou à l'orientation des jeunes vers les services de 2^e ligne de pédopsychiatrie ou de psychiatrie.

Par ailleurs, dans les situations où le jeune est retourné dans sa famille ou que l'orientation en famille d'accueil s'inscrit dans un continuum de services, en vertu duquel le jeune passe d'une ressource d'hébergement plus lourde à une ressource d'hébergement plus légère, les services requis continuent d'être dispensés par le CJ. Cette façon de faire vise à assurer la continuité des interventions, et ce, jusqu'à ce que la situation du jeune soit stabilisée. »

CRITÈRES PRÉSIDANT À LA RÉFLEXION DU SOUS-COMITÉ

Le sous-comité considère que les critères identifiés pour le suivi des jeunes en santé mentale s'appuient principalement sur l'importance de la continuité des soins et services, sur certains principes cliniques concernant la stabilité des placements (durées maximales de placement évoqués notamment à la LPJ). Ils s'appuient également sur des enjeux administratifs en lien notamment avec les délais de transfert d'un établissement ou d'un service vers un autre.

Les critères suivants ont été retenus :

- ❖ La présence ou non d'un suivi en santé mentale.

Il importe d'assurer une certaine stabilité des suivis en santé mentale à ces jeunes qui vivent des situations psychosociales difficiles.

- ❖ Types de ressources d'hébergement: unité de réadaptation, foyers de groupe, RI et RTF.

Selon le type d'hébergement, les jeunes placés bénéficieront davantage des ressources en santé mentale adaptées à leurs besoins et à proximité de leur milieu d'accueil. Ceux placés en ressource non institutionnelle (RTF ou RI) recevront des services du réseau local de service (RLS) du CSSS du territoire de la ressource qui les accueille. Ils pourront ainsi bénéficier des collaborations existantes entre les divers partenaires locaux tant du réseau scolaire, municipal que communautaire.

²⁶ Idem ⁴.

Pour les jeunes en milieu institutionnel (unité de réadaptation, foyer de groupe) ce sont les équipes de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau du CJ qui répondront à leurs besoins en santé mentale.

- ❖ Durée du placement : 6 mois et moins / plus de 6 mois.

La durée de placement est un critère déterminant quant à l'offre de service en santé mentale. L'expérience clinique tend à démontrer une plus grande probabilité de retour dans le milieu de vie habituel du jeune si la décision initiale de placement est envisagée sur une courte période d'hébergement. Dans une perspective de continuité et de stabilité des services, il appert qu'un jeune dont le placement est de six mois et moins et pour lequel on prévoit un retour en milieu familial bénéficiera davantage d'un suivi dans le territoire où réside sa famille ou son responsable légal. À l'inverse, lorsque la durée de placement dépasse six mois, ce sont les services à proximité du lieu d'hébergement du jeune qui seront privilégiés compte tenu qu'un retour en milieu familial n'est pas prévisible à court ou moyen terme.

- ❖ Obtention des consentements requis.

Dans l'esprit d'une participation active tant des jeunes et de leurs parents, le comité favorise leur implication dans la prise de décision face aux services à recevoir. Les jeunes sont donc considérés acteurs, quel que soit leur âge et selon leur capacité à prendre une décision libre et éclairée. Toutefois, au plan légal, les jeunes âgés de 14 ans et plus doivent autoriser la référence ou le transfert.

RECOMMANDATIONS DU SOUS-COMITÉ

5.2.1. Les jeunes connus des services de santé mentale

Que les jeunes qui sont déjà suivis par les services de santé mentale puissent être desservis par les mêmes services, et ce, quelque soit le type de ressource qui les accueille lorsque la durée de placement n'excède pas six mois. En fonction de l'évolution de leurs besoins, ils seront référés, selon les corridors de service en place, aux équipes de 1^{re} ligne en CSSS ou de 2^e ligne en CHSGS ou CHSP.

Que les jeunes déjà desservis par les services de santé mentale de 2^e ligne et dont le placement est prévu pour plus de six mois puissent, dans la mesure du possible, continuer à recevoir les services du même établissement.

5.2.2. Les jeunes non connus des services de santé mentale

- ❖ Unité de réadaptation et foyer de groupe.

Que les jeunes résidant en unité de réadaptation ou dans les foyers de groupe des CJ soient desservis par l'équipe de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau des CJ et ce, peu importe la durée du placement.

- ❖ Ressources de type familial et ressources intermédiaires.

- Les jeunes placés pour six mois et moins en RTF et en RI.

Que les jeunes placés pour six mois et moins en RTF et en RI soient desservis sur la base de l'adresse des parents ou du parent le plus impliqué dans la vie de l'enfant ou encore du responsable légal.

Qu'ils soient référés, après une évaluation des CJ, au guichet d'accès de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne du CSSS. En fonction des besoins des jeunes, cette équipe voit à assurer l'évaluation, à offrir le suivi en 1^{re} ligne ou à référer le jeune aux services de 2^e ligne, selon les corridors de services préalablement identifiés. Ces corridors de services sont bidirectionnels.

○ Les jeunes placés pour plus de six mois en RTF et en RI à Montréal

Que les jeunes placés en RTF et en RI à Montréal, pour plus de six mois, soient desservis par l'équipe de santé mentale du CSSS du territoire où est située la ressource qui les héberge.

Qu'ils soient référés, après évaluation des CJ, au guichet d'accès de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne du CSSS. En fonction des besoins des jeunes, cette équipe voit à assurer l'évaluation, à offrir le suivi en 1^{re} ligne ou encore à référer le jeune aux services de 2^e ligne selon les corridors de services préalablement identifiés.

○ Les jeunes placés pour une durée de plus de six mois en RTF et en RI hors Montréal

Que la desserte des jeunes placés en RTF et en RI, pour une durée de plus de six mois, hors Montréal soient sous la responsabilité du centre jeunesse. Cependant, en conformité avec les *orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience - Programme-service jeunes en difficulté - offre de service 2007-2012*, il est entendu que les jeunes devraient recevoir des services à proximité de leur milieu de vie.




○ Le suivi des jeunes placés en RI

- Compte tenu de l'encadrement professionnel dont bénéficient les jeunes hébergés en RI ;
- Compte tenu des dynamiques de groupe présentes dans ce type de ressources qui reçoit entre six et huit jeunes ;
- Compte tenu des responsabilités des centres jeunesse envers les ressources intermédiaires.

Le sous-comité recommande à cet égard:

Que les intervenants des ressources intermédiaires collaborent activement avec l'équipe 1^{re} ligne en santé mentale du CSSS ou avec les équipes de 2^e ligne des CHSGS ou des CHPSY et ce, en fonction des besoins des jeunes.

Tableau 4 : Tableaux récapitulatif : suivi des jeunes non connus des services de santé mentale sur l'Île de Montréal

	RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL ET RESSOURCES INTERMÉDIAIRES		UNITÉ DE RÉADAPTATION ET FOYER DE GROUPE
	Placement de 6 mois et moins	Placement de plus de 6 mois à Montréal ²⁷	Peu importe la période de placement
Base de desserte	Adresse des parents	Adresse de la ressource	CJ
Lieu de référence	Guichet d'accès de l'équipe santé mentale de 1 ^{re} ligne du CSSS	Guichet d'accès de l'équipe santé mentale de 1 ^{re} ligne du CSSS	Équipe de soutien multidisciplinaire de 2 ^e niveau
Lieu de desserte pour suivi ou traitement	Équipe santé mentale de 1 ^{re} ligne du CSSS. <i>* En collaboration avec les intervenants des CJ pour les RI</i>	Équipe santé mentale de 1 ^{re} ligne du CSSS <i>* En collaboration avec les intervenants des CJ pour les RI</i>	Équipe de soutien multidisciplinaire de 2 ^e niveau
	Équipe de 2 ^e ligne des CHSGS/ CHSP partenaires  <i>* En collaboration avec les intervenants du CJ pour les RI</i>	Équipe de 2 ^e ligne des CHSGS / CHSP partenaires  <i>* En collaboration avec les intervenants du CJ pour les RI</i>	Équipe de 2 ^e ligne des CHSGS/ CHSP partenaires 



Indique que les corridors de services sont bidirectionnels.

²⁷ Pour les jeunes placés plus de 6 mois hors Montréal, les centres jeunesse sont responsables d'assurer les services de santé mentale appropriés. Toutefois, les jeunes devraient recevoir des services à proximité de leur milieu de vie.

5.3. Transferts interétablissements²⁸:

5.3.1 Les critères présidant à l'établissement des recommandations.

Outre les quatre critères déjà retenus pour le suivi en santé mentale des jeunes hébergés, les membres du sous-comité soulignent l'importance de s'assurer de la stabilité de la situation du jeune avant d'amorcer un transfert : nous entendons ici la stabilité des symptômes et le contrôle du jeune sur sa vie et son environnement, tel que mentionné dans le cadre de référence²⁹.

5.3.2. Le transfert personnalisé

RECOMMANDATIONS DU SOUS-COMITÉ

Que lors de transferts interétablissements pour l'obtention de services en santé mentale, le transfert personnalisé devienne la modalité privilégiée compte tenu des situations souvent complexes que vivent les jeunes et leur famille.

Que ces modalités s'appliquent lors du déplacement d'une ressource d'hébergement vers une autre, lors d'un retour en milieu familial et lors de la transition d'un jeune vers l'âge adulte.

Le transfert personnalisé³⁰ signifie qu'avec l'accord du jeune³¹ ou de ses parents, et après entente, une rencontre est organisée par l'intervenant déjà impliqué du CJ pour introduire l'enfant et sa famille auprès du nouvel intervenant (en santé mentale) et ainsi assurer une continuité à l'égard des interventions.

- ❖ Le transfert personnalisé s'actualise dans toutes les situations :
 - Des services de 1^{re} ligne en santé mentale dans les CSSS vers les services de 2^e ligne en milieu hospitalier;
 - Des services de 2^e ligne vers les services de 1^{re} ligne telles que le stipulent les *Orientations ministérielles* : « *Que le jeune et sa famille soient orientés dans le cadre d'un transfert personnalisé vers les services de 1^{re} ligne du CSSS lorsque ceux de la 2^e ligne ne sont plus requis conformément au Plan d'action en santé mentale* »³²;
 - D'un CSSS offrant des services de 1^{re} ligne en santé mentale vers un autre et ce, dans les cas où les jeunes vivent un déplacement d'une RTF ou d'une RI vers une autre ressource du même type ou encore lors d'un retour en milieu familial;
 - De l'équipe de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau en CJ vers l'équipe santé mentale de 1^{re} ligne en CSSS lors du déplacement des jeunes d'une unité de réadaptation, d'un foyer de groupe vers une ressource moins lourde (RTF ou RI) ou encore lors d'un retour en milieu familial;

- ❖ Le transfert personnalisé s'actualise selon les modalités suivantes :
 - Dans les cas où les jeunes sont déplacés d'une ressource d'hébergement vers une autre, le CJ doit informer l'établissement qui offre des services de santé mentale
 - Le transfert doit être enclenché le plus tôt possible et ce, dès que la situation psychosociale du jeune est stable et après accord du jeune et de sa famille;

²⁸ Idem ³.
²⁹ Idem ³.
³⁰ Idem ¹⁰.
³¹ Idem ²⁸.
³² Idem ⁹.

- C'est l'intervenant du CJ qui doit initier la demande de transfert en santé mentale et organiser le transfert personnalisé;
- Les établissements concernés s'entendent sur les modalités de transfert dans le cadre des paramètres régionaux définis;
- L'établissement qui reçoit la demande de service doit l'accepter dans les délais prescrits au *Plan d'action en santé mentale* du MSSS;
- Durant la période de transfert, l'établissement référent continue d'assumer le suivi du jeune en santé mentale;
- Le plan de service individualisé (PSI) est alors révisé;
- Lorsque le transfert est complété, l'équipe de santé mentale de l'établissement receveur dispense les services au jeune;
- Les jeunes déjà desservis par les services de santé mentale de 2^e ligne et qui changent de lieu d'hébergement continuent de recevoir, dans la mesure du possible, les services du même établissement.

Un tableau synthèse des transferts interétablissements lors du déplacement d'un jeune hébergé nécessitant des services de santé mentale est présenté à l'Annexe 5

5.3.3. Les délais de transfert

RECOMMANDATIONS DU SOUS COMITÉ

Que les différentes étapes du transfert respectent les délais définis au *Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010*³³.

❖ Pour les services de 1^{re} ligne

- Répondre à l'intérieur de 7 jours à l'intervenant ayant dirigé le jeune vers l'équipe;
- Donner accès à un traitement à l'intérieur d'un mois.

❖ Pour les services de 2^e ligne

- Répondre à l'intérieur de 14 jours à l'intervenant ayant orienté le jeune vers les services de 2^e ligne;
- Donner accès à un traitement à l'intérieur de 60 jours.

5.4. Arrimage des services en santé mentale dispensés aux enfants et aux adultes

5.4.1. Transition des jeunes vers l'âge adulte (18 ans)

RECOMMANDATION MINISTÉRIELLE

« *Que la transition entre les services destinés aux jeunes et ceux destinés aux adultes se prépare avant que le jeune n'atteigne l'âge de 18 ans : services de psychiatrie adulte, hébergement si requis, etc.* ».³⁴

³³ Idem³.

³⁴ Idem³.

RECOMMANDATIONS DU SOUS-COMITÉ POUR LES JEUNES DE 18 ANS ET PLUS QUI NÉCESSITENT LA POURSUITE D'UN SUIVI EN SANTÉ MENTALE

Que le passage d'un jeune à la vie adulte fasse l'objet d'un plan de transition dès sa 17^e année ou encore, dès qu'il est possible d'identifier les services qui seront nécessaires afin de répondre à l'ensemble de ses besoins dans les différentes sphères de sa vie (lieu de résidence, insertion sociale et professionnelle, poursuite des études, etc.).

Que l'intervenant du CJ qui possède une vue d'ensemble de la situation du jeune et de sa famille initie et coordonne le plan de transition vers l'âge adulte.

Que ce plan soit élaboré en collaboration avec , les établissements de santé et des services sociaux ou du réseau scolaire ainsi que les ressources communautaires qui seront impliquées lorsque ce jeune aura 18 ans.

Que la coordination de ce transfert interétablissements soit assumée par le CJ en collaboration avec le CSSS du territoire où le jeune prévoit résider lorsqu'il aura atteint ses 18 ans. L'implication du CSSS s'appuie sur le principe de responsabilité populationnelle qui lui est imparti depuis la réforme de la santé et des services sociaux.

Que les différentes réalités qui complexifient le processus de transition telles que les besoins de logements sociaux, de programmes d'insertion dans la communauté soient prise en compte.

5.4.2. Lien entre les services aux jeunes et aux parents présentant des problèmes de santé mentale

RECOMMANDATION MINISTÉRIELLE³⁵

« Que les besoins des parents soient pris en compte et que ceux-ci soient orientés vers les ressources telles que les CSSS et les services de psychiatrie pour les parents souffrant aussi de troubles mentaux, les associations de parents, etc. »

RECOMMANDATIONS DU SOUS-COMITÉ

Que les arrimages s'intensifient entre les services offerts aux adultes et aux enfants par les équipes de santé mentale de 1^e ligne en CSSS, celles de 2^e ligne des centres hospitaliers et les CJ. De fait, des liens étroits entre les différentes équipes doivent se développer afin de répondre aux besoins des parents qui présentent des problèmes de santé mentale pouvant entraver l'exercice de leur rôle de parental.

Que l'évaluation des difficultés personnelles d'un adulte qui est parent s'accompagne toujours d'une appréciation des impacts de ces difficultés sur l'exercice de son rôle parental et ce, afin de s'assurer que la sécurité ou le développement de l'enfant n'est pas compromis.

Que ces impacts soient pris en compte dans le traitement et que les collaborations requises s'actualisent.

Que des mécanismes soient mis en place afin de faciliter la transmission d'information pertinente entre les divers dispensateurs de services, et ce, dans le respect des règles de confidentialité.

³⁵ Idem ⁴.

5.5 Mécanismes de liaison³⁶

RECOMMANDATIONS DU SOUS-COMITÉ :

Les membres du sous-comité ont basé leur réflexion et recommandations sur le modèle présenté dans le *Guide de partenariat Centres de santé et de services sociaux et Centres jeunesse*.

Les membres du comité recommandent :

Que chaque établissement (CJ, CSSS, CH), selon sa structure organisationnelle, garantisse la continuité des services avec ses partenaires.

Que chaque partenaire fasse connaître aux autres, sa structure, afin d'assurer une meilleure communication dans le réseau.

Que l'ensemble des établissements clarifient la façon dont seront abordées les questions d'ordre clinique et celles d'ordre administratif, dans le respect des paramètres régionaux préalablement définis.

5.5.1 Les différents acteurs

Que chaque établissement identifie des personnes ressources qui auront la responsabilité d'assurer les communications et la liaison avec ses partenaires.

❖ L'intervenant.

Que l'intervenant déjà impliqué du CJ reste présent durant toute la période où le jeune est hébergé³⁷. Cet intervenant constitue la personne significative du fait qu'il connaît la situation du jeune et celle de sa famille, qu'il est le responsable du plan d'intervention (PI) et qu'il travaille en étroite collaboration avec les partenaires, à l'intérieur d'un plan de service individualisé (PSI).

❖ L'agent de liaison.

Que chaque établissement désigne un agent de liaison qui assure le développement de liens fonctionnels, harmonieux entre les partenaires. Son rôle sera de faciliter l'accessibilité aux services de santé mentale notamment lors de situation de crise. Cet agent de liaison reçoit les demandes de renseignement ou d'assistance en provenance de son établissement ou des agents de liaison des établissements partenaires. Il peut aussi acheminer les requêtes et s'assurer de la rétroaction auprès des partenaires. Chaque agent de liaison agit également à titre de personne ressource auprès des intervenants de son établissement.

❖ Le cadre désigné³⁸ en santé mentale ou son représentant.

Que chaque établissement (CSSS, CJ, CH) identifie un cadre désigné dont le rôle principal est d'apporter des solutions favorables à la dispensation des services aux jeunes en difficulté qui présentent des problèmes de santé mentale ainsi qu'à leur famille. Ce cadre intervient spécifiquement pour résoudre des situations d'impasse clinique ou administrative en lien avec les autres établissements.

Que ce rôle puisse également être attribué à une personne que le cadre désigné mandate.

³⁶ Idem ³⁰.

³⁷ Idem ¹⁰.

³⁸ Idem ¹⁰.

5.5.2 Les outils favorisant la concertation et la coordination des services

Que les établissements favorisent la concertation et la coordination des services par le biais de moyens concrets soutenant l'intervention dont notamment les :

- ❖ Plans de services individualisés (PSI) : Le PSI est l'outil désigné lorsque l'implication d'intervenants de différents établissements ou organismes est requise auprès du jeune et de sa famille, compte tenu de la complexité de leurs difficultés. Le PSI permet au jeune et à sa famille de participer activement à la prise de décision et au processus clinique. Il s'inscrit dans une démarche permettant de planifier, de coordonner et de réviser l'intervention ainsi que les services offerts par les établissements. L'intervenant du CJ est responsable de la réalisation du PSI en collaboration avec ses partenaires. Il doit favoriser que tous les acteurs pouvant répondre aux besoins du jeune et de sa famille s'y engagent.
- ❖ Protocoles d'entente sous-régionaux entre les diverses organisations concernées : CSSS, CJ, centres hospitaliers de soins psychiatriques ou centres hospitaliers avec un département de psychiatrie ou de pédopsychiatrie, et ce, en fonction des balises et des corridors de services déjà établis par l'Agence de concert avec ses partenaires.
 - Les domaines suivants pourront être couverts : modalités de référence, urgences, hospitalisations, consultation professionnelle, évaluation spécialisée, suivi et traitement, transfert bidirectionnel.
- ❖ Formulaire informatisé commun pour la référence interétablissements (ex : DSIE), qui devra faire l'objet de travaux ultérieurs.
- ❖ Discussions de cas.

5.5.3 Les mécanismes de règlements des litiges³⁹

Que dans une situation litigieuse, les intervenants impliqués auprès du jeune et de sa famille tentent de trouver le plus rapidement possible et dans le respect des droits des usagers, une solution à cette situation pour que ces derniers puissent avoir accès rapidement aux services dont ils ont besoin.

Que s'appliquent, dans les situations ne pouvant être résolues à la satisfaction des parties, les trois mécanismes de règlement des litiges prévus notamment au *Guide de partenariat Centres de santé et de services sociaux-Centres jeunesse* :

1. Supérieur immédiat des CSSS, des CJ et des CHSGS / CHSP

Dans les situations où les intervenants directement impliqués ne réussissent pas à mettre en place une solution acceptable, ces derniers font appel à leurs supérieurs respectifs, pour qu'ils tentent de trouver une solution à la situation litigieuse, dans le respect des droits des usagers.

2. Cadre désigné du CSSS et du CJ

Dans les situations où les supérieurs immédiats ne réussissent pas à trouver une solution acceptable à la situation litigieuse, ces derniers font appel à leur cadre désigné pour qu'ils tentent de trouver une solution à la situation litigieuse et s'assurer de la mise en place d'une solution, dans les meilleurs délais et dans le respect des droits des usagers.

³⁹ Le mécanisme de règlement des litiges est inspiré de celui présenté dans le document *Guide de partenariat CSSS-CJ*. (2008).

3. Appel à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Dans les situations où l'une ou l'autre des parties considère qu'une solution acceptable n'a pas été trouvée ou n'a pas encore été mise en place, la partie concernée porte alors à l'attention de l'Agence la situation litigieuse non résolue, pour qu'une solution soit déterminée et mise en place en collaboration avec les parties, et ce, le plus rapidement possible et dans le respect des droits des usagers.

5.6 L'achèvement de la mise en place des équipes de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau

RECOMMANDATION MINISTÉRIELLE⁴⁰

« Que chaque CJ mette sur pied une ou des équipes de 2^e niveau en santé mentale. Cette équipe, prévue au Plan d'action en santé mentale, sera celle constituée en vertu du Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire (2000) et à laquelle on demandera de plus de couvrir le champ de la santé mentale. Une telle équipe sera minimalement composée d'une infirmière ou d'un infirmier, d'une ou d'un psychologue, d'une omnipraticienne ou d'un omnipraticien ayant développé une expertise en santé mentale. De plus, elle doit pouvoir compter sur la présence d'une ou d'un pédopsychiatre ou psychiatre répondant. »

« Que le département régional de médecine générale de chacune des régions du Québec assure une présence médicale auprès des jeunes hébergés et au sein de la ou des équipes de 2^e niveau du ou des CJ de sa région. »

« Que la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de chacune des régions du Québec assure la présence d'un pédopsychiatre ou d'un psychiatre répondant à ou aux équipes de 2^e niveau du ou des CJ de la région. »

RECOMMANDATIONS DU SOUS-COMITÉ

Qu'en fonction des montants récurrents alloués en 2008-2009 et des ressources disponibles, les CJ élargissent le mandat des équipes de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau

- ❖ De la prévention du suicide à la santé mentale.
- ❖ Aux jeunes résidant non seulement en unité de réadaptation mais aussi à ceux qui résident en foyer de groupe.

Que les CJ complètent leurs équipes multidisciplinaires :

- ❖ Que les CJ forment s'il y a lieu, une demande au Département régional de médecine générale (DRMG) afin de s'adjoindre un omnipraticien (0,5 ETC) par équipe de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau et ce, lors de la démarche annuelle présidant au plan régional des effectifs médicaux pour Montréal (PREM).

Compte tenu que ces équipes mises sur pied par le MSSS depuis quelques années sont uniques en leur genre, qu'elles ont le même mandat et le même fonctionnement que les équipes santé mentale de 1^{re} ligne en CSSS et qu'elles ont déjà établi des collaborations avec les services de santé mentale de 2^e ligne en CH;

Compte tenu que le PASM prévoit en lien avec la responsabilité populationnelle des CSSS, un guichet unique d'accès aux services de santé mentale;

Que les équipes « santé mentale jeune » de 1^{re} ligne en CSSS sont en développement ;

⁴⁰ Idem³.

Il est également recommandé :

Que les équipes de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau aient un accès direct vers la 2^e ligne.

- ❖ Que cet accès direct soit révisé dans 2ans.
- ❖ Qu'un bilan annuel des références vers la 2^e ligne soit réalisé.

Que les CJ et les CHSGS qui disposent d'un service de pédopsychiatrie définissent entre eux les zones de partenariat.

- ❖ Le CJM-IU a complété la définition de ses zones de partenariat avec le CHU Sainte-Justine et l'hôpital Rivière-des-Prairies pour la desserte des jeunes vivant en foyer de groupe.
- ❖ Les CJFB finalisent une entente avec l'hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) qui sera la porte d'entrée vers les services en anglais de 2^e ligne. Le CUSM verra ainsi à coordonner avec les autres hôpitaux offrant des services en anglais, les services en santé mentale requis par les jeunes.

5.7 Formation continue des intervenants

RECOMMANDATION MINISTÉRIELLE⁴¹

« Les formations devront permettre aux intervenants d'acquérir les habiletés nécessaires à l'intervention individuelle et les compétences spécifiques de réadaptation, dans le cadre de programmes d'intervention adaptés à des jeunes présentant des troubles mentaux, et ce, selon les prévalences observées. Les formations devront aussi s'attarder aux valeurs et aux croyances relatives à la maladie mentale et viser l'acquisition de connaissances sur le dépistage des jeunes qui souffrent de troubles mentaux, sur les manifestations des différents troubles mentaux et sur la médication, particulièrement celles relatives au trouble déficitaire de l'attention. De plus, les formations devront prendre en compte les caractéristiques ethnoculturelles des jeunes et des familles desservies ».

RECOMMANDATIONS DU SOUS-COMITÉ

Que certaines activités de formation continue soient dispensées conjointement au personnel des CSSS et des CJ afin de favoriser une compréhension commune des problèmes de santé mentale, de développer un même langage et des outils harmonisés au regard de l'ensemble des interventions à réaliser.

Que ces formations soient modulées en fonction des besoins des différents milieux d'intervention, du contexte d'intervention et de la spécificité de la clientèle.

Qu'ainsi, certaines activités de formation soient génériques et d'autres spécifiques.

- ❖ Une formation générique aux intervenants qui œuvrent auprès des jeunes présentant des problèmes de santé mentale en vue de favoriser l'évaluation, la référence et le suivi.
- ❖ Une formation spécifique aux intervenants des équipes de santé mentale des CSSS et des CJ.

Que les formations soient dispensées en fonction des zones de partenariat afin de respecter les spécificités des établissements concernés. Toutefois, à la demande des établissements montréalais concernés (CH,

⁴¹ Idem ⁴.

CSSS, CJ) l'Agence pourrait faciliter la coordination des actions des différents centres hospitaliers en cette matière.

Qu'une attention particulière soit accordée au développement de compétences permettant l'amélioration de la collaboration entre les intervenants ainsi que l'amélioration de la coordination des services. En cette matière, la formation déjà dispensée par l'Agence de la santé et des services sociaux pourrait être reprise auprès de certains intervenants travaillant auprès des jeunes hébergés présentant des problèmes de santé mentale.

Que soient également prises en compte à moyen terme les formations que le MSSS rendra disponibles en santé mentale.

5.8 Traitement individualisé et ressources spécialisées

❖ Traitement individualisé.

RECOMMANDATION MINISTÉRIELLE⁴²

« Que les jeunes souffrant de troubles mentaux qu'ils soient hébergés dans des ressources d'hébergement régulières ou dans des ressources de traitement individualisé bénéficient d'interventions spécifiques ou de programmes de traitement individualisé »

❖ Ressources spécialisées.

RECOMMANDATIONS MINISTÉRIELLES⁴³

« Qu'un jeune qui présente un ou des troubles mentaux, associés à ses problèmes d'adaptation, soit orienté dans une ressource d'hébergement régulière à moins qu'une évaluation objective démontre qu'il éprouve de grandes difficultés à vivre en groupe. »

« Qu'un jeune qui souffre d'un ou de troubles mentaux associés à ses problèmes d'adaptation, et qui éprouve de grandes difficultés à vivre en groupe, bénéficie d'un milieu offrant des programmes de traitement individualisé dans un groupe restreint préférablement de six jeunes et d'un maximum de huit »

« Que ce type de ressource ne soit pas identifié comme une ressource « en santé mentale » pour éviter la stigmatisation des jeunes qui y sont hébergés »

« Que chaque CJ dispose d'une ou de ressources de traitement individualisé (ressource dédiée), de façon à ce qu'un jeune qui requiert ce type de ressource puisse être hébergé dans sa région, facilitant ainsi les interventions avec la famille. Cette ressource pourra être notamment, une unité de réadaptation, un foyer de groupe ou une ressource intermédiaire et accueillir préférablement six jeunes avec un nombre maximum de 8 jeunes. »

RÉFLEXION DU SOUS-COMITÉ

Le sous-comité considère comme prématuré de soumettre des propositions au regard du traitement individualisé dans une ressource d'hébergement régulière ou du placement dans une ressource spécialisée. Ces questions demandent une réflexion plus approfondie. Dans cette perspective, il recommande d'attendre les travaux ministériels qui sont actuellement en cours et qui devraient prendre fin en 2010.

⁴² Idem ⁴.

⁴³ Idem ⁴.

Un comité du MSSS qui regroupe des représentants des établissements a en effet pour mandat de déterminer les meilleures pratiques de réadaptation pour les jeunes souffrant de troubles mentaux et hébergés dans les unités de réadaptation.

Plus précisément, ce comité devra :

- Identifier les pratiques jugées les plus efficaces dans l'état actuel des connaissances;
- définir les critères cliniques relatifs à l'orientation d'un jeune dans une ressource de réadaptation spécialisée en santé mentale;
- développer un outil clinique d'évaluation ;
- définir les critères relatifs à la mise en place d'une telle ressource de même qu'à la composition des équipes d'intervenants.

Le Centre hospitalier universitaire mère-enfant (Hôpital Ste-Justine) et l'Institut universitaire en santé mentale (Hôpital Douglas) contribueront à la réalisation des travaux du comité de mise en œuvre.

5. CONCLUSION

Les recommandations formulées par le sous-comité de travail pour une organisation renouvelée des services pour les jeunes hébergés en centres jeunesse et qui présentent des problèmes de santé mentale est le fruit de multiples collaborations initiées par l'Agence de la santé et les établissements du réseau.

Ces recommandations viennent définir les paramètres pour une meilleure accessibilité, continuité et complémentarité des services. Elles permettront une amélioration de la qualité des interventions réalisées auprès de ces jeunes.

En lien avec les principes mis de l'avant par le *Plan d'action ministériel en santé mentale, La force des liens* et les différents travaux régionaux, les rôles et responsabilités des différents établissements ont été revus pour l'ensemble du continuum de soins et services : dépistage / évaluation, suivi de 1^{re} et 2^e ligne, transfert interétablissements.

Le soutien à cette organisation de service reposent essentiellement sur différentes stratégies : élargissement du mandat des équipes multidisciplinaires en santé mentale dans les centres jeunesse, développement des équipes de 1^e ligne en santé mentale dans les CSSS, mécanismes de liaison clinico-administratifs entre les établissements et formation.

Les différentes mesures qui sont proposées dans ce document constituent les bases nécessaires au développement d'une offre de service qui prenne en compte les besoins des jeunes hébergés en centres jeunesse et qui présentent des problèmes de santé mentale ainsi que ceux de leur famille.

ANNEXES

Annexe 1- Définitions

Référence personnalisée⁴⁴

Avec l'accord de l'enfant et de sa famille, leurs coordonnées (nom, adresse, téléphone) ainsi que la raison de la référence et de la nature du service demandé sont fournies par l'intervenant du CJ à l'autre partenaire qui s'engage à faire le « reaching out » nécessaire si ces derniers ne lui font pas une demande de service. L'enfant et sa famille semblent intéressés à faire une telle demande de service.

« Reaching out »⁴⁵

Le « reaching out » consiste en une démarche dans laquelle l'intervenant utilise tous les moyens mis à sa disposition pour motiver, mobiliser et inciter le jeune et sa famille à avoir recours aux services de suivi afin d'établir la relation client-intervenant.

Transfert personnalisé⁴⁶

Avec l'accord de l'enfant et de sa famille et après entente avec le représentant du partenaire, une rencontre est organisée par l'intervenant déjà impliqué du CJ pour introduire l'enfant et sa famille auprès du nouvel intervenant et pour assurer une continuité au niveau des interventions.

Services de santé mentale

- 1^{re} ligne : 1) Services généraux offerts à toute la population.
 2) services de 1^{re} ligne destinés spécifiquement à la santé mentale.
- 2^e ligne : Services qui font appel à une expertise spécialisée.
- 3^e ligne : Services qui font appel à une expertise ultra spécialisée.

Équipe de santé mentale de 1^{re} ligne en CSSS⁴⁷

L'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne sert à la fois de porte d'entrée, de lieu de traitement et de lieu intégrateur des soins offerts à un individu; elle est aussi la voie d'accès privilégiée aux services de 2^e ligne.

Une équipe de santé mentale de 1^{re} ligne en CSSS enfants-jeunes est constituée par : un pédopsychiatre répondant, un omnipraticien, un psychologue, un travailleur social, un infirmier, un psychoéducateur. D'autres intervenants peuvent venir compléter cette équipe : ergothérapeute, éducateur spécialisé, orthophoniste.

Les rôles de chacun des membres de l'équipe sont reliés aux fonctions de promotion et prévention, évaluation, orientation-liaison, traitement (suivi), expertise-conseil.

Guichet d'accès unique de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne en CSSS⁴⁸

Le guichet d'accès du CSSS est le lieu où s'effectue l'évaluation des usagers. Les professionnels travaillant au guichet d'accès ont pour mandat de déterminer pour les personnes qui leur sont référées, les services requis : services généraux, spécifiques de 1^{re} ligne ou de 2^e ligne.

⁴⁴ Idem ¹⁰.

⁴⁵ Idem ¹⁰.

⁴⁶ Idem ¹⁰.

⁴⁷ Idem ⁴.

⁴⁸ Idem ³.

Équipe de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau en CJ⁴⁹

Équipe offrant des services aux jeunes hébergés en situation de problématique suicidaire ainsi qu'à ceux qui présentent des problèmes de santé mentale.⁴

Chaque CJ doit mettre sur pied une ou des équipes de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau en santé mentale. Cette équipe, prévue au Plan d'action en santé mentale, est constituée en vertu du *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire (2000)* à laquelle on demandera, de plus, de couvrir le champ de la santé mentale. Les rôles de chacun des membres de l'équipe sont reliés principalement aux fonctions d'évaluation, traitement (suivi), orientation-liaison, expertise-conseil mais aussi de promotion et prévention.

Une telle équipe est minimalement composée d'un infirmier, d'un psychologue, et d'un omnipraticien ayant développé une expertise en santé mentale. De plus, elle doit pouvoir compter sur la collaboration d'un pédopsychiatre ou psychiatre répondant.

⁴⁹ Idem³.

Annexe 2-Correspondance entre les lignes et les niveaux

LIGNES Selon la hiérarchisation des services		NIVEAUX Selon le projet d'intervention en situation de problématique suicidaire	
1^{re} ligne		1^{er} niveau	
		CJ	Intervenants de réadaptation, intervenants du service psychosocial
		2^e niveau	
CSSS	Équipe de santé mentale de 1 ^{re} ligne	CJ	Équipes de soutien multidisciplinaire de 2 ^e niveau : infirmières, psychologues, médecins, cadre
2^e ligne		3^e niveau	
CHSGS - CHPSY Pédopsychiatres et leur équipe			
3^e ligne			
Établissements spécialisés Ex. Institut Pinel			

Annexe 3- Les zones de partenariat en santé mentale : CSSS-CHSGS

LES ZONES DE PARTENARIAT EN SANTÉ MENTALE		
CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	HÔPITAUX PARTENAIRES SERVICES OFFERTS AUX ADULTES	HÔPITAUX PARTENAIRES SERVICES OFFERTS AUX ENFANTS ET AUX JEUNES ● en français ● en anglais
1 CSSS de l'Ouest-de-l'Île* (Incluant l'Hôpital général du Lakeshore)		● Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine ● CUSM
2 CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	Hôpital Douglas	● ● Hôpital Douglas
3 CSSS du Sud-Ouest-Verdun	Hôpital Douglas	● ● Hôpital Douglas
4 CSSS Cavendish	Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	● Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine ● Hôpital général juif ● Hôpital Douglas
5 CSSS de la Montagne	Centre hospitalier de St. Mary Centre universitaire de santé McGill (CUSM)	● Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine ● CUSM
6 CSSS de Bordeaux-Cartierville -Saint-Laurent	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal Hôpital général juif	● Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ● ● Hôpital général juif ● Hôpital Douglas
7 CSSS d'Ahuñtic et Montréal-Nord* (Incluant l'Hôpital Reury)	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	● Hôpital Rivière-des-Prairies ● Hôpital Douglas
8 CSSS du Cœur-de-l'Île* (Incluant l'Hôpital Jean-Talon)	Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	● Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine ● Hôpital Douglas
9 CSSS Jeanne-Mance	CHUM	● Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine ● CHUM ● Hôpital Douglas
10 CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel	Hôpital Louis-H. Lafontaine	● Hôpital Maisonneuve-Rosemont ● Hôpital Rivière-des-Prairies ● CUSM
CSSS Lucille-Teasdale	Hôpital Maisonneuve-Rosemont Hôpital Louis-H. Lafontaine	● Hôpital Maisonneuve-Rosemont ● Hôpital Rivière-des-Prairies ● CUSM
CSSS de la Pointe-de-l'Île	Hôpital Louis-H. Lafontaine	● Hôpital Maisonneuve-Rosemont ● Hôpital Rivière-des-Prairies ● CUSM

* CSSS doté d'un département de psychiatrie offrant des services spécialisés et d'hospitalisation à la clientèle adulte.

Plan de mise en œuvre Phase 1-Annexe, juin 2009, p.33.

*Annexe 4- Principes directeurs du Plan d'action en santé mentale*⁵⁰

1. S'assurer du maintien du développement de la qualité des services aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale;
2. Respecter les orientations et les cibles du Plan d'action ministériel en santé mentale;
3. Maintenir l'accès aux services des populations hors-région au même niveau que la population montréalaise en fonction des cibles du Plan d'action ministériel;
4. Assurer aux CSSS, conformément à leur responsabilité populationnelle, l'accès aux ressources nécessaires pour assurer leur mandat de 1^{re} ligne et pour rendre accessibles les services de 2^e ligne soit par leur département de psychiatrie ou de pédopsychiatrie, soit par un contrat de service;
5. Établir le plus petit nombre de contrats de services possible entre les CSSS et les hôpitaux tout en prenant en compte l'accessibilité aux services en anglais et en français;
6. Appliquer la responsabilité populationnelle dans le respect des autres dispositions de la Loi portant notamment sur les conditions d'exercice de la liberté de choix des usagers et les droits des professionnels;
7. Assurer le maintien et la continuité des services aux personnes desservies;
8. Supporter les ressources humaines, incluant les médecins, qui auront à implanter le Plan d'action.
9. S'assurer que la population soit informée adéquatement lors de l'implantation du Plan d'action.

⁵⁰ Principes directeurs du Plan d'action en santé mentale approuvés par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal le 24 janvier 2006, version révisée le 1^{er} juin 2006.

Annexe 5-Tableau synthèse des transferts interétablissements lors du déplacement d'un jeune hébergé nécessitant des services de santé mentale

Transfert du jeune (services en santé mentale)	Vers une RI/RTF		Vers une unité de réadaptation. / foyer de groupe		Retour en milieu familial
	Déplacement	Placement de 6 MOIS ET MOINS	Placement de PLUS DE 6 MOIS	Placement de 6 MOIS ET MOINS	
De la ressource actuelle RI/RTF	Poursuite du suivi par les services en santé mentale du territoire de la ressource actuelle ou par l'équipe de 2 ^e ligne.	<p>Suivi par les services de santé mentale du territoire de la ressource actuelle pendant la période de transfert.</p> <p>Suivi par les services de santé mentale correspondant à l'adresse de la nouvelle ressource lorsque le transfert est complété.</p> <p>Entente entre les équipes de santé mentale concernées pour les modalités de transfert par le biais des agents de liaison et ce, en fonction des balises identifiées.</p>	Suivi par les services de santé mentale du territoire de la ressource actuelle ou par l'équipe de 2 ^e ligne.	<p>Pendant la période de transfert, suivi par les services de santé mentale du territoire de la ressource actuelle et/ou par l'équipe de 2^e ligne.</p> <p>Suivi par l'équipe de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau du CJ lorsque le transfert est complété et par l'équipe de 2^e ligne en CHSGS associée en fonction des corridors de service.</p> <p>Entente entre les équipes de santé mentale concernées pour les modalités de transfert par le biais des agents de liaison et ce, en fonction des balises identifiées.</p>	Idem au placement de plus de 6 mois en RI/RTF.

Transfert du jeune (services en santé mentale)	Vers une RI/RTF		Vers une unité de réadaptation. / foyer de groupe		Retour en milieu familial
Déplacement	Placement de 6 MOIS ET MOINS	Placement de PLUS DE 6 MOIS	Placement de 6 MOIS ET MOINS	Placement de PLUS DE 6 MOIS	
D'un foyer de groupe ou d'une unité de réadaptation	Suivi par l'équipe de soutien multidisciplinaire de 2 ^e niveau des CJ.	<p>Suivi par l'équipe de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau pendant la période de transfert.</p> <p>Suivi par l'équipe en santé mentale du CSSS du territoire de la ressource lorsque le transfert est complété.</p> <p>Entente entre les deux équipes pour les modalités de transfert (agent de liaison des établissements concernés) en fonction des balises.</p> <p>Un intervenant des CJ est impliqué au dossier.</p>	Suivi par l'équipe de soutien multidisciplinaire de 2 ^e niveau du CJ ou l'équipe de 2 ^e ligne ⁵¹ associée au dossier.	<p>Suivi par l'équipe de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau du CJ ou l'équipe de 2^e ligne associée au dossier.</p> <p>En fonction de l'organisation des services en santé mentale propre à chaque CJ, il pourra y avoir transfert d'équipe de soutien multidisciplinaire 2^e niveau ou de 2^e ligne.</p>	<p>Suivi par l'équipe de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau pendant la période de transfert</p> <p>Suivi par l'équipe en santé mentale du CSSS du territoire du /des parents ou encore du responsable légal lorsque le transfert est complété</p> <p>Entente entre les deux équipes pour les modalités de transfert (agent de liaison des établissements concernés) en fonction des balises.</p>

⁵¹ Équipe du C.H.

Annexe 6 - Tableau synoptique

Provenance	Commentaires - Jeunes hébergés en Centres jeunesse
CENTRES JEUNESSE	
1. Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU)	<p>PROPOSITIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Préciser que l'encadrement intensif est offert dans certaines unités conformément à la Loi sur la protection de la jeunesse. ➤ Ajouter dans la section services spécialisés <i>unité de réadaptation</i>. ➤ Mettre à jour certains chiffres apparaissant dans les tableaux 1 et 2. ➤ Retirer les ressources intermédiaires des services offerts par les équipes de soutien multidisciplinaire. ➤ Ajouter à la note de bas de page 17 la précision : Un niveau réfère essentiellement à une hiérarchisation des services au sein des CJ et en partenariat avec la pédopsychiatrie (3^e niveau). ➤ Préciser que le médecin du CJM-IU évalue et fait le suivi des jeunes référés au 2^e niveau qui n'ont pas de médecin de famille ou de pédiatre. Dans le cas où les jeunes ont un médecin de famille ou un pédiatre, le suivi est assumé par le médecin traitant du jeune. ➤ Ajouter des précisions concernant les jeunes non connus des services de santé mentale : « Au besoin et selon la durée restante du placement et l'orientation la plus probable à la fin de celui-ci, ces équipes établiront directement les liens avec les équipes de santé mentale de 1^{re} ligne des CSSS ou...en fonction des corridors de services établis ». ➤ Ajouter pour les jeunes placés pour une durée de plus de six mois en RTF et en RI hors Montréal. « Conformément à l'une des orientations de l'offre de service 2007-2012 du Programme services jeunes en difficulté, il est entendu que les jeunes devraient recevoir des services le plus près de leur milieu de vie ». ➤ Préciser dans la section Transition des jeunes vers l'âge adulte (18 ans) « Que le pédopsychiatre, en concertation avec le CSSS du territoire où le jeune prévoit résider lorsqu'il aura atteint ses 18 ans, assure le transfert à un psychiatre lorsque nécessaire. »
2. Comité des usagers du CJM-IU	
3. Centres à la jeunesse et à la famille Batshaw	<p>COMMENTAIRES GÉNÉRAUX</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si les recommandations sont mises en place comme proposées, le plan ne pourra qu'améliorer les services des jeunes hébergés. ➤ Deux facteurs indispensables de réussite : la disponibilité des partenaires et leur engagement dans un processus de collaboration. ➤ Constat que le document vise surtout les jeunes hébergés en unité de vie ou foyer de groupe. <p>PRÉOCCUPATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La vulnérabilité des jeunes placés en famille d'accueil. Ces jeunes se distinguent de la population générale : <ul style="list-style-type: none"> ○ Tout doit être mis en œuvre pour préserver les liens jeunes et RTF; ○ Jeunes + RTF méritent une attention particulière; ○ Précisions à apporter concernant la façon de desservir cette clientèle (ex. : temps de réponse). ➤ L'accessibilité de ces services de 1^{re} ligne à la population d'expression anglaise et pour la clientèle du CJFB non hébergée.

Provenance	Commentaires - Jeunes hébergés en Centres jeunesse
4. Comité des usagers des CJFB	<p>PROPOSITIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Offre de participer à l'élaboration d'une grille de dépistage pour nos jeunes hébergés. <ul style="list-style-type: none"> ○ Les pratiques actuelles diffèrent d'un centre jeunesse à l'autre. ○ Importance de distinguer une grille de <u>dépistage</u> d'une grille d'<u>évaluation</u>. ○ Travaux en cours pour la constitution de l'équipe de 2^e niveau ○ La grille de dépistage administrée lors de chaque admission doit être utilisée avec facilité par les intervenants (éducateurs). ○ Grille de soutien à l'observation proposée par le Protocole sur le suicide outil de référence dans les cas particuliers qui nécessitent l'attention des 2^e et 3^e niveaux. ○ Expérimentation d'une grille de dépistage (<i>Self-Harm and Suicidal Behaviour Checklist</i>) utilisée dans tous les cas. ○ Besoin de précisions quant à l'utilisation d'une grille de dépistage et à l'orientation ministérielle à savoir que « <i>chaque jeune hébergé... fasse l'objet d'une évaluation médicale et d'une évaluation psychologique à l'aide d'une grille de psychopathologie</i> ». S'agit-il de mettre en place un outil de <u>dépistage</u> (comme, par exemple, le DEP-ADO en toxicomanie) ou quelque chose qui se rapproche d'un outil d'<u>évaluation</u>?
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL	
5. CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	
6. CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	<p>EN ACCORD AVEC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les objectifs et les principes énoncés. ➤ L'orientation prise en vue d'une évaluation sommaire lors de l'admission. ➤ Les critères concernant l'implication du CSSS en fonction de la durée de placement lors d'un transfert interétablissements. ➤ La préparation de la transition du jeune vers d'autres services avant qu'il n'atteigne 18 ans. <p>PRÉOCCUPATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La recommandation en lien avec l'accès direct aux services de 2^e ligne en santé mentale des équipes de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau pour les jeunes qui résident en unité de réadaptation ou en foyer de groupe. <ul style="list-style-type: none"> ○ Guichet d'accès qui permet d'assurer l'équité dans l'accès aux services de 2^e ligne ; ○ CSSS exerce déjà la responsabilité pour l'accès aux services spécialisés de 2^e ligne et est le mieux placé pour répondre aux attentes des centres hospitaliers ; ○ CSSS applique des critères de priorisation uniformes pour l'ensemble des demandes ; ○ CSSS tient compte de l'expertise des équipes de 2^e niveau afin d'éviter les réévaluations des demandes et d'assurer un traitement rapide. ➤ L'importance des arrimages des services de santé mentale offerts aux adultes et ceux offerts aux jeunes apparaît sous-estimée par le comité de travail. ➤ La responsabilité de la préparation de la transition du jeune vers d'autres services avant qu'il n'atteigne 18 ans : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le rôle du CSSS ; ○ L'ampleur du mandat ; ○ L'implication d'organismes communautaires pour réaliser ces mandats de réadaptation.

Provenance	Commentaires - Jeunes hébergés en Centres jeunesse
	<p>PROPOSITIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mettre davantage l'accent sur la nécessité de la stabilité du jeune avant son transfert. ➤ Favoriser des activités de formation continue conjointement avec le personnel des CSSS et celui des CJ. ➤ Prévoir une formation précise ainsi qu'un soutien clinique en matière de santé mentale aux intervenants qui font l'accueil et l'évaluation, lors des admissions. ➤ Ajouter à la suite <i>des services spécialisés en pédopsychiatrie : "ou en santé mentale 1^{re} ligne avant de les orienter au guichet d'accès du CSSS"</i> (p.15). ➤ Diriger les demandes de consultation, services et traitement en pédopsychiatrie par les équipes de soutien multi de 2^e niveau vers le guichet d'accès du CSSS (responsabilité populationnelle des CSSS / principe de hiérarchisation des services / principe de responsabilité partagée). ➤ Préciser la responsabilité des CJ d'articuler les plans de services en collaboration avec les CSSS, lors de la préparation de la transition du jeune vers d'autres services avant qu'il n'atteigne 18 ans. ➤ Établir que les demandes en vue d'une évaluation en 1^{re} ou 2^e ligne transitent par un agent de liaison en santé mentale des CJ afin de s'assurer que les demandes soient pertinentes et bien documentées avant d'être acheminées au guichet d'accès du CSSS.
7. CSSS du Cœur-de-l'Île	<p>Document traduit une préoccupation constante d'offrir les meilleurs services aux enfants et aux jeunes présentant des problèmes de santé mentale.</p> <p>PARTICULARITÉS</p> <p>Le CSSS Cœur de l'Île possède un département de pédopsychiatrie au centre hospitalier Jean-Talon dont plus spécifiquement une clinique externe. Toutefois, ce département n'offre pas de service en urgence ni d'hospitalisation. Une entente convenue en 2004 avec l'Agence serait à revoir compte tenu de la création des CSSS et du PASM.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ CSSS Cœur-de-l'Île a une équipe complète de huit (8) intervenants, mais devra développer une utilisation judicieuse de cette équipe étant en présence de ressources limitées. ○ Le guichet d'accès a débuté ses activités et après évaluation, il peut orienter le jeune vers l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne ou vers la 2^e ligne. <p>PRÉOCCUPATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Importance de compléter la mise en place des équipes de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau dans les CJ et des équipes de santé mentale en CSSS. ➤ Rareté des effectifs médicaux est un enjeu important pour les établissements (CSSS-CJ). <ul style="list-style-type: none"> ○ Pénurie d'omnipraticiens rend difficile l'accès à un médecin pour la population en général. ○ Difficulté de trouver un omnipraticien pour les suivis médicaux en lien avec l'équipe de santé mentale 1^{re} ligne. ○ Complexité des transferts des usagers de la pédopsychiatrie en 2^e ligne vers les services de santé mentale de 1^{re} ligne. <p>PROPOSITIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Préciser le rationnel justifiant que les CSSS sont responsables des services de SM pour les jeunes hébergés en RI, alors que selon les recommandations ministérielles, les CSSS doivent offrir les services de SM aux jeunes des services externe et des RTF. ➤ Être informé du nombre de places en RTF et en RI pour chaque CSSS. ➤ Préciser l'offre de service par le CSSS du territoire du parent pour les enfants placés pour moins de 6 mois en RI ou en RTF, lorsque la ressource est à l'extérieur de Montréal : <ul style="list-style-type: none"> ○ À qui incombe les déplacements ou le transport lors de rencontres pour l'enfant ou lors de rencontres parents-enfant ? ○ Quelles sont les rôles et responsabilités des CJ et des CSSS (à définir clairement afin d'éviter des irritants) ?

Provenance	Commentaires - Jeunes hébergés en Centres jeunesse
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Préciser la collaboration des intervenants du CJ avec l'équipe de SM en CSSS lors d'un hébergement en RI. <ul style="list-style-type: none"> ○ Pourquoi ne mentionne-t-on pas la collaboration de l'intervenant à l'application des mesures du CJ dans les situations de placement en FA? ➤ Insister sur la collaboration CSSS-CJ lors de l'approche de la majorité d'un jeune. <ul style="list-style-type: none"> ○ Questionnement sur la demande au CSSS de coordonner le transfert interétablissements. ○ Préparation à la vie adulte ne repose pas uniquement sur les épaules du CSSS (élaboration conjointe CSSS-CJ). ○ Questionnement sur l'implication du CSSS de l'adresse présumée du jeune (responsabilité populationnelle anticipée alors qu'un jeune peu changer son orientation vers un autre territoire).
8. CSSS Lucille-Teasdale	<p>PRÉOCCUPATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'implantation des services SM 1^{re} ligne n'est pas complétée (phase 1). ➤ Les besoins d'accompagner les intervenants quant au processus judiciaire (compétences spécifiques non développées actuellement en CSSS). ➤ L'accès direct des équipes de soutien de 2^e niveau à l'équipe de 2^e ligne (voie parallèle) ne correspond donc pas au cheminement dicté par le PASM. <ul style="list-style-type: none"> ○ Respect de l'ensemble des demandes. ○ Gestion des listes d'attente. ➤ La responsabilité de l'offre de service aux parents lorsque des services seront offerts aux jeunes par l'équipe de santé mentale en 1^{re} ligne <ul style="list-style-type: none"> ○ Qui assurera les services aux parents le CJ ou le CSSS ?
9. CSSS de l'Ouest-de-l'Île	
10. CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel	<p>PROPOSITIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Préciser les responsabilités quant à l'offre de services aux parents compte tenu que l'équipe de santé mentale 1^{re} ligne en CSSS et l'équipe de soutien multidisciplinaire de 2^e niveau du CJ auront les mêmes mandats face aux jeunes. ➤ Clarifier l'élargissement du mandat (services CJ) quant à « l'accès direct aux services de pédopsychiatrie » en lien avec le guichet d'accès en CSSS.
11. CSSS du Sud-Ouest et Verdun	
12. CSSS Cavendish	<p>PRÉOCCUPATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les modalités lors des références des CJ vers les CSSS <ul style="list-style-type: none"> ○ DSIE sera-t-elle utilisée ? ○ L'évaluation du CJ sera-t-elle jointe ? ○ Y a-t-il un formulaire à développer au niveau régional ? ○ Une entente devrait-t-elle être signée entre le CSSS et le CJ ? ○ Existe-t-il un document déjà créé ? ➤ L'organisation de la formation <ul style="list-style-type: none"> ○ Qui la dispensera et à quel moment ?
13. CSSS de la Pointe-de-l'Île	<p>EN ACCORD AVEC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'évaluation sommaire par l'intervenant désigné du CJ (efficacité) afin de préciser rapidement le besoin d'une évaluation par les services spécialisés en pédopsychiatrie. ➤ Les critères établis pour la dispensation des services en CSSS : pertinents dans la perspective de continuité et de stabilité des services. ➤ Les liens entre les services de santé mentale offerts aux adultes-parents et aux enfants (évaluation globale). ➤ L'identification des rôles et fonctions des principaux acteurs, soutenus par un PSI, devrait favoriser une fluidité. ➤ La pertinence des activités de formation qui sont le reflet du souci de coordonner nos actions et nos services. <p>PRÉOCCUPATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le rôle des équipes de 2^e niveau, afin d'optimiser les services offerts aux jeunes hébergés : <ul style="list-style-type: none"> ○ Parallèle à faire avec la mise en place des équipes de 1^{re} ligne en santé mentale des CSSS ?

Provenance	Commentaires - Jeunes hébergés en Centres jeunesse
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mêmes profils professionnels. Or, en situation de pénurie de main-d'œuvre, y aurait-il lieu de privilégier le recours aux équipes déjà constituées ? ○ Concernant l'accès des équipes santé mentale (CJ-CSSS) aux services de pédopsychiatrie, le guichet d'accès en santé mentale 1^{re} ligne a-t-il un rôle à jouer ? <p>➤ L'importance du traitement individualisé et des ressources spécialisées quant aux services requis pour les jeunes présentant des troubles mentaux.</p> <p>PROPOSITIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ajouter « ou en santé mentale 1^{re} ligne, selon le type d'hébergement ». ➤ Camper la notion de «transfert personnalisé» dans un cadre clairement défini: l'intervenant de l'établissement référent est identifié comme le responsable de la démarche de transfert et de la révision du PSI. ➤ Identifier, tout comme pour les autres acteurs impliqués, un « gestionnaire désigné à l'Agence » pour résoudre les cas litigieux.
14. CSSS de la Montagne	
15. CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle	<p>PARTICULARITÉS</p> <p>Le CSSS DLL a une équipe de santé mentale jeunes composée de 3 professionnels dont un lié uniquement à la clinique TDAH Lachine.</p> <p>Afin de permettre l'avancement de l'implantation du programme santé mentale jeunesse trois (3) comités existent et permettront de discuter des jeunes hébergés en centre jeunesse et présentant des problèmes de santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Comité d'implantation – en partenariat avec l'Hôpital Douglas; ○ Comité local santé mentale jeune; ○ Table de coordination des services en jeunesse santé mentale et DI-TED. <p>PRÉOCCUPATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La différence entre le critère de temps retenu pour la base de desserte (moins de 6 mois ou 6 mois et plus) dans le document de consultation et celui apparaissant dans <i>Guide de partenariat CSSS-CJ</i> (durée de placement moins de 3 mois ou plus de 3 mois). ➤ L'absence d'outils de liaison informatisés en CSSS (plans de services individualisés, formulaire pour les références ou demande de service interétablissements).
16. CSSS Jeanne-Mance	
CENTRES HOSPITALIERS	
17. Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine	<p>EN ACCORD AVEC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'esprit de collaboration et de complémentarité indispensable à l'évaluation et à la prise en charge de ces jeunes vulnérables. ➤ Les réflexions sur la mise en place des ressources spécialisées (sages et prudentes). <p>PRÉOCCUPATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La recommandation ministérielle d'une évaluation médicale ne se retrouve pas clairement dans les recommandations du sous comité. <p>PROPOSITIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Modifier diagnostic de santé mentale pour trouble mental (p.4).

Provenance	Commentaires - Jeunes hébergés en Centres jeunesse
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tenir compte des travaux en cours à L'AQUESSS afin d'harmoniser la grille de soutien à l'observation développée dans le cadre du protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire en CJ et celle utilisée par la 1^{re} ligne. ➤ Préciser le type d'évaluation requise afin d'éviter toute ambiguïté : « <i>ainsi les équipes des centres hospitaliers procéderont essentiellement à des évaluations diagnostiques spécialisées</i> ». ➤ Développer davantage les recommandations concernant la communication et le transfert des informations (aspect majeur des difficultés de collaboration).
18. Centre universitaire de santé McGill	
19. Hôpital du Sacré Cœur de Montréal	<p>PARTICULARITÉS</p> <p>La clientèle 0-18 ans du secteur Ahuntsic par l'Hôpital Rivière-des-Prairies et celle du secteur de Pierrefonds par l'Hôpital Douglas sont desservies par l'HSCM sans entente de service interétablissements et sans les ajouts de ressources professionnelles prévues au plan de mise en œuvre. Il est également important de prendre en compte les corridors de services établis entre l'HSCM et le CSSS Laval pour la desserte de la population 0-18 ans lavalloise.</p> <p>EN ACCORD AVEC</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le respect des délais recommandés pour le transfert interétablissements d'un jeune vers les services de 2^e ligne. ➤ Les zones de partenariats qui respectent les modalités prévues au plan de mise en œuvre montréalaise. <p>PRÉOCCUPATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La disponibilité actuelle de pédopsychiatre et de ressources professionnelles qui rendra difficile l'accès à un traitement à l'intérieur du délai de 60 jours. <p>PROPOSITIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Maintenir la pratique actuelle où les corridors de référence pour la clientèle pédopsychiatrique d'expression anglaise nécessitant des services d'urgence sont les mêmes que ceux décrits pour la clientèle d'expression anglaise nécessitant une hospitalisation. ➤ Octroyer les ressources financières pour soutenir l'implantation d'un agent de liaison.
20. Hôpital Maisonneuve-Rosemont	<p>PRÉOCCUPATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le concept des équipes de 2^e niveau des CJ peut porter à confusion avec la notion d'intervention de 2^e ligne. ➤ La nécessité d'impliquer le guichet d'accès du CSSS lors d'un transfert de la 2^e ligne enfance vers la 2^e ligne adulte. ➤ L'accès direct aux services de pédopsychiatrie pour les équipes de 2^e niveau en CJ sans transiger par le guichet unique. <p>PROPOSITIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Préciser le rôle et les services des équipes de 2^e niveau auprès : <ul style="list-style-type: none"> ○ Des jeunes hébergés (évaluations et suivis thérapeutiques?) ; ○ Des intervenants comme le document le décrit. ➤ Description fortement liée au risque suicidaire et ne laisse pas entendre l'évaluation et le traitement d'autres conditions de santé mentale non liées au suicide (ex. trouble anxieux, phobies, syndrome de stress post-traumatique, etc.). ➤ Mettre en ANNEXE la « Grille de soutien à l'observation ». ➤ Expliquer la logique clinique ou organisationnelle quant au choix dispensateur de services et la durée de l'hébergement (principe de continuité). ➤ Clarifier la responsabilité des CJ pour les placements hors MTL (devront-ils aller chercher au besoin les services de 2^e ligne en santé mentale dans ces territoires hors Montréal ?)

Provenance	Commentaires - Jeunes hébergés en Centres jeunesse
21. Hôpital Montréal Juif	
22. Hôpital Douglas	
23. Hôpital Rivières- des- Prairies	<p>EN ACCORD AVEC</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'organisation des services s'inscrit dans la continuité des travaux que l'hôpital Rivière-des-Prairies a amorcés avec le Centre jeunesse de Montréal-IU dans le but d'établir les zones de partenariat. ➤ l'HRDP, dans le respect de son cadre financier, mettra tout en œuvre pour contribuer au plan de mise en œuvre de cette offre de service dans le meilleur intérêt de la clientèle visée. <p>PRÉOCCUPATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le financement requis pour consolider les services de 2^e ligne dans les hôpitaux qui n'a pas été abordé (assurer que les effectifs sont en nombre suffisant pour remplir ce mandat). ➤ L'absence de discussion entourant le rôle des guichets d'accès (PASM) dans le cadre de cette organisation de service. ➤ La difficulté de recruter des médecins omnipraticiens et des pédopsychiatres (condition critique incontournable). <p>PROPOSITIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Contribuer à la suite des travaux d'implantation par le partage de l'expertise développée dans l'offre de service de ressources spécialisées pour des jeunes présentant des problèmes de SM en partenariat avec le CJM-IU. <p>Contribution :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pratiques jugées efficaces; ○ Critères relatifs à l'orientation d'un jeune dans une ressource spécialisée en santé mentale; ○ Critères développement d'outils cliniques; ○ Critères relatifs à la mise en place d'une ressource spécialisée en santé mentale.
24. Institut Philippe Pinel	
AUTRES	
25. Commission multidisciplinaire régionale	<p>EN ACCORD AVEC</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'ensemble des recommandations. ➤ Les principes directeurs adoptés par le conseil d'administration de l'Agence et ceux préconisés par le sous-comité. <p>PRÉOCCUPATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le dépistage des problèmes de santé mentale afin de favoriser une intervention précoce et préventive. ➤ L'accès équitable aux services en santé mentale pour les jeunes hébergés en RTF. ➤ Le soutien aux parents d'accueil qui desservent des jeunes qui ont un lourd vécu. <p>PROPOSITIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Élaborer un dépistage systématique pour tous les jeunes hébergés en CJ même ceux en RTF. ➤ Ajouter le personnel des CH aux formations mixtes prévues pour les intervenants en CSSS et en CJ. ➤ Offrir une formation de base sur le dépistage des psychopathologies aux RTF. ➤ Assurer l'accès à la formation générale et spécifique également aux RTF. ➤ Joindre la grille de dépistage des psychopathologies au document.

Provenance	Commentaires - Jeunes hébergés en Centres jeunesse
26. Commission infirmière régionale	<p>EN ACCORD AVEC</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'ensemble des recommandations. <p>PRÉOCCUPATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les besoins particuliers de cette clientèle qui présente une situation psychosociale particulière. ➤ La participation de l'ensemble des partenaires dont notamment le milieu scolaire qui accueille au quotidien ces enfants en difficulté.
27. Assemblée des chefs de département de psychiatrie de l'Île de Montréal	
28. Comité d'accès à la langue anglaise (Heather Clark)	<p>EN ACCORD AVEC</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'ensemble des recommandations. ➤ Les principes directeurs adoptés par le conseil d'administration de l'Agence et ceux préconisés par le sous-comité. En réitère deux particulièrement importants pour la population d'expression anglaise : <ul style="list-style-type: none"> ○ Participation des jeunes et de leur famille au traitement et à la prise de décision; ○ Meilleure accessibilité, continuité, complémentarité et qualité de services. ➤ L'importance accordée à la continuité des soins et au lieu de résidence du jeune et sa famille. <p>PRÉOCCUPATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'absence de précision au regard de l'impact de la diversité linguistique et culturelle ainsi que la langue de communication du parent et celle du jeune lors du recours aux services. ➤ L'impact sur l'accessibilité des services compte tenu que les ententes des CJFB ont des ententes majoritairement informelles avec leurs partenaires. ➤ La capacité d'assurer une communication efficace qui permette au client de comprendre le traitement ou les services qui lui sont offerts. ➤ Le délai d'accès aux services de 1^{re} et 2^e ligne selon le territoire de résidence ou de la langue du service. ➤ La fragilité du jeune et le risque accru d'itinérance à la sortie des ressources d'hébergement notamment lors de l'atteinte de la majorité. <p>PROPOSITIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ajouter des précisions sur la diversité linguistique et culturelle, la langue de communication du parent et celle du jeune en lien avec la planification des services. ➤ Établir des mesures claires lors des transferts interétablissements afin d'assurer que les particularités linguistiques et culturelles soient prises en compte de manière à permettre au jeune et à ses proches de participer pleinement aux échanges et à la prise de décision. ➤ S'assurer que les équipes de santé mentale de 1^{re} ligne en CSSS soient en mesure d'effectuer le dépistage et l'évaluation en anglais. ➤ Préciser les responsabilités des CSSS en vertu du programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais pour les personnes d'expression anglaise de Montréal 2007-2010 : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ajouter une formation interculturelle afin d'assurer la capacité des intervenants de prendre en compte les caractéristiques ethnoculturelles; ○ Inclure une formation visant l'amélioration de la compétence linguistique afin d'assurer une qualité équivalente des services.
29. DRMG (Dr Ropert)	Aucun commentaire

Provenance	Commentaires - Jeunes hébergés en Centres jeunesse
ÉDUCATION	
30. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport Gilles Lamirande Directeur régionale de Montréal G. Poirier Adjointe à la direction	Aucun commentaire
31. Commission scolaire de l'Île de Montréal Gilles Petitclerc Directeur général	<p>EN ACCORD AVEC Recommandations qui définissent clairement les rôles et les responsabilités des établissements, l'offre de services des différentes ressources.</p> <p>PRÉOCCUPATIONS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'absence de représentation du réseau scolaire malgré le souhait : <ul style="list-style-type: none"> ○ Du milieu scolaire d'être associé dès le départ à l'élaboration des différents programmes; ○ Des écoles de sites d'être associées à la mise en place des équipes de soutien de 2^e niveau et au traitement individualisé. <p>PROPOSITION</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Collaborer en lien avec l'importance d'intervenir rapidement auprès de ces jeunes pour éviter toute détérioration de leur situation.
32. Commission scolaire Pointe-de-l'Île Monsieur Antonio Bernardelli Directeur général	<p>PRÉOCCUPATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Absence de lien entre les troubles mentaux des jeunes et les responsabilités ainsi que l'intervention quotidienne des différents acteurs du milieu scolaire. <p>PROPOSITION</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Impliquer le milieu scolaire à l'étape de la mise en place des mécanismes de collaboration notamment en ce qui concerne l'intervention et la formation.
33. English Montréal School Board Monsieur Antonio Lacroce Directeur général	<p>EN ACCORD AVEC</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les principes directeurs. ➤ L'arrimage des services en santé mentale offerts aux enfants et ceux offerts aux adultes. ➤ La période de transition des jeunes vers l'âge adulte (18 ans). <p>PRÉOCCUPATIONS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'absence du profil des élèves anglophones (usagers/clients) dans l'état de situation. ➤ Les conséquences de l'entente informelle (article 3.4) avec ses partenaires (CJM-IU, CJFB). ➤ L'offre de services en anglais : <ul style="list-style-type: none"> ○ Une communication efficace et une intervention clinique particulière pour ce type de clientèle ; ○ Un obstacle à l'accessibilité et la continuité selon le lieu de résidence et le territoire du jeune. ➤ Le risque de disparité, selon le territoire, de la période d'attente pour accéder aux services de 2^e ligne (12 CSSS). ➤ La capacité de réunir l'ensemble des acteurs concernés lors des transferts personnalisés.

Provenance	Commentaires - Jeunes hébergés en Centres jeunesse
34. Commission scolaire Lester B. Pearson Monsieur Robert T. Mills Directeur général	
LES AGENCES DES RÉGIONS PÉRIPHÉRIQUES	
35. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie Madame Claire Pagé	<p>EN ACCORD AVEC</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les principes, l'ensemble des recommandations et les mesures identifiées qui recourent l'implantation du réseau intégrés <i>Grandir en santé mentale en Montérégie</i>. <p>PROPOSITION</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ S'assurer de réunir les conditions jugées favorables pour déployer de manière cohérentes, harmoniser et intégrer l'offre de service destinée aux jeunes hébergés en CJ et présentant des problèmes de santé mentale. (treize points sont soulignés)
36. Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière Monsieur Jean-François Foisy	<p>EN ACCORD AVEC</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'ensemble des recommandations. ➤ Les mesures identifiées. <p>PRÉOCCUPATIONS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'absence des liens à établir avec les partenaires du milieu communautaire, du milieu scolaire et des services de garde. ➤ La question du traitement individualisé et des ressources spécialisées en fonction du profil complexe des besoins cliniques des jeunes. ➤ Le défi d'adhésion des différents acteurs aux recommandations et la mise en réseau des actions que sous-tendent les recommandations <p>PROPOSITIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Expliciter soutenir davantage le départage des responsabilités cliniques entre la 1^{re} et la 2^e ligne en CSSS (outil de liaisons : PSI) ➤ Établir des zones de partenariat avec le CSSS du territoire de résidence de la RTF hors Montréal afin de faciliter l'intégration et le recours aux services dans la communauté.
37. Agence de la santé et des services sociaux de Laval Monsieur Claude Desjardins	Commentaires à venir
38. Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides Monsieur Marc Fortin	

Bibliographie

- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (2004). *Balises régionales pour l'établissement de modalités d'accès en pédopsychiatrie pour les jeunes hébergés dans les CJ*, juin 2004, 21p.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006). Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010, Cadre de référence, Mise en place des équipes de santé mentale de 1^{re} ligne dans les CSSS, Plan de mise en œuvre à Montréal, Phase 1, 51p.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Centres de santé et de services sociaux de Montréal, Les centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, (2008). *Guide de partenariat Centres de santé et de services sociaux - CJ*, mai 2008, 41p.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais pour les personnes d'expression anglaise de Montréal 2007- 2010.
- American Psychiatric association. (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Traduction française, Paris, Masson.
- Association des CJ du Québec. (2000). Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire, juin 2000.
- MSSS. (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens, 96p.
- MSSS. (2007). Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, Programme-services jeunes en difficulté, Offre de service 2007-2012, 92p.
- MSSS. (2007). Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des CJ du Québec, Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les CJ, 69 p.

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 