
OPTIMISER L'OFFRE DE SOINS ET SERVICES DE
SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE AU CENTRE DE
RÉADAPTATION POUR LES JEUNES EN DIFFICULTÉ
D'ADAPTATION VAL-DU-LAC : ENJEUX COMPARATIFS,
CONTEXTUELS ET DE PERFORMANCE

Avis d'évaluation rapide

©UETMISSS

Unité d'évaluation des technologies et des modes
d'intervention en santé et services sociaux, 2021

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 



**OPTIMISER L'OFFRE DE SOINS ET SERVICES DE SANTÉ
PHYSIQUE ET MENTALE AU CENTRE DE RÉADAPTATION POUR
LES JEUNES EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION VAL-DU-LAC :
ENJEUX COMPARATIFS, CONTEXTUELS ET DE PERFORMANCE**

AVIS D'ÉVALUATION RAPIDE

Juin 2021

© UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2021
Direction de la coordination de la mission universitaire

CE RAPPORT EN UNE PAGE

Le centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) Val-du-Lac de Sherbrooke dessert toute la région sociosanitaire de l'Estrie. C'est un établissement de réadaptation psychosociale et d'hébergement pour les 6 à 18 ans, auquel s'ajoute un centre de détention fermé pour les jeunes contrevenants de 13 à 21 ans. Le service de santé du CRJDA Val-du-Lac offre sur place, des soins et services (cliniques et préventifs) de santé physique et mentale.

Pour optimiser son offre de services et mieux répondre aux cibles de performance du Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS), la Direction de la protection de la jeunesse (DPJe) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS souhaitait connaître les modalités optimales d'offre de soins et services de santé physique et mentale à ses usagers en CRJDA, tout en respectant les cibles de performance organisationnelle du MSSS.

Une revue de la littérature scientifique portant sur les meilleures modalités de livraison des services de santé dans ce type de centre a été réalisée. Diverses consultations auprès des intervenants, professionnels et usagers du centre ont été menées. Dans le but de comparer les pratiques, une enquête auprès de plusieurs CRJDA de la province a également été réalisée.

- Les données probantes provenant des études révèlent que les soins et services de proximité effectués sur place sont les plus efficaces et sécuritaires.
- Les soins de proximités actuels sont sous-optimaux et devraient être bonifiés, en incluant, entre autres, plus de soins préventifs.

Pour optimiser les services, il faudrait répondre aux enjeux suivants :

- Le manque de ressources humaines (manque de personnel infirmier);
- Optimiser le fonctionnement interdisciplinaire;
- Assurer la communication confidentielle des données sensibles;
- Améliorer le référencement vers les dispensateurs de services à l'interne ou à l'extérieur du centre.

Les données recueillies révèlent que la mesure quantitative utilisée actuellement comme indicateur de performance par le MSSS ne tiendrait pas suffisamment compte de l'ensemble des activités cliniques réalisées auprès des jeunes.

Des indicateurs permettant de mesurer ces multiples activités et leurs coûts, pendant tout le séjour du jeune au CRJDA, pourraient s'avérer plus informatifs de la performance du centre, tout en contribuant à l'amélioration des soins et services.

L'adoption d'un outil autoadministré de mesure des effets directs des soins et services de santé sur la qualité de vie des jeunes pourrait s'avérer une occasion de les responsabiliser tout en favorisant une meilleure communication avec l'équipe d'intervention.

LA MISSION

Soutenir la prise de décision des gestionnaires pour améliorer la santé et le bien-être de la population par l'évaluation rigoureuse des données scientifiques, contextuelles et des savoirs expérientiels ces derniers provenant des usagers, leurs proches, la population et l'ensemble de la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

Mathieu Roy, Ph. D.

Conseiller en évaluation à l'UETMISSS
Chercheur d'établissement à la DCMU

Pierre Dagenais, MD., Ph. D.

Directeur scientifique à l'UETMISSS

Maria Benkhalti, M.Sc., Ph. D.

Conseillère en évaluation à l'UETMISSS
Chercheuse d'établissement à la DCMU

Maryse Berthiaume, Ph. D., MBA

Adjointe au directeur

Marie-Belle Poirier, Ph. D.

Conseillère en évaluation à l'UETMISSS

Sonia Ouellet

Agente administrative cl. 1

Cyrille Gérard Diffo, M.Sc.

Conseiller en évaluation à l'UETMISSS

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

ISBN 978-2-550-89822-1 (PDF)

© UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Pour tout renseignement sur ce document ou sur les activités de l'UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôpital et centre d'hébergement d'Youville
1036, rue Belvédère Sud, bureau 5213
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4
Téléphone : (819) 780-2220, poste 16648
Courriel : uetmisss.ciusse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Pour citer ce document : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS). *Optimiser l'offre de soins et services de santé physique et mentale au centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation Val-du-Lac : Enjeux comparatifs, contextuels et de performance* préparé par Maria Benkhalti, Mathieu Roy, Pierre, Dagenais (UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, -2021) Sherbrooke, Québec (Canada), 99 pages

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

AVANT-PROPOS

Le centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) Val-du-Lac de Sherbrooke dessert toute la région sociosanitaire de l'Estrie. C'est un établissement de réadaptation psychosociale et d'hébergement (ouvert et fermé) pour les 6 à 18 ans. C'est aussi un centre de détention fermé pour les jeunes contrevenants de 13 à 21 ans. Le service de santé du CRJDA Val-du-Lac offre sur place, des soins et services (cliniques et préventifs) de santé physique et mentale.

Pour optimiser son offre de services et mieux répondre aux cibles de performance du Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS), la Direction de la protection de la jeunesse (DPJe) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS souhaitait connaître les modalités optimales d'offre de soins et services de santé physique et mentale à ses usagers en CRJDA tout en respectant les cibles de performance organisationnelle du MSSS.

Le présent rapport présente une revue systématique sur les meilleures pratiques de prise en charge des soins et services en santé physique, mentale et de soins de prévention dans de tels centres d'hébergement au Québec et ailleurs dans le monde.

Les données contextuelles et expérientielles ont été recueillies auprès d'intervenants, de professionnels et d'usagers de Val-du-Lac. Une enquête a également été réalisée auprès de plusieurs CRJDA de la province afin de comparer les offres de services et obtenir leurs opinions sur les indicateurs de performance.

Les données recueillies ainsi que les échanges avec les parties prenantes du centre Val-du-Lac ont permis d'identifier des enjeux de manque de ressources infirmières et de communication interdisciplinaire incluant les aspects touchant la communication de données confidentielles entre intervenants, ainsi que des pistes d'amélioration dans le référencement à l'interne et à l'extérieur du centre.

En ce qui concerne la détermination de cibles de performance, les données scientifiques et expérientielles révèlent que la mesure quantitative utilisée actuellement comme indicateur de performance par le MSSS ne tiendrait pas suffisamment compte de l'ensemble des activités cliniques réalisées auprès des jeunes. Le rapport de l'UETMISSS propose d'autres indicateurs qui permettraient de mieux documenter l'ensemble des soins et services prodigués au centre ainsi que leurs effets, principalement sur la qualité de vie des jeunes hébergés en CRJDA.



Pierre Dagenais, MD., Ph. D.
Directeur scientifique UETMISSS
Direction de la coordination de la mission
universitaire
CIUSSS de l'Estrie – CHUS



Stéphanie McMahon
Directrice
Direction de la coordination de la mission
universitaire
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

ÉQUIPE DE PROJET

AUTEURS

Maria Benkhalti	Conseillère en évaluation à l'UETMISSS et chercheuse d'établissement à la Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Mathieu Roy	Conseiller en évaluation à l'UETMISSS et Chercheur d'établissement à la Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Pierre Dagenais	Directeur scientifique à l'UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

ÉQUIPE DE CADRAGE DU PROJET

Chantal Gariépy	Directrice, Direction du programme Jeunesse, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Diane Patenaude	Adjointe à la directrice, Direction du programme Jeunesse, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Annie Glode/Patrick Dussault	Chef de service en réadaptation et hébergement, Services aux jeunes 5-18 ans, Direction du programme Jeunesse, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Linda Champoux	Infirmière, Direction du programme Jeunesse, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Marie-Dominique Dzineku	Médecin, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

COMITÉ CONSULTATIF ET DE CONTEXTUALISATION

Annie Michaud/Diane Patenaude	Adjointe à la directrice, Direction du programme Jeunesse, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Annie Glode/Patrick Dussault	Chef de service en réadaptation et hébergement, Services aux jeunes 5-18 ans, Direction du programme Jeunesse, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Marie-Dominique Dzineku	Médecin, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Kim Houle	Coordonnatrice par intérim (Service de réadaptation et d'hébergement, DPJe et chargée de projet – Plan d'action pour les jeunes et leurs familles, Direction Générale).
Martine McConnell	Infirmière au CRJDA Val-du-Lac.
Julie Labrie	Infirmière au CRJDA Val-du-Lac.
Vincent Mercier	Psychoéducateur au CRJDA Val-du-Lac.
Nadia Ducharme	Éducatrice au CRJDA Val-du-Lac.

DEMANDEUR DE L'ETMISSS

Direction du programme jeunesse, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

SOUTIEN BIBLIOTHÉCAIRE

Francis Lacasse

Bibliothécaire, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Mykola Krupko

Bibliothécaire, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

REMERCIEMENTS

Les auteurs et l'UETMISSS tiennent à remercier Cyrille Gérard Diffo pour son implication dans la sélection des articles pour la recension des écrits scientifiques. Ils tiennent aussi à remercier toutes les personnes ayant contribué, d'une façon ou d'une autre, à la réalisation du présent rapport, particulièrement celles impliquées à la contextualisation des données scientifiques et à la formulation des recommandations qui ont accepté pour la grande majorité d'agir à titre de relecteurs de son contenu.

DIVULGATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Aucun conflit à signaler

FINANCEMENT

Ce projet a été financé à même le budget de fonctionnement de l'UETMISSS

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	19
1.1 LES CENTRES DE READAPTATION POUR JEUNES EN DIFFICULTE D'ADAPTATION	19
1.2 DES JEUNES EN SITUATION DE VULNERABILITE	19
1.3 LE CENTRE DE READAPTATION POUR JEUNES EN DIFFICULTE D'ADAPTATION VAL-DU-LAC	20
1.4 LE MODE D'INTERVENTION EVALUE : L'OFFRE DE SERVICES DE SANTE PHYSIQUE ET MENTALE.....	21
1.5 LA PERFORMANCE DES CRJDA MESUREE PAR LE MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUEBEC	22
1.6 BESOIN DECISIONNEL ET QUESTIONS D'EVALUATION	22
1.7 MODELE LOGIQUE	24
2. MÉTHODE D'ÉVALUATION	25
2.1 REVUE DES ECRITS SCIENTIFIQUES ET DE LA LITTERATURE GRISE	25
2.1.2 <i>Revue rapide sur les indicateurs de performance</i>	27
2.2 DOCUMENTER DES ENJEUX CONTEXTUELS ET EXPERIENTIELS	28
2.2.1 <i>Une enquête de terrain pour amasser des données contextuelles</i>	28
2.2.2 <i>Des groupes de discussion pour recueillir des savoirs expérientiels</i>	29
2.3 CONSULTATION, DELIBERATION ET CO-CONSTRUCTION DES RECOMMANDATIONS.....	30
2.3.1 <i>Formation d'un comité consultatif et de contextualisation</i>	30
2.3.2 <i>Élaboration des recommandations préliminaires</i>	30
2.3.3 <i>Production d'un rapport ETMI contenant des recommandations finales</i>	30
3. RÉSULTATS.....	31
3.1 REVUE SYSTEMATIQUE SUR L'EFFICACITE ET LA SECURITE D'UN MODE D'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE EN CENTRE DE READAPTATION POUR JEUNES	31
3.1.1 <i>Acteurs</i>	31
3.1.2 <i>Contenu</i>	32
3.1.3 <i>Processus</i>	34
3.1.4 <i>Contexte</i>	35
3.1.5 <i>Extrants (impacts et résultats)</i>	36
3.2 REVUE RAPIDE SUR LES INDICATEURS DE PERFORMANCE	36
3.2.1 <i>Des indicateurs de performance inadaptés à la réalité des intervenants</i>	36
3.2.2 <i>Des indicateurs de performance au niveau individuel</i>	37
3.2.3 <i>Des indicateurs de performance au niveau organisationnel</i>	37
3.3 QUESTIONNAIRES DES CRJDA AU QUEBEC	38
3.3.1 <i>Mode d'organisation des services de santé en centre de réadaptation pour jeunes</i>	38
3.3.2 <i>Indicateurs de performance</i>	42
3.4 ENTREVUES AVEC LES PARTIES PRENANTES DE VAL-DU-LAC.....	43
3.4.1 <i>Mode d'organisation des services de santé en centre de réadaptation pour jeunes</i>	43
3.4.2 <i>Indicateurs de performance</i>	48
3.5 TRIANGULATION DES DONNEES.....	49
3.5.1 <i>Mode d'organisation des services de santé en centre de réadaptation pour jeunes</i>	49
3.5.2 <i>Indicateurs de performance</i>	50
4. DISCUSSION	51
4.1 CONTEXTE, DEMARCHE EVALUATIVE ET SOMMAIRE DES RESULTATS.....	51
Acteurs.....	51
Contenu	52
Contexte et processus	52
Extrants	53
4.2 LIMITES DE L'ÉVALUATION.....	53
4.3 IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE ET LA GESTION	54
5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	55

5.1 RECOMMANDATIONS.....	55
<i>Mode d'organisation des services de santé en centre de réadaptation pour jeunes</i>	55
<i>Indicateurs de performance</i>	56
6. RÉFÉRENCES PRINCIPALES	59
ANNEXE I DÉMARCHE ÉVALUATIVE	65
ANNEXE II DÉTAILS MÉTHODOLOGIQUES DE LA RECENSION DES ÉCRITS SCIENTIFIQUES DE LA LITTÉRATURE.....	66
ANNEXE III DIAGRAMMES DE FLUX POUR LA SÉLECTION DES ARTICLES SCIENTIFIQUES.....	67
ANNEXE IV EXTRACTION DES DONNÉES DES DOCUMENTS RETENUS PAR LA STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	69
ANNEXE V QUESTIONS POSÉES LORS DE L'ENTRETIEN AVEC LES AUTRES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR JEUNES EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION (VOLET DONNÉES CONTEXTUELLES).....	93
ANNEXE VI QUESTIONS POSÉES LORS DES GROUPEs DE DISCUSSIONS (VOLET DONNÉES EXPERIENTIELLES)	96
Figure 1. La structure du CRJDA Val-du-Lac et de ses divers points de service	21
Figure 2. Le modèle logique du mode d'organisation des soins et services du CJ de réadaptation et d'hébergement Val-du-Lac avec ses divers points de services.....	24
Figure 3. Cadre théorique d'analyse (modifié de Walt & Gilson, 1994 et cadre générique d'analyse de programme).....	29
Tableau 1. Critères d'inclusion utilisés pour le volet recension des écrits scientifiques et de littérature grise	26

ABRÉVIATIONS

CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CJ	Centre jeunesse
CRJDA	Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DPJe	Direction du programme jeunesse
ETMISSS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SQ	Score de qualité
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
UETMISSS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux

RÉSUMÉ

Le centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) Val-du-Lac situé à Sherbrooke dessert toute la région sociosanitaire de l'Estrie. C'est un établissement de réadaptation psychosociale et d'hébergement (ouvert et fermé) pour les 6 à 18 ans (1). C'est aussi un centre de détention fermé pour les jeunes contrevenants de 13 à 21 ans (jusqu'à 21 ans chez des adultes considérés mineurs par un juge). Le service de santé du CRJDA Val-du-Lac offre (sur place) des soins et services (cliniques et préventifs) de santé physique et mentale (1). Pour optimiser son offre de services et mieux répondre aux cibles de performance du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la Direction de la protection de la jeunesse (DPJe) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS souhaite connaître : 1) les modalités optimales pour offrir des soins et services de santé physique et mentale à ses usagers, 2) les enjeux de mesure de la performance du MSSS. La question décisionnelle est : « ***Quel mode d'organisation des soins et services de santé physique et mentale permet une prise en charge optimale des enfants et des adolescents au CRJDA Val-du-Lac ?*** ». Trois questions d'évaluation ont été définies :

1. Quelles sont l'efficacité et la sécurité d'un mode d'organisation des soins et services de santé physique et mentale prodigués sur place (de proximité) par rapport à des soins et services en partie ou en entier offerts à l'extérieur d'un CRJDA (ou d'un établissement avec une vocation similaire) ?
2. Quels sont les avantages et les inconvénients d'un mode d'organisation des soins et services de santé physique et mentale prodigués sur place (de proximité) tel que perçu par les intervenants, les usagers, les proches aidants et les citoyens ?
3. Quels sont les meilleurs indicateurs pour juger la performance d'une offre de soins et de services de santé physique et mentale dans un CRJDA ?

Afin de répondre aux questions d'évaluation, des données de la littérature scientifique et des données contextuelles ont été collectées comme suit :

- Revue systématique sur l'efficacité et la sécurité d'un mode d'organisation des services de santé (46 documents inclus dans l'analyse);
- Revue rapide de la littérature sur les indicateurs de performance dans le contexte des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté;
- Questionnaires aux autres CRJDA du Québec (données provenant de sept centres);
- Groupes de discussions avec les membres de Val-du-Lac (quatre groupes au total : enfants et adolescents, médecins, infirmières et éducatrices¹, gestionnaires).

En se basant sur les données probantes obtenues, le comité consultatif a défini des recommandations organisées selon les deux volets principaux. Ainsi, quatre recommandations sont fournies en lien avec le mode d'organisation des soins et service de santé physique et mentale. Ces recommandations incluent le maintien des services de santé sur place à Val-du-Lac, une augmentation des ressources infirmières, une augmentation de la capacité du service de santé à fournir des services de prévention et la

¹ Ces participantes s'identifiaient toutes comme femmes.

mise sur pied de divers mécanismes afin de favoriser et faciliter la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité entre les parties prenantes internes et externes.

De plus, les données probantes de la littérature scientifique et les données contextuelles indiquent la nécessité de réviser les indicateurs de performance actuels. Conséquemment, un indicateur au niveau individuel et trois indicateurs au niveau organisationnel sont recommandés.

SUMMARY

The youth rehabilitation centre Val-du-Lac is in Sherbrooke and serves the entire socio-sanitary Estrie region. It is a psychosocial rehabilitation centre for youth aged 6 to 18 years old, which includes lodging(1). It is also a closed detention centre for young offenders 13 to 21 years old (until 21 years old for adults considered minors by a judge). The healthcare service in Val-du-Lac provides onsite physical and mental (curative and preventive) services. To optimise its offer and better respond to the Ministry of Health and Social Services (MSSS) performance goals, the Directorate of Youth Protection (DPJe) of the CIUSSS de l'Estrie – CHUS would like to know: 1) the optimal organisation of care for the users of Val-du-Lac, 2) issues related to performance measurement with the MSSS. The decisional question is “What type of organisation of care allows for optimal medical care of the children and adolescents in the rehabilitation centre of Val-du-Lac?”. Three evaluation questions were defined:

1. What is the efficacy and security of an organisation of care provided in which healthcare services are provided onsite compared to health care provided in part or in full outside of a youth rehabilitation centre (or an establishment with similar vocation)?
2. What are the advantages and disadvantages of an organisation of care in which healthcare services are provided onsite as perceived by care providers, users, caregivers, and citizens?
3. What are the best indicators to judge the performance of physical and mental healthcare services in a youth rehabilitation centre?

In order to answer these evaluation questions, data from the scientific literature and contextual data was collected as such:

- Systematic review on the efficacy and security of an organisation of healthcare services (46 documents included in the analysis);
- Rapid review of the literature on performance indicators in the context of youth rehabilitation centres;
- Questionnaires to other youth rehabilitation centre in Québec (data from seven centres);
- Focus groups with Val-du-Lac stakeholders (four groups: youth, doctors, nurses and educators, managers).

Based on the evidence obtained, the advisory committee defined recommendations organised into the two principal sections of the project. As such, four recommendations were given relating to the organisation of physical and mental healthcare. These recommendations include the conservation of healthcare services onsite, an increase in nursing resources, an increase in the capacity of the healthcare service to provide preventive care, and the creation of mechanisms which favour and facilitate multidisciplinary and interdisciplinarity between internal and external stakeholders. Additionally, the scientific literature and contextual evidence underscore the need to review the current performance indicators. Consequently, one individual-level indicator and three organisational-level indicators were recommended.

1. INTRODUCTION

1.1 Les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation

Un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) est un établissement de santé et services sociaux géré par un centre jeunesse (CJ). Les CRJDA sont sous le volet « *Réadaptation et hébergement* » de la fonction « *Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ)* » de la Direction du programme jeunesse (DPJe) des CISSS et CIUSSS du Québec. Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), les centres jeunesse (CJ) gèrent sous un seul conseil d'administration divers établissements de santé et services sociaux, dont des CRJDA, des centres de réadaptation pour mères en difficulté, des centres d'hébergement et des centres de détention en milieu ouvert et fermé. La mission d'un CRJDA est de restaurer l'équilibre entre les besoins d'un enfant et la capacité d'y répondre de ses parents pour que le jeune retrouve un bien-être permettant la reprise de son développement psychosocial.

Chaque CRJDA possède une offre de services destinée à aider les jeunes avec des difficultés. L'accès à un CRJDA est souvent le résultat d'un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), mais pas exclusivement, car des jeunes peuvent y accéder de plein gré (2). Plus de 8000 intervenants travaillent dans les CRJDA du Québec. Ces intervenants proviennent de diverses disciplines (p. ex. travail social, psychoéducation, criminologie, psychologie, psychiatrie, éducation spécialisée, soins infirmiers, ergothérapie, orthophonie, médecin, pédopsychiatre) (2). Les soins et services qu'ils offrent aident les jeunes et leur famille à retrouver un équilibre, à progresser vers un fonctionnement psychosocial et à assurer leur protection. En collaboration avec les partenaires impliqués, l'intervention de réadaptation permet au jeune de restaurer ses compétences, réintégrer un milieu de vie et le préparer à une transition vers l'âge adulte.

Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)
La LPJ intervient dans des situations exceptionnelles qui s'appliquent lorsque la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis. Elle a comme objectif de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant (et éviter qu'elle ne se reproduise).
Loi sur le système de justice pénale (LSJP)
La LSJP concerne les 12 à 17 ans ayant commis une infraction à la loi. Ses objectifs sont d'assurer la protection de la société, responsabiliser le contrevenant en l'amenant à prendre conscience des conséquences de son délit, réinsérer le jeune dans la société et faire participer ses parents et la communauté aux mesures de réinsertion.
Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS)
Plusieurs services offerts en CRJDA sont sous la gouverne de la LSSS. Notamment, les services d'expertise en matière de garde d'enfants, de recherche d'antécédents biologiques et de retrouvailles, les services de placement sur base volontaire, les services de réadaptation dans le milieu de vie et en hébergement.

1.2 Des jeunes en situation de vulnérabilité

Les jeunes en CRJDA sont souvent en situation de vulnérabilité. La prévalence de trouble de santé mentale chez ces jeunes est supérieure à celle de la population générale, tout comme la prévalence des troubles émotifs, d'idéations suicidaires et de problèmes de consommation (3,4). Les enfants en CRJDA (6 à 11 ans) semblent plus vulnérables que les adolescents, car c'est dans ce groupe que l'on observe la plus grande proportion de

troubles mentaux sévères et de médication (5). Ces jeunes sont souvent issus de familles avec diverses problématiques légales ou sociales et sont exposés à des situations de violences, d'abus ou de négligence (6). Les raisons principales d'un placement en CRJDA sont la négligence et l'abus physique (33.5 % et 25 %). Les troubles de comportement sont au 3^e rang (16 %), suivi par les abus sexuels (13 %) et l'abus psychologique (12 %) (7). Une fois en CRJDA, près de la moitié des jeunes retourneront dans leur milieu familial à l'intérieur de 3 ans (8). Sur cette moitié, environ 10 % feront l'objet d'une récurrence pour maltraitance. L'autre moitié de jeunes restera en CRJDA, sera adoptée ou deviendra des adultes en CRJDA (8). Les jeunes qui quittent le système de protection de l'enfance en devenant des adultes sans suivi continu ont de pauvres résultats sociaux et de santé, lorsque comparés à la population générale. Environ 40 % n'auront pas de diplôme secondaire à 19 ans, 3 % auront un diplôme universitaire à 25 ans, 50 % n'auront pas de travail à 24 ans, 40 % auront vécu un épisode d'itinérance avant 24 ans, 50 % auront un dossier de justice et 62 % des filles auront été enceintes plus d'une fois avant 22 ans (9).

1.3 Le centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation Val-du-Lac

Le CRJDA Val-du-Lac situé à Sherbrooke dessert toute la région sociosanitaire de l'Estrie. C'est un établissement de réadaptation psychosociale et d'hébergement (ouvert et fermé) pour les 6 à 18 ans (1). C'est aussi un centre de détention fermé pour les jeunes contrevenants de 13 à 21 ans (jusqu'à 21 ans chez des adultes considérés mineurs par un juge). Le CRJDA Val-du-Lac a une capacité de 100 lits (Figure 1). Cette capacité augmentera à 139 lits après rapatriement des activités du CRJDA des deux nouveaux réseaux locaux de services estriens (c.-à-d. Haute-Yamaska, La Pommeraiie). Sur les 100 lits disponibles, 12 sont réservés à l'unité de détention fermée (encadré rouge ; Figure 1) tandis que les 88 autres sont répartis dans 8 unités ouvertes qui accueillent des jeunes en protection de la jeunesse (c.-à-d. placement par la DPJ ou volontaire du jeune). Le CRJDA Val-du-Lac offre souvent des services au-delà de sa capacité maximale. Il offre des soins et services :

a) de protection de la jeunesse aux jeunes vivant une situation dangereuse pour leur sécurité ou leur développement psychosocial,
b) aux jeunes contrevenants pour les aider à assumer leurs responsabilités, réparer les torts causés et retrouver un comportement mieux adapté à la vie en société,
c) de santé physique et mentale en soutien au jeune qui veut reprendre en main son développement psychosocial et établir une harmonie dans ses relations interpersonnelles,
d) d'expertise juridique,
e) éducatifs par l'accès à une école spécialisée « Le monarque » pour des élèves de 6 à 18 ans nécessitant un accompagnement intensif et spécialisé.

En plus des points de services illustrés à la Figure 1, les intervenants(es), les médecins et les infirmiers(ères) de l'équipe multidisciplinaire du CRJDA Val-du-Lac doivent aussi traiter des jeunes qui fréquentent le centre de crise l'Accalmie et la Halte qui sont des unités pour enfants et adolescents non hébergés à Sherbrooke.

1.4 Le mode d'intervention évalué : L'offre de services de santé physique et mentale

Le service de santé du CRJDA Val-du-Lac offre (sur place) des soins et services (cliniques et préventifs) de santé physique et mentale (1). Une équipe multidisciplinaire composée de deux infirmières cliniciennes bachelrières à temps complet, 1.5 agent administratif et trois médecins omnipraticiens offrent des soins et services de santé physique (un médecin présent une journée par semaine) et de santé mentale (deux médecins présents une journée par semaine (la même journée) aux deux semaines). Le médecin attitré aux services de santé physique traite principalement (mais pas exclusivement) des infections virales ou bactériennes, des fractures, des entorses et d'autres problèmes de santé physique généraux ou spécifiques. Les deux médecins offrant des soins et services de santé mentale font des évaluations et du suivi psychiatrique. Ils prescrivent la médication conséquente et des traitements appropriés. Ces médecins de santé mentale peuvent aussi offrir des soins de santé physique aux jeunes qu'ils ont suivis par le passé. Cette offre de soins et services est complétée par une table de concertation multidisciplinaire entre les trois médecins omnipraticiens assurant une présence physique et deux pédopsychiatres (une journée par mois). Ce mécanisme de liaison et de concertation permet de soutenir les omnipraticiens dans leur pratique clinique et dans l'élaboration des traitements à mettre en œuvre, en plus d'être aidant pour les autres membres de l'équipe multidisciplinaire. De plus, un gestionnaire du service de santé assure la coordination et la gestion du service ainsi que la communication avec les unités.

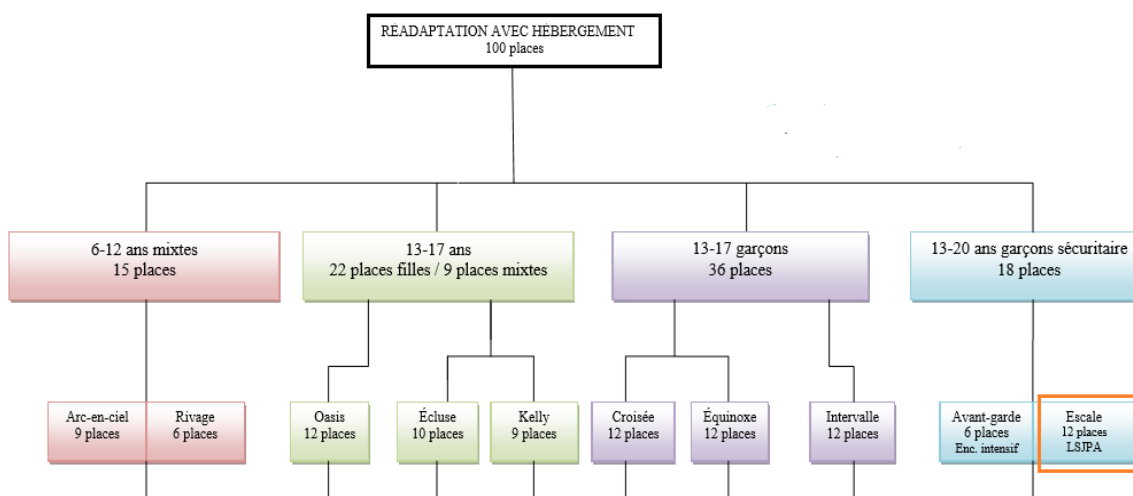


Figure 1. La structure du CRJDA Val-du-Lac et de ses divers points de service

L'offre de soins et de services actuelle comprend divers services cliniques et préventifs offerts par les 2.5 infirmières disponibles sur place, 5 jours par semaine, de 8 h à 16 h 30. Tout d'abord, les infirmières sont tenues de produire une évaluation de la santé physique et mentale des jeunes dans les 14 jours suivant leur admission (recommandation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec). Cette 1^{re} évaluation est nécessaire pour que l'infirmière puisse élaborer un plan de traitement individualisé et soutenir le médecin qui doit rencontrer le jeune suivant son admission. Les infirmières doivent ensuite exécuter les plans de traitements individualisés, assurer un suivi de la médication, des symptômes et de l'état général du jeune, ainsi que fournir un soutien

psychologique en cas de besoin. Puisque la clientèle du CRJDA Val-du-Lac est surtout composée de jeunes en situation de grande vulnérabilité, la majorité n'a pas été en mesure de bénéficier des services préventifs auxquels ils auraient dû avoir déjà accès avant d'arriver en CRJDA (p. ex. vaccination, soins dentaires, bilan sanguin général, santé sexuelle, soins d'optométrie, gestion des maladies chroniques, pratiques cliniques préventives, counseling). Donc, les infirmières du CRJDA Val-du-Lac sont aussi attirées à la mise à jour de ces services préventifs. Cela dit, étant donné la lourdeur du profil psychosocial des jeunes du CRJDA Val-du-Lac, il semble qu'il soit difficile d'offrir les bons services de promotion de la santé ou les bonnes pratiques cliniques préventives (au moment où ces services devraient être offerts), car les soins et services curatifs et de suivi psychologique occupent la majeure partie de leur temps de pratique.

1.5 La performance des CRJDA mesurée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Actuellement, le système de mesure de la performance des CRJDA ne comptabilise que la 1^{re} rencontre avec un jeune. Cette rencontre est le 1^{er} bilan des infirmiers(ères), car leur ordre professionnel recommande de produire cette évaluation de santé physique et mentale dans les 14 jours suivant l'admission du jeune. Pour juger de l'efficacité d'une offre de services en CRJDA québécois, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) divise donc le nombre de 1^{ers} bilans des infirmiers(ères) par le coût total de l'offre de services (p. ex. ressources humaines ou physiques, infrastructures, médication, référence vers des services publics et privés). *Ainsi, plus les infirmiers(ères) d'un CRJDA produisent d'évaluations, plus le CRJDA est performant (peu importe la durée de séjour du jeune ou la réponse à ses besoins).* En d'autres termes, plus il y a de roulement de jeunes, plus il y a de bilans infirmiers réalisés, meilleure est la performance du centre. À l'inverse, si les jeunes sont hébergés plus longuement, il y a moins d'admissions et moins de bilans infirmiers produits et donc une moins bonne performance selon cet indicateur. Dans la réalité, les infirmiers(ères) et les intervenants(es) d'un CRJDA doivent répondre aux besoins du jeune pour qu'il se réhabilite. Le système de mesure de la performance du MSSS ne tient pas compte de cette réalité, car il ne mesure pas les actes des intervenants(es). Toutefois, étant donné la lourdeur du profil des jeunes pris en charge en CRJDA, il faut habituellement plusieurs bilans médicaux ou psychosociaux, non répertoriés par le MSSS, pour les réhabiliter (et donc remplir la mission d'un CRJDA) (10–12). Les jeunes qui fréquentent un CRJDA doivent aussi, en majorité, recevoir des soins et services de divers partenaires (p. ex. optométrie, dentiste, ergothérapeute, orthophoniste) (12). Or, ces services sont souvent à la charge directe du CRJDA qui doit sous-traiter et payer des professionnels au privé plutôt que de référer à l'interne au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Cette situation contribue négativement à la mesure de sa performance d'un point de vue budgétaire.

1.6 Besoin décisionnel et questions d'évaluation

Pour optimiser son offre de services et mieux répondre aux cibles de performance du MSSS, la DPJe du CIUSSS de l'Estrie – CHUS souhaite connaître : 1) les modalités optimales pour offrir des soins et services de santé physique et mentale à ses usagers, 2) les enjeux de performance du MSSS. La question décisionnelle est : « *Quel mode d'organisation des soins et services de santé physique et mentale permet une prise en*

charge optimale des enfants et des adolescents au CRJDA Val-du-Lac ? ». Après avoir tenu compte des enjeux associés au contexte et au besoin décisionnel, l'UETMISSS propose trois questions d'évaluation regroupées sous trois dimensions d'intérêts.

Dimensions efficacité et sécurité

Q1) Quelles sont l'efficacité et la sécurité d'un mode d'organisation des soins et services de santé physique et mentale prodigués sur place (de proximité) par rapport à des soins et services offerts, en partie ou en entier, à l'extérieur d'un CRJDA (ou d'un établissement avec une vocation similaire) ?

Dimension valeurs et préférences des intervenants, usagers, proches aidants et citoyens

Q2) Quels sont les avantages et les inconvénients d'un mode d'organisation des soins et services de santé physique et mentale prodigués sur place (de proximité) tel que perçu par les intervenants, les usagers, les proches aidants et les citoyens ?

Dimension de performance organisationnelle

Q3) Quels sont les meilleurs indicateurs pour juger la performance d'une offre de soins et de services de santé physique et mentale dans un CRJDA ?

Dimensions abordées dans l'ETMISSS

Il est convenu d'examiner trois dimensions des soins et services de santé physique et mentale offerts aux usagers du CRJDA Val-du-Lac, soit 1) l'efficacité et la sécurité du mode d'organisation des soins et services partiellement ou entièrement sur place, ou à l'extérieur du CRJDA Val-du-Lac, 2) les avantages et les inconvénients de ce mode d'organisation des services et 3) la dimension de performance organisationnelle propre à ce mode d'organisation des services.

Le modèle PICOTS utilisé dans cette ETMISSS est le suivant :

Population	Enfants et adolescents de 6 à 21 ans.
Intervention	Mode d'organisation des soins et services de santé physique et mentale disponibles sur place (en proximité).
Comparateur	Mode d'organisation des soins et services de santé physique et/ou mentale prodigués partiellement ou entièrement à l'extérieur du CRJDA, ou de l'installation concernée (pas sur place) ² .
Résultat (n = 2)	1) Efficacité du mode d'organisation des soins et services offerts à Val-du-Lac. 2) Indicateurs de performance organisationnelle d'un mode d'organisation des soins et services de santé physique et mentale dans un CRJDA.
Temps	2010 à 2020
Paramètre	CRJDA

² Les services à l'extérieur du centre incluent tout service qui requiert un déplacement du jeune en dehors du centre, ceux-ci peuvent inclure : les services non couverts par la RAMQ et qui requièrent des services dans le secteur privé (dentisterie, physiothérapie, ergothérapie, optométrie, psychiatrie, psychologies, etc.), un suivi et déplacement chez le médecin de famille régulier, un suivi et déplacement dans un groupe de médecine de famille (GMF) partenaire du CRJDA, etc.

1.7 Modèle logique

Le demandeur souhaite statuer sur son mode d'organisation de soins et services de santé physique et mentale sur la base des données probantes (tout en tenant compte du système de mesure de la performance du MSSS).

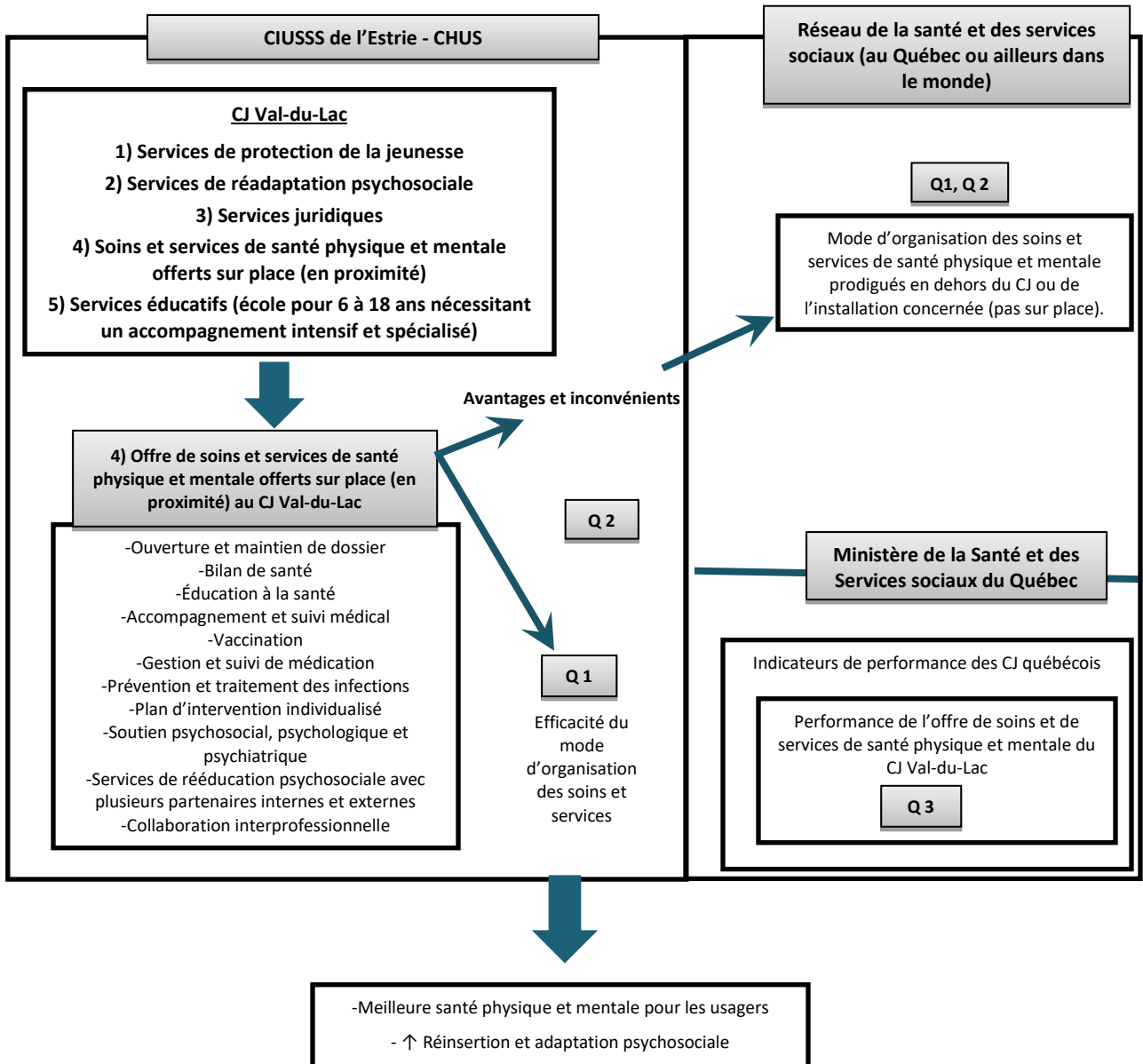


Figure 2. Le modèle logique du mode d'organisation des soins et services du CJ de réadaptation et d'hébergement Val-du-Lac avec ses divers points de services.

2. MÉTHODE D'ÉVALUATION

Pour répondre aux questions d'évaluation, une démarche évaluative comprenant trois types de données appelée « *synthèse multisource de données* » (13) a été employée. Cette démarche est composée d'une revue systématique des écrits scientifiques et de la littérature grise suivi de la documentation des enjeux contextuels et expérientiels pour guider la prise de décision dans le domaine de la santé et des services sociaux.

2.1 Revue des écrits scientifiques et de la littérature grise

Les données des écrits scientifiques incluent deux revues de littérature. La 1^{re} revue de littérature est une revue systématique des écrits scientifiques et de littérature grise qui répond à la question d'évaluation #1 (c.-à-d. efficacité et sécurité d'un mode d'organisation des soins et services de santé physique et mentale prodigués sur place comparativement à l'extérieur d'un CRJDA). La 2^e revue de littérature est une revue rapide des écrits scientifiques qui répond (en partie) à la question d'évaluation #3 (c.-à-d. meilleurs indicateurs de performance pour juger l'offre de services en CRJDA). Une synthèse narrative des résultats basée sur la qualité de la preuve scientifique sous-jacente aux documents retenus a été réalisée. La description des méthodes pour chacune des deux revues suit.

2.1.1 Revue systématique sur l'efficacité et la sécurité d'un mode d'organisation des services de santé

Stratégie de recherche

Pour réaliser la revue systématique des écrits scientifiques et de littérature grise (et la revue rapide des écrits scientifiques), une stratégie de recherche documentaire a été élaborée par un bibliothécaire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et un conseiller en évaluation responsable de l'ETMISSS.

La question a été déclinée en quatre composantes (centre jeunesse, services de santé physique et mentale, organisation, efficacité et sécurité). Sous chaque composante, des mots-clés ont été ventilés. Pour chaque banque de données utilisées (c.-à-d. Medline, PsycInfo), la stratégie de recherche a consisté à combiner les mots-clés (sous forme d'équations) selon le vocabulaire libre et contrôlé, et les fonctionnalités de chaque banque (en français et en anglais). La limite temporelle fixée au départ était 2010 à 2020. Le tableau des mots clés se trouve dans l'annexe II.

D'autres outils de recherche ont été utilisés pour la recherche de la littérature grise. Les catalogues BAnQ (Bibliothèque et Archives nationales du Québec), CUBIQ (Catalogue unifié des bibliothèques gouvernementales du Québec) et Santécom (Catalogue collectif de bibliothèques spécialisées dans le domaine de la santé et des services sociaux du Québec) ont été ciblés, ainsi que les moteurs de recherche Google et ProQuest *Dissertations and Theses*. Pour chaque catalogue, la stratégie de recherche était la même que celle décrite précédemment. En ce qui concerne les moteurs de recherche, les liens des trois premières pages de résultats ont été examinés pour chaque combinaison de mots-clés.

Sélection des articles

Le titre et le résumé de chaque référence obtenue ont été examinés. Les documents avec un titre ou un résumé permettant d'exclure d'emblée un document scientifique ont été supprimés alors que ceux répondant aux critères d'inclusions ci-dessous ont été conservés. Cette étape d'examen des titres et des résumés a été effectuée de manière indépendante par un conseiller en évaluation responsable de l'ETMISSS (MR) et un autre membre de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (CGD).

Tableau 1. Critères d'inclusion utilisés pour le volet recension des écrits scientifiques et de littérature grise

Critères d'inclusion
1) Document en français ou en anglais, 2) traitant d'un mode d'organisation des soins et services de santé physique ou mentale, 3) offert en CRJDA (ou une structure à vocation similaire), 4) et abordant l'efficacité, la sécurité ou un indicateur de performance.

Chaque document retenu a été lu en entier. À la suite de cette lecture, certains documents ont été rejetés et d'autres conservés selon les mêmes critères d'inclusion. Encore une fois, un processus de double vérification des documents retenus a eu lieu.

Extraction des données

L'extraction des données des articles retenus a été effectuée en double par deux évaluateurs (voir Annexe I).

Évaluation de la qualité de la preuve scientifique sous-jacente aux résultats des documents

Tous les documents retenus ont subi une évaluation pour moduler la synthèse des écrits selon la qualité de la preuve scientifique sous-jacente aux résultats. Puisque la stratégie de recherche documentaire tient compte de diverses approches méthodologiques (*p. ex.* quantitative, qualitative, mixte) et catégories de publication (*p. ex.* recherche originale, revue de littérature), deux grilles d'évaluation ont été utilisées (voir ci-dessous). L'évaluation de la qualité a été effectuée par un évaluateur de l'UETMISSS.

Grille d'évaluation de la qualité pour les études primaires

La grille pour juger la qualité des études primaires (*c.-à-d.* quantitatif, qualitatif, mixte) est la *Mixed Methods Appraisal Tool* (14). Cette grille contient une composante commune à tous les devis d'études (deux éléments). À cette composante commune s'ajoutent trois composantes spécifiques propres au devis d'étude employé (*c.-à-d.* qualitatif, quantitatif ou mixte). Les études quantitatives et qualitatives sont jugées selon quatre éléments (donc six éléments au total avec la composante commune) alors que les études mixtes sont jugées selon treize éléments (une composante commune, des composantes quantitatives et qualitatives, et une composante propre aux études mixtes qui comprend trois éléments). Les articles avec un score de qualité élevé sont ceux avec un score de cinq ou six (pour les études quantitatives ou qualitatives) tandis que les scores de trois et quatre, et un, deux et trois correspondent respectivement à des scores de qualité modéré et faible. Dans le cas des études mixtes (score sur 13), la classification des scores de qualité est la suivante : $\geq 11/13$ = élevé, 7 à 10 = modéré, ≤ 6 = faible.

Grille d'évaluation de la qualité pour revue de littérature

La grille pour juger la qualité des revues de littérature est AMSTAR-2 (15). Elle évalue la présence/absence de 16 éléments (p. ex. question de recherche, critères inclusion/exclusion, recherche documentaire, études incluses/exclues, double sélection indépendante, conflits d'intérêts). Un logiciel d'analyse disponible sur Internet permet de déterminer si la qualité de preuve de la revue de littérature est forte, modérée, faible ou très faible.

Synthèse des résultats

À partir des données extraites, nous avons effectué une synthèse narrative des résultats qui tient compte de la qualité de la preuve scientifique sous-jacente aux résultats.

2.1.2 Revue rapide sur les indicateurs de performance

Stratégie de recherche

La question d'évaluation #3 sur laquelle porte (en partie) la revue rapide des écrits scientifiques (c.-à-d. meilleurs indicateurs pour juger la performance d'une offre de soins et services de santé physique et mentale offerte en CRJDA) a été plus ciblée et spécifique comme proposé dans les bonnes pratiques quant aux revues rapides (16). Des mots-clés spécifiques ont été identifiés *a priori* et investigués dans deux banques de données précises (c.-à-d. PubMed, Cochrane Library). La stratégie de recherche a consisté à combiner les mots-clés (sous forme d'équations) selon le vocabulaire libre et contrôlé, et les fonctionnalités de chaque banque (en français et en anglais). Les mots-clés additionnels suivants furent ajoutés : Performance, Quality, Relevance, Appropriateness, Safety, Excellence, Quality, Indicators, Benchmarking. La limite temporelle de départ a aussi été fixée de 2010 à 2020.

Sélection des articles

La même procédure d'examen des documents selon les titres et les références a été employée que pour la revue décrite plus haut. Aucun processus de double vérification des documents retenus n'a toutefois été effectué (16).

Extraction des données

L'extraction des données des articles retenus a été effectuée par un évaluateur (voir Annexe I).

Évaluation de la qualité de la preuve scientifique sous-jacente aux résultats des documents

Tous les documents retenus ont subi une évaluation pour moduler la synthèse des écrits selon la qualité de la preuve scientifique sous-jacente aux résultats. Puisque la stratégie de recherche documentaire tient compte de diverses approches méthodologiques (p. ex. quantitative, qualitative, mixte) et catégories de publication (p. ex. recherche originale, revue de littérature), deux grilles d'évaluation ont été utilisées. Celles-ci sont les mêmes que décrites plus haut pour la revue sur l'efficacité et la sécurité de l'organisation des services. L'évaluation de la qualité a été effectuée par un évaluateur de l'UETMISSS.

Synthèse des résultats

À partir des données extraites, nous avons effectué une synthèse narrative des résultats qui tient compte de la qualité de la preuve scientifique sous-jacente aux résultats.

2.2 Documenter des enjeux contextuels et expérientiels

Pour explorer les enjeux contextuels et expérientiels, nous avons procédé en deux étapes. Nous avons réalisé une enquête de terrain pour documenter l'offre de services de santé physique et mentale des autres CRJDA québécois. Nous avons ensuite réalisé quatre groupes de discussions.

2.2.1 Une enquête de terrain pour amasser des données contextuelles

Une enquête de terrain pour documenter l'offre de soins et services de santé physique et mentale des CRJDA du Québec a été réalisée.

Collecte de données

Un questionnaire a été élaboré par un conseiller en évaluation de l'UETMISSS en collaboration avec le demandeur (voir Annexe V). Ce questionnaire a été validé et bonifié par le comité consultatif et de contextualisation. La liste des régions sociosanitaires québécoises a été dressée. Dans chaque région, les CISSS et CIUSSS ont été énumérés. Les régions #17 (Nunavik) et #18 (Terres-cries-de-la-Baie-James) ont été exclues, car la prestation de services avec les jeunes cris ou du Nunavik est différente pour des raisons culturelles, géographiques et spirituelles.

Ensuite, les directeurs et directrices du programme jeunesse de chaque CISSS et CIUSSS ont été contactés pour qu'ils/elles puissent référer le conseiller en évaluation à un tandem (intervenant + gestionnaire) d'un CRJDA de sa région. Un conseiller en évaluation est entré en contact avec ces informateurs-clés pour s'enquérir des soins et services offerts pour prendre en charge la santé physique et mentale des jeunes. Des réponses ont été obtenues de sept CRJDA (Bas-Saint-Laurent, Chaudière-Appalaches, Lanaudière, Laurentides, Laval, Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Capitale-Nationale).

Analyse des données

Une analyse de contenu des questionnaires remplis et des documents de soutien fournis (offre de services, descriptions des tâches, etc.) a été effectuée à l'aide du logiciel QDA Miner. L'analyse était une combinaison d'analyse déductive avec les codes définis selon les objectifs de l'ETMI et les questions du guide d'entrevue et d'analyse inductive avec des codes émergents. Les codes ont ensuite été regroupés par thèmes selon les cinq éléments du cadre théorique d'analyse de politiques et de programmes (17) adapté à ce projet. Ainsi, les résultats sont aussi présentés selon ces thèmes, soit le contexte, les acteurs impliqués, les processus menant à l'obtention de soins et services de santé, le contenu (c.-à-d., les services fournis et les ressources disponibles), ainsi que les extrants (c.-à-d., les impacts et les résultats d'un service de santé en CRJDA). Ce cadre est représenté dans la figure 3 ci-dessous.

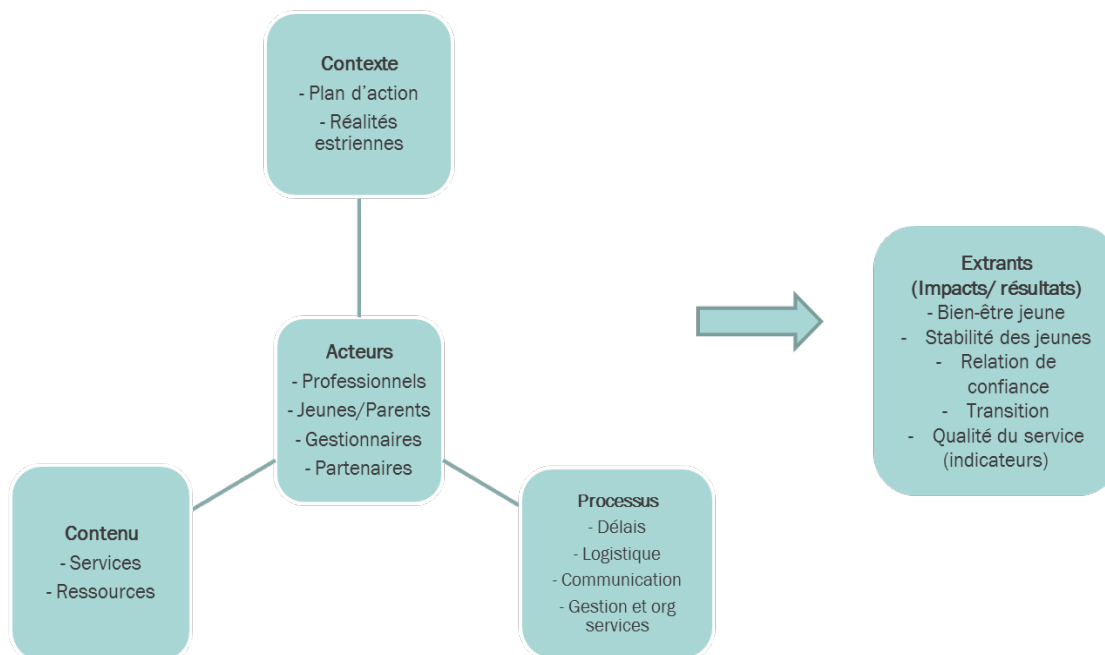


Figure 3. Cadre théorique d'analyse (modifié de Walt & Gilson, 1994 et cadre générique d'analyse de programme)

2.2.2 Des groupes de discussion pour recueillir des savoirs expérientiels

Quatre groupes de discussion ont été réalisés pour amasser l'information sur les avantages et les inconvénients du mode d'organisation des soins et services de santé physique et mentale offerts sur place comparativement aux soins et services de santé physique et mentale offerts à l'extérieur. Les indicateurs de performance d'un CRJDA ont aussi été abordés. Nous avons planifié la création d'un groupe de discussion avec des parents d'enfants hébergés, mais ceci n'a pas été possible en raison des disponibilités des parents. De plus, une entrevue avec le gestionnaire du service de santé de Val-du-Lac a été réalisée.

Groupe discussion #1 → Intervenantes et infirmières, CRJDA Val-du-Lac Groupe discussion #2 → Gestionnaires (directions et services concernés, CIUSSS de l'Estrie – CHUS) Groupe discussion #3 → Médecins en interne et pédopsychiatres affiliés à Val-du-Lac Groupe discussion #4 → Usager.es, CRJDA Val-du-Lac

Chaque groupe de discussion était formé de trois à six participants. Le recrutement (opportuniste) a été fait par le conseiller en évaluation en collaboration avec le demandeur.

Guide d'entrevue pour les groupes de discussion

Le guide d'entrevue est semi-structuré. Il est inspiré des résultats obtenus de la recension des écrits scientifiques de l'ETMISSS ainsi que des réponses obtenues des CRJDA questionnés au Québec (18). Certaines questions étaient délibérément générales afin de permettre l'émergence d'enjeux non anticipés par l'équipe d'évaluation. Conséquemment, certaines questions *ad hoc* ont aussi été ajoutées en réponse aux nouveaux enjeux soulevés lors de la discussion. Les questions posées en groupes de discussion sont disponibles à l'annexe VI.

Analyse de contenu des résultats

Une analyse thématique de contenu a été effectuée sur les données qualitatives amassées. La prise de notes a été effectuée par le même individu à partir des enregistrements de chaque groupe de discussion. Les notes ont ensuite été transférées pour codage dans le logiciel QDA Miner. L'analyse était une combinaison d'analyse déductive avec les codes définis selon les objectifs de l'ETMI et les questions du guide d'entrevue et d'analyse inductive avec des codes émergents. Enfin, ces codes ont été regroupés en thèmes selon les éléments du cadre théorique d'analyse décrit plus haut. Ces thèmes ont servi à la triangulation avec le reste des données obtenues pour l'élaboration de recommandations préliminaires.

2.3 Consultation, délibération et co-construction des recommandations

Les données et les constats ont été présentés au comité consultatif pour discussions et réactions. Cela a mené à des recommandations préliminaires qui ont aussi été présentées en comité consultatif. Grâce aux commentaires des membres du comité, les recommandations préliminaires sont devenues des recommandations bonifiées. Une dernière consultation écrite et anonyme par processus de Delphi a permis à tous les membres de s'exprimer une dernière fois avant de finaliser les recommandations.

2.3.1 Formation d'un comité consultatif et de contextualisation

Un comité consultatif et de contextualisation a été formé en début d'ETMISSS (voir Annexe VII) pour :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">a. S'exprimer quant aux dimensions et aux indicateurs sélectionnés,b. Commenter le plan de réalisation et bonifier la démarche évaluative,c. Suivre les travaux de l'ETMISSS,d. Donner ses commentaires et ses suggestions à différents moments clés,e. Co-construire les recommandations issues de la démarche évaluative. |
|---|

2.3.2 Élaboration des recommandations préliminaires

Les recommandations préliminaires ont été formulées avec l'ensemble des données probantes (c.-à-d. écrits scientifiques, littérature grise, données contextuelles, données expérientielles). Chaque recommandation préliminaire est présentée, accompagnée des données probantes sur lesquelles elle se base.

2.3.3 Production d'un rapport ETMI contenant des recommandations finales

Les recommandations bonifiées ont été validées individuellement par les membres du comité consultatif. Après cette série de consultations individuelles, les recommandations bonifiées sont devenues finales.

3. RÉSULTATS

3.1 Revue systématique sur l'efficacité et la sécurité d'un mode d'organisation des services de santé en centre de réadaptation pour jeunes

La revue systématique des écrits scientifiques et de littérature grise a identifié 466 documents. À la suite de l'examen du titre et du résumé de ces documents (double processus d'extraction #1), 333 ont été rejetés et 133 ont été conservés pour lecture complète. À la suite de cette lecture, 87 titres ont été rejetés et 46 documents ont été conservés (double processus d'extraction #2). La double sélection indépendante a indiqué un accord excellent aux deux étapes d'exclusions (coefficient kappa = 0.97 et 0.84). Le diagramme de flux de la sélection se trouve en annexe III.

Les articles inclus comprennent : Deux revues systématiques (19,20) (qualité très faible et faible), une revue narrative (21) (qualité très faible), neuf études transversales (4-6,22-27) (cinq qualité élevée, quatre qualité modérée), trois études de cas (28-30) (deux qualité modérée, une faible qualité), deux études quasi expérimentales de qualité élevée (31,32), 1 étude de cohorte de qualité élevée (33), 10 études qualitatives (3,34-42) (quatre qualité élevée, cinq qualité modérée, une faible qualité), quatre études mixtes (43-46) (deux qualité élevée, deux qualité modérée), trois commentaires (47-49), une synthèse (50), un document de prise de position (51), un cadre de référence (52), deux éditoriaux (53,54), quatre chapitres de livre (55-58) et deux offres de services (7,59). Les résultats sont catégorisés selon le cadre théorique décrit plus haut. De plus, certains résultats se rapportant aux centres de réadaptation sont rapportés séparément.

3.1.1 Acteurs

Mettre le jeune (et sa famille) au centre de l'offre de services

Il est préférable de placer le jeune, sa famille et ses proches au centre de l'offre de services (6,7,53-57,59,23,29,35,37,41,43,51,52). Selon une étude transversale de qualité modérée, pour que l'offre de services d'un CRJDA soit efficiente, elle devrait inclure toutes les parties prenantes au processus de réadaptation, ainsi que l'autonomisation du jeune (23). L'utilisateur est la priorité et sa participation aux décisions est fondamentale (41,56,59). Une étude mixte de faible qualité (43) indique que les interventions qui placent le jeune au centre ont des résultats positifs sur sa santé mentale et diminuent les comportements agressifs.

La philosophie d'intervention d'un CRJDA doit placer l'utilisateur au centre des préoccupations des intervenants et des dirigeants, offrir le bon service au bon moment et définir un projet de vie pour chaque jeune en priorisant son maintien dans son milieu familial ou social (7,59). Les CRJDA qui engagent et responsabilisent les jeunes partagent certaines pratiques (p. ex. planifier un traitement individualisé basé sur les forces du jeune, impliquer la famille, préserver des relations familiales et communautaires, mentorat et participation des jeunes aux activités du CRJDA) (57). Le jeune doit être impliqué dans toutes les étapes de son épisode de services (c.-à-d. admission, réadaptation, transition post-CRJDA) (57).

Des facteurs liés aux intervenants

Une étude mixte de qualité élevée (46) indique que le roulement du personnel (29 % à 34 % en CRJDA vs 8 % dans les entreprises canadiennes) est associé à une augmentation de la durée de prise en charge et du nombre de placements ultérieurs chez les jeunes. Les jeunes ayant vécu moins de roulement du personnel ont une meilleure régulation de la colère et un meilleur contrôle de son expression (46).

Une étude qualitative de qualité élevée (38) avec d'anciens intervenants des années 60-75 indique que la charge de travail ajoutée à un manque de formation et d'expérience, ainsi que des impératifs institutionnels allant contre le bien-être des jeunes nuisent à une offre de services efficace et sécuritaire. Une composante essentielle de la qualité des soins est une politique institutionnelle qui établit des normes dans un cadre centré sur l'enfant et ses droits (56). Cette politique doit aussi viser la santé des travailleurs et inclure un salaire adéquat, de la formation, du soutien psychosocial et une supervision professionnelle, selon une ethnographie de qualité élevée (39). L'offre de services du Centre Jeunesse Gaspésie/Les Îles mentionne que, non seulement il faut s'assurer de la qualité des services en CRJDA, mais il faut aussi encourager la formation continue des employés pour compter sur des ressources compétentes (59). La consultation et la participation du personnel permettent une vision complète et favorisent le développement d'une culture de la qualité (59).

Collaboration

Une revue systématique de faible qualité note toutefois le besoin d'une meilleure collaboration interprofessionnelle entre les intervenants d'un CRJDA d'une part et ceux des services de santé mentale d'autre part (19).

3.1.2 Contenu

À l'admission en CRJDA

Pour offrir des soins et services efficaces et de qualité, une évaluation biopsychosociale doit être produite à l'admission d'un jeune en centre de réadaptation (6,24,27,28,52,56). Au minimum, selon une étude transversale de qualité élevée, une évaluation médicale doit être effectuée (idéalement par un médecin dans les 72 heures de l'admission (24)). Un chapitre de livre mentionne aussi la nécessité d'une évaluation du développement par un spécialiste de l'enfance, une vérification des antécédents sociaux par un travailleur social et si l'enfant est d'âge scolaire, une évaluation pédagogique (56). Si des proches sont disponibles, des antécédents familiaux doivent être obtenus (56). Cette évaluation doit être mise à jour trimestriellement pour les nourrissons et les tout-petits, et tous les 6 mois pour les enfants plus âgés. L'évaluation permet le suivi du jeune, l'identification des problèmes et une modification du plan de services selon ses besoins (56). Chaque évaluation doit résumer les forces et les besoins du jeune pour les utiliser dans son plan d'intervention (4,52,56,57). En raison du risque élevé de troubles de l'attachement chez le jeune en CRJDA, l'évaluation de l'attachement est essentielle puisqu'elle peut être un fondement de la réadaptation (56). L'offre de services doit permettre (si possible) le maintien d'un attachement avec au moins un proche (idéalement la famille biologique, puis élargie ou d'accueil) (56). Une étude canadienne transversale de qualité élevée (24) indique le besoin d'évaluer systématiquement le risque de suicide à l'admission.

Des services de santé mentale disponibles sur place

Le tiers des filles et 20 % des garçons rapportent au moins une tentative de suicide dans la dernière année. Plusieurs jeunes sont anxieux ou dépressifs, selon une étude transversale de qualité élevée (6). Une étude de cohorte de qualité élevée (33) note que plus de 50 % des jeunes en centre de réadaptation qui reçoivent des services quant à une consommation abusive de substances psychoactives ont aussi des problèmes de santé mentale. Une étude transversale québécoise de qualité élevée parle d'une prévalence pour ces troubles de santé mentale de 45 % (6). Or, les jeunes qui reçoivent des services de santé mentale ont de meilleurs résultats dans la gestion de leur dépendance (33). Cela fait dire aux auteurs que la disponibilité de services de santé mentale sur place est un indicateur de qualité. Une étude transversale de qualité modérée (27) note que les jeunes avec un bien-être plus élevé à l'admission en CRJDA ont aussi des mesures plus positives après 36 mois. Il faut donc évaluer le bien-être de l'enfant à l'admission et moduler les services en conséquence (4). Une revue systématique des écrits scientifiques de très faible qualité (19) note que l'efficacité d'une offre de soins et services en centre de réadaptation passe par la disponibilité de services de santé mentale sur place. Cela allège le fardeau sur le système de santé en raison des hospitalisations et des références vers des services spécialisés et les jeunes qui ont accès aux services en centre de réadaptation sont plus susceptibles de retrouver leur famille en post-réadaptation. Une synthèse (50) indique que les centres de réadaptation ont toujours eu 3 objectifs (c.-à-d. sécurité du jeune, rendre justice pour les crimes commis, prévention de la récidive). Désormais, un 4^e objectif émerge : répondre aux besoins du jeune en matière de santé mentale (50).

Des services adaptés aux traumatismes des jeunes

Il faut aussi adapter les services selon les traumatismes vécus par les jeunes. Une étude transversale de qualité modérée (22) indique qu'une thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes est efficace pour répondre aux besoins des enfants. Les composantes privilégiées sont l'enseignement de techniques de relaxation et la psychoéducation (22). Un dépistage des traumatismes et une planification de services doivent être effectués, de même qu'un soutien administratif flexible pour développer des services adaptés selon une étude de cas multiple de qualité modérée (28). Une étude mixte de qualité élevée (44) indique que les enfants maltraités prennent deux fois plus de temps que les enfants non maltraités à atteindre les mêmes résultats. Le personnel voit plusieurs différences entre les enfants maltraités et non maltraités à l'admission, mais ces différences s'estompent avec une réadaptation en centre de réadaptation pour jeunes (44).

Des services de santé physique

En plus de la santé mentale, un CRJDA devrait offrir des soins et services de santé physique. Dans une étude transversale québécoise de qualité élevée (6) effectuée sur des jeunes de 14-18 ans, les auteurs indiquent qu'à l'admission en CRJDA, les jeunes ressentent une urgence à consulter (c.-à-d. 35 % des filles et 26 % des garçons veulent consulter l'infirmière le plus rapidement possible). Ce désir est motivé par la crainte d'un sevrage alcoolique ou de drogue, ou d'une infection transmise sexuellement ou par le sang (6). Le quart des filles craignent être enceintes à l'admission (6). Plus de la moitié des filles et du quart des garçons rapportent 4 symptômes et plus liés au stress. Plus de 50 % des jeunes ont pris des médicaments dans la semaine précédant l'admission (et au

moins 25 % ont pris un antidouleur). Environ 40 % des jeunes disent ne pas avoir de dentiste et 75 % ont au moins un problème dentaire. Près de 50 % ont des problèmes visuels et 10 % des problèmes auditifs. Sur le plan de la sexualité, la quasi-totalité a des comportements sexuels à risque. Quant à la prise en charge, 65 % des jeunes ont un médecin, mais seulement 44 % des problèmes identifiés sont pris en charge. De plus, une revue narrative de faible qualité (21) mentionne qu'il faut renforcer la prévention primaire et l'intervention précoce auprès des jeunes. Des problèmes de santé (physique ou mentale) qui ne sont pas pris en charge ou qui nécessitent des interventions externes sont des problèmes coûteux pour les CRJDA s'ils ne sont pas traités, car inévitablement, ceux-ci auront des conséquences sur la réadaptation (6).

3.1.3 Processus

Une offre de soins et services adaptée

Des soins et services adaptés sont nécessaires. L'individualisation du plan de réadaptation selon les besoins et les caractéristiques du jeune émerge de divers documents (5,7,22,26,28,41,44,52,56,59). Le CRJDA Chaudières-Appalaches (7) et le CRJDA Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine (59) (dans les documents décrivant leur offre de services) adaptent tous deux leurs services selon les problématiques des jeunes (p. ex. abandon, négligence, mauvais traitements psychologiques, abus sexuels ou physiques, troubles de comportement sérieux) et leurs besoins (p. ex. hébergement, réadaptation, expertise judiciaire, adoption, recherche d'antécédents et de retrouvailles, psychologie).

Dans une étude californienne transversale de qualité élevée (5), les auteurs font divers constats selon l'âge du jeune. Les préadolescents sont plus perturbés sur le plan comportemental et émotionnel. Ils sont plus agressifs, ont plus de problèmes de santé mentale et consomment plus de psychotropes. Les intervenants doivent avoir un plan individualisé avec cette clientèle qui nécessite une intensité d'intervention plus soutenue. À l'opposé, les adolescents utilisent davantage de soins médicaux (5).

Des facteurs liés à la gouvernance

Dans une revue narrative de faible qualité (21), les auteurs énoncent des conclusions pour élaborer des services efficaces en CRJDA. La 1^{re} conclusion porte sur la gouvernance clinique. Il faudrait une communication claire et transparente des intentions en matière de soins et services (et des rôles et responsabilités de tous). Chaque CRJDA devrait disposer d'un système de surveillance ou d'un cadre de gouvernance pour améliorer la qualité et la sécurité des services.

La collaboration interprofessionnelle et multidisciplinarité

Selon l'Association des centre jeunesse du Québec (ACJQ) (52), la santé mentale se travaille en partenariat dans une logique de soins partagés où tous reconnaissent leur expertise mutuelle et se concertent dans une approche de coresponsabilité. Ainsi, l'hébergement en CRJDA n'est pas une fin en soi, mais un moyen de réadaptation. Les jeunes doivent avoir accès à du dépistage, de l'hébergement adapté, des intervenants(es) compétents(es), des équipes de santé mentale, des omnipraticiens(es), des pédopsychiatres ou des psychiatres et des ressources individualisées. Cet énoncé met de l'avant l'importance de la collaboration interprofessionnelle pour fournir des soins et services efficaces et sécuritaires en CRJDA selon différents articles incluant une revue

systématique de qualité très faible, une revue narrative de qualité très faible, une étude qualitative utilisant des entrevues individuelles de qualité modérée et un éditorial (19,21,42,54). Le Centre jeunesse Chaudière-Appalaches (CJCA) (7) et le Centre jeunesse Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine (CJGIM) (59) ont recours à divers partenariats avec des services régionaux, locaux et intersectoriels (p. ex. commission scolaire, organisme communautaire, secteur judiciaire, service de garde). Ces CRJDA ont des mécanismes de concertation avec les partenaires et des protocoles d'entente de services (7,59). Ce besoin de collaboration interprofessionnelle est noté dans une étude transversale québécoise de qualité élevée (6) où les auteurs notent le besoin d'une communication efficiente, continue et ancrée dans une structure multidisciplinaire. Les auteurs recommandent une organisation axée sur le partenariat, des mécanismes de prise en charge avec les partenaires internes et des mécanismes de liaison pour garantir la continuité d'une prise en charge dans la communauté et auprès des centres spécialisés (6).

3.1.4 Contexte

3.1.4.1 Contexte du service de santé

Aucune donnée en lien avec le contexte spécifique aux services de santé n'a été répertoriée dans la littérature.

3.1.4.2 Contexte de centre de réadaptation en général

La sécurité des services

Une étude qualitative de qualité modérée (36) explore ce qui rend un CRJDA sécuritaire du point de vue du jeune. Les jeunes déclarent que les facteurs associés à la sécurité sont des relations interpersonnelles positives, du soutien, une stabilité et une prévisibilité, des règles équitables et un contrôle sur son environnement. Dans un chapitre de livre (58), il est dit que le concept de sécurité comprend non seulement la sécurité physique, mais aussi la sécurité psychologique. La participation des parents au processus de réadaptation est aussi un déterminant de la sécurité pour le jeune (58).

L'importance de fournir des services en matière d'éducation

Le droit à l'éducation doit être respecté (35,37,42,47,56). Une étude transversale de qualité modérée (25) note que les jeunes avec des incapacités scolaires en centre de réadaptation utilisent plus de services médicaux (même après contrôle des variables démographiques). Les intervenants en centre de réadaptation pour jeunes doivent donc accroître les connaissances des jeunes et leur littératie en santé (47). Un commentaire (47) note toutefois une incohérence entre le souhait de soutenir les jeunes dans leur éducation et les mesures prises par les CRJDA pour garantir ce soutien. Malgré la reconnaissance de l'importance de l'éducation, peu (ou pas) de mesures semblent prises pour encourager la réussite éducative en CRJDA (47). Il reste à voir si c'est le cas dans les CRJDA du Québec. Une étude qualitative de qualité modérée dans l'état américain de l'Indiana (37) effectuée sur des intervenants en CRJDA indique même que plusieurs jeunes n'ont pas de défis éducatifs et professionnels dans leur plan d'intervention. Il faut axer le plan d'intervention sur la création d'un environnement favorable à l'éducation et à l'apprentissage des jeunes (47). Il faut promouvoir des aspirations chez le jeune, assurer un mentorat par les pairs, lui donner de l'espace pour apprendre et offrir une pédagogie intégrée pour encourager une culture d'éducation (47).

3.1.5 Extrants (impacts et résultats)

Préparer le jeune à sa transition post-CRJDA

Deux études qualitatives de qualité modérée (35,37) portent sur la transition post-CRJDA. Il ressort des études que les jeunes en CRJDA subissent de multiples transitions à leur majorité (sans le soutien de la famille). Or, la santé figure rarement en priorité. Le logement, l'aide financière et l'éducation sont prioritaires. Un thème récurrent est la nécessité du soutien d'un intervenant réactif, informé et disponible (35,37). Alors que les jeunes ont besoin d'être au cœur de leur transition, les récits décrivent des transitions dirigées par des adultes sans la participation active du jeune. Ce moment est décrit comme un transfert plutôt qu'une transition. Sans soutien parental, les jeunes doivent assumer pleinement la coordination de leurs soins. Les intervenants recommandent un changement progressif, mais le transfert est plutôt décrit comme brutal (35,37).

3.2 Revue rapide sur les indicateurs de performance

La revue rapide des écrits scientifiques et de la littérature grise a quant à elle permis d'identifier 247 documents. À la suite de l'examen du titre et du résumé de ces documents, 212 ont été rejetés et 35 ont été conservés pour lecture complète. À la suite de cette lecture complète, 30 titres ont été rejetés et 5 ont été conservés. Le diagramme de flux de la sélection se trouve en annexe III.

En plus des cinq articles retenus de la stratégie de recherche pour la revue rapide sur les indicateurs de performance (8,60–63), onze documents émanant de la revue systématique sur l'efficacité et la sécurité du mode d'organisation ont aussi été ajoutés (4,23,54,56,25, 33,36,39,45,46,49,53). Ainsi, un total de 16 documents abordant une ou plusieurs dimensions de la performance d'une offre de services offerte en centre de réadaptation pour jeunes sont inclus dans cette analyse. De ce nombre, il y a cinq études transversales (4,8,23,60–62) (quatre qualité élevée, une qualité modérée) deux études de cohorte de qualité élevée (33,62), deux études qualitatives de qualité élevée (36,39), deux études mixtes (45,46) (une qualité élevée, une qualité modérée), deux éditoriaux (53,54), un chapitre de livre (56), un commentaire (49) et une présentation sur une évaluation de programme de jeunes en difficulté dans deux régions du Québec (Lanaudière et Laurentides) issue d'une conférence scientifique (63).

Il était important que ces articles considèrent les indicateurs de performance des centres de réadaptation pour jeunes dans leur ensemble et ne soient pas spécifiques au service de santé. Nous croyons néanmoins que plusieurs de ces constats étaient pertinents à la question de recherche et auront servi de point d'ancrage pour les discussions sur la contextualisation des recommandations ce qui devrait permettre une certaine généralisation de nos recommandations pour l'ensemble des services de santé aux CRJDA du Québec.

3.2.1 Des indicateurs de performance inadaptés à la réalité des intervenants

Dans les résultats de leur évaluation des programmes de jeunes en difficulté de Lanaudière et des Laurentides, Hyndman & Lemieux (63) indiquent que les mesures de performance actuelles ne captent que quelques aspects de la performance d'un CRJDA. En effet, ils rapportent que selon les constats du vérificateur du Québec en 2009, les mesures existantes ne permettent pas d'identifier et d'expliquer les écarts de performance

entre les CRJDA (ou entre les intervenants d'un même CRJDA) et de déterminer si les ressources investies par le gouvernement le sont de façon optimale. Les auteurs déplorent l'absence d'une définition commune de la performance, l'absence de suivi des épisodes de services d'un jeune et une mesure de la performance qui ne reflète pas les activités réelles des intervenants (ni les effets des interventions ou la productivité des intervenants). Des systèmes d'information en 1^{re} ligne ; le système d'information sur la clientèle et les services des CSSS - mission CLSC (I-CLSC) et 2^e ligne Projet intégration jeunesse (PIJ) qui permettent la production d'indicateurs portant sur le continuum de services seraient aidant selon les auteurs (63). En somme, les mesures de performance actuelles ne permettent pas d'évaluer la performance globale des CRJDA et de déterminer si les jeunes reçoivent les bons services au bon moment par les bonnes ressources à un juste coût selon Hyndman M. et Lemieux S. (65).

3.2.2 Des indicateurs de performance au niveau individuel

Une étude transversale québécoise de qualité élevée (8) fournit quatre indicateurs pouvant mesurer la performance des services en CRJDA. Il s'agit de la sécurité du jeune, de son bien-être, de la permanence d'un milieu de vie qui répond à ses besoins et d'un soutien familial et communautaire (8). Une étude similaire transversale de qualité modérée (23) nomme 4 dimensions de la qualité qui peuvent servir d'indicateurs de performance (c.-à-d. efficacité, efficience, participation des parties prenantes à la réhabilitation, autonomisation des jeunes). La disponibilité des services de santé mentale pourrait aussi capter une dimension de la performance en CRJDA (33,61).

Puisque le jeune devrait être au centre des services, sa perspective pourrait être incluse dans le choix d'indicateurs de performance et la mesure de sa qualité de vie ne devrait pas être négligée (plutôt que d'indicateurs négatifs) (8,23,36,53,56,63). Ainsi, une étude qualitative de qualité modérée qui explore ce qui rend un CRJDA sécuritaire tel que perçu par le jeune peut également inspirer des mesures de performance (36). Des mesures de relations interpersonnelles positives, de soutien, de stabilité et de prévisibilité pourraient être testées. Une étude transversale de qualité élevée (4) révèle que les interventions inspirées de la psychologie positive correspondent aux objectifs des services de protection de l'enfance et que la qualité de vie doit être une mesure de performance en CRJDA. Une autre étude transversale de qualité élevée (60) indique que les mesures de qualité sont souvent axées sur la rapidité du processus de réhabilitation. Or, cela ne tient pas compte des taux de référence répétés et les CRJDA qui ont tendance à clore rapidement leurs dossiers (ou qui ont des taux élevés de travailleurs issus d'agences) ont aussi des taux plus élevés de référence répétés.

3.2.3 Des indicateurs de performance au niveau organisationnel

Un commentaire (49) indique qu'il faut éviter d'imposer un indicateur de performance unique, car celui-ci est multidimensionnel (49). Il est préférable de centrer les évaluations sur les préoccupations de gestion des employés et ne pas négliger l'amélioration continue (49). Un éditorial (53) indique que les CRJDA doivent positionner les jeunes au centre de leur offre de services pour qu'elle soit performante. Une politique organisationnelle qui établit des normes à atteindre dans un cadre centré sur l'enfant et ses droits rehausse la performance des services (56). Le roulement du personnel en CRJDA est aussi associé à une prise en charge plus longue des jeunes et à l'augmentation

du nombre de placements ultérieurs, selon une étude de thèse doctorale de qualité élevée (46).

Faits saillants :

- Les mesures de performance ne permettent pas de dire si les ressources sont investies de façon optimale, car elles ne reflètent aucunement les activités des interventions (ni leur effet). Aucune définition de la performance n'est consensuelle.
- Il est préférable de tenir compte de la qualité de vie et de la perspective du jeune en CRJDA. La rapidité du processus de réhabilitation n'est pas un bon indicateur. Quelques indicateurs sont nommés (c.-à-d. disponibilité de services de santé mentale, stabilité et permanence, relations interpersonnelles positives, soutien du milieu familial et communautaire, qualité de vie du jeune, etc.).
- Il faut éviter d'avoir un indicateur unique. Il est important de placer le jeune au centre de ces services pour être performant. Par exemple, un indicateur sur le roulement du personnel a un impact sur l'évolution des jeunes placés.

3.3 Questionnaires des CRJDA au Québec

3.3.1 Mode d'organisation des services de santé en centre de réadaptation pour jeunes

Acteurs

Cinq thèmes ont émergé en lien avec les acteurs pertinents à un service de santé dans un CRJDA.

Partenaires internes

Ces partenaires à l'intérieur du CISSS et du CIUSSS sont importants puisqu'ils fournissent plusieurs services nécessaires non disponibles au CRJDA.

Partenaires externes

Ces partenaires incluent les pharmacies communautaires et les divers services privés tels que les soins d'ergothérapie, dentaires, de nutrition, d'optométrie, de sexologie, etc. Certains CRJDA ont des contrats avec des institutions privées pour des évaluations psychologiques afin de pouvoir respecter les échéanciers d'accès à l'arrivée d'un jeune au centre. Certains CRJDA qui n'ont pas de service de santé à l'intérieur du centre ont mis sur pied des corridors de services avec des médecins et des pédopsychiatres afin d'assurer une fluidité des services.

Multidisciplinarité

Tous les CRJDA ayant répondu à notre demande ont mentionné un certain niveau de multidisciplinarité. Celle-ci prend différentes formes ; par exemple des tables de concertation, des corridors de communication pour la prévention du suicide, des feuilles de suivi pour éviter au jeune d'avoir à se répéter auprès des différents intervenants, un système de liaison avec les partenaires internes et externes. Plusieurs ont mentionné que ces systèmes sont relativement nouveaux et que, conséquemment, il demeure des opportunités d'amélioration de la fluidité des parcours de soins et de communication.

Compétences des ressources humaines

Les compétences des ressources humaines dans les services de santé des CRJDA sont spécialisées pour répondre aux besoins de la clientèle. Les ressources humaines dans les services de santé sont variées. La majorité inclut des infirmiers(ères), des psychoéducateurs(trices), des travailleurs(euses) sociaux(les), des psychologues et des médecins. Un CRJDA a mentionné que leurs ressources humaines possèdent une expertise particulière en santé mentale. Le type et le nombre de ressources humaines varient significativement d'un CRJDA à un autre. Voici des exemples de ressources disponibles :

Ressources humaines	Nombre
Infirmiers(ères) cliniciens(nes)	Varie entre un et cinq. Certains centres ont des infirmiers(ères) spécialisés(es) en santé mentale et physique
Infirmiers(ères) praticiens(nes)	Trois heures/mois.
Infirmiers(ères) spécialisés(es)	
Infirmiers(ères) auxiliaires(es)	Un centre a une infirmière (en plus d'infirmières cliniciennes).
Médecins	Varie entre aucun médecin et deux à quatre. Certains centres ont un médecin deux jours par semaine.
Équipe psychologique	Varie entre trois et 9.5 psychologues à temps complet ou partiel.
Gestionnaires	Quatre centres ont un gestionnaire en santé physique et un en santé mentale.
Autres	Un centre a un dentiste et 0.4 assistant dentaire.

Manque de ressources humaines

Il a été mentionné à plusieurs reprises qu'il y a un problème de recrutement de ressources humaines pour les services de santé en CRJDA. De plus, il y a un besoin particulier de pédopsychiatres et d'infirmières praticiennes spécialisées.

Contenu

Cinq thèmes ont émergé en lien avec le contenu, c'est-à-dire les services et les ressources disponibles.

Soins offerts sur place en santé physique

Les jeunes reçoivent une évaluation initiale par une infirmière à leur arrivée au centre, suivi par la définition d'un plan thérapeutique. Celui-ci ne se substitue pas aux services que le jeune recevait avant son entrée au centre et est donc complémentaire. Les services offerts incluent des soins infirmiers (mise à jour des vaccins, etc.), des cliniques préventives (enseignement sur des relations sexuelles sécuritaires, etc.), la santé physique générale (incluant la prescription et le suivi des médicaments au besoin). Un centre offre aussi un service de dentisterie et d'optométrie à raison d'une fois par deux mois.

Soins offerts sur place en santé mentale

Une évaluation du statut de santé mentale fait partie de l'évaluation initiale décrite dans le thème précédent. Une équipe de psychologues peut aussi être impliquée dans cette évaluation qui peut avoir lieu sur place ou au bureau d'un psychologue affilié au centre. Les centres ayant répondu à notre demande ont mentionné avoir un protocole pour le suicide et utiliser le guichet d'accès en santé mentale. Plusieurs centres ont mentionné avoir deux niveaux d'intervention en santé mentale. Le premier fournit des conseils, un suivi général et fait la liaison avec le médecin traitant. Le deuxième répond aux cas plus lourds et il implique des pédopsychiatres. Il peut aussi inclure une table multidisciplinaire de pédopsychiatrie qui inclut, en plus des pédopsychiatres et des psychologues, le médecin traitant, les psychoéducateurs, les enseignants scolaires, les infirmières connaissant le dossier, etc.

Soins hors des heures de service dans le CRJDA

En dehors des heures d'ouverture du service de santé, il y a la présence d'un chef de permanence et d'un agent de sécurité qui peuvent répondre aux besoins urgents. Souvent, cela consiste à faire appel aux services téléphoniques InfoSanté et InfoSocial ou se rendre à l'urgence de l'hôpital. Un centre a mentionné avoir un service de garde infirmier qui peut se déplacer au besoin et un autre centre a mentionné une équipe d'urgence sociale comprise de travailleurs sociaux qui peuvent se présenter sur place au besoin.

Soins non offerts sur place

Un centre a mentionné ne pas avoir de médecin associé au service de santé. Si l'enfant n'a pas de médecin de famille, celui-ci est amené à l'urgence d'un hôpital. Certains centres n'ont pas de services psychologiques ou psychiatriques. Dans ces cas, si l'enfant n'a pas déjà un dossier avec un professionnel, il doit passer par le guichet de santé mentale. La majorité des centres n'offre pas de services de soins dentaires, de physiothérapie, d'ergothérapie ou d'optométrie. Pour ces services, les centres font affaire avec les cabinets privés ou le réseau à l'intérieur du CISSS/CIUSSS.

Services aux équipes de réadaptation

En plus des services pour les jeunes, les services de santé des CRJDA fournissent des services dirigés aux services de réadaptation. Ceux-ci incluent le soutien aux éducateurs(trices) pour l'animation de groupes sur des thèmes sur la santé physique et mentale, des formations sur les principaux médicaments, la production d'outils et de guides de soutien, le soutien lors de problématiques de santé particulières, ainsi que la liaison avec les partenaires de santé externes.

Processus

En matière de processus pour l'organisation des soins et services, quatre thèmes ont émergé.

Acteurs responsables de l'organisation

Un centre a répondu ne pas avoir de soins de santé sur place. Celui-ci a une entente avec un groupe de médecine familiale lui donnant des accès privilégiés. De plus, une infirmière se déplace sur le campus pour fournir certains soins. Le déplacement de l'infirmière engendre moins de frais de transport et augmente l'adhérence aux traitements et aux soins nécessaires.

Dans les CRJDA qui ont un service de santé, le médecin traitant est un acteur important dans ce service puisqu'il est responsable, avec l'infirmier(ère), de préparer le plan de traitement et l'ordonnance ainsi que du suivi de la médication, entre autres. L'infirmier(ère) est aussi responsable d'un large éventail de tâches, tel que décrit plus haut. De plus, celle-ci favorise la transition du jeune pour son retour dans la communauté. Pour l'organisation de soins de deuxième niveau, plusieurs centres mettent sur pied des tables de concertation qui incluent plusieurs acteurs. Des rencontres ont lieu aux trois semaines ou de façon *ad hoc* lorsqu'un besoin survient chez un enfant en particulier. Ainsi, certains centres font la distinction entre trois équipes impliquées dans le service de santé : les soins infirmiers, le soutien à la santé mentale et les services de deuxième niveau. De plus, certains centres ont des contrats avec le secteur privé pour s'assurer de respecter les échéanciers pour certains suivis. Un centre a mentionné avoir commencé à utiliser le service de télésanté en conséquence de la pandémie de la Covid-19 et se dit satisfait de l'initiative.

Communication

Les infirmiers(ères) assurent la communication avec les médecins et gèrent aussi les ordonnances. Un centre a mentionné avoir un assistant administratif qui coordonne la communication avec les éducateurs et les autres ressources pour le suivi des rendez-vous. Un défi qui a été nommé est d'assurer des corridors de communication systématique entre les différents acteurs.

Outils administratifs

Certains centres utilisent des feuilles de suivi pour faciliter l'échange d'information entre les différents pourvoyeurs de soins et éviter que le jeune ait à se répéter sur sa situation.

Frais à gérer par le service de santé

Plusieurs frais additionnels sont pris en charge par le service de santé du CRJDA. Ceux-ci incluent les médicaments pour les jeunes n'ayant pas de couverture d'assurance, les services octroyés au privé (tel que dentiste, optométriste, etc.) et les frais de transport tant pour les jeunes devant obtenir des soins à l'extérieur que pour les professionnels externes devant se déplacer au centre.

Contexte

Aucun thème en lien avec le contexte n'a émergé des questionnaires envoyés aux CRJDA du Québec. En particulier, il aurait été intéressant d'avoir des données sur l'impact de la réalité géographique de la région où est situé le CRJDA ainsi que les réalités organisationnelles et historiques des CRJDA.

Extrants

Les extrants, autres que les indicateurs de performance, nommés par les CRJDA du Québec étaient comme suit :

- Les services de santé à l'intérieur du centre contribuent à guider et à soutenir les intervenants dans leur travail. Ils favorisent aussi la collaboration avec les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.
- Les services de santé peuvent jouer un rôle important de soutien pour la préparation à la transition adaptée à la situation du jeune. Ceci inclut par exemple :

faire la liaison avec les ressources disponibles près du lieu de résidence, l'inscription au régime public d'assurance médicaments, la liaison avec un médecin de famille, etc.

Besoins exprimés

Les CRJDA consultés ont exprimé des besoins explicites.

- Plus ressources infirmières, spécifiquement des infirmiers(ères) praticiens(ennes) spécialisés(es)
- Plus de soins de santé mentale
- Plus de services de prévention (soins dentaires, nutrition)
- Les centres qui n'ont pas de médecin ont mentionné vouloir un médecin qui puisse faire des présences physiques.
- Communication interprofessionnelle et favoriser la multidisciplinarité
- La capacité d'offrir des services de transition vers la communauté

3.3.2 Indicateurs de performance

Sept CRJDA issus de différentes régions sociosanitaires québécoises ont répondu à notre appel de données contextuelles. Tous ces CRJDA mentionnent que les indicateurs de performance actuels du MSSS sont inappropriés. Pour l'ensemble des parties prenantes consultées, cela n'a pas (ou très peu) de sens que les indicateurs permettant de juger de la performance d'un CRJDA soit a) le nombre de jeunes en CRJDA et/ou b) le nombre d'évaluations effectuées par les infirmières de ces centres. Pour les gens consultés, ces indicateurs ne tiennent pas compte des besoins du jeune. Une évaluation biopsychosociale, bien que fondamentale dans le plan de traitement pour le jeune, ne répond pas aux besoins de ce dernier. Plusieurs dizaines d'actes infirmiers, médicaux et psychosociaux sont plutôt requis. Il est en effet fréquent de poser des actes infirmiers (ou autres) sur le même jeune plus de dix fois par jour pendant plusieurs mois. Les indicateurs de performance actuels ne tiennent pas compte de cette réalité infiniment plus complexe que les indicateurs retenus par le ministère. C'est d'ailleurs pour cela que certains CRJDA utilisent des systèmes alternatifs de mesure de la performance qui permettent de tenir compte du nombre d'actes offerts par ces professionnels.

Les CRJDA consultés proposent d'autres indicateurs de performance que celui utilisé par le MSSS (c.-à-d. nombre de jeunes vus par le service de santé) pour mesurer l'efficacité de leur offre de soins et services en santé physique et mentale.

Les indicateurs proposés au niveau individuel sont : le bien-être du jeune, l'attitude sociale du jeune (p. ex. nombre de recours à la mesure de contention ou d'isolement, nombre de saisies, etc.) et le nombre de jeunes assurés.

Au niveau organisationnel, six indicateurs ont été proposés ou sont utilisés de façon informelle :

- Qualité de service
- Délais d'obtention des services, lorsque requis
- Nombre de consultations et d'évaluations :
 - Distinction entre consultations en psychologie et soins infirmiers

- Utilisation du logiciel I-CLSC pour tenir compte du nombre d'interventions pour chaque jeune
- Bien-être des employés (taux d'assurance salaire)
- Coûts (médicaments, transport, etc.)
- Ratio d'infirmières/jeunes

3.4 Entrevues avec les parties prenantes de Val-du-Lac

3.4.1 Mode d'organisation des services de santé en centre de réadaptation pour jeunes

Acteurs

Deux thèmes ont émergé en lien avec les acteurs.

Besoin de ressources additionnelles

Un besoin accru de ressources infirmières a été soulevé. Il a été suggéré que des infirmiers(ères) auxiliaires seraient un choix intéressant puisque ceux-ci et celles-ci pourraient gérer certaines tâches telles que l'enseignement, le suivi des médicaments, etc. Il a aussi été suggéré qu'il pourrait y avoir une plus grande collaboration entre le médecin-conseil et la gestion du service de santé pour la planification des activités et des ressources. De plus, il a été souligné qu'un service de santé à l'extérieur se traduirait par des besoins additionnels de ressources humaines de soutien (p. ex. pour assurer la sécurité, un accompagnateur, etc.).

Liens avec les partenaires externes

Il a été mentionné que des contrats existent déjà avec des cliniques externes pour des soins complémentaires tels que l'optométrie, la physiothérapie, les soins dentaires, entre autres. Par ailleurs, il a été soulevé que la communication avec ces partenaires peut être problématique. Alors, il faut imaginer une augmentation de ces difficultés si plus de services sont obtenus à l'extérieur du service de santé de Val-du-Lac.

Contenu

En premier lieu, les parties prenantes du service de santé de Val-du-Lac ont précisé que les services fournis sont considérés comme des soins spécialisés compte tenu de la clientèle de ce centre. Les services fournis comprennent des soins de santé physique tels que le bilan initial et le plan de traitement ainsi que la prescription et le suivi des médicaments. Ils incluent aussi des soins en santé mentale comme l'évaluation de la condition et le soutien, l'animation d'activités individualisées, ainsi que des interventions de deuxième niveau, notamment la table de pédopsychiatrie. Celle-ci constitue en effet une des interventions multidisciplinaires priorisées par le service de santé, de même que les liaisons et le travail en collaboration entre le service médical et celui de réadaptation. Le service de santé fournit aussi plusieurs initiatives en prévention telles que la vaccination, la sensibilisation, etc. En dernier lieu, plusieurs services sont offerts au-delà des soins de santé. Ceux-ci incluent la liaison, la coordination de rendez-vous et leur paiement, ainsi que la communication avec les services d'urgence, la communication avec les parents et le soutien pour l'obtention d'un médecin de famille pour les jeunes n'en ayant pas à leur arrivée au CRJDA.

Processus

Un total de neuf thèmes variés a émergé en lien avec le processus d'organisation et d'accès aux services.

Prise en charge

Lors de la prise en charge, il y a d'abord un transfert de dossier du médecin de famille, s'il y en a un, suivi d'un bilan de santé par l'infirmière assignée. Celui-ci résulte en un plan de soins. Si l'enfant consent à être suivi à l'intérieur du centre plutôt que par son médecin de famille, un médecin est alors assigné pour la durée de son séjour à Val-du-Lac. Cette prise en charge tient compte de l'enfant dans son ensemble, c'est-à-dire qu'elle considère sa situation en réadaptation ainsi que l'ensemble des services de santé requis.

Organisation des services

Actuellement, des services de soins de deuxième niveau psychosociaux et médicaux spécialisés ainsi que la table de pédopsychiatrie viennent en soutien aux services de premier niveau en première ligne. Ce maillage permet de répondre aux besoins complexes des jeunes de Val-du-Lac. Il a été suggéré que si le modèle actuel est conservé, il y aurait un besoin d'évaluer l'organisation de ce maillage afin d'assurer que les services soient plus fluides et conviviaux.

Multidisciplinarité

Le processus modulant les efforts de multidisciplinarité a soulevé deux éléments clés. D'une part, il y a une appréciation de la collaboration entre les services de réadaptation et le service de santé puisqu'elle favorise une vue d'ensemble du jeune. Cependant, certains enjeux culturels et de communications divergentes peuvent survenir. Pour répondre à cela, les éléments décrits dans les thèmes de la communication et de la gestion des services plus bas ont été nommés comme des pistes de solution.

D'autre part, la table de pédopsychiatrie est considérée comme étant essentielle. Il est noté qu'il serait plus difficile de la maintenir si les services de santé étaient déplacés à l'extérieur de Val-du-Lac. Néanmoins, certains membres présument la possibilité d'une plus-value à revoir son rôle et son fonctionnement actuel.

Communication entre le service de santé et les services de réadaptation

La capacité et la facilité de communication entre les services de réadaptation et ceux du service de santé sont des avantages très valorisés par tous les membres consultés. Ces membres appréhendent la perte de cette connexion si cette communication devait être faite avec des services fournis majoritairement à l'extérieur de Val-du-Lac.

Un autre enjeu de communication est en lien avec la gestion des agendas pour la prise de rendez-vous. En effet, il y a actuellement deux agendas distincts (pour la réadaptation et pour le service de santé) dont les infirmières doivent tenir compte avant de confirmer un rendez-vous ou tout autre suivi pour un jeune. Il a été suggéré qu'un agenda informatique qui contiendrait les deux services, tout en tenant compte des enjeux de confidentialité, pourrait optimiser le processus pour la prise de rendez-vous.

Gestion des services

Il a été soulevé qu'il pourrait y avoir une plus grande collaboration entre le médecin-conseil de Val-du-Lac et la gestion du service de santé. De plus, il a été suggéré qu'il serait souhaitable d'avoir une cogestion avec un individu ayant un profil médical ou deux postes de gestion distincts où un serait dédié au volet médical et l'autre au volet réadaptation et/ou santé mentale.

Délais

Lorsque les services sont à l'intérieur de Val-du-Lac, les délais d'accès aux soins sont plus rapides. Ceux-ci peuvent être de quelques jours ou même dans les deux jours suivants la demande si celle-ci est urgente. Le service de santé sur place permet aussi une plus grande flexibilité s'il survient un changement dans le besoin entre temps.

Lorsque les soins sont à l'extérieur, les délais peuvent être plus longs. Il a été nommé qu'il peut être difficile d'avoir un accès rapide aux spécialistes et qu'il y aurait un travail d'équipe à faire pour améliorer cette situation. Une suggestion était d'établir une liaison plus directe où les médecins du service de santé pourraient eux-mêmes faire les références pour des consultations au lieu d'avoir à passer par les services sociaux, comme c'est le cas actuellement. Comme mentionné par une partie prenante à Val-du-Lac : « Si le service de santé était responsable de toute cette partie, ce serait plus fluide ». De plus, il a été suggéré d'établir des ententes services-patients, similaires à celles présentes dans les groupes de médecine familiale, où, une fois le consentement de l'enfant obtenu, l'information pourrait être échangée entre les professionnels de la santé de façon plus directe.

Capacité de se rendre au rendez-vous

L'absentéisme aux rendez-vous médicaux chez la clientèle de Val-du-Lac peut être significatif avec entre 26 % et 36 % des rendez-vous devant être annulés ou reportés. Les services sur place permettent une plus grande flexibilité sur l'horaire de rendez-vous selon le changement de l'état de l'enfant, qui peut survenir rapidement. En plus d'une compréhension de la réalité de cette clientèle, les services sur place ont une plus grande capacité d'échanger deux rendez-vous et de devancer le rendez-vous d'un autre enfant dans le cas d'une annulation. Les services de santé à l'extérieur du CRJDA n'acceptent pas ce type de manquement et peuvent aller jusqu'à fermer le dossier d'une personne dans le cas de plusieurs absences.

Logistique de transport

Considérant l'emplacement géographique du centre Val-du-Lac, les cliniques externes les plus près se trouvent à 20 minutes, ce qui engendrerait des enjeux particuliers si les services devaient être offerts à l'extérieur. Il y a toujours un accompagnateur et, dans certains cas, les enjeux de sécurité sont plus importants. De plus, le jeune devra s'absenter plus longtemps de l'école. Enfin, lorsque les services de santé sont sur place, une infirmière peut se déplacer dans le milieu de vie du jeune si celui-ci n'est pas en état de se déplacer.

Connaissance des jeunes

Le dernier thème est en lien avec l'impact d'une organisation de services sur place ou à l'extérieur du centre, sur la capacité de mieux connaître le jeune et ses besoins. Il est souligné que la philosophie actuellement promue par la littérature et les experts scientifiques est de se rapprocher du client. Ceci permet de répondre aux besoins et aux réalités du jeune dans son ensemble plutôt que de façon *ad hoc* au fur et à mesure que les problèmes surviennent. De plus, la connaissance des jeunes par le service de santé facilite la communication avec les services d'urgences lorsque ceux-ci sont nécessaires ainsi qu'avec les soins qui ne sont pas offerts par le service de santé de Val-du-Lac. De plus, un enjeu déjà présent pour les soins obtenus à l'extérieur est l'inefficacité de la communication des besoins si l'accompagnateur ne connaît pas bien la situation du jeune. Les informations fournies au professionnel de la santé ainsi que celles rapportées au service de santé de Val-du-Lac peuvent être incomplètes. Ces situations seront d'autant plus récurrentes si un plus grand nombre de services sont offerts à l'extérieur.

Contexte

Deux thèmes ont émergé dans les groupes de discussion en lien avec le contexte.

Historique

Val-du-Lac est un précurseur dans la liaison entre les services médicaux et les services de réadaptation. Les indicateurs et les ressources jugées nécessaires n'étaient pas adaptés à un contexte où des services de santé plus complets soient fournis sur le site et que ceux-ci soient intégrés aux autres services des CRJDA. Il y a maintenant un plus grand nombre de CRJDA qui ont adopté ce type de fonctionnement, mais l'évaluation des services n'a toujours pas été mise à jour. Cette évolution a pourtant eu lieu au sein d'autres services en lien avec les CRJDA. Tel est le cas des services de pédopsychiatrie dont l'évaluation de la performance prenait en compte seulement la première visite, mais qui a subséquemment eu une révision pour tenir compte de tous les services et les consultations offertes. Tel que mentionné par une partie prenante à Val-du-Lac : « Au départ en pédopsychiatrie, on calculait seulement la première consultation. Cela ne semble pas avoir changé pour les infirmières ».

Réalité géographique

Le centre de Val-du-Lac dessert tout le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, soit toute la région sociosanitaire de l'Estrie. Ce territoire couvre près de 13 000 km² incluant Sherbrooke, où se trouve Val-du-Lac, sensiblement au centre de ce territoire. Ainsi, il faut tenir compte de cette réalité lorsque le jeune doit ou souhaite être suivi par son médecin de famille et de l'impact que la distance pourrait avoir sur les ressources et la logistique de transport nécessaire. Comme mentionné par une partie prenante à Val-du-Lac : « Si le médecin de famille est plus loin, c'est plus de logistique ».

Extrants

Six thèmes ont émergé comme étant des impacts potentiels d'une organisation de soins de santé sur place à Val-du-Lac.

Autonomisation des jeunes

Lorsque les services sont sur place, les jeunes peuvent se rendre seuls à leur rendez-vous, ce qui contribue à leur autonomisation.

Stabilité des jeunes

Dans le service de santé de Val-du-Lac, un médecin est assigné pour le suivi de chaque enfant et les infirmières sont séparées par unité. Ceci amène une stabilité pour l'enfant, ce qui est bénéfique pour les enfants qui peuvent être méfiants et aide à les accompagner dans leur cheminement. Il a été noté que le fait d'être dans un contexte plus stable peut en soi contribuer à régler certains problèmes.

Confiance des jeunes envers le personnel

Les jeunes consultés ont soulevé avoir l'impression que parfois leurs besoins ne sont pas pris au sérieux. Certains ont mentionné avoir plus confiance en leur médecin de famille puisqu'ils le connaissent depuis plus longtemps.

Les jeunes consultés ont mentionné qu'il leur est très important de ne pas se sentir jugé ainsi que d'avoir la certitude que leurs informations demeurent confidentielles. Or, ils ont aussi mentionné avoir l'impression que parfois cette confidentialité est plus difficile à assurer lorsque les soins sont sur place. Selon un jeune hébergé à Val-du-Lac : «...tout se transfère aux éduc ».

Les membres du comité consultatif ont discuté de cet enjeu soulevé. Actuellement, il est demandé que certaines informations du dossier médical de l'enfant soient recopiées dans le système du Projet intégration jeunesse (PIJ). Dans un souci de maintien de la confidentialité, les informations transcrites sont maintenues à un minimum. Malgré cela, il est possible que des déductions soient faites par les autres intervenants ayant accès au dossier du jeune sur ce système. Il a été mentionné que les infirmières avaient déjà soulevé ce problème auprès de la gestion, mais qu'on leur a répondu que cette pratique était acceptable et demandée. En effet, bien qu'une évaluation ait assuré la légitimité d'inclure cette information médicale dans le système du Projet intégration jeunesse (PIJ), certains membres du comité continuent à questionner la nécessité et les ramifications éthiques d'inclure ce type d'information médicale dans un système auquel peut accéder un grand nombre d'acteurs externes aux services médicaux. Cette situation est exacerbée par le fait que les informations issues des services de réadaptation ne sont pas nécessairement disponibles aux services de santé. Il y a donc un questionnement sur la raison pour laquelle les informations médicales, elles, doivent être accessibles à tous. Il a aussi été souligné que parce qu'une action ou une réquisition est jugée légale, cela ne veut pas dire qu'elle est acceptable d'un point de vue éthique.

Connaissance de la situation des jeunes par le personnel

Il y a une volonté de la part du personnel d'avoir plus de liens relationnels avec les jeunes. Une meilleure connaissance du jeune permet de mieux l'encadrer avec une approche plus personnalisée. De plus, la collaboration avec les services de réadaptation permet d'avoir une image d'ensemble du jeune. Finalement, une meilleure connaissance du jeune donne au service de santé la capacité de mieux informer les services d'urgence et les autres services de soins à l'extérieur lorsque ceux-ci sont requis.

Stabilité du personnel

Une offre de services de santé sur place bien soutenue, avec des ressources adéquates, amène une stabilité du personnel. Cette stabilité se traduit en une meilleure qualité de service et une plus grande capacité à mieux répondre aux besoins des enfants.

Transition du jeune dans la communauté

Le service de santé sur place contribue à l'accompagnement du jeune dans sa transition dans la communauté à sa sortie du centre. Il y a un soutien pour trouver un médecin de famille si celui-ci n'en a pas, faire des liaisons avec des ressources près du lieu de résidence du jeune, etc.

Besoins exprimés

Les parties prenantes consultées ont exprimé des besoins explicites comme suit :

- Que les services de santé sur place sont nécessaires;
- Plus de ressources infirmières pour prendre certaines tâches. Il a été suggéré d'avoir plus d'infirmiers(ères) auxiliaires, par exemple un(e) infirmier(ère) pour deux ou trois unités de vie;
- Que les heures d'infirmiers(ères) soient prolongées;
- Avoir un outil de communication pour faciliter l'organisation et la coordination de rendez-vous;
- Une évaluation sur l'organisation du travail;
- Avoir un chef de service ou une cogestion plus spécialisée pour le côté médical (c.-à-d. un individu qualifié, tel qu'une infirmière clinicienne spécialisée) en plus d'un chef de service pour le côté de la réadaptation.

3.4.2 Indicateurs de performance

Parmi les parties prenantes consultées, les médecins et les infirmières ont mentionné de façon explicite que les indicateurs utilisés ne reflètent pas les services de santé fournis à Val-du-Lac et que cela engendre un impact négatif sur la performance rapportée du centre. Ils ont souligné que cette situation est différente de celle des infirmiers(ères) dans d'autres milieux, par exemple les CLSC.

Comme mentionné par une partie prenante de Val-du-Lac : « On n'a pas les mêmes statistiques que le CLSC, par exemple ; comme toute autre infirmière. Au centre jeunesse, notre seule statistique c'est " est-ce que j'ai vu l'enfant une fois ". Même si je l'ai vu 50 fois, ça ne compte pas. ».

Un médecin a mentionné que cet indicateur était historiquement utilisé en pédopsychiatrie, mais que la situation a évolué. Des indicateurs plus appropriés ont émergé des discussions comme suit :

Indicateurs au niveau individuel

- Bien-être du jeune
- Autonomisation des parties prenantes (participation du jeune et des parents à la réadaptation et sa planification)

Indicateurs au niveau organisationnel

- Délais entre la demande et le service
- Nombre de consultations et d'évaluations
 - distinguer entre différents types – médical, psychiatrie, soins infirmiers
 - justification des différents types
- Nombres d'interventions multidisciplinaires
- Déplacement de l'infirmier(ère) dans le milieu de vie
- Qualité du service

3.5 Triangulation des données

3.5.1 Mode d'organisation des services de santé en centre de réadaptation pour jeunes

Lorsque toutes les données obtenues sur le mode d'organisation des services de santé sont triangulées, on note les constats généraux suivants :

- Enjeux liés au personnel
 - Plusieurs données indiquent un besoin accru de ressources infirmières.
 - Ceci augmenterait leur capacité à fournir des services de prévention.
 - Il faut tenir compte du fait que les ressources humaines sont spécialisées.
 - Il y aurait une plus-value à avoir deux chefs de service ou une cogestion pour le volet médical et le volet réadaptation.
 - Assurer une diminution du roulement de personnel serait bénéfique pour le bien-être du personnel et des jeunes.
- Forces d'un service de santé sur place
 - La multidisciplinarité et la liaison avec tous les services externes sont deux grandes forces du service sur place. Cela permet de voir le jeune dans son ensemble et de favoriser sa stabilité.
 - Une plus grande stabilité et connaissance de la réalité du jeune permettent de mieux répondre à ses besoins.
 - Les services sur place augmentent l'autonomisation du jeune et permettent une plus grande flexibilité dans la fourniture de services (c.-à-d. un ajustement à l'état rapidement variable du jeune et une plus grande compréhension de l'absentéisme aux rendez-vous).
 - Il y a une opportunité de mettre à niveau certains besoins des services de prévention.
 - Les services sur place offrent un soutien pour la transition vers la communauté à la sortie du jeune.
 - Les services à l'extérieur requièrent une logistique significativement plus importante (surtout dans le contexte géographique de l'Estrie).
- Favoriser la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité
 - Il serait bénéfique de développer ou adopter un nouvel outil administratif ou un agenda électronique qui favoriserait la prise en note des rendez-vous médicaux et ceux en réadaptation tout en tenant compte des enjeux de confidentialité.
 - Il y aurait une opportunité de renforcer les systèmes de liaison (les systèmes de communication et de prise de rendez-vous) avec les partenaires externes

(incluant les psychologues). Ceci aurait pour objectif de réduire les délais d'accès et d'améliorer la connaissance du dossier du patient.

- Il serait utile de maintenir et mettre à jour la liste des spécialistes et des professionnels de la santé externes qui sont déjà connus pour leur expertise avec le type de clientèle de Val-du-Lac.
- Les médecins du service de santé de Val-du-Lac devraient pouvoir faire une référence directe pour une consultation avec un psychologue ou tout autre spécialiste sans avoir à passer par les services sociaux, tels que c'est le cas actuellement.
- Il serait bénéfique de mettre sur pied des ententes services-patients pour faciliter l'échange d'information. Ce processus pourrait prendre exemple sur ce qui existe déjà dans les groupes de médecine familiale (GMF).
- Il y a un besoin de revoir le partage d'information médicale avec les services de réadaptation (particulièrement le partage d'information sur le système PIJ).
- Il y a une opportunité d'explorer le besoin de revoir le fonctionnement et le rôle de la table de pédopsychiatrie.

3.5.2 Indicateurs de performance

Pour les indicateurs au niveau individuel, quatre indicateurs émergent comme étant pertinent à la fois dans la littérature scientifique et les données contextuelles :

- L'amélioration de la qualité de vie ou du statut de santé des jeunes;
- La participation des jeunes à leur plan de suivi; c'est-à-dire l'adoption d'une position de patient-partenaire;
- D'autres mesures d'autonomisation des jeunes;
- La présence d'un soutien familial et communautaire.

Pour les indicateurs de niveau organisationnel, six indicateurs émergent comme étant pertinents :

- Le roulement de personnel dans le service de santé;
- D'autres mesures de permanence, de stabilité ou de prévisibilité dans le suivi des jeunes;
- Le bien-être des employés (puisque'il renforce aussi la qualité de vie du jeune);
- Les délais entre une demande de soins et l'obtention ou l'accès aux services;
- Le nombre de consultations et d'évaluations. Il est recommandé de prendre note de trois éléments constituant ce facteur :
 - La distinction entre les différents types de consultations (soins infirmiers, médicaux, psychologiques);
 - La justification de ces consultations;
 - Le nombre d'interventions multidisciplinaires.
- Les coûts défrayés par le service de santé. Particulièrement, la justification pour les coûts additionnels tels que les médicaments pour les jeunes n'ayant pas d'assurance médicale, les services de santé obtenus au privé, les coûts liés à la logistique de transport, etc.

4. DISCUSSION

4.1 Contexte, démarche évaluative et sommaire des résultats

En janvier 2020, la DPJe du CIUSSS de l’Estrie – CHUS a sollicité l’UETMISSS pour savoir quel mode d’organisation des soins et services de santé physique et mentale permet une prise en charge optimale des jeunes au CRJDA Val-du-Lac tout en tenant compte des enjeux de mesure de la performance selon une directive ministérielle.

Les questions d’évaluation étaient :

1. Quelles sont l’efficacité et la sécurité d’un mode d’organisation des soins et services de santé physique et mentale prodigués sur place (de proximité) par rapport à des soins et services en partie ou en entier offerts à l’extérieur d’un CRJDA (ou d’un établissement avec une vocation similaire) ?
2. Quels sont les avantages et les inconvénients d’un mode d’organisation des soins et services de santé physique et mentale prodigués sur place (de proximité) tel que perçu par les intervenants, les usagers, les proches aidants et les citoyens ?
3. Quels sont les meilleurs indicateurs pour juger la performance d’une offre de soins et de services de santé physique et mentale dans un CRJDA ?

Afin de répondre aux questions d’évaluation, des données de la littérature scientifique et des données contextuelles ont été collectées comme suit :

- Revue systématique sur l’efficacité et la sécurité d’un mode d’organisation des services de santé (46 documents inclus dans l’analyse);
- Revue rapide de la littérature sur les indicateurs de performance dans le contexte des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté;
- Questionnaires aux autres CRJDA du Québec (données provenant de sept centres);
- Groupes de discussions avec les membres de Val-du-Lac (quatre groupes au total : jeunes, médecins, infirmières et éducatrices, gestionnaires).

Ces diverses données ont été organisées selon les éléments d’un cadre théorique d’analyse de politiques et de programmes comme suit : acteurs, contenu, processus, contexte, extrants. Des constats ont émergé pour chacun de ces éléments qui ont éventuellement mené aux recommandations préliminaires discutées avec le comité consultatif.

Les constats pour chacun des éléments en lien avec le mode d’organisation de soins et services étaient comme suit :

Acteurs

Les jeunes sont les acteurs principaux et devraient être au centre de toutes les décisions qui les concernent. Il y a un besoin de ressources humaines additionnelles, notamment des infirmières possédant des compétences spécialisées. De plus, ces ressources humaines agissent dans un esprit de multidisciplinarité et le fait d’offrir les services sur place facilite ce type d’approche complémentaire. Le bien-être des employés est essentiel et a un impact direct sur celui des jeunes. En dernier lieu, il faut tenir compte des services à

l'extérieur de Val-du-Lac, ceux-ci peuvent être internes et externes au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Contenu

En ce qui concerne les services offerts, une organisation de soins où la majorité des soins et services de santé physique et mentale sont sur place répond à la fois aux données probantes de la littérature scientifique comme meilleures pratiques ainsi qu'aux besoins exprimés par les parties prenantes. Il demeure néanmoins différents enjeux quant à l'accès aux spécialistes tels que les psychologues, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, etc. Ces enjeux incluent un besoin de diminuer les délais d'accès aux professionnels, que le service de santé ait la responsabilité de prendre les rendez-vous au lieu d'avoir à passer par un travailleur social, la mise sur pied d'un système de liaison avec une liste de professionnels spécialisés pour cette clientèle. En dernier lieu, le type de services offerts devrait favoriser la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité. Notamment, il faut faciliter les liaisons entre la psychoéducation et les services infirmiers. Il est aussi suggéré de mettre sur pied un système d'entente de service-patient pour que les professionnels puissent discuter des cas, mesure similaire au système déjà existant dans les groupes de médecine familiale.

Contexte et processus

En fonction du contexte spécifique au CIUSSS de l'Estrie – CHUS et des implications sur le processus, quatre points principaux émergent. En premier lieu, bien que les services de santé sur place favorisent l'application des constats de la littérature en termes de meilleures pratiques, il y a un besoin de révision des processus de communication et des modes de fonctionnement de la liaison entre le premier et le deuxième niveau de services, incluant la table de pédopsychiatrie.

En second lieu, cette communication doit aussi faciliter la multidisciplinarité notamment à l'aide de mécanismes de liaison entre les différents acteurs, ainsi qu'une gestion délibérée des différences de communication et de culture entre les secteurs. En particulier, la communication entre la pédopsychiatrie et le service médical pourrait bénéficier d'outils d'échanges d'information et de prise de rendez-vous tels que des feuilles de suivi, un logiciel intégré ou des ressources humaines attitrées à ces tâches. De plus, une cogestion entre les deux secteurs pourrait aussi s'avérer bénéfique.

En troisième lieu, la réalisation d'un service de santé sur place inclut une individualisation du service. Par exemple, un plan de soins est défini à l'arrivée du jeune en hébergement et il est ensuite suivi par un seul et même médecin désigné. Les infirmiers(ères) suivent et connaissent aussi le dossier de près. Cette connaissance permet d'avoir une vision et une approche globale de l'enfant.

En dernier lieu, il faut tenir compte des enjeux importants de logistique et d'accès aux soins et services. Par exemple, il y a beaucoup d'absentéisme aux rendez-vous pour diverses raisons et un service sur place offre plus de compréhension des enjeux qui surviennent rapidement ainsi qu'une plus grande flexibilité pour des changements d'horaire ou un déplacement dans le milieu de vie (à l'intérieur du centre d'hébergement) d'un jeune. De plus, plusieurs facteurs doivent être tenus en compte lors d'un transport à

l'extérieur du CRJDA tels que les ressources humaines nécessaires pour accompagner le jeune, les frais de transport, la distance dans le contexte où l'Estrie couvre une grande superficie, les jeunes doivent manquer plus de temps d'école et les délais peuvent être plus longs. De plus, si les services sont offerts sur place, le personnel a une connaissance plus globale de l'enfant ce qui permet une meilleure communication lorsque des services à l'extérieur sont nécessaires de façon *ad hoc*.

Extrants

Quatre impacts ou résultats principaux ont émergé en lien avec tous les autres facteurs décrits plus haut. En premier lieu, la stabilité du jeune est primordiale, celle-ci est renforcée par la connaissance des jeunes par le personnel. Il faut néanmoins assurer la confiance et la confidentialité des jeunes. Ceci a amené des questionnements autour des informations du dossier médical qui doivent se trouver dans différents systèmes, notamment le PIJ. Le type d'organisation de services peut aussi avoir un impact sur l'autonomisation des jeunes. Par exemple, des services à l'extérieur requièrent plus d'encadrement et de coordination, alors que le jeune peut se rendre seul à ses rendez-vous si ceux-ci sont sur place. Finalement, un impact important d'un service de santé sur place est le soutien à la transition pour un retour dans la communauté. En effet, les services peuvent accompagner les jeunes pour trouver un médecin de famille et d'autres services près de leur lieu de résidence ainsi que les mettre en lien avec différentes ressources dans leur communauté (tel qu'une pharmacie ou des groupes communautaires d'entraide et de soutien, etc.).

En ce qui a trait aux indicateurs de performance, la nécessité d'avoir certains indicateurs au niveau individuel et d'autres au niveau organisationnel était claire. Au niveau individuel, quatre indicateurs ont émergé comme étant les plus pertinents : (1) la mesure de l'amélioration de la qualité de vie ou le statut de santé des jeunes hébergés (2) la participation du jeune à son plan de suivi dans une position de patient-partenaire (3) des mesures d'autonomisation des jeunes (4) le niveau de soutien familial et communautaire. De plus, six indicateurs pertinents ont aussi été identifiés au niveau organisationnel : (1) le roulement réduit du personnel (2) d'autres mesures de stabilité et de prévisibilité dans le suivi des jeunes (3) les délais courts entre une demande de soins et les services obtenus (4) le nombre de consultations et d'évaluations (ce nombre devrait permettre la distinction entre les différents types de consultations tels que les consultations infirmières, de santé mentale, de santé physique ou multidisciplinaires et il devrait s'accompagner d'une justification pour l'intervention) (5) le bien-être des employés (6) les coûts additionnels pris en charge par le service de santé, incluant une justification pour ces coûts tels que les médicaments pour les jeunes qui n'ont pas de couverture pour les médicaments non couverts par le régime public d'assurance médicament (RAMQ) et les services au privé.

4.2 Limites de l'évaluation

Malgré l'étendue des données obtenues, il demeure quelques limites au projet telles qu'énumérées dans les prochaines lignes :

Recension des écrits de la littérature scientifique

Plusieurs données issues de la revue systématique sur le mode d'organisation de soins et services se réfèrent au CRJDA en général plutôt que d'être spécifiques aux services de santé liés à ceux-ci. Nous avons été explicites à ce sujet lors de la description des résultats.

Certaines données issues de la revue rapide sur les indicateurs de performance portaient sur les CRJDA en général et n'étaient pas nécessairement des indicateurs spécifiques aux services de santé.

Données contextuelles

La collecte de données auprès des autres CRJDA au Québec sous forme de questionnaire, jumelé au changement de chargé de projet d'ETMISSS à la suite de cet exercice a pu engendrer des enjeux dans l'interprétation de nuances dans certaines réponses.

Pour les groupes de discussion avec les parties prenantes de Val-du-Lac, nous avons espéré pouvoir inclure des parents afin d'avoir leurs perspectives ainsi qu'une représentation de la réalité des enfants plus jeunes hébergés à Val-du-Lac. Malgré plusieurs tentatives, ceci n'a malheureusement pas été possible pour diverses raisons hors de notre contrôle.

4.3 Implications pour la pratique et la gestion

Dans l'ensemble, les données probantes indiquent que les jeunes en centre de réadaptation sont mieux desservis lorsque les services de santé sont disponibles sur les lieux mêmes de l'hébergement. Plutôt que de favoriser une organisation de services à l'extérieur du site, la philosophie de pratique, soutenue par les données probantes, tend vers un rapprochement de l'enfant avec un souci de le voir dans son ensemble et en favorisant une plus grande stabilité dans son quotidien. Ceci implique un suivi favorisant un même intervenant tout au long du séjour et un minimum de perturbation à son horaire quotidien. Ces constats amènent donc à un besoin accru de ressources dédiées aux services de santé afin de permettre au personnel de remplir leurs tâches adéquatement et dans un souci de bien-être du jeune. Ces constats amènent aussi à mettre sur pied des mécanismes qui assurent une plus grande fluidité de communication et de collaboration entre les services de santé et de réadaptation. Ceci implique des outils administratifs et technologiques ainsi qu'un système de gestion qui renforce les ponts entre les deux services. En dernier lieu, même un service de santé sur place, plus complet, ne pourrait pas répondre à l'entièreté des besoins de santé, notamment les services spécialisés. Pour cette raison, il est souhaitable d'établir des mécanismes qui faciliteront l'accessibilité à ces soins en particulier.

L'évaluation de la performance d'un service de santé sur place fournissant un large éventail de services peut facilement être influencée par la nature des indicateurs choisis. En effet, les coûts engendrés par un tel service sont nécessairement plus élevés et ne reflètent pas la qualité des services fournis. Ainsi, plusieurs indicateurs retrouvés dans la littérature scientifique mentionnent qu'au moins un indicateur devrait être utilisé afin de refléter la performance de chacun des niveaux, organisationnels et individuels. Il serait donc préférable que les instances gouvernementales responsables, notamment le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec et les gestionnaires des CRJDA choisissent des indicateurs qui reflètent adéquatement le niveau et la qualité des services fournis tout en s'assurant que les données pour les alimenter soient faciles à documenter.

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'évaluation réalisée à la suite de la demande de la direction du programme jeunesse visait à soutenir l'organisation du service de santé de Val-du-Lac. Particulièrement, elle visait à établir s'il y avait une plus-value à rediriger certains soins offerts à l'extérieur du CRJDA ainsi que les facteurs de réussite pour une offre de services optimisée. Pour ce faire, nous avons complété une recension de la littérature scientifique, contacté les services de santé d'autres CRJDA au Québec et organisé des groupes de discussion avec les parties prenantes à l'intérieur de Val-du-Lac. En se basant sur les données probantes obtenues, le comité consultatif a défini des recommandations, organisées selon les deux volets principaux de ce projet : (1) mode d'organisation des services de santé et (2) indicateurs de performance. Il en reviendra ensuite à la gestion de Val-du-Lac d'assurer la mise en œuvre de ces recommandations ainsi que de déterminer la nécessité d'établir des liens avec les autres CRJDA et le MSSS afin de définir de nouveaux indicateurs de performance plus appropriés en conformité avec les résultats de la présente ETMI.

5.1 Recommandations

Mode d'organisation des services de santé en centre de réadaptation pour jeunes

Quatre recommandations émergent pour ce volet en lien avec le maintien des services de santé sur place et l'optimisation de ce mode d'organisation.

1. Maintenir le service de santé sur place puisqu'il présente d'importants bénéfices comparés aux désavantages.
 - Cette organisation de services permet de s'arrimer avec les bonnes pratiques issues de la littérature scientifique ainsi que de répondre aux besoins exprimés par les parties prenantes de Val-du-Lac et d'autres CRJDA du Québec.
2. Réviser les ressources infirmières à la hausse.
 - Ceci pourrait inclure une hausse du nombre d'infirmiers(ères) et une hausse des heures totales travaillées par semaine.
3. Accroître la capacité du service de santé à fournir des services de prévention.
4. Mettre sur pied divers mécanismes afin de favoriser et faciliter la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité :
 - Parties prenantes internes
 - i. Mettre sur pied une cogestion du volet médical et du volet réadaptation. Une option de second recours pourrait être la mise en place d'un(e) infirmier(ère) assistant(e) au supérieur immédiat (ASI).
 - ii. Mettre sur pied un outil administratif pour optimiser la communication entre le service médical et de réadaptation ainsi qu'une meilleure documentation du référencement pour les rendez-vous.
 - iii. Assurer la confidentialité des données personnelles sensibles et médicales des jeunes. (Ceci pourrait signifier de limiter le dépôt ou l'accès à certaines informations retrouvées dans le système du Projet intégration jeunesse (PIJ), par exemple). Évaluer la nécessité d'établir un système qui permette de limiter l'accès à l'information médicale.

- iv. Mettre sur pied des mécanismes permettant aux médecins dans le service de santé de faire une référence directe pour une consultation avec un(e) psychologue plutôt que de devoir passer par les services sociaux pour ce faire.
- v. Explorer avec les parties prenantes s'il y a un besoin de revoir le fonctionnement et le rôle de la table de pédopsychiatrie.
- Parties prenantes externes
 - vi. Renforcer les systèmes de liaison (c.-à-d. la communication et les prises de rendez-vous) avec les partenaires externes. Ceci a pour objectif de réduire les délais d'accès et d'améliorer la prise de connaissance du dossier du patient.
 - vii. Maintenir et mettre à jour la liste des spécialistes/professionnels externes qui sont déjà connus pour leur expertise avec le type de clientèle de Val-du-Lac et établir des partenariats avec ces services.
 - viii. Mettre sur pied des mécanismes permettant aux médecins dans le service de santé de faire une référence directe pour une consultation avec un(e) psychologue ou un autre spécialiste plutôt que de devoir passer par les services sociaux pour ce faire.
 - ix. Mettre sur pied des ententes services-patients pour faciliter l'échange d'information avec les différents services utilisés par le jeune, tel que la clinique médicale du jeune ou autres spécialistes (similaire à ce qui existe actuellement dans les groupes de médecine familiale).

Indicateurs de performance

La littérature scientifique recommande l'utilisation d'indicateurs de performance individuels et organisationnels. Le comité consultatif recommande conséquemment un indicateur au niveau individuel et trois au niveau organisationnel. Ces indicateurs suggérés tiennent compte des données de gestion cliniques et administratives déjà disponibles ou qui pourraient être facilement obtenables.

1. L'évolution de la qualité de vie du jeune :
 - a. Cette évaluation pourrait être complétée à l'arrivée du jeune au centre et à différents intervalles durant son hébergement.
 - b. Il existe plusieurs outils pour évaluer la qualité de vie. Il est recommandé d'avoir une évaluation additionnelle pour déterminer l'outil le mieux adapté au contexte des CRJDA du Québec. (Un exemple d'un tel outil est la version française du questionnaire Pediatric Quality of Life Inventory qui inclut des éléments dans quatre domaines (physique, émotionnel, social et éducation) et prend moins de cinq minutes à remplir par le jeune.)
 - c. Il faudra évaluer la nécessité de modifier l'outil choisi afin de tenir compte des particularités de la clientèle des CRJDA. Entre autres, il faudra s'assurer que la formulation des questions n'indispose pas le jeune répondant et tienne compte des changements majeurs survenant dans sa vie au moment où le questionnaire est rempli.
2. Délais entre la demande de soins et les services obtenus.

3. Nombre de consultations et d'évaluations :
 - a. Il est recommandé de noter la distinction entre les différents types d'évaluation (soins infirmiers (soins scolaires et soins cliniques), santé physique, santé mentale, multidisciplinaire).
 - b. Il est recommandé d'inclure une justification pour ces consultations.
4. Justification des coûts encourus par le service de santé du CRJDA
 - a. Justification des coûts additionnels (p. ex. les médicaments pour les jeunes n'ayant pas d'assurance pour les médicaments non couverts par le régime public d'assurance médicament (RAMQ), des services dans le secteur privé, etc.).

6. RÉFÉRENCES PRINCIPALES

1. Services de réadaptation avec hébergement. Document interne. CIUSSS de l'Estrée – CHUS; 2011.
2. Regroupement provincial des comités des usagers: Centre Jeunesse. 2009.
3. Aventin Á, Houston S, Macdonald G. Utilising a computer game as a therapeutic intervention for youth in residential care: Some preliminary findings on use and acceptability. *Child Youth Serv Rev.* déc 2014;47:362-9.
4. Jozefiak T, Sønnichsen Kaye N. Self- and proxy reports of quality of life among adolescents living in residential youth care compared to adolescents in the general population and mental health services. *Health Qual Life Outcomes.* déc 2015;13(1):104.
5. Huefner JC, Vollmer DG. Characteristics and Treatment Needs of Preadolescent Versus Adolescent Children in an Intensive Residential Treatment Program. *Resid Treat Child Youth.* oct 2014;31(4):301-15.
6. Lambert Y, Jean-Yves Frappier, Duchesne M, Chartrand R. SANTÉ DES ADOLESCENT(E)S HÉBERGÉ(E)S EN CENTRES DE RÉADAPTATION DES CENTRES JEUNESSE AU QUÉBEC. 2015;
7. Plan d'organisation des services. Centre jeunesse Chaudières-Appalaches (2009-2012). 2009.
8. Gestion fondée sur les indicateurs de suivi clinique en protection de la jeunesse: Rapport synthèse. Université McGill, Centre de recherche sur l'enfance et la famille.; 2017.
9. Crawford B, Pharris AB, Dorsett-Burrell R. Risk of serious criminal involvement among former foster youth aging out of care. *Child Youth Serv Rev.* oct 2018;93:451-7.
10. Griel LC, Loeb SJ. Health issues faced by adolescents incarcerated in the juvenile justice system: *J Forensic Nurs.* sept 2009;5(3):162-79.
11. Keller TE, Salazar AM, Courtney ME. Prevalence and timing of diagnosable mental health, alcohol, and substance use problems among older adolescents in the child welfare system. *Child Youth Serv Rev.* avr 2010;32(4):626-34.
12. Golzari M, Hunt S, Anoshiravani A. The health status of youth in juvenile detention facilities. *J Adolesc Health.* juin 2006;38(6):776-82.
13. Pedersen VH, Dagenais P, Lehoux P. Multi-source synthesis of data to inform health policy. *Int J Technol Assess Health Care.* juill 2011;27(3):238-46.
14. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and

researchers. *Educ Inf.* déc 2018;34(4):285-91.

15. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ.* sept 2017;j4008.
16. Tricco AC, Langlois E V, Straus SE. Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide. 2017.
17. WALT, GILL, GILSON, LUCY. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plan.* 1994;9(4):353-70.
18. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 5th ed. Thousand Oaks, California: SAGE; 2015. 252 p.
19. Lahti M, Linno M, Pael J, Lenk-Adusoo M, Timonen-Kallio E. Mental Health Care Interventions in Child Welfare: Integrative Review of Evidence-Based Literature. *Issues Ment Health Nurs.* sept 2018;39(9):746-56.
20. Lou Y, Taylor EP, Di Folco S. Resilience and resilience factors in children in residential care: A systematic review. *Child Youth Serv Rev.* juin 2018;89:83-92.
21. Child protection service delivery development in Australia. *Int J Child Adolesc Health.* 2012;5:239-65.
22. Allen B, Johnson JC. Utilization and Implementation of Trauma-Focused Cognitive–Behavioral Therapy for the Treatment of Maltreated Children. *Child Maltreat.* févr 2012;17(1):80-5.
23. Carrà E. Residential care: an effective response to out-of-home children and young people?: Residential care: an effective response? *Child Fam Soc Work.* août 2014;19(3):253-62.
24. Cossy LS, Miller LT. A descriptive study of primary health care practices in Ontario's youth custody facilities. *Paediatr Child Health.* déc 2013;18(10):523-8.
25. Lambert MC, Trout AL, Nelson TD, Epstein MH, W. Thompson R. Medical Service Utilization Among Youth with School-Identified Disabilities in Residential Care. *Child Youth Care Forum.* avr 2016;45(2):315-27.
26. Lanctôt N. Gender-Responsive Programs and Services for Girls in Residential Centers: Meeting Different Profiles of Rehabilitation Needs. *Crim Justice Behav.* janv 2018;45(1):101-20.
27. Mendoza NS. Social Services and Child Well-Being Among CPS-Involved Families. *J Soc Serv Res.* mai 2014;40(3):274-83.

28. Hummer VL, Dollard N, Robst J, Armstrong MI. Innovations in implementation of trauma-informed care practices in youth residential treatment: a curriculum for organizational change. *Child Welfare*. 2010;89(2):79-95.
29. Kagan R, Spinazzola J. Real Life Heroes in Residential Treatment: Implementation of an Integrated Model of Trauma and Resiliency-Focused Treatment for Children and Adolescents with Complex PTSD. *J Fam Violence*. oct 2013;28(7):705-15.
30. Lee TG, Walker SC, Bishop AS. The Impact of Psychiatric Practice Guidelines on Medication Costs and Youth Aggression in a Juvenile Justice Residential Treatment Program. *Psychiatr Serv*. févr 2016;67(2):214-20.
31. Lanctôt N, Lemieux A, Mathys C. The Value of a Safe, Connected Social Climate for Adolescent Girls in Residential Care. *Resid Treat Child Youth*. oct 2016;33(3-4):247-69.
32. Soenen B, Volckaert A, D'Oosterlinck F, Broekaert E. The Implementation of Life Space Crisis Intervention in Residential Care and Special Education for Children and Adolescents with EBD: An Effect Study. *Psychiatr Q*. sept 2014;85(3):267-84.
33. Ramchand R, Griffin BA, Hunter SB, Booth MS, McCaffrey DF. Provision of Mental Health Services as a Quality Indicator for Adolescent Substance Abuse Treatment Facilities. *Psychiatr Serv*. janv 2015;66(1):41-8.
34. Graham G, Fulcher L. Can the best interests of young people be met in residential care? An Ireland case study. *Child Youth Serv*. avr 2017;38(2):98-107.
35. Liabo K, McKenna C, Ingold A, Roberts H. Leaving foster or residential care: a participatory study of care leavers' experiences of health and social care transitions: Experiences of health and social care transitions. *Child Care Health Dev*. mars 2017;43(2):182-91.
36. Moore T, McArthur M, Death J, Tilbury C, Roche S. Young people's views on safety and preventing abuse and harm in residential care: "It's got to be better than home". *Child Youth Serv Rev*. oct 2017;81:212-9.
37. Pavkov TW, Negash S, Lourie IS, Hug RW. Critical failures in a regional network of residential treatment facilities. *Am J Orthopsychiatry*. 2010;80(2):151-9.
38. Shaw J, Kendrick A. Reflecting on the Past: Children's Services Workers' Experiences of Residential Care in Scotland from 1960 to 1975. *Br J Soc Work*. avr 2016;bcw021.
39. Smith Y, Colletta L. Intensive oversight of youth residential treatment: Staff perspectives on the New York State Justice Center for the Protection of People with Special Needs. *Child Abuse Negl*. mai 2019;91:52-62.
40. Ungar M, Ikeda J. Rules or No Rules? Three Strategies for Engagement with Young People in Mandated Services. *Child Adolesc Soc Work J*. juin 2017;34(3):259-67.

41. Van den Steene H, van West D, Glazemakers I. A multi-perspective exploration of the service needs of adolescent girls with multiple and complex needs. *Child Youth Serv Rev.* juill 2018;90:28-37.
42. Weinberg LA, Smith JM. Interagency collaboration within juvenile detention to appropriately serve youth with developmental disabilities. *Child Youth Serv Rev.* août 2019;103:166-72.
43. Hermenau K, Kaltenbach E, Mkinga G, Hecker T. Improving care quality and preventing maltreatment in institutional care – a feasibility study with caregivers. *Front Psychol.* juill 2015;6.
44. Maltreated children in residential treatment: Reviewing treatment frameworks, predicting outcomes, and defining progress and success. Ph.D. Thesis. University of Utah in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, College of Social Work.; 2010.
45. Pedrazza M, Berlanda S, De Cordova F, Fraizzoli M. The Changing Educators' Work Environment in Contemporary Society. *Front Psychol.* nov 2018;9:2186.
46. Liens entre le roulement du personnel et des indicateurs de qualité des services en centre jeunesse ainsi que l'évolution clinique d'adolescentes hébergées. Université de Sherbrooke. Université de Sherbrooke. Thèse présentée à la Faculté d'éducation en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor, Ph. D. 180 p.; 2014.
47. Gharabaghi K. Translating evidence into practice: Supporting the school performance of young people living in residential group care in Ontario. *Child Youth Serv Rev.* juin 2012;34(6):1130-4.
48. Jonson-Reid M, Drake B, Kohl P, Guo S, Brown D, McBride T, et al. What do we really know about usual care child protective services? *Child Youth Serv Rev.* nov 2017;82:222-9.
49. Beaulieu M, Landry S, Lagace D, Léonard M. Les rencontres opérationnelles au centre jeunesse des Laurentides (Québec). *Gest Hosp.* août 2017;423-6.
50. Ford JD, Blaustein ME. Systemic Self-Regulation: A Framework for Trauma-Informed Services in Residential Juvenile Justice Programs. *J Fam Violence.* oct 2013;28(7):665-77.
51. Elizur Y. Development and Dissemination of Collaborative Family-Oriented Services: The Case of Community/Day Residential Care in Israel. *Fam Process.* mars 2012;51(1):140-56.
52.). Cadre de référence en soutien à l'organisation des services aux jeunes hébergés dans les centres jeunesse et souffrant de troubles mentaux. 112apr. J.-C.

53. Appleton J V., Sidebotham P. The Child at the Centre of Care: Editorial. *Child Abuse Rev.* mars 2015;24(2):77-81.
54. Haynes A. Realising the potential: early help for neglect. *J Fam Health.* déc 2015;25(6):10, 12-3.
55. Christenson JD, Merritts AN. *Family Therapy with Adolescents in Residential Treatment: Intervention and Research.* 2017.
56. Groza V, Bunkers KM. Best Practices for Residential/Institutional/Group Care of Children: A Harm Reduction Framework. In: Rus A V., Parris SR, Stativa E, éditeurs. *Child Maltreatment in Residential Care.* Cham: Springer International Publishing; 2017. p. 477-92.
57. Becoming a youth-guided residential organization. In: *Residential interventions for children, adolescents, and families: A best practice guide.* Routledge/Taylor & Francis Group, USA. 2014. p. 46-60.
58. Strand VC. Applying Trauma Theory to Organizational Culture. In: Strand VC, Sprang G, éditeurs. *Trauma Responsive Child Welfare Systems.* Cham: Springer International Publishing; 2018. p. 19-40.
59. Le Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles: Offre de service, ses orientations et son organisation. 2008.
60. Hood R, Grant R, Jones R, Goldacre A. A study of performance indicators and Ofsted ratings in English child protection services. *Child Youth Serv Rev.* août 2016;67:50-6.
61. Swank JM, Gagnon JC. Mental Health Services in Juvenile Correctional Facilities: A National Survey of Clinical Staff. *J Child Fam Stud.* sept 2016;25(9):2862-72.
62. Izzo C V., Smith EG, Holden MJ, Norton CI, Nunno MA, Sellers DE. Intervening at the Setting Level to Prevent Behavioral Incidents in Residential Child Care: Efficacy of the CARE Program Model. *Prev Sci.* juill 2016;17(5):554-64.
63.). Expérimentation d'une nouvelle méthode d'analyse de la performance du Programme jeunes en difficulté. Centre des congrès de Québec. 2012.

ANNEXE I

DÉMARCHE ÉVALUATIVE

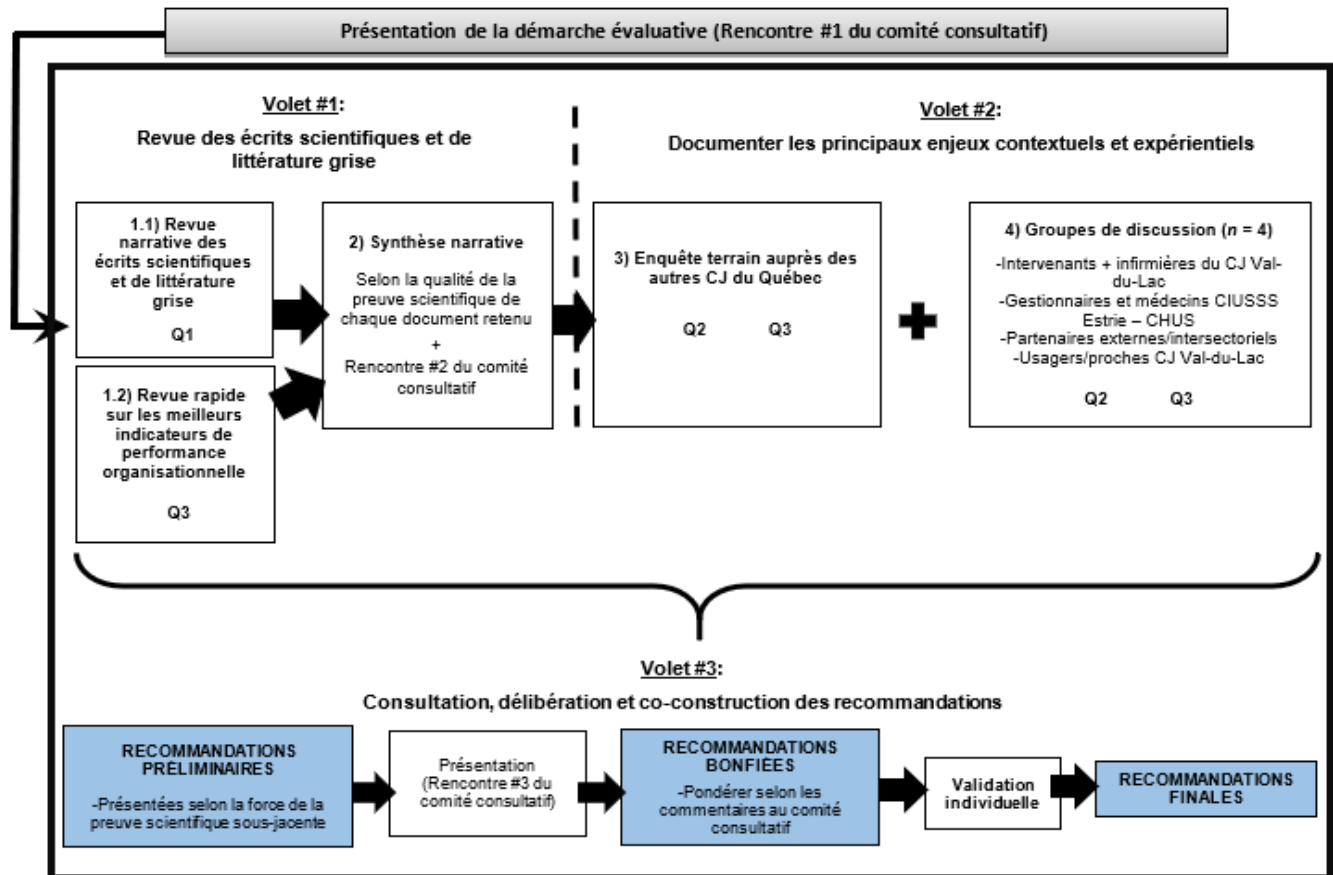


Figure A I-1. La démarche d'ETMISSS à entreprendre

ANNEXE II

DÉTAILS MÉTHODOLOGIQUES DE LA RECENSION DES ÉCRITS DE LA LITTÉRATURE

Mots-clés pour la revue sur l'efficacité et la sécurité du mode d'organisation de service

Composante A (Centre jeunesse)	Composante B (Services de santé physique et mentale)	Composante C (Organisation)	Composante D (Efficacité et sécurité)
Juvenile, Adolescent, Youth, Young, Teen, Delinquency, Child welfare, Children welfare, Child advocacy, Child protection, Children protection, Foster, Center, Centers, Centre, Centres, Facility, Facilities, Residential, Shelter, Rehabilitation centers, Child protective services	Health services, Adolescent health services, Child health services, Mental health services, Comprehensive health care, Delivery of health care, Integrated, Delivery of health care, On site, In site, In house, Medical, Care, Health, Healthcare, Service, Intervention, Program, Delivery, Provision	Models, Organizational, Organization, Administration	Efficacy, Efficacy, Effective, Effectiveness, Efficient, Evidence, Safety, Safe, Successful, Success, Comparative effectiveness,

Tableau A II-1. Les mots-clés utilisés sous chaque composante investiguée à la recherche documentaire.

ANNEXE III

DIAGRAMMES DE FLUX POUR LA SÉLECTION DES ARTICLES SCIENTIFIQUES

Diagramme de flux pour la revue systématique sur l'efficacité et la sécurité d'un mode d'organisation des services de santé

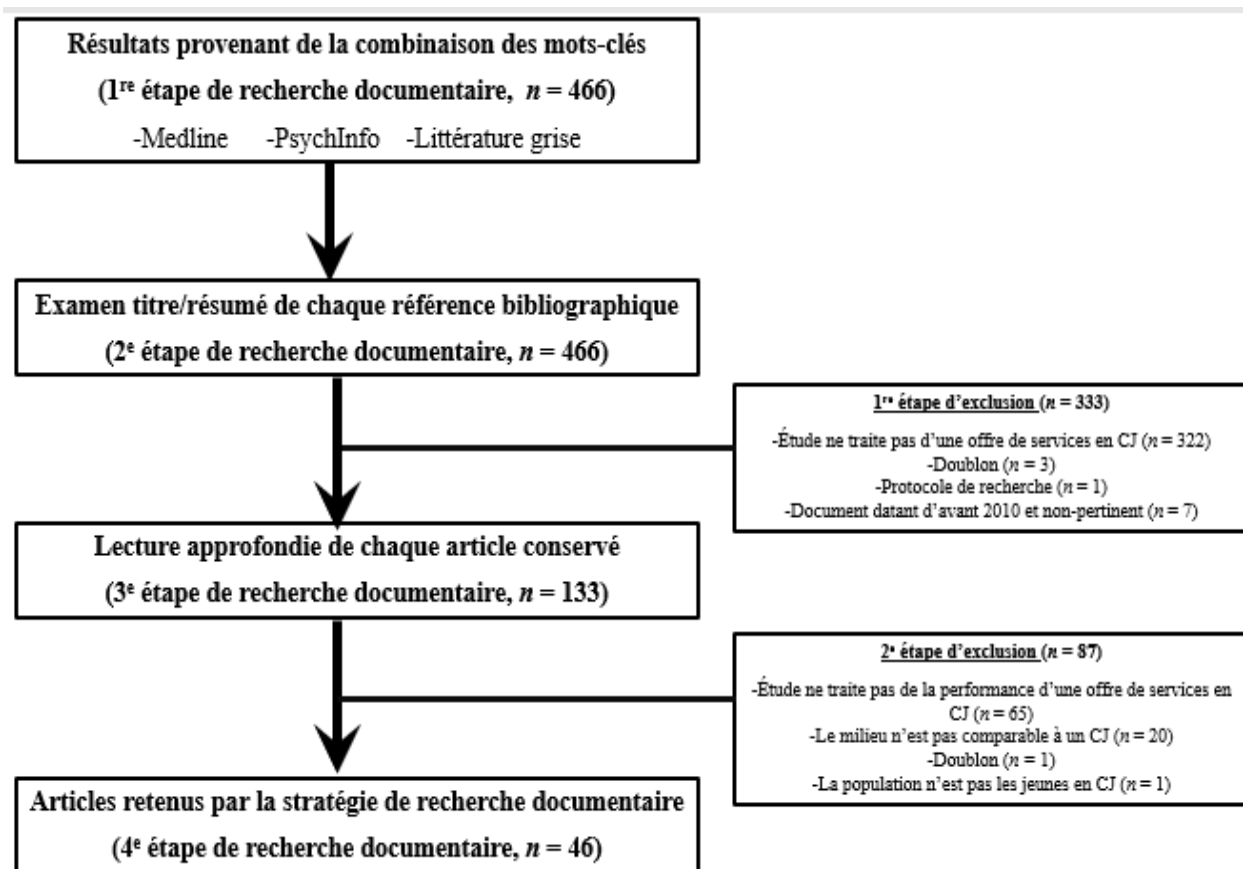
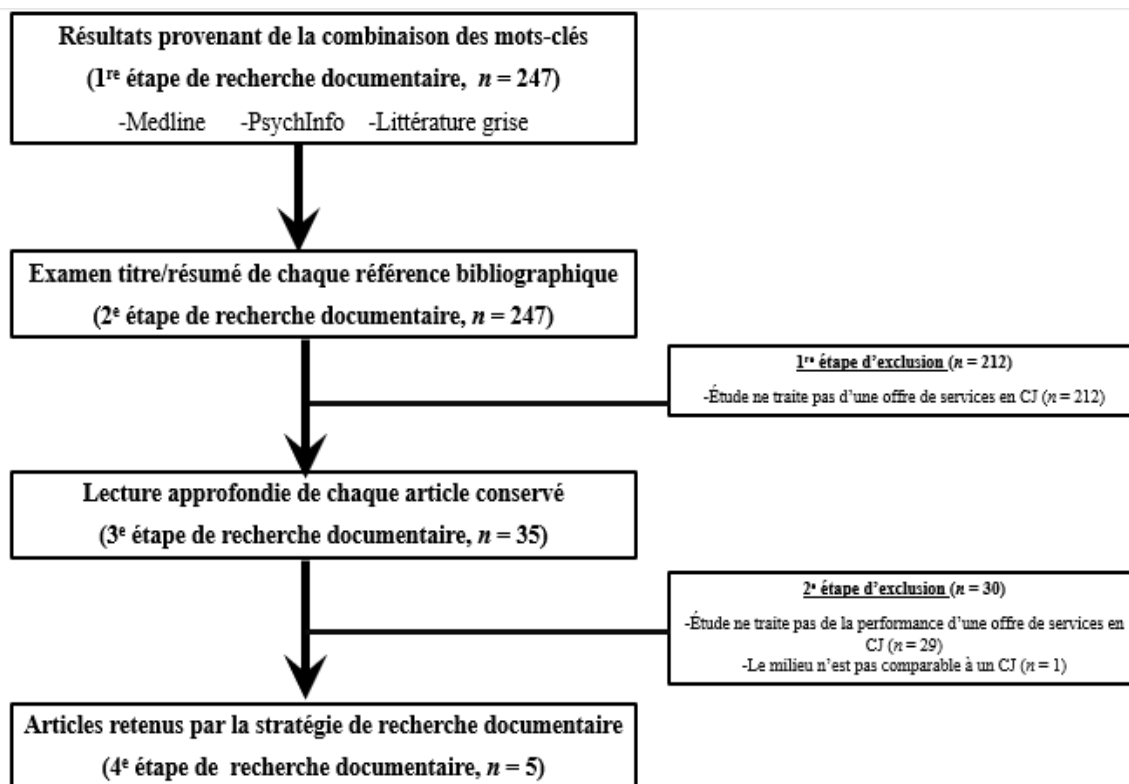


Diagramme de flux pour la revue rapide sur les indicateurs de performance



ANNEXE IV

EXTRACTION DES DONNÉES DES DOCUMENTS RETENUS PAR LA STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Tableau # 1	Données issues des revues de littérature ou des recensions systématiques des écrits scientifiques
Tableau # 2	Données issues des études quantitatives
Tableau # 3	Données issues des études qualitatives
Tableau # 4	Données issues des études mixtes
Tableau # 5	Données issues d'autres documents scientifiques

Tableau A IV-1

Extraction des données issues des revues de littérature ou des recensions systématiques des écrits scientifiques

Auteurs (Année)	Type de revue	Critère d'intérêt	Sommaire des résultats	SQ
# référence bibliographique				
Lahti et al. (2018) #21	RS	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) Les soins et services de protection de l'enfance en CRJDA imposent un fardeau énorme au système de santé en raison des hospitalisations et des renvois répétés vers des services de SM qui pourraient être évités en mettant en œuvre des interventions efficaces de SM en CRJDA (via des équipes multidisciplinaires). Les enfants et familles qui ont accès aux services de SM en CRJDA sont plus susceptibles de retrouver leur famille après le CRJDA. 1) Huit études décrivent plusieurs interventions de SM en CRJDA (c.-à-d. évaluation de crise, services de répit de garde d'enfants, counseling, entretien thérapeutique, dépistage cognitif et éducatif, thérapies psychologiques, soutien psychoéducatif, tests psychologiques, évaluation comportementale, travail individuel et soins de courte durée). Malgré cela, il n'y a pas suffisamment de preuves pour arriver à une conclusion définitive sur les effets de ces interventions en CRJDA. Les études suggèrent qu'un travail multidisciplinaire est nécessaire entre les CRJDA et les services de SM (mais la collaboration interprofessionnelle n'est pas optimale).	Très faible
Lou et al. (2018) #22	RS	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) Les traitements favorisant la résilience des jeunes en famille d'accueil indiquent des résultats positifs (c.-à-d. ↑ fréquentation scolaire et ↓ criminalité, violence, psychotropes). Des niveaux de résilience + ↑ en CRJDA sont associés à de meilleurs résultats chez le jeune (c.-à-d. ↑ développement, ↑ comportements prosociaux, ↑ bien-être, ↑ stratégies d'adaptation positives, ↑ résultats scolaires, ↓ détresse générale, ↓ colère et problèmes de conduite). Des interventions doivent donc viser le renforcement de la résilience des jeunes en CRJDA.	Faible
Sun & Buys (2012) #23	RN	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) Au niveau de la gouvernance clinique: a) Communication claire et transparente des intentions et attentes du CRJDA en matière de soins et services. b) Clarifier rôles et responsabilités des parties prenantes dans l'ensemble du CRJDA. 1) Au niveau de développement des intervenants et professionnels: a) Tous les intervenants doivent être formés en protection de l'enfance pour connaître et reconnaître les différentes formes d'abus et de négligence 1) Il faut renforcer la prévention primaire et l'intervention précoce auprès des jeunes. 1) Il faut une meilleure collaboration, communication et coordination pour gagner en efficacité et continuité des soins et services. 1) À l'évaluation clinique, il faut développer un système de détection/surveillance/intervention. Chaque CRJDA doit disposer d'une procédure formelle de surveillance et de responsabilisation ou d'un cadre de gouvernance clinique pour améliorer la qualité et la sécurité malgré l'incertitude quant à leur efficacité.	Très faible

Note. CRJDA = Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation; RN = Revue narrative; RS = Revue systématique; SM = Santé mentale; SQ = Score de qualité.

Tableau A IV-2 → Ventilation complète des scores de qualité pour chaque revue de littérature ou recension systématique des écrits scientifiques

Revue narrative ou recension des écrits scientifiques évaluée	Item 1 Inclut PICO	Item 2 Méthode élaborée à priori	Item 3 Justifie devis étude admis dans revue	Item 4 Stratégie recherche exhaustive	Item 5 Double sélection des études	Item 6 Double extraction données	Item 7 Liste et raison pour exclure étude	Item 8 Décrire étude incluse	Item 9 Évaluer risque biais études	Item 10 Mention source finance- ment études	Item 11 Si méta- analyse, bonne combinaison données	Item 12 Si méta- analyse, bonne technique pour évaluer risque de biais	Item 13 Tient compte risque biais dans discussion et conclusion	Item 14 Explique hétéro- généité résultats	Item 15 Si synthèse quantitative, tient compte biais publication	Item 16 Mentionne conflits intérêts
Lahti et al. (2018)	O	O	O	O	O	O	O	OP	N	N	n/a	n/a	O	O	n/a	O
Lou et al. (2018)	O	OP	O	O	N	N	O	O	N	N	n/a	n/a	O	O	n/a	O
Sun & Buys (2012)	O	N	N	O	N	N	N	N	N	N	n/a	n/a	N	N	n/a	O

Note. O = Oui; OP = Oui, partiellement; N = Non; n/a = Non-applicable.

Tableau B IV-1

Extraction des données issues des études quantitatives

Auteurs (Année)	Ville (Pays)	Type de document/ devis d'étude	Échantillon et méthodologie	Critère d'intérêt	Sommaire des résultats	SQ
# référence bibliographique						
Allen & Johnson (2012) #24	USA	LS/TRANS	Analyse secondaire d'une banque de données qui examine les croyances et pratiques de 132 cliniciens qui s'occupent actuellement d'enfants maltraités. La majorité des intervenants sont des femmes blanches et caucasiennes.	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) La TCC axée sur les traumatismes répond aux préoccupations des enfants et soignants. Il est basé sur des sessions individuelles pour l'enfant, des sessions parallèles avec le soignant et des sessions conjointes soignant-enfant. Il inclut aussi des compétences comportementales et de psychoéducation pour parents, des compétences de relaxation, de régulation affective, d'adaptation cognitive, le traitement cognitif des événements traumatisants pour l'enfant et des sessions conjointes enfant-parents. 1) 78% des cliniciens déclarent utiliser la méthode (66% de ces cliniciens déclarent utiliser chaque composante. Les composantes privilégiées sont l'enseignement de techniques de relaxation et la psychoéducation (tandis que l'enseignement des compétences de gestion du comportement pour soignants, l'élaboration d'un récit du traumatisme et la restructuration cognitive sont moins utilisées).	3/6
Carrà et al. (2014) #25	Lombardie (Italie)	LS/TRANS	Évaluer la qualité des CRJDA et fournir des suggestions pour améliorer les politiques sociales visant les jeunes hors domicile (à l'aide de 160 CRJDA en Lombardie).	1) Efficacité offre services en CRJDA 3) Performance	1 + 3) 4 dimensions de la qualité émergent (c.-à-d. efficacité, efficience, participation des parties prenantes à la planification de l'intervention de réhabilitation, autonomisation des enfants et des leurs relations).	4/6
Cossy & Miller (2013) #26	Ontario (Canada)	LS/TRANS	Les établissements de garde d'adolescents en Ontario ($n = 70$) ont reçu un questionnaire sur leurs caractéristiques et pratiques de soins de 1 ^{re} ligne.	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) La plupart des CRJDA (87.8%) obtiennent les antécédents médicaux des adolescents. Dans 94 % des cas, les adolescents ont un examen médical à l'admission (mais avec un MD dans les 72 heures seulement dans 57.2% des cas). Les adolescents devaient passer une évaluation du risque de suicide à l'admission dans 77.6% des cas. 1) Les CRJDA de l'Ontario fournissent des soins de 1 ^{re} ligne et des soins de santé de base. Il y a des faiblesses: a) des examens médicaux effectués trop tard après l'admission (et pas par MD), b) peu d'éducation sanitaire en CRJDA, c) pas d'évaluation systématique du risque de suicide à l'admission et 4) besoin de services de SM.	5/6
Esposito et al. (2017) #7	Province du Québec (Canada)	LS/TRANS	Analyse secondaire de données clinico-administrative en protection de la jeunesse dans le système Projet intégration jeunesse ($n = 48\ 132$ placements en CRJDA de jeunes de moins de 15 ans entre 2002 et 2011).	3) Performance	3) 4 indicateurs de qualité pour mesurer l'efficacité des services dispensés au jeune en CRJDA = sécurité de l'enfant, bien-être de l'enfant, permanence d'un milieu de vie qui répond à ses besoins, soutien familial et communautaire. Puisque l'enfant est au centre des préoccupations et services livrés, il faut adopter sa perspective dans le choix d'indicateurs de performance. De plus, il ne faut pas négliger la mesure de la qualité de vie du jeune (plutôt que des indicateurs négatifs de santé).	6/6

Objectif = Trouver des indicateurs documentant les trajectoires de services des jeunes en CRJDA et orienter la prise de décision dans la planification des services.

3) 8 indicateurs de suivi clinique sont développés (c.-à-d. taux de services judiciairisés, taux de services auprès d'adolescents ayant commis une infraction criminelle, taux de placement, taux de déplacement, issue de placement, récurrence du placement, nombre de déplacements durant le placement, durée de déplacement).

3) 21,9 % des jeunes en protection de la jeunesse font l'objet d'une demande de services en vertu de la Loi sur le système de justice pénal pour adolescents. La grande majorité des jeunes ne sont pas retirés de leur foyer familial durant le suivi (seulement 21,4 % sont placés en milieu substitut). Plus de la moitié des jeunes en placement (52,6 %) retournent dans leur milieu familial à l'intérieur de 3 ans suivant leur placement. Le reste est toujours en CRJDA (ou sont adoptés) La durée médiane de placement est 341 jours. Environ 10 % des enfants retournés en famille feront l'objet d'une récurrence pour maltraitance. Les enfants placés en CRJDA vivent en moyenne 2 déplacements (même si 30% des jeunes ne subissent pas de déplacement).

Frappier et al. (2015)	Québec (Canada)	LG/TRANS	Tous les jeunes de 14-18 ans au Québec en CRJDA qui ont du personnel de santé qui au moins infirmières et MD (donc 7 CRJDA).	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) Les jeunes doivent bénéficier d'une approche proactive, structurée et globale pour assurer une couverture intégrale des problématiques de santé. La complexité psychosociale des jeunes nécessite une communication efficiente, continue et ancrée dans une structure multi/interdisciplinaire. Les recommandations de cette étude reflètent ces constats et préoccupations. Il faut se rappeler que les CRJDA québécois reçoivent 65000 signalements par an.	6/6
#5			Objectif = Évaluer l'état de santé des jeunes en CRJDA, évaluer la prise en charge des problèmes de santé identifiés et tester des outils de dépistage et d'évaluation. Plus spécifiquement: a) Qualifier les jeunes en CRJDA (p. ex. problèmes de santé, besoin d'évaluation et prise en charge), b) Différencier les besoins de santé tels que perçus par les jeunes, éducateurs et professionnels, c) Identifier si des sous-groupes présentent plus de problèmes de santé ou problématiques spécifiques (et s'il y a des liens entre la SM, santé physique et le milieu de vie des jeunes) et d) Développer, tester et proposer des outils pratiques pour le dépistage et l'évaluation des problèmes de santé.		1) Les jeunes sont majoritairement hébergés en CRJDA pour trouble du comportement, négligence et maltraitance. Ces problématiques sont associées à des atteintes psychologiques, physiques, sociales et développementales. Les jeunes en CRJDA cumulent plusieurs facteurs de risque pour la santé physique et mentale.	
					1) 315 jeunes (57% garçon) ont accepté de participer et proviennent de Montréal (40,6%), Montérégie (25,7%), Québec (15,6%), Laval (5,7%), Estrie (2,9%) Saguenay/Lac St-Jean (6,3%) et Abitibi-Témiscamingue (3,2%). Les motifs de placement diffèrent peu entre les sexes (c.-à-d. négligence +/-10%, trouble du comportement +/-70%). La structure familiale des jeunes était monoparentale pour 57% (vs 14% dans la population), reconstituée pour 21% et biparentale pour 18%.	
					1) À l'admission, les jeunes ressentent une urgence à consulter (c.-à-d. 35% des filles et 26% des garçons aimeraient consulter l'infirmière le plus rapidement possible et 30% des filles et 13% des garçons souhaiteraient consulter pour leur SM). Il y a la crainte face à un sevrage ou une ITSS et 24% des filles craignent d'être enceintes. Les jeunes perçoivent que leur santé est très bonne ou excellente dans 42% des cas (moitié de ce qui est rapporté dans la population générale). Les jeunes rapportent une grande quantité de symptômes. Plus de la moitié des filles et près du quart des garçons rapportent 4 symptômes et + liés au stress. Plus de 50% des jeunes ont pris des	

médicaments dans la semaine précédant leur admission, et c'est au moins 25% des jeunes qui ont pris un antidouleur durant cette période. 40% des jeunes disent ne pas avoir de dentiste (et 75% rapportent au moins un problème dentaire). Près de 50% ont des problèmes visuels et 10% des problèmes auditifs.

1) Le DEP-ADO (questionnaire de détection de la consommation problématique d'alcool et drogues chez adolescents) révèle qu'environ 45% des jeunes cotent ROUGE, donc doivent être référés à des ressources spécialisées pour la consommation de substances (scores + élevés chez garçons et jeunes des régions). 72% des jeunes fument, 80 % ont au moins une addiction (et 42% au moins trois). Sur le plan de la sexualité, + 70% des jeunes avouent avoir eu des relations sexuelles et la quasi-totalité ont au moins un comportement sexuel à risque. 33% des filles et 20% des garçons rapportent au moins une tentative de suicide dans la dernière année. Plusieurs jeunes qui se disent anxieux ou en déprime. Les médecins ont établi 150 diagnostics différents chez les jeunes. La majorité présentent un problème de santé et la moitié en présente quatre et plus. Chez 50% des filles et 25% des garçons on retrouve au moins un diagnostic de SM (excluant le trouble de l'attention et d'hyperactivité). Quant à la prise en charge, 65% des jeunes ont un médecin, mais seulement 44% des problèmes identifiés qui sont pris en charge.

1) Conclusions et recommandations = L'étude montre une prévalence élevée de problèmes et conditions de santé chez les jeunes en CRJDA. Il s'agit d'un groupe à risque, vulnérable et surtout présentant une grande souffrance. S'occuper de leur santé est une composante importante et essentielle de leur réadaptation. Les auteurs notent des problèmes de santé qui sont mal pris en charge, des problèmes qui exigent des interventions à l'externe par des spécialistes pour plus de 50% des jeunes, des problèmes coûteux pour des CRJDA si non traités, des problèmes multidirectionnels avec des conséquences sur la réadaptation et donc une clientèle vulnérable parmi les vulnérables

1) Les auteurs recommandent 1) Faire un bilan de santé à l'aide d'outils standardisés pour tous les jeunes en CRJDA dès l'admission (ainsi qu'une évaluation complète des besoins de santé), 2) Développer une organisation efficiente axée sur le partenariat à l'interne (avec les services de santé dispensés dans la communauté et avec le jeune et sa famille, 3) Assurer des mécanismes de prise responsable des problèmes des jeunes avec les partenaires internes du CRJDA, 4) Systématiser la mise en place de mécanismes formels de liaison pour garantir la continuité d'une prise en charge dans la communauté et auprès des centres spécialisés, 5) Associer le jeune et ses parents aux décisions concernant sa réhabilitation.

Hood et al. UK (2016)	LS/TRANS	Analyse secondaire de données de 152 autorités locales pendant 13 ans.	3) Performance	3) Les mesures de qualité disponibles sont axées sur la rapidité du processus de réhabilitation et elles ne tiennent pas compte des taux de reréférence en CRJDA. Les autorités locales qui tendance à clore rapidement les dossiers (et celles qui ont des taux élevés de travailleurs issus d'agence) ont aussi des taux	6/6
#62					

plus élevés de re-références en CRJDA.

Huefner & Vollmer (2014) #4	Midwest (USA)	LS/TRANS	Cette étude compare 693 jeunes en CRJDA fermé de 4 unités avec soins psychiatriques sur une variété de mesures individuelles	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) En règle générale, les préadolescents sont + perturbés sur le plan comportemental et émotionnel. Les préadolescents sont + agressifs et ont + de problème de SM (et une consommation + ↑ médicaments psychotropes à l'admission). Le personnel doit utiliser davantage de plan d'intervention individualisé avec cette clientèle et une intervention de personnel plus soutenue. 1) Les adolescents ont une utilisation des soins médicaux + élevés. Les résultats mettent en évidence la nécessité de concevoir et mettre en œuvre des programmes adaptés aux besoins différents des enfants préadolescents et adolescents	6/6
Hummer et al. (2010) #30	Floride (USA)	LS/EC multiple	EC de 8 CRJDA en pour identifier des facteurs organisationnels qui favorisent le développement des soins et services qui tiennent compte des traumatismes des jeunes en CRJDA.	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) Les enfants en CRJDA peuvent subir des traumatismes en réhabilitation (et en avoir eu avant d'être en CRJDA). Les soins et services d'un CRJDA doivent en tenir compte. Les CRJDA doivent être un sanctuaire qui offre une protection environnementale et relationnelle pour empêcher un nouveau traumatisme. 1) Des facteurs organisationnels liés à l'implantation de soins axés sur les traumatismes se déclinent en 6 dimensions. Dimension #1 = Caractéristiques du CRJDA (↑ sécurité physique et émotionnelle, ↑ confiance du jeune). Dimension #2 = Inclure la voix et le choix des jeunes (favoriser collaboration, partage du pouvoir, autonomisation, implication du proche, préparation de la transition). Dimension #3 = Politique de services (politiques/procédures concernant la confidentialité, droits et responsabilités des jeunes, politiques/procédures d'isolement et contrainte. Dimension #4 = Dépistage des traumatismes, évaluation et planification des services. Dimension #5 = Support administratif flexible pour développer des services adaptés aux traumatismes. Dimension #6 = Formation du personnel.	3/6
Izzo et al. (2016) #64	USA	LS/COH	Objectif = Examiner l'impact d'une intervention sur la prévention des comportements agressifs ou dangereux des jeunes dans 11 CRJDA. Intervention vise à améliorer la dynamique sociale des milieux de soins grâce à un développement ciblé du personnel et une pratique réflexive continue.	1) Efficacité offre services en CRJDA 3) Performance	1) Les résultats notent une ↓ des agressions des jeunes envers le personnel, ↓ destruction de biens et ↓ fuite suite à l'intervention. Une ↓ agression envers les pairs et ↓ automutilation sont aussi notés. L'intervention aide à ↓ prestation de soins coercitifs et ↑ interactions sociales saines. 1 + 3) Un CRJDA avec un climat social sain offre de soins et services de meilleure qualité. L'intervention est conçue pour aider le personnel et les gestionnaires à utiliser des principes d'organisation qui soutiennent des services de meilleure qualité. Les résultats indiquent qu'en se concentrant sur le personnel, l'intervention ↓ prévalence de comportements dangereux ou destructeurs qui créent un environnement angoissant et non thérapeutique en CRJDA.	6/6

Josefiak & Kayed (2015) #3	Norvège	LS/TRANS	400 jeunes de 12 à 20 ans ont participé (+/- 67% des jeunes norvégien en CRJDA).	1) Efficacité offre services en CRJDA 3) Performance	3) La psychologie positive (c.-à-d. identifier les forces, ↑ bien-être, ↑ résilience, ↑ comportements prosociaux, ↑ qualité de vie) correspond aux objectifs des services de protection de l'enfance. La qualité de vie doit être une mesure de résultats. 1) Les jeunes en CRJDA ont une qualité de vie moins bonne dans 5 domaines vs population générale (c.-à-d. Bien-être physique, bien-être émotionnel, estime de soi, amis, école). Ces résultats sont préoccupants, car ils indiquent que le placement d'adolescents qui ont subi de la négligence et des mauvais traitements n'augmente pas leur qualité de vie à des niveaux comparables à la population générale (ainsi que des besoins non comblés). 1 + 3) La qualité de vie doit être une mesure de résultat indiquant la qualité des services en CRJDA. Les résultats de cette étude soulèvent des préoccupations majeures au sujet de la mauvaise qualité de vie des adolescents en CRJDA. Elle met au défi la protection de l'enfance et les décideurs de prendre des mesures pour ↑ qualité de vie des jeunes en CRJDA.	6/6
Kagan & Spinazzola (2013) #31	USA	LS/EC multiple	Real Life Hero = Intervention qui engage les enfants et soignants à coconstruire des relations de soutien émotionnel, à développer des compétences d'autorégulation, à ↓ réactions de stress traumatique et à intégrer une image de soi positive grâce à un travail conjoint sur l'histoire de vie. Contient psychoéducation, cahier d'histoire de vie, arts créatifs et boîte à outils pour praticiens. Objectif = Examiner pertinence intervention et aborder défis implantation en CRJDA qui offre des soins axés sur traumatismes.	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) L'intervention donne outils pour aider CRJDA à développer des services axés sur les traumatismes et pour ↑ résilience. Intervention accélère planification des sessions (pour le personnel), aide à hiérarchiser la priorité des besoins et favorise l'auto-régulation et les relations enfants/soignants. Intervention fonctionne pour assurer des services multiples en CRJDA axé sur le lien entre l'initiation et la sécurité d'un jeune avec des adultes bienveillants et le développement d'une estime de soi positive, d'une co-régulation et de capacités d'adaptation pour les enfants qui ont subi un traumatisme relationnel. Les arts créatifs, le mouvement et les récits de vie aident les enfants et les soignants à participer à des activités ludiques qui favorisent la confiance. Ces modalités permettent de développer la capacité de raconter des histoires, une composante importante de la désensibilisation des expériences traumatisantes. Intervention s'appuie sur les forces individuelles, familiales et culturelles et encourage les adultes bienveillants à devenir des héros pour le jeune. Cela ↑ sécurité nécessaire pour surmonter les traumatismes passés et aide à la désensibilisation. Dans ce processus, le personnel en CRJDA peut encadrer et soutenir les parents, les proches et la famille pour aider les jeunes à développer des histoires de guérison.	1/6
Lambert (2015) #27	al. Omaha, (Nebraska, USA)	LS/TRANS	777 jeunes en CRJDA (481 sans problèmes scolaires, 296 avec difficulté scolaires) de 8 à 18 ans (37% prend médicament non psychotrope et 36.2 % psychotrope). La durée moyenne en CRJDA = 1,4 an. L'échantillon est diversifié en termes ethniques. Parmi les	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) Plus de garçon ont des difficultés scolaires (69.6% vs 30.4%). Les jeunes avec incapacités scolaires en CRJDA utilisent + de services médicaux que les autres (même après contrôle pour variables démographiques). 1) Étant donné que les jeunes avec difficultés scolaires nécessitent + services médicaux, le personnel a besoin d'une formation sur les conditions et problèmes médicaux courants, les traitements, la surveillance de ces conditions médicales et des stratégies de communication avec les MD. 1) Le personnel doit communiquer avec le jeune sur l'importance d'un contact	4/6

				jeunes avec difficultés scolaires (41.2% = trouble émotionnel ou comportemental, 31.4 % = trouble d'apprentissage, 12.2 % = autre, 4.1% = trouble parole ou langage)		direct avec le MD et poser des questions sur le diagnostic, la cause, le traitement et les résultats du traitement pour maximiser les avantages du traitement. Les travailleurs en CRJDA doivent accroître les connaissances et la littératie en santé des jeunes ayant difficultés scolaires en CRJDA.	
Lanctôt et al. (2018) #28	Montréal (Québec, Canada)	LS/TRANS	219 adolescents (92 garçons et 127 filles) de 12 à 17 ans dans 4 CRJDA et leurs 131 éducateurs. Objectifs = 1) Définir les différences entre sexes dans les besoins de réadaptation des jeunes et 2) Identifier les besoins spécifiques aux filles.	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) Alors que garçons et filles ont besoin de se sentir compris par leurs éducateurs, ce besoin est plus important pour les filles (OR = 2,43). Des résultats détaillés montrent que les filles veulent des éducateurs qui comprennent ce qui les rend heureuses et tristes, qui écoutent ce qu'elles ont à dire, qui encouragent et félicitent, sont disponibles quand elles ont besoin d'aide et qui ne jugent pas. Ce besoin de compréhension n'est pas accompagné d'un besoin de se confier. 1) Les filles considèrent qu'il est + important de participer à des programmes et services qui permettent de faire face aux problèmes d'abus sexuels (OR = 1,56). Les éducateurs estiment qu'il est + important que les filles participent à des programmes et services axés sur la pression des pairs (OR = 1,42), les compétences parentales (OR = 1,33) et sur la violence sexuelle (OR = 1,57). 1) Trois profils de filles sont établis = faible besoins (38%), besoins de compétences sociales (36%) et besoins élevés (26%). Le groupe faible besoins donne moins importance à tout. Les filles du profil compétences sociales accordent plus d'importance aux compétences de gestion de la colère et du stress, à la résolution de problèmes (et moins d'importance aux problèmes de santé physique, aux abus sexuels et la prostitution). Les filles avec besoins élevés ont des besoins élevés dans toutes les catégories (en particulier en matière de santé et de bien-être et de victimisation/abus).	6/6	
Lanctôt et al. (2016) #33	Montréal (Québec, Canada)	LS/Q-EXP	153 adolescentes de +/- 15 ans (18 unités dans 2 CRJDA) avec difficultés d'adaptation sociale substantielle et en CRJDA depuis ≥ 3 mois. Objectifs = 1) décrire la perception qu'ont les adolescentes du climat social dans leur CRJDA, 2) identifier différents profils d'adolescentes sur la base de ces perceptions, 3) explorer dans quelle mesure les profils de perception du climat social des adolescentes peuvent être prédits par leurs caractéristiques prétraitement.	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) Pour les jeunes, 3 dimensions contribuent à ↑ climat social positif (relations saines avec personnel, relations saines avec pairs, règles et procédures équitables et collaboratives). 1) Les filles perçoivent positivement le climat social du CRJDA (tout comme leurs relations avec les autres filles). Les relations avec le personnel est assez positif. Les filles sont plus critiques à l'égard des pratiques de leur CRJDA. Les filles ont remis en question l'équité des règles et des sanctions appliquées (bien qu'elles les perçoivent claires). Elles ne sentent pas qu'elles ont une voix dans la façon dont leur unité est dirigée. 1) Les différents profils de perception du climat social sont a) sécuritaires, mais déconnectés (c.-à-d. fille se sent en sécurité, mais montre des scores bas dans les relations avec intervenants et la façon dont elles perçoivent les règles et procédures = 30%), b) pas sécuritaire, mais connectés (bonnes relations avec intervenants, pratiques justes et équitables, mauvaises relations avec les autres = 24%), c) mauvais climat (tous négatif = 23%) et d) bon climat (tout positif = 23%).	5/6	

					1) Les résultats suggèrent que le climat social dans les unités pour filles est propice à la réadaptation, même si certains de ces aspects pourraient être améliorés. Les filles ont tendance à rapporter des relations amicales, confiantes et sûres avec leurs pairs et des relations chaleureuses avec le personnel. Mais les filles doutent de l'équité des règles et peines appliquées et veulent plus de voix dans le fonctionnement du CRJDA. Ces résultats soulignent le besoin d'avoir un contrôle sur son environnement pour mieux se réhabiliter.	
Lee et al. (2016) #32	État de Washington (USA)	LS/EC multiple	Données administratives de 3 CRJDA d'un même état. Objectif = Examiner si l'implantation de pratiques psychiatriques en CRJDA avec programme de traitement psychosocial organisé ↓ coûts des médicaments psychiatriques (vs 2 CRJDA) et si le coût des psychotropes inférieurs est associé à ↑ agressivité.	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) Au cours de l'étude (2003-2012), le coût des médicaments psychiatriques a ↓ de 26% dans le CRJDA qui implante les directives de pratiques psychiatriques (vs le coût dans les 2 CRJDA de comparaison a ↑ 104% et 152%). Alors que le coûts des médicaments psychiatriques ↓ dans le CRJDA qui implante les directives, l'agressivité des jeunes n'a pas augmenté. 1) L'implantation de lignes directrices peut réduire les coûts des médicaments psychotropes sans augmenter les agressions. La mise en œuvre des lignes directrices nécessite un programme de traitement psychosocial organisé pour aider à décourager une focalisation inappropriée sur les traitements psychotropes.	4/6
Mendoza (2014) #29	USA	LS/TRANS	Objectif = Examiner la relation entre un éventail de services sociaux utilisés par les enfants et tuteurs en CRJDA et le bien-être des jeunes. L'échantillon est composé des jeunes en CRJDA (vague 1 à 4, suivi 36 mois) d'un sondage contenant 5501 jeunes en CRJDA.	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) Les enfants qui ont une mesure de bien-être plus élevé à l'entrée en CRJDA ont aussi des mesures plus positives après 36 mois. Il faut donc évaluer le bien-être de l'enfant à l'entrée et CRJDA et moduler l'offre de services en conséquence.	4/6
Ramchand et al. (2015) #35	USA	LS/COH	L'échantillon final comprend 50 CRJDA desservant 6623 jeunes. Cet échantillon est restreint à 3235 clients avec des résultats complets sur 12 mois.	1) Efficacité offre services en CRJDA 3) Performance	1 + 3) Plus de la moitié des jeunes en CRJDA de traitements de substances ont des problématiques de SM. La disponibilité de services de SM est un indicateur de qualité pour les CRJDA de traitement de la toxicomanie. Actuellement, environ 50 % des CRJDA en traitement des dépendances offrent des services de SM. 1) Jeunes en CRJDA offrant avec services de SM ont de meilleurs résultats pour le traitement de la toxicomanie (vs jeunes fréquentant CRJDA qui n'ont pas ces services).	6/6

Soenen et al. (2014) #34	Flandres (Belgique)	LS/Q-EXP	403 jeunes sont traités (71,8% = garçon) en CRJDA. L'âge moyen = 13,6 ans (6 à 19 ans). La durée globale moyenne de séjour = 30 mois. Entre les filles et les garçons, aucune différence n'a été constatée en ce qui concerne l'âge ou la durée du séjour. Évaluer l'efficacité de Life Space Crisis Intervention thérapeutique et verbale sur 4 ans. Chaque année, des données concernant la durée du programme, les résultats scolaires, les problèmes de comportements et les problèmes d'anxiété sont collectées.	1) Efficacité offre services en CRJDA	Intervention (Life Space Crisis) = Stratégie thérapeutique et verbale utilisée pour intervenir lorsque le jeune est en crise. Basé sur théorie cognitive, comportementale, psychodynamique et développementale. Au lieu de punir le jeune pour son comportement négatif, l'adulte entame une conversation pour découvrir l'origine du comportement. À ce titre, l'intervention est utilisée lors du conflit (ou peu après) et de préférence par un adulte proche du jeune. Partant des réactions du jeune en situation de stress, 4 objectifs sont visés: 1) changer le comportement, 2) ↑ confiance en soi, 3) ↓ anxiété et 4) ↑ compréhension de son comportement et celui des autres. 1) Les résultats montrent une ↑ du temps passé dans le programme (probablement causé par une ↑ des compétences des intervenants avec le programme) et une ↑ réussite scolaire des jeunes. Une ↓ de l'anxiété des jeunes est aussi notée et indique que l'intervention contribue de manière constructive au traitement des jeunes atteints de troubles comportementaux ou émotionnels.	5/6
Swank & Gagnon (2016) #63	48 états des USA	LS/TRANS	Les intervenants de 94 CRJDA dans 42 états des USA.	3) Performance	3) Il est essentiel que les jeunes en CRJDA aient accès à des services de SM qui répondent à leurs besoins. Les chercheurs estiment ↓ récidive de 50%. C'est aussi important que ces jeunes reçoivent des services qui ↑ facteurs de protections.	5/6

Note. CRJDA = Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation; COH = Cohorte; EC = Étude de cas; INT = Intervention; ITSS = Infection transmise sexuellement ou par le sang; LG = Littérature grise; LS = Littérature scientifique; MD = Médecin; OR = Odd ratio; Q-EXP = Étude quasi-expérimentale; SQ = Score de qualité; SM = santé mentale; TCC = Thérapie cognitivocomportementale; TRANS = Étude transversale; USA = États-Unis d'Amérique; vs = versus.

Tableau B IV-2 → Ventilation complète des scores de qualité pour chaque étude avec un devis quantitatif

Article dont la qualité est évaluée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Allen & Johnson (2012)	N	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	O	N	N	n/a	n/a	n/a	n/a
Carrà et al. (2014)	N	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	O	N	O	n/a	n/a	n/a	n/a
Cossy & Miller (2013)	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	O	N	O	n/a	n/a	n/a	n/a
Esposito et al. (2017)	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	O	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a
Frappier et al. (2015)	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	O	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a
Hood et al. (2016)	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	O	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Huefner & Vollmer (2014)	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	O	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a
Hummer et al. (2010)	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	N	N	N	n/a	n/a	n/a	n/a
Izzo et al. (2016)	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	O	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Josefiak & Kayed (2015)	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	O	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Kagan & Spinazzola (2013)	N	N	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	N	N	N	n/a	n/a	n/a	n/a
Lambert al. (2015)	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	N	O	N	n/a	n/a	n/a	n/a
Lancôt et al. (2018)	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	O	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a
Lancôt et al. (2016)	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	O	N	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Lee et al. (2016)	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	N	N	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a
Mendoza (2014)	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	O	N	N	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Ramchand et al. (2015)	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	O	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Soenen et al. (2014)	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	O	N	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Swank & Gagnon (2016)	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	O	O	N	n/a	n/a	n/a	n/a

Note. O = Oui; N = Non; n/a = Non-applicable.

Item 1 (pour tous les devis d'études) = Existe-t-il des questions de recherche qualitatives et quantitatives claires ou une question de méthodes mixtes claire ?

Item 2 (pour tous les devis d'études) = Est-ce que la collecte de données permet d'adresser la question de recherche ?

Item 3 (pour les études avec un devis qualitatif) = Est-ce que les sources de données qualitatives sont pertinentes en regard de la question de recherche ?

Item 4 (pour les études avec un devis qualitatif) = Le processus d'analyse des données qualitatives est-il pertinent pour répondre à la question de recherche ?

Item 5 (pour les études avec un devis qualitatif) = Une considération appropriée est-elle accordée à la manière dont les résultats se rapportent au contexte ?

Item 6 (pour les études avec un devis qualitatif) = Une considération appropriée est-elle accordée à la manière dont les résultats sont liés à l'influence des chercheurs ?

Item 7 (pour les études avec un devis quantitatif randomisé) = Y a-t-il une description claire du processus de randomisation ?

Item 8 (pour les études avec un devis quantitatif randomisé) = Y a-t-il une description claire du processus d'allocation des participants aux groupes ?

Item 9 (pour les études avec un devis quantitatif randomisé) = Existe-t-il des données complètes sur les résultats (80% ou plus) ?

Item 10 (pour les études avec un devis quantitatif randomisé) = Y a-t-il un faible taux d'attrition (inférieur à 20%) ?

Item 11 (pour les études avec un devis quantitatif non-randomisé) = Les participants (organisations) sont-ils recrutés de manière à minimiser les biais de sélection ?

Item 12 (pour les études avec un devis quantitatif non-randomisé) = Les mesures sont-elles appropriées concernant l'exposition / l'intervention et les résultats ?

Item 13 (pour les études avec un devis quantitatif non-randomisé) = Dans les groupes comparés, les participants sont-ils comparables ou les chercheurs prennent-ils en compte (contrôlent) la différence entre ces groupes ?

Item 14 (pour les études avec un devis quantitatif non-randomisé) = Existe-t-il des données complètes sur les résultats (80% et +), un taux de réponse acceptable (60% ou +) ou un taux de suivi acceptable pour les études de cohorte ?

Item 15 (pour les études avec un devis quantitatif descriptif) = La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche quantitative ?

Item 16 (pour les études avec un devis quantitatif descriptif) = L'échantillon est-il représentatif de la population sous-étudiée ?

Item 17 (pour les études avec un devis quantitatif descriptif) = Les mesures sont-elles appropriées (origine claire ou validité connue, ou instrument standard) ?

Item 18 (pour les études avec un devis quantitatif descriptif) = Y a-t-il un taux de réponse acceptable (60% ou plus) ?

Item 19 (pour toutes les études mixtes) = La conception de la recherche en méthodes mixtes est-elle pertinente pour répondre aux questions de recherche qualitative et quantitative des méthodes mixtes ?

Item 20 (pour toutes les études mixtes) = L'intégration des données qualitatives et quantitatives est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche ?

Item 21 (pour toutes les études mixtes) = Une considération appropriée est-elle accordée aux limites associées à cette intégration dans un plan de triangulation ?

Tableau C IV-1

Extraction des données issues des études qualitatives

Auteurs (Année) # référence bibliographique	Ville (Pays)	Type de document/ devis d'étude	Échantillon et méthodologie	Critère d'intérêt	Sommaire des résultats	SQ
Aventin et al. (2014) #2	Northern Ireland	LS/ENT	3 CRJDA testent une INT employant un jeu vidéo sur des jeunes de 12 à 17 ans. Le jeu vidéo est le jeu « SIMS » qui simule l'exercice d'une vie normal et un travailleur social fait du coaching en gestion d'émotions durant la partie. L'INT comprend 6 sessions d'une heure et est suivi d'une séance post-INT de type entrevue individuelle pour recueillir les perceptions des jeunes et des employés du CRJDA.	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) 3 thèmes émergent = Acceptabilité de l'INT, Valeur thérapeutique perçue, Barrières à l'implantation. 1) Thème 1 (Acceptabilité) = Les jeunes et employés ont majoritairement appréciés l'INT. 1) Thème 2 (Valeur thérapeutique perçue) = Contient 2 sous-thèmes (c.-à-d. utilisation potentielle, impact thérapeutique potentiel). Il y a une utilisation potentielle au-delà du coaching de compétences de gestion des émotions. Le personnel voit un outil pour engager des activités avec les jeunes. Bien que l'impact thérapeutique n'ait pas vraiment été testé, les jeunes perçoivent des effets positifs. 1) Thème 3 (Barrières à l'implantation) = a) fonctionne moins bien chez jeunes avec difficultés d'apprentissage, b) manque de motivation des jeunes.	3/6
Graham & Fulcher (2017) #36	Ireland	LS/GD	L'étude est guidée par un paradigme constructiviste avec méthode d'analyse herméneutique et dialectique. Objectif = Comprendre les facteurs organisationnels qui affectent les pratiques de 1 ^{re} ligne dans les soins et services aux jeunes en CRJDA (du point de vue des acteurs clés).	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) 5 facteurs critiques qui affectent les soins et services en CRJDA. 1) Facteur 1 = Nouer des relations réciproques avec les résidents et axer les soins et services sur leurs besoins (pas sur la réglementation). 1) Facteur 2 = Les gestionnaires doivent avoir de l'autorité et une expertise de contenu et du terrain. 1) Facteur 3 = Un leadership responsable (avec autorité et expertise dans le domaine) nécessite un engagement profond envers des CRJDA qui fonctionnent dans l'intérêt supérieur des jeunes. 1) Facteur 4 = La planification stratégique et le développement des services sont améliorés grâce à des données probantes fondées sur la pratique et tirées d'une évaluation continue. 1) Facteur 5 = L'obligation de diligence imposée par la législation exige des politiques et pratiques qui cherchent à se conformer aux obligations parentales et aux soins qui servent l'intérêt supérieur de chaque enfant.	2/6
Liabo et al. (2016) #37	UK	LS/ENT	24 jeunes en CRJDA (11 âgés de 16-17 ans et viennent de commencer leur transition hors-CRJDA. 13 jeunes ont 18 à 24 ans et ont commencé leur transition).	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) Les jeunes en CRJDA subissent de multiples transitions à 18 ans (surtout sans le soutien de la famille d'origine). La santé figure rarement en priorité lors de la transition vers la vie adulte. Le logement, l'aide financière et l'éducation sont prioritaires. Un thème récurrent par les jeunes est la nécessité d'un soutien de la part d'un intervenant réactif, informé et disponible. La majorité a plutôt expérimenté divers intervenants (alors que le besoin est stabilité). Alors que les jeunes ont besoins d'être au cœur de la	4/6

						planification de leur transition, leurs récits décrivent des transitions dirigées par des adultes.	
						1) Constats: a) La transition est décrite comme un transfert plutôt qu'une transition, b) Sans soutien parental, les jeunes adultes doivent assumer la coordination de leurs soins, c) Il faut écouter la voix des jeunes et s'assurer de leur savoir expérientiel.	
						1) Les intervenants recommandent un changement progressif, mais le transfert vers la vie adulte est décrit comme brutal.	
Moore et al. (2017) #38	Australie	LS/ENT	Entrevues sur 27 enfants en CRJDA âgées de 10 à 21 ans et ayant vécu au moins 3 mois en CRJDA dans les 3 dernières années. Objectif = Explorer ce qui rend les CRJDA sécuritaire (du point de vue de l'enfant)	2) Sécurité offre services en CRJDA 3) Performance	2 + 3) Les facteurs associés à la sécurité perçue en CRJDA (c.-à-d. relations interpersonnelles positive, soutien perçu, stabilité et prévisibilité, règles équitables, contrôle sur son environnement) et peuvent constituer des indicateurs de performance. 2 + 3) Les jeunes déclarent que la sécurité peut être améliorée avec 1) une capacité de divertir les jeunes en CRJDA, 2) une meilleure stabilité en CRJDA, 3) meilleure adéquation des jeunes et relations positives entre eux, 4) des réponses qui impliquent les jeunes eux-mêmes, 5) un personnel accessible et de confiance, 6) des services adaptés aux risques perçus, 7) plus d'audit du CRJDA, 8) entraide entre le personnel et les jeunes.	4/6	
Pavkov et al. (2010) #39	Midwest of USA	LS/ENT + RC + Delphi	Les dossiers des intervenants issus de 26 CRJDA.	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) Plusieurs traitements individualisés n'ont pas été conçus pour répondre aux besoins du jeune. Aussi, plusieurs dossiers des jeunes n'ont pas de plans de cas, n'ont pas subi d'examen physique dans les délais prescrits et ne contiennent pas d'information sur les défis éducatifs et professionnels. Il est rare que la famille participe à la réhabilitation (moins de 25%). D'autres défauts de prise en charge sont les services éducatifs de pauvre qualité la transition post-CRJDA.	3/6	
Shaw & Kendrick (2017) #40	Écosse	LS/ENT	23 anciens intervenants en CRJDA (18 femmes et 5 hommes) durant les années 1960-1975.	1) Efficacité offre services en CRJDA 2) Sécurité offre services en CRJDA	1) Les thèmes sont a) beaucoup de travail peu rémunéré, b) manque de savoir, de formation et d'expérience, c) impératifs institutionnels allant contre le bien-être des jeunes, d) les intervenants avaient jadis le temps et la liberté d'interagir avec le jeune (expériences positives et libertés d'une époque antérieure à l'aversion au risque)	5/6	
Smith & Colletta (2019) #41	New York (USA)	LS/ETHNO	Environ 120 jeunes de 7 à 18 ans en CRJDA avec troubles comportementaux et affectifs. Tous les jeunes sont placés en CRJDA par le système de protection de l'enfance et ont des antécédents de maladie grave, d'hospitalisations psychiatriques, de participation au système de justice ou crises comportementales aiguës. Objectif = Comment la	1) Efficacité offre services en CRJDA 2) Sécurité offre services en CRJDA 3) Performance	1) Une surveillance intensive peut avoir des conséquences pour les jeunes et le personnel. Une surveillance trop intensive = crainte et anxiété du personnel quant à vérification de la reddition de compte (même lors de bonnes pratiques). Cela contribue au roulement du personnel. Les conséquences organisationnelles = manque de personnel et ↑ coûts en heures supplémentaires (et de la gestion administrative). Certains suggèrent que la surveillance intensive peut ↓ qualité des soins reçus en perturbant la relation thérapeutique et être pris en charge plusieurs intervenants. 1 + 2 + 3) Les résultats soulèvent la question « Est-ce que des soins de bonne qualité sont synonymes d'un maximum d'évitement du risque ? » Des mesures (d'autosurveillance) agressives pour ↓ risques n'améliorent pas nécessairement la qualité des soins et peut rendre la prestation de soins	6/6	

surveillance intensive pour la protection de jeunes en CRJDA affecte-elle le travailleur ?

difficile pour les organisations. L'hypothèse selon laquelle tous les méfaits sont le produit d'erreurs évitables des travailleurs est irréaliste. Sans aucun doute, les jeunes en CRJDA sont une population très vulnérable nécessitant un niveau élevé de protection et de soins. Mais les intervenants sont aussi vulnérables et méritent une protection. Les résultats suggèrent de faire attention au bien-être des intervenants pour améliorer la qualité des soins aux jeunes. Les politiques organisationnelles doivent viser la santé des jeunes et des travailleurs. Ces efforts doivent inclure un salaire adéquat, une formation, un soutien psychosocial et une supervision professionnelle pour les employés, ainsi que le placement des jeunes dans le niveau de soins approprié selon leurs besoins affectifs et comportementaux. L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour les jeunes en CRJDA nécessite des solutions qui protègent tous les acteurs impliqués dans le processus de traitement

Ungar & Ikeda (2017) #42	Eastern Canada	LS/ENT	61 jeunes de 12 à 19 ans (27 femmes, 34 hommes). Objectif = explorer (1) le style d'engagement qui fonctionne avec les jeunes, (2) Comment le type de service influence l'engagement du jeune et (3) les implications de la perception des jeunes sur les interventions	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) Les jeunes regroupent les intervenants dans 3 rôles différents (c.-à-d. soutien informel, administrateur, soignant). Le 1 ^{er} rôle tend à brouiller les frontières entre le travailleur et le client, car l'adulte est empathique, mais dépourvu d'autorité. Le 2 ^e positionne le travailleur comme une source de structure et de conséquences avec limites fermes, mais peu de tolérance pour la planification flexible ou l'engagement émotionnel. Le 3 ^e combine les qualités des deux premiers). Les 3 stratégies d'engagement sont bonnes dans des circonstances particulières selon le niveau de risque, la pertinence des règles pour l'âge et des normes culturelles pour le comportement attendu. Des jeunes peuvent aussi avoir des préférences individuelles. L'utilisation des trois approches de l'engagement des jeunes peut aider les travailleurs à créer de meilleures relations thérapeutiques avec les jeunes recevant des services obligatoires.	6/6
Van den Steene et al. (2018) #43	Anvers (Belgique)	LS/ENT+GD	ENT = 9 filles (14 à 21 ans) avec des besoins multiples et complexe + 12 parents. GD = 44 professionnels Les jeunes ont participé à un projet de collaboration entre un CRJDA et un hôpital de psychiatrie pour enfants adolescents visant à optimiser la prestation des soins aux adolescentes.	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) Les jeunes avec besoins complexes multiples peuvent avoir une combinaison de divers problèmes (p. ex. santé mentale, comportement agressif, toxicomanie, automutilation, trouble personnalité, traumatisme antérieur, situation familiale problématique, difficultés scolaires, activités délinquantes). 1) En combinant les perspectives, les besoins suivants sont notés: 1) se concentrer sur les relations entre jeunes et professionnels; 2) autonomiser le jeune et ↑ sa participation, 3) prestation de soins holistiques et personnalisés, 4) coordination efficace, 5) être axé sur l'individu, 6) continuité des soins. Nous soulignons l'importance d'intégrer la voix des jeunes, leurs parents et professionnels de la recherche, de la planification et de l'implantation.	6/6
Weinberg & Smith (2019) #44	Los Angeles (USA)	LS/ENT	31 intervenants de 4 agences (18 policiers, 8 intervenants santé mentale, 4 en éducation, 1 service de santé) pour identifier comment améliorer la	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) Les jeunes avec handicaps ont des besoins de services multiples (p. ex. police, SM, éducation, protection enfance). Ils ont des besoins uniques et des défis particuliers qui nécessitent des services supplémentaires et coordonnés. Cependant, la communication et la collaboration entre les divers organismes est un problème récurrent dans la prestation de services de	3/6

collaboration
interprofessionnelle.

plusieurs CRJDA.

1) 7 thèmes émergent: a) processus institutionnels, b) communication et partage, c) leadership des intervenants, d) dépistage des jeunes avec difficultés, e) planification de la sortie, f) réunion de plan de traitement, g) formation continue des employés.

Note. CRJDA = Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation; ENT = Entrevue individuelle; ETHNO = Ethnographie; GD = Groupe de discussion; INT = Intervention; RC = Revue de cas; SQ = Score de qualité; SM = Santé mentale; UK = Royaume-Uni; USA = États-Unis d'Amérique.

Tableau C IV-2 → Ventilation complète des scores de qualité pour chaque étude avec un devis qualitatif

Article dont la qualité est évaluée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Aventin et al. (2014)	O	O	O	N	N	N	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Graham & Fulcher (2017)	N	N	O	O	N	N	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Liabo et al. (2016)	O	O	O	O	N	N	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Moore et al. (2017)	O	O	O	N	O	N	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Pavkov et al. (2010)	O	O	O	O	N	N	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Shaw & Kendrick (2017)	N	O	O	O	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Smith & Colletta (2019)	O	O	O	O	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Ungar & Ikeda (2017)	O	O	O	O	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Van den Steene et al. (2018)	O	O	O	O	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Weinberg & Smith (2019)	N	O	O	O	N	N	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

Note. O = Oui; N = Non; n/a = Non-applicable.

Item 1 (pour tous les devis d'études) = Existe-t-il des questions de recherche qualitatives et quantitatives claires ou une question de méthodes mixtes claire ?

Item 2 (pour tous les devis d'études) = Est-ce que la collecte de données permet d'adresser la question de recherche ?

Item 3 (pour les études avec un devis qualitatif) = Est-ce que les sources de données qualitatives sont pertinentes en regard de la question de recherche ?

Item 4 (pour les études avec un devis qualitatif) = Le processus d'analyse des données qualitatives est-il pertinent pour répondre à la question de recherche ?

Item 5 (pour les études avec un devis qualitatif) = Une considération appropriée est-elle accordée à la manière dont les résultats se rapportent au contexte ?

Item 6 (pour les études avec un devis qualitatif) = Une considération appropriée est-elle accordée à la manière dont les résultats sont liés à l'influence des chercheurs ?

Item 7 (pour les études avec un devis quantitatif randomisé) = Y a-t-il une description claire du processus de randomisation ?

Item 8 (pour les études avec un devis quantitatif randomisé) = Y a-t-il une description claire du processus d'allocation des participants aux groupes ?

Item 9 (pour les études avec un devis quantitatif randomisé) = Existe-t-il des données complètes sur les résultats (80% ou plus) ?

Item 10 (pour les études avec un devis quantitatif randomisé) = Y a-t-il un faible taux d'attrition (inférieur à 20%) ?

Item 11 (pour les études avec un devis quantitatif non-randomisé) = Les participants (organisations) sont-ils recrutés de manière à minimiser les biais de sélection ?

Item 12 (pour les études avec un devis quantitatif non-randomisé) = Les mesures sont-elles appropriées concernant l'exposition / l'intervention et les résultats ?

Item 13 (pour les études avec un devis quantitatif non-randomisé) = Dans les groupes comparés, les participants sont-ils comparables ou les chercheurs prennent-ils en compte (contrôlent) la différence entre ces groupes ?

Item 14 (pour les études avec un devis quantitatif non-randomisé) = Existe-t-il des données complètes sur les résultats (80% et +), un taux de réponse acceptable (60% ou +) ou un taux de suivi acceptable pour les études de cohorte ?

Item 15 (pour les études avec un devis quantitatif descriptif) = La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche quantitative ?

Item 16 (pour les études avec un devis quantitatif descriptif) = L'échantillon est-il représentatif de la population sous-étudiée ?

Item 17 (pour les études avec un devis quantitatif descriptif) = Les mesures sont-elles appropriées (origine claire ou validité connue, ou instrument standard) ?

Item 18 (pour les études avec un devis quantitatif descriptif) = Y a-t-il un taux de réponse acceptable (60% ou plus) ?

Item 19 (pour toutes les études mixtes) = La conception de la recherche en méthodes mixtes est-elle pertinente pour répondre aux questions de recherche qualitative et quantitative des méthodes mixtes ?

Item 20 (pour toutes les études mixtes) = L'intégration des données qualitatives et quantitatives est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche ?

Item 21 (pour toutes les études mixtes) = Une considération appropriée est-elle accordée aux limites associées à cette intégration dans un plan de triangulation ?

Tableau D IV-1

Extraction des données issues des études mixtes

Auteurs (Année) # référence bibliographique	Ville (Pays)	Type de document/ devis d'étude	Échantillon et méthodologie	Critère d'intérêt	Sommaire des résultats	SQ
Hermeneau et al. (2015) #45	Sud de la Tanzanie	LS/Quan + qual	Étude 1 = 29 intervenants assistent à une formation de 2 semaines qui aborde 7 éléments (c.-à-d. développement enfant, relation jeune-intervenant, stratégies INT, prévention négligence, soutien jeune, soins et services qui place le jeune au centre, esprit d'équipe). Étude 2 = 28 enfants en CRJDA interviewés suite à l'implantation de la formation de l'étude #1.	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) Étude 1 = La formation est appréciée des intervenants. Elle est acceptable et faisable. 1) Étude 2 = Les jeunes signalent une amélioration des soins. La maltraitance physique ↓ 3 mois post-formation. Les enfants rapportent recevoir + d'explications lorsqu'ils font quelque chose de mal. Aussi, la SM des enfants s'est ↑ 3 mois post-formation, tout comme ↓ problèmes d'internalisation et d'extériorisation ainsi que les comportements agressifs.	6/13
Olson-Morrison (2009) #46	Western USA	LG/Thèse/Quan + qual	Étude 1 = Analyse transversale de 247 dossiers de jeunes de 5 à 14 ans en CRJDA Étude 2 = 6 groupes de discussion avec le personnel d'un CRJDA.	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) Les enfants maltraités en CRJDA prennent 2 fois plus de temps que les enfants non maltraités à atteindre les mêmes résultats. 1) Le personnel voit plusieurs différences entre les enfants maltraités et non maltraités à l'admission en CRJDA. Ces différences s'estompent avec la réhabilitation (ce qui contredit les résultats quantitatifs)	11/13
Pedrazza et al. (2018) #47	Nord-est de l'Italie	LS/Quan + qual	Étude 1 = 268 éducateurs (69.8 % = femmes). Objectif est tester le rôle médiateur de l'auto-efficacité au travail dans la relation entre la durée du service, le style d'attachement et la satisfaction de l'emploi. Étude 2 = 472 éducateurs (76.1 % = femmes). Objectif est explorer les sources de satisfaction des travailleurs en CRJDA.	1) Efficacité offre services en CRJDA 3) Performance	1) Les données quantitatives appuient l'identification du style d'attachement et de la durée du service comme antécédents de l'auto-efficacité et de la satisfaction au travail. Les données qualitatives suggèrent 2 domaines où intervenir pour ↑ satisfaction au travail (c.-à-d. relation de travail entre intervenants, compétence des intervenants relativement aux soins et services dispensés). 3) Améliorer satisfaction au travail + auto-efficacité des employés = moyen prévenir conséquences psychosociales négatives et soutenir la performance des employés	9/13
Tremblay (2014) #48	CJM-IU	LG/Thèse/Quan + Qual	Objectif = Explorer le lien entre roulement du personnel en CRJDA et indicateurs de qualité des services (et évolution jeunes hébergés). Étude 1 = Association entre roulement de personnel et indicateurs de qualité des services (c.-à-d. durée de prise en charge, durée de placement, nombre de placements ultérieurs).	1) Efficacité offre services en CRJDA 3) Performance	1 + 3) Étude 1 = Le roulement du personnel (29%-34% vs 8% dans entreprise au Canada) est associé à ↑ durée de prise en charge et ↑ du nombre de placements ultérieurs. 1 + 3) Étude 2 = Les jeunes ayant vécu un taux de roulement du personnel élevé n'ont pas plus de détresse émotionnelle et leurs sentiments de colère ne s'intensifient pas. Au contraire, ils s'atténuent, mais probablement en raison d'un niveau plus élevé au départ. Bref, les jeunes qui ont vécu moins de roulement du personnel ont une meilleure régulation de la	11/13

Étude 2 = Explorer les liens entre le roulement du personnel (vécu par des adolescentes en CRJDA) et l'évolution clinique de ces adolescentes.

colère et un meilleur contrôle de son expression. Par contre, les jeunes ayant vécu + roulement du personnel améliorent + vite ce contrôle et ont une ↓ marquée de la colère dans des comportements agressifs.

Note. CRJDA = Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation; CJM-IU = Centre jeunesse de Montréal – Institut Universitaire; LG = Littérature grise; LS = Littérature scientifique; Quan = Quantitatif; Qual = Qualitatif; SM = Santé mentale; SQ = Score de qualité; vs = Versus.

Tableau D IV-2 → Ventilation complète des scores de qualité pour chaque étude avec un devis mixte

Article dont la qualité est évaluée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Hermeneau et al. (2015)	O	O	O	O	O	N	n/a	n/a	n/a	n/a	N	O	N	O	n/a	n/a	n/a	n/a	N	N	N
Olson-Morrison (2009)	O	O	O	O	N	N	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	O	O	O	O	O	O
Pedrazza et al. (2018)	O	O	O	O	N	N	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	O	O	O	O	N	N
Tremblay (2014)	O	O	O	O	N	N	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	O	O	O	O	O	O

Note. O = Oui; N = Non; n/a = Non-applicable.

Item 1 (pour tous les devis d'études) = Existe-t-il des questions de recherche qualitatives et quantitatives claires ou une question de méthodes mixtes claire ?

Item 2 (pour tous les devis d'études) = Est-ce que la collecte de données permet d'adresser la question de recherche ?

Item 3 (pour les études avec un devis qualitatif) = Est-ce que les sources de données qualitatives sont pertinentes en regard de la question de recherche ?

Item 4 (pour les études avec un devis qualitatif) = Le processus d'analyse des données qualitatives est-il pertinent pour répondre à la question de recherche ?

Item 5 (pour les études avec un devis qualitatif) = Une considération appropriée est-elle accordée à la manière dont les résultats se rapportent au contexte ?

Item 6 (pour les études avec un devis qualitatif) = Une considération appropriée est-elle accordée à la manière dont les résultats sont liés à l'influence des chercheurs ?

Item 7 (pour les études avec un devis quantitatif randomisé) = Y-a-t-il une description claire du processus de randomisation ?

Item 8 (pour les études avec un devis quantitatif randomisé) = Y-a-t-il une description claire du processus d'allocation des participants aux groupes ?

Item 9 (pour les études avec un devis quantitatif randomisé) = Existe-t-il des données complètes sur les résultats (80% ou plus) ?

Item 10 (pour les études avec un devis quantitatif randomisé) = Y a-t-il un faible taux d'attrition (inférieur à 20%) ?

Item 11 (pour les études avec un devis quantitatif non-randomisé) = Les participants (organisations) sont-ils recrutés de manière à minimiser les biais de sélection ?

Item 12 (pour les études avec un devis quantitatif non-randomisé) = Les mesures sont-elles appropriées concernant l'exposition / l'intervention et les résultats ?

Item 13 (pour les études avec un devis quantitatif non-randomisé) = Dans les groupes comparés, les participants sont-ils comparables ou les chercheurs prennent-ils en compte (contrôlent) la différence entre ces groupes ?

Item 14 (pour les études avec un devis quantitatif non-randomisé) = Existe-t-il des données complètes sur les résultats (80% et +), un taux de réponse acceptable (60% ou +) ou un taux de suivi acceptable pour les études de cohorte ?

Item 15 (pour les études avec un devis quantitatif descriptif) = La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche quantitative ?

Item 16 (pour les études avec un devis quantitatif descriptif) = L'échantillon est-il représentatif de la population sous-étudiée ?

Item 17 (pour les études avec un devis quantitatif descriptif) = Les mesures sont-elles appropriées (origine claire ou validité connue, ou instrument standard) ?

Item 18 (pour les études avec un devis quantitatif descriptif) = Y-a-t-il un taux de réponse acceptable (60% ou plus) ?

Item 19 (pour toutes les études mixtes) = La conception de la recherche en méthodes mixtes est-elle pertinente pour répondre aux questions de recherche qualitative et quantitative des méthodes mixtes ?

Item 20 (pour toutes les études mixtes) = L'intégration des données qualitatives et quantitatives est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche ?

Item 21 (pour toutes les études mixtes) = Une considération appropriée est-elle accordée aux limites associées à cette intégration dans un plan de triangulation ?

Tableau E IV-1

Extraction des données issues d'autres documents scientifiques

Auteurs (Année)	Type de revue	Critère d'intérêt	Sommaire des résultats	SQ
# référence bibliographique				
Appleton & Sidebotham (2015) #55	LS/ED	1) Efficacité offre services en CRJDA 3) Performance du CRJDA	1 + 3) Les CRJDA (et leurs employés) doivent positionner les jeunes (et leurs besoins réels) au centre de leurs INT et de l'offre de services. Il faut laisser tomber les procédures bureaucratiques et axer sur faire la bonne chose au bon moment. 1) Une réponse plus directe aux besoins des enfants en CRJDA peut se faire par la réponse à 3 questions (c.-à-d. de quoi l'enfant a besoin ? De quoi l'enfant a besoin que je discute ? De quoi cet enfant a-t-il besoin que je fasse ?). 1) Il faut développer des INT de formation continue pour les parents (surtout pour les pères qui participent moins).	n/a
ACJQ (2009) #54	LG/CR	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) La SM se travaille en partenariat (avec un plan de services individualisé) dans une logique de soins partagés. Les partenaires soutiennent les ressources de réadaptation des CRJDA mieux pour prendre soin de cette clientèle. Ainsi, un CRJDA donne des services avec des intervenants psychosociaux et des partenaires. L'hébergement n'est pas une fin en soi, mais un moyen. 1) Les jeunes en CRJDA doivent avoir accès à 1) des services de dépistage, 2) des services de réadaptation et des modalités d'hébergement adaptés, 3) la poursuite des travaux de programmes de réadaptation adaptés, 4) la formation continue des intervenants, 5) L'achèvement de la mise en place des équipes de 2 ^e niveau en SM, 6) La participation des MD omnipraticiens, pédopsychiatres ou psychiatres, 7) Le développement de ressources individualisées, 8) La collaboration interprofessionnelle, 9) La réalisation d'études de qualité sur la SM dans les CRJDA, 10) des ressources financières nécessaires, 11) Au suivi des recommandations du comité de travail sur la SM des jeunes en CRJDA et 12) La tenue des dossiers des jeunes hébergés. 1) Principes directeurs d'un CRJDA = 1) Caractère indispensable de l'engagement de la famille dans la réadaptation psychosociale, 2) Prise en compte des besoins des parents, de la fratrie et des ressources du milieu pour aider le jeune à développer les habiletés permettant sa réinsertion, 3) Cohérence des INT et continuité des services (y compris lors de la transition vers l'âge adulte), 4) Hiérarchisation des services généraux et spécialisés pour favoriser le bon service au bon jeune au bon moment, 5) L'adhésion aux approches biopsychosociale et écosystémique, 6) Ajuster l'intensité, la durée et la nature des services offerts aux jeunes, 7) Une action intersectorielle et interdisciplinaire où dispensateurs de services partagent et reconnaissent leur expertise mutuelle et se concertent dans une approche de coresponsabilité, 8) Responsabilité partagée entre les partenaires des services spécialisés entre les CRJDA et le réseau, 9) Une approche visant à favoriser l'adaptation fonctionnelle du jeune et son intégration sociale, 10) L'utilisation des forces du jeune et la confiance en sa capacité de se rétablir, se stabiliser et d'optimiser son fonctionnement social, 11) Le recours à une approche individualisée qui tient compte du contexte du jeune et identifie des défis gradués et réalistes à partir de ses capacités, 12) La nécessité d'offrir un soutien continu et adéquat aux milieux de vie et aux intervenants, 13) L'importance de développer et maintenir un réseau de partenaires permettant la cohérence et la continuité des services et favorisant l'intégration sociale des jeunes et 14) Le développement et le soutien des compétences attendues des intervenants. 1) Fondements de l'INT sociale = 1) Collaborer avec les parents, les référents et partenaires, 2) Individualiser, 3) dé-pathologiser, 4) socialiser et intégrer. Les responsabilités des CRJDA envers la SM des jeunes sont: 1) Favoriser continuum, de soins et services 2) Évaluation de sa clientèle (repérage précoce, analyse approfondie), 3) Détection systématique pour les jeunes hébergés. Par ailleurs, le milieu de vie le plus léger doit être favorisé pour les jeunes.	n/a

				Certains jeunes hébergés (malgré leurs problèmes de SM) sont disponibles et ouverts à la vie de groupe. Il faut les intégrer le plus possible en ajustant les INT. Des critères guidant l'accès à des soins individualisés sont définis dont la présence d'un diagnostic (ou d'une impression diagnostique de SM), d'une difficulté à vivre en groupe et de problèmes graves d'adaptation. Des paramètres concernant les ressources de traitement individualisés sont l'environnement physique, la programmation, les activités cliniques, les caractéristiques de l'équipe et la nécessité d'offrir une formation continue aux intervenants.	
Christenson & Merritts (2017)	LG/CL	1)	Efficacité offre services en CRJDA	1) Les familles qui placent leur enfant en CRJDA ont besoin de soutien. Elles ont souvent du mal à surmonter les défis qui se présentent pendant le traitement/réhabilitation. Les thérapeutes des CRJDA doivent engager la famille dans le processus thérapeutique. Il est reconnu que les enfants réussissent lorsque leur famille est impliquée dans le traitement.	n/a
#57					
CJCA (2009)	LG/OSS	1)	Efficacité offre services en CRJDA	1) Le CJCA a pour mission d'offrir aux jeunes et proches-aidants des services spécialisés pour assurer leur protection, permettre leur réadaptation, favoriser leur responsabilisation, clarifier leur projet de vie et réaliser leur projet d'adoption. Nos responsabilités spécifiques: 1) Assurer la protection des enfants en aidant les parents à assumer leurs responsabilités et en fournissant aux enfants un milieu substitut. 2) Contribuer à protéger la société en permettant aux jeunes contrevenants d'assumer leurs responsabilités et mettre fin à leur conduite délinquante. 3) Offrir des services d'urgence psychosociale et répondre aux demandes des enfants, parents et partenaires. 4) Aider enfants et parents à retrouver un équilibre personnel, social et familial en fournissant des services de réadaptation avec ou sans hébergement (et des services en SM). 5) Offrir aux enfants des ressources d'hébergement. 6) Aider les enfants et adultes à réaliser leur projet d'adoption (ou aider des adoptés et parents naturels lors de retrouvailles consenties). 7) Offrir une expertise psychosociale lors de séparation/divorce. 1) En 2007-2008, 3600 signalements et 1600 évaluations. Les situations les plus fréquentes sont la négligence et les abus physiques (33,5 % et 25 % des signalements retenus). Les troubles de comportement sérieux sont au 3 ^e rang (16 %). Les abus sexuels (13) et les mauvais traitements psychologiques (12 %) suivent. Les situations d'abandon occupent moins de 1 %. Les INT font donc référence à 7 problématiques (c.-à-d. abandon, négligence et mauvais traitements psychologiques, abus (sexuels et physiques), troubles de comportement sérieux, problématiques multiples associées à la SM, délinquance et toxicomanie). 1) La philosophie d'INT = placer les usagers au centre des préoccupations des intervenants et dirigeants, offrir le bon service au bon moment, de façon continue et spécialisée et définir un projet de vie pour chaque jeune en priorisant son maintien dans son milieu familial ou social. 1) La philosophie de gestion = 1) gestion souple et dynamique des services et opérations, 2) partenariat, 3) soutien, reconnaissance et formation du personnel, 4) imputabilité des employés et cadres, 5) CJCA, un employeur de choix, 6) promotion de la santé au travail et 7) circulation de l'information. 1) Offre de services (à implanter) = 1) Programme cadre pour la SM, 2) Programme sur la négligence, 3) Définir le type d'accompagnement à offrir aux jeunes en besoin de suivi à 18 ans et éviter un bris de services. 1) Concernant l'intervention clinique: 1) S'assurer du transfert dans la pratique des contenus de formation et prévoir une adaptation progressive, 2) Développer un modèle d'INT permettant aux éducateurs en CRJDA d'avoir davantage de disponibilité pour les familles, 3) Revoir la façon d'accueillir des jeunes en crise, 4) Structurer le déploiement d'outils cliniques en réadaptation, 5) Assurer que les jeunes filles recevant des services trouvent une réponse à leur besoins, 6) Analyser la façon de tracer un projet de vie réaliste pour les jeunes de 16-17 ans en situation de rupture familiale, 7) Développer une stratégie de soutien au personnel qui intervient auprès de jeunes présentant une problématique de SM, 8) Offrir au personnel de nuit en hébergement une formation minimale pour lui permettre d'accompagner adéquatement les jeunes aux prises avec des problématiques particulières, 9) Évaluer les possibilités de supporter l'INT clinique de	n/a
#6					

			réadaptation avec hébergement, 10) Évaluer les possibilités d'apport au personnel technique soucieux de mieux outiller les jeunes hébergés. 1) Concernant la gestion = 1) Développer des mécanismes de concertation clinique entre les directions pour ↓ méconnaissance de l'autre, 2) Préciser les attentes quant au rôle que doit jouer le professionnel, 3) Analyser et mettre en place des mesures pour ↓ côté procédurier et bureaucratique du travail, 4) Revoir les modes d'organisation du travail pour favoriser la conciliation travail-vie personnelle, 5) Assurer l'accompagnement professionnel des jeunes intervenants pour les soutenir, 6) Statuer sur le rôle attendu des directions support dans l'établissement, 7) Procéder au rattachement du comité des usagers à la direction générale, 8) Poursuivre le développement d'indicateurs de résultats fiables et valides pour mesurer les effets des INT, 9) Étudier la mise en place d'un guichet unique d'accès à tous les services d'hébergement, 10) Assurer au personnel des contributions parentales, services techniques et auxiliaires, des conditions d'exercice où leur sécurité et leur intégrité physique sont assurées, 11) Structurer l'action bénévole et les contacts dans l'établissement. 1) Concernant le partenariat = 1) Mettre sur pied un mécanisme de concertation avec les partenaires dans chaque points de services, 2) Conclure des protocoles d'entente de service avec nos principaux partenaires, 3) Définir des façons d'améliorer la circulation d'information entre partenaires, 4) Implanter des mesures de soutien de nos partenaires lorsque nous référons des usagers, 5) S'assurer que les appels de retour aux déclarants soient effectués de façon systématique, 5) Mettre sur pied des activités favorisant une meilleure connaissance entre partenaires, 6) Mettre en place, en collaboration avec nos partenaires, des mesures de solidarisation des usagers le plus rapidement possible après le début de l'INT, 7) Animer auprès des intervenants les attitudes à adopter pour favoriser l'établissement d'un partenariat productif.	
CJGIM (2009)	LG/OSS	1) Efficacité offre services en CRJDA	1) Mission = Aider les jeunes, parents et familles avec des difficultés majeures en offrant des services spécialisés ou en mettant en liaison avec des partenaires mieux placés pour répondre à leurs besoins. Le CRJDA, en partenariat avec les autres établissements du réseau, a pour mandat de prévenir, réduire ou éliminer les difficultés des jeunes et supporter leurs parents et famille dans l'actualisation de leurs responsabilités pour développer leur autonomie. Pour cela, le CJGIM 1) Protéger le jeune en faisant cesser la situation compromettant sa sécurité/développement, 2) Réadapter le jeune en offrant un accompagnement qui conduit à une plus ↑ autonomie et ↑ maîtrise des moyens, 3) Dispenser des services psychosociaux aux jeunes, à leur famille et à d'autres clientèles visées par la mission de l'établissement, 4) Protéger la société en faisant appel au sens des responsabilités du jeune et 5) Fournir les services entourant l'adoption d'un enfant, la recherche d'antécédents biologiques et les retrouvailles. 1) Vision = 1) tout enfant vivra dans un foyer sûr, permanent et stable, 2) la protection des jeunes est une priorité et une responsabilité collective, 3) intervenir auprès d'une famille en difficulté et respecter sa spécificité et son intégrité pour ↑ capacités des membres et leurs liens de solidarité, 4) programmes et services constamment révisés et 5) favoriser l'intégration de conduites sociales plus adaptées. 1) Valeurs = confiance et respect, engagement et valorisation, collaboration, continuité et rigueur. 1) Principes directeurs = 1) L'utilisateur est la priorité. Il faut assurer l'accessibilité à des services de qualité, dispensés de façon continue et dans des délais respectueux. Sa participation aux décisions le concernant et sa responsabilisation sont à favoriser. Pour atteindre cet objectif, il faut disposer de ressources humaines compétentes et bien supportées. Elles doivent bénéficier d'un développement continu et actualiser leurs compétences. La consultation et la participation du personnel permettent une vision plus complète et favorisent le développement d'une culture de qualité. Nous ne pouvons répondre seuls à l'ensemble des besoins des jeunes et familles. Il faut assurer un partenariat avec les différentes instances régionales et locales pour ↑ chances de rétablissement. 1) Le CRJDA adapte son offre de service en regard des problématiques de sa clientèle (p. ex. abandon, négligence,	n/a
#61				

				mauvais traitements psychologiques, abus sexuels ou physiques, troubles de comportement sérieux). Le CJGIM offre des services aux jeunes contrevenants, des services d'hébergement familiaux, des services de réadaptation (milieu de vie, intermédiaire, ouvert, fermé), des services particuliers (expertise judiciaire, adoption, recherche d'antécédents et retrouvailles, psychologie) et services aux communautés autochtones.	
				1) CJGIM (6 objectifs) = 1) Garantir l'accessibilité aux bons services dans des délais respectueux, 2) Implanter des modifications à la Loi sur la protection de la jeunesse, 3) Être complémentaire aux partenaires régionaux, 4) Compter sur la disponibilité de ressources humaines compétentes et bien supportées, 5) Poursuivre le développement d'une culture de qualité et de responsabilisation, 6) Promouvoir l'utilisation des forces des usagers comme levier d'intervention, 7) Assurer une reddition de comptes transparente.	
				1) CJGIM = Plusieurs partenariats avec des services régionaux, locaux et intersectoriels (commissions scolaires, organismes communautaires, secteur judiciaire, services de garde).	
Elizur (2012) #53	LS/POS	1) Efficacité offre services en CRJDA		1) Il faut encourager des soins et services axés sur la famille (même en CJ) pour que le jeune reste connecté. Cela ne veut pas dire d'encourager le maintien de relations familiales toxiques, mais mettre en œuvre le maximum pour le maintien des effets positifs liés à la famille. S'il est possible de transiter dans le CJ et sa famille, cette pratique peut être encouragée. Ce mode d'organisation des soins et services (lorsque possible) est associé à des meilleurs résultats émotionnels chez les enfants et parents, ainsi qu'à des relations plus harmonieuses entre les parents/enfants d'une part, et les services sociaux d'autre part.	n/a
Ford & Blaustein (2013) #52	LS/SYNT	1) Efficacité offre services en CJ		1) Les CJ ont toujours eu 3 objectifs (c.-à-d. sécurité du jeune, rendre justice pour les crimes commis, réadaptation ou prévention de la récidive). Un 4 ^e objectif a émergé: répondre aux besoins des jeunes en matière de SM. Malgré les efforts visant à favoriser la collaboration entre la SM, et les intervenants et décideurs des CJ d'autre part, de nombreux obstacles entravent la réalisation d'une offre de services de SM appropriée en CJ.	n/a
Gharabaghi (2012) #49	LS/COM	1) Efficacité offre services en CJ		1) Il existe une incongruence notable entre la rhétorique consistant à soutenir les jeunes pris en charge dans leur éducation et leur apprentissage d'une part, et les mesures prises pour garantir un tel soutien en CJ. Bien que le message que l'éducation est importante, très peu (ou pas) de mesures spécifiques encourage l'éducation en CJ. Il est possible de mettre beaucoup plus l'accent sur la création d'un environnement de vie qui soutienne activement et stratégiquement l'éducation et l'apprentissage des jeunes.	n/a
				1) L'offre de services en CRJDA est très axée sur la réhabilitation et le traitement des jeunes et beaucoup moins sur l'amélioration des compétences scolaires et éducationnelles.	
				1) Les thèmes fondamentaux pour encourager une culture d'éducation en CRJDA = 1) Promouvoir des aspirations chez le jeune, 2) Dispenser un modeling par les pairs, 3) Engagement actif, 4) Partenariat et communication, 5) Mentorat et aide, 6) Bonne nutrition, 7) De l'espace pour apprendre, 8) Pédagogie intégrée.	
Groza & Bunkers (2017) #58	LG/CL	1) Efficacité offre services en CRJDA 3) Performance du CRJDA		1 + 3) Une composante essentielle de la qualité des soins en CRJDA est une politique qui établit des normes professionnelles pour les services et le personnel dans un cadre centré sur l'enfant et ses droits. Il faut un recensement national des établissements de CRJDA pour connaître combien de CRJDA existent, où ils se trouvent, le secteur dans lequel ils sont et combien d'enfants sont dans chaque CRJDA. Un processus d'accréditation doit ensuite exister pour encourager la qualité des soins et services.	n/a
				1 + 3) Non seulement il faut s'assurer de la qualité des soins et services en CRJDA, il faut aussi encourager la formation continue des employés d'un CRJDA pour rehausser les connaissances et compétences des employés.	
				1) Tout CRJDA doit commencer par une évaluation de l'enfant. Cela suppose que chaque enfant possède un fichier. Au minimum, une évaluation médicale (examen physique) par du personnel médical, une évaluation du développement par un spécialiste du développement, des antécédents sociaux par un travailleur social (et si l'enfant est d'âge scolaire, une évaluation pédagogique). Si des proches sont disponibles, des antécédents familiaux complets doivent être obtenus. Les	

			évaluations doivent être à jour pour les nourrissons, trimestriellement pour les tout-petits et tous les 6 mois pour les enfants plus âgés. Ces évaluations permettent un suivi des enfants, une identification précoce des problèmes et un changement des services à mesure que la situation change. Un rapport de chaque évaluation, résumant les forces et besoins des enfants doit être rédigé. En raison du risque élevé de troubles de l'attachement chez les enfants de CRJDA, les évaluations de l'attachement et une INT pour promouvoir l'attachement sont essentielles. L'attachement peut être un fondement essentiel de la réhabilitation. La programmation doit permettre de maintenir un attachement sélectif avec au moins un soignant principal (idéalement la famille biologique, puis élargie ou en famille d'accueil). 1 + 3) Les jeunes en CRJDA ont le droit et doivent participer aux décisions qui les concernent. Le droit à l'éducation scolaire doit être respecté. Des soins et services adaptés sont nécessaires. D'autres droits essentiels = droit de jouer, de se dépenser physiquement et de se conserver une identité religieuse, culturelle, ethnique et linguistique. Le jeune doit conserver la possibilité d'être impliqué et utile à une collectivité pour développer un sentiment d'inclusion sociale et de solidarité.	
Haynes (2015) #56	LS/ED	1) Efficacité offre services en CRJDA 3) Performance du CRJDA	1) La recherche indique que la prévention vaut mieux que la guérison. Fournir un soutien dès qu'un problème survient dans la vie empêche de subir des dommages inutiles et améliore la santé des jeunes et les coûts sur le système de santé. 1) Bonnes pratiques pour prévenir négligence: 1) Travailler avec les parents, 2) Écouter les jeunes parler de leurs problèmes, 3) Suivre un jeune chez pour voir son évolution, 4) Signaler un cas léger seulement si de l'aide a déjà été fournie sans succès, 5) Soutenir les professionnels dans leur travail. 1 + 3) Barrières aux bonnes pratiques pour prévenir négligence = 1) Manque de temps, 2) Pression du milieu institutionnel, 3) Manque de personnel, 4) Nombre élevé de cas, 5) Pression pour atteindre objectifs et terminer le travail administratif. 1 + 3) Il faut 1) disposer d'orientations claires et explicites sur la fourniture d'une aide précoce dans les services universels, 2) donner du temps et des ressources aux professionnels des services sociaux, 3) améliorer la qualité des relations entre intervenants/parents/enfants, 4) améliorer la collaboration interprofessionnelle entre les parties prenantes du réseau et 5) une formation continue de qualité pour les intervenants.	n/a
Hyndman & Lemieux (2015) #65	LS/PPT	3) Performance du CRJDA	3) Constats du vérificateur du Québec (2009) sur l'allocation des ressources: Le partage des ressources entre régions n'est pas toujours fait en fonction des besoins. Le budget par jeune en CRJDA varie entre 6000 \$ et 14500\$ selon les régions. 3) Constats du vérificateur du Québec (2009) sur la performance: Les mesures de performance du MSSS, des agences et des CRJDA ne mesure que quelques aspects de la performance. Les mesures existantes ne permettent pas 1) d'identifier et d'expliquer les écarts entre CRJDA ou intervenants d'un CRJDA et 2) de déterminer si les ressources investies par le gouvernement le sont de façon optimale et rendent le service voulu. 3) Constats des commanditaires: 1) absence de définition de la notion de performance qui soit commune à l'ensemble des CRJDA, 2) Pas de suivi des épisodes de services, de leur pertinence en lien avec le profil clinique du jeune sa problématique et les meilleures pratiques, 3) une mesure fragmenté de la performance qui reflète mal les activités réelles des intervenants, 4) des indicateurs qui ne mesurent pas les effets des interventions, 5) des indicateurs qui ne permettent pas d'apprécier la productivité des intervenants, 6) des systèmes d'information en 1^{re} ligne (I-CLSC) et 2^e ligne (PIJ) qui ne se parlent pas et qui ne permettent pas la production d'indicateurs portant sur le continuum de services. En somme, les méthodes actuelles de mesure de la performance ne permettent pas d'évaluer la performance globale et intégrée des CRJDA et de déterminer si les jeunes reçoivent les bons services au bon moment par les bonnes ressources à un juste cout.	n/a

				3) Il faut centrer l'évaluation de la performance des CRJDA sur les jeunes et leur famille (perspective usager) plutôt que sur l'établissement (perspective production). 3) 8 indicateurs de performance potentiels (et manière de les mesurer): 1) accessibilité (1.1 services aux jeunes et familles conformes aux orientations MSSS, 1.2 délai accès conforme aux standards MSSS, 1.3 accès équitable, 1.4 services offerts connus des intervenants et partenaires) 2) continuité (2.1 services continus dans épisode de services, 2.2 services continus lors du passage 1^{re} et 2^e ligne), 3) Intégration, coordination et complémentarité (3.1 services alignés sur finalité, 3.2 services offerts par CRJDA et 1^{re} ligne sont complémentaires), 4) pertinence (4.1 juste proportion des coûts consacrés à l'intervention directe auprès l'usager), 5) Efficience et productivité (5.1 ressources utilisées de manière optimale, 5.2 services à juste coûts), 6) qualité et sécurité (6.1 services adaptés au jeune, 6.2 services reconnus efficaces, 6.3 services qui respecte plan initial, 6.4 services sécuritaires, 6.5 mesure encadrement suffisantes), 7) satisfaction des usagers (7.1 client au centre, 7.2 usager satisfait), 8) mesure des effets (8.1 mesure des effets sur le jeune, 8.2 services diminuent récurrence de problèmes, 8.3 plan appliqué avec succès, 8.4 services d'intervention de crise efficace)	
Jonson-Reid et al. (2017)	LS/COM	1) Efficacité offre services en CRJDA	#50	1) Aux USA, l'expression « <i>soins habituels</i> » en CRJDA fait référence au continuum partant du dépistage des enfants à l'évaluation et aux services à domicile (ou la décision de placer un enfant en CRJDA). Les variations des politiques et pratiques entre États et comtés rendent la recherche sur les services de protection de l'enfance difficile, mais nécessaire. 1) Les abus/négligence infligés aux enfants doivent être examinés avant qu'une enquête soit effectuée ou que les services soient fournis, mais les États utilisent différentes méthodes de signalements et d'investigations. Les politiques quant à la fréquence, le type et le volume des services diffèrent aussi. Les familles peuvent se voir proposer des services à domicile (+ ou - intensifs) ou des familles d'accueil. Il y a aussi variation dans la formation requise pour travailler en protection de l'enfance (p. ex. baccalauréat, maîtrise en travail social). Les États peuvent passer par des agences locales pour fournir des services (privatisés) ou les fournir directement par l'intermédiaire des services de protection de l'enfance gérés par l'État ou le comté. Encore une fois, il y a une variation. 1) La forme de services la plus courante après une évaluation est la gestion des cas de faible intensité en milieu familial. Cependant, toutes les études ou sources de données ne permettent pas de séparer ces services de faible intensité des services intensifs à domicile conçus pour empêcher le placement en famille d'accueil.	n/a
Landry et al. (2017)	LG/COM	1) Efficacité offre services en CRJDA 3) Performance du CRJDA	#51	1) Des rencontres opérationnelles hebdomadaires ont lieu au CRJDA des Laurentides. Ces rencontres sont des caucus équivalents aux « <i>stand-up meetings</i> » en entreprise. Elles visent à passer en revue les opérations, à préciser les embûches survenues et déterminer des problèmes à résoudre. Ces rencontres sont de courte durée et ont lieu devant une station visuelle (+/-2 fois semaine en petit groupe de 3-5 personnes). 1 + 3) Cette expérience de gestion a permis de tirer 6 leçons pour améliorer les services: 1) cibler les processus et non les individus (mettre l'équipe devant les employés), 2) ne pas imposer d'indicateurs de performance (la performance est plus qu'un indicateur, poursuivre un indicateur a des effets pervers sur d'autres indicateurs), 3) centrer les caucus sur les préoccupations de gestion des décideurs et employés, 4) ne pas négliger l'amélioration continue, 5) amélioration doit se vivre au quotidien et pas de manière ponctuelle pour résoudre des enjeux organisationnels, 6) doser la fréquence des réunions selon le besoin (mais garder une routine). 1 + 3) La formule des rencontres opérationnelles offre un suivi régulier de la performance. Elle crée un moment de cohésion entre employés et gestionnaires où tous peuvent canaliser leurs efforts dans une direction. Le caucus crée un environnement où les équipes peuvent réaliser des petites expérimentations pour résoudre des problèmes. En déclinant de telles rencontres, l'organisation se dote d'une chaîne de communication qui permet de faire remonter des problèmes difficiles à résoudre à la base de l'organisation et, à l'inverse, de faire redescendre les priorités organisationnelles. Dans	n/a

				ces circonstances, cette formule devient un levier pour procéder à un changement de culture organisationnelle et prendre un virage en faveur de l'amélioration continue.	
Lulow et al. (2014) #59	LG/CL	1) Efficacité offre services en CRJDA		1) CRJDA qui engage et responsabilise les jeunes partagent certaines pratiques = 1) Planification de traitement individualisée basée sur les forces du jeune, 2) Incorporer famille et proche, 3) Préserver les relations familiales grâce à des contacts, 4) Mettre les jeunes en relation avec les services communautaires, 5) Mentorat des jeunes, 6) participation des jeunes aux activités du CRJDA (p. ex. gestion, formation, embauche personnel, examen qualité). 1) Le jeune doit être impliqué dans toutes les étapes du continuum (c.-à-d. entrée en CRJDA, réhabilitation, transition vers la communauté) pour que le CRJDA soit axé sur le jeune. À l'entrée, le jeune et sa famille doivent comprendre le processus et l'offre de services. Ils doivent déterminer leurs objectifs ensemble. À la réhabilitation, le plan de traitement doit être individualisé aux besoins et aspirations du jeune. À la transition, le CRJDA doit préparer cette phase et permettre des contacts avec les intervenants. 1) Pour faire des CRJDA axés sur les jeunes: 1) Clarifier la place du jeune dans la mission, 2) Fournir des pairs en soutien pour du mentorat, 3) Utiliser une approche adaptée aux traumatismes, 4) Favoriser des partenariats positifs entre les jeunes et adultes, 5) Avoir des opportunités de connecter avec les autres jeunes du CRJDA dans un environnement positif, 6) Impliquer le jeune dans des activités communautaires, 7) Développer ses compétences de leadership.	n/a
Strand (2018) #60	LG/CL	1) Efficacité offre services en CRJDA 2) Sécurité offre services en CRJDA		2) Le concept de sécurité comprend non seulement la sécurité physique, mais aussi le sentiment de sécurité interne ou psychologique. Des mesures doivent souvent être prises avec les parents en ce sens. Trois concepts sont utilisés pour différencier les stratégies conçues pour stabiliser l'environnement extérieur des enfants de celles visant à stabiliser l'environnement émotionnel interne de l'enfant (c.-à-d. actions de sécurité, INT promotion de la sécurité, INT planification de la sécurité). 2) Les services de protection de l'enfance sont les mieux placés pour aider aux actions de sécurité et à la planification de la sécurité. Les travailleurs en famille d'accueil et les parents d'accueil peuvent aider à planifier la sécurité. La participation des parents est souvent la clé d'une INT réussie des services de protection de l'enfance. 1) Les preuves suggèrent que les travailleurs chargés de la protection des enfants pourraient être plus efficaces en utilisant un partenariat plutôt qu'une approche autoritaire avec les familles. L'engagement familial positionne mieux les travailleurs de la protection des enfants à fournir une psychoéducation sur l'impact des traumatismes du jeune. Les événements traumatisants entraînent souvent des comportements impulsifs et des états émotionnels involontaire. C'est un message à communiquer pour rendre les parents plus disposés à accepter les références. L'utilisation de l'écoute réflexive, la démonstration d'empathie et la connaissance des ressources spécifiques aux traumatismes sont des éléments clés d'une pratique efficace.	n/a

Note. ACJQ = Association des centre jeunesse du Québec; CRJDA = Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation; CJCA = Centre jeunesse Chaudière-Appalaches; CJGIM = Centre jeunesse Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine; CL = Chapitre de livre; COM = Commentaire; CR = Cadre de référence; ED = Éditorial; INT = Intervention; LG = Littérature grise; LS = Littérature scientifique; MD = Médecin; MSSS = Ministère de la santé et des services sociaux du Québec; n/a = Non-applicable; OSS = Offre de soins et de services; POS = Article de prise de position; PPT = Présentation powerpoint; SM = Santé mentale; SQ = Score de qualité; SYNT = Synthèse; USA = États-Unis d'Amérique.

ANNEXE V

QUESTIONS POSÉES LORS DE L'ENTRETIEN AVEC LES AUTRES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR JEUNES EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION (VOLET DONNÉES CONTEXTUELLES)

Mise en contexte

-Pour optimiser son offre de services et répondre aux cibles de performance du MSSS, la DPJe du CIUSSS de l'Estrie – CHUS souhaite connaître les modalités optimales de prestation de soins et services de santé physique et mentale pour ses jeunes en CRJDA tout en tenant compte des enjeux de performance ministérielle.

-Pour cela, une ETMISSS est demandée. Une ETMISSS est une évaluation en soutien à la prise de décision pour un gestionnaire du réseau de la santé et des services sociaux.

-La question décisionnelle est « ***Quel mode d'organisation des soins et services de santé physique et mentale permet une prise en charge optimale des enfants et des adolescents au CRJDA Val-du-Lac ?*** »

-Pour répondre à cette question, une démarche évaluative est entreprise. Cette démarche synthétise les connaissances issues des écrits scientifiques, des savoirs expérientiels (provenant des parties prenantes impliquées) et des données contextuelles qui reflètent la réalité de diverses régions et secteurs du Québec.

-Notre entretien d'aujourd'hui sert à amasser des données contextuelles provenant des CRJDA au Québec.

Questions à couvrir lors de l'entretien téléphonique (ou idéalement en présence) [20 questions, prévoir 90 minutes]

BLOC A) Questions sur la mission « *réadaptation et hébergement* » des programmes jeunesse des CISSS et CIUSSS du Québec

Q1) Combien y a-t-il de CRJDA dans votre région ?

Q2) Combien d'unité y a-t-il dans chacun de ces CRJDA ? Ces unités sont-elles des unités ouvertes ou fermées ?

Q3) Combien y a-t-il de places permises dans les CRJDA de votre région ?

Q4) Combien y a-t-il actuellement de jeunes dans les CRJDA de votre région ?

Q5) Existe-t-il un document qui me permettrait d'illustrer votre offre de services et la structure de votre CISSS/CIUSSS en matière de réadaptation et d'hébergement ?

BLOC B) Questions sur l'offre de soins et de services en CRJDA

Q6) Dans les différents CRJDA de votre région, quels sont les soins et services de santé physique qui sont dispensés ?

Q6.1) Sont-ils dispensés sur place ou ailleurs dans le CISSS/CIUSSS ?

Q6.2) Selon quel horaire ces soins et services de santé physique sont-ils dispensés ?

Q6.3) En dehors des heures de prestations prévues, y a-t-il des mécanismes en place pour obtenir des soins et services de santé physique ?

Q6.4) Y a-t-il des ententes avec des services internes ou externes en soutien à l'offre de service de santé physique ? (p. ex. pharmacie)

Q6.5) Avez-vous un partenariat avec une équipe médicale associée (p. ex. en GMF) ? Si oui, quelle est leur offre de service ?

Q7) Dans les différents CRJDA de votre région, quels sont les soins et services de santé physique qui ne sont **PAS** dispensés sur place ? Par quel type de professionnels ?

Q8) Dans les différents CRJDA de votre région, quels sont les soins et services de santé mentale qui sont dispensés ?

Q8.1) Sont-ils dispensés sur place ou ailleurs dans le CISSS/CIUSSS ?

Q8.2) Selon quel horaire ces soins et services de santé mentale sont-ils dispensés ?

Q8.3) En dehors des heures de prestations prévues, y a-t-il des mécanismes en place pour obtenir des soins et services de santé mentale ?

Q8.4) Y a-t-il des ententes avec des services internes ou externes en soutien à l'offre de service de santé mentale ? (p. ex. psychiatrie)

Q9) Dans les différents CRJDA de votre région, quels sont les soins et services de santé mentale qui ne sont **PAS** dispensés sur place ? Par quels types de professionnels ?

Q10) Quels sont les soins et services (peu importe la nature) que vous devriez offrir, mais qui ne sont pas offerts ?

Q11) Quelles sont les procédures de réclamation auprès des parents pour certains frais encourus ? Notamment en ce qui concerne les frais de médication ? Quels sont les frais absorbés par le budget du CRJDA ?

Q12) Avez-vous un document qui illustre/explique l'offre de soins et de services en santé physique et mentale dans votre CRJDA ?

BLOC C) Questions sur le personnel en CRJDA

Q13) Combien de ressources humaines (temps plein ou partiel) travaillent à dispenser les soins et services de santé physique et mentale dans votre CRJDA ?

Q14) Combien de gestionnaires (temps plein ou partiel) sont en soutien au service de santé physique et mentale dans votre CRJDA ?

Q15) Quelle est la formation des intervenants qui s'affairent à dispenser les soins et services de santé physique et mentale dans votre CRJDA ?

[détailler par titre d'emploi : p. ex., médecin, infirmière technicienne ou clinicienne, agente administrative avec la classe, secrétaire médicale].

Q16) Comment se déroule la collaboration entre le personnel de votre CRJDA qui dispense les soins et services de santé physique et mentale et vos partenaires publics, privés ou communautaires ?

Q16.1) Existe-t-il des mécanismes de liaison formels ou informels pour faciliter cette collaboration interprofessionnelle ?

BLOC D) Questions sur les indicateurs de performance

Q17) Quels sont les indicateurs de performance de votre CRJDA ?

Q18) Quels sont les indicateurs de performance spécifiques à l'offre de soins et services de santé physique et mentale de votre CRJDA ?

BLOC E) Questions de fermeture de l'entretien

Q19) Selon vous, qu'est-ce qui constitue une offre de soins et services de santé physique et mentale idéale en CRJDA ?

Q20) Selon vous, quelles conditions empêchent l'atteinte de cette offre de soins et services de santé physique et mentale idéale ?

ANNEXE VI

QUESTIONS POSÉES LORS DES GROUPES DE DISCUSSIONS (VOLET DONNÉES EXPERIENTIELLES)

GUIDE D'ENTREVUE (GROUPE DE DISCUSSION)

Janvier-février 2021

Durée : 1.5 heure

Objectifs et consentement :

Cette discussion est dans le cadre d'un projet qui évalue les avantages et les inconvénients d'avoir des services de santé à l'extérieur du centre plutôt que de les avoir sur place. Le projet vise aussi à identifier des indicateurs de performance pertinents aux réalités du CRJDA. Cette conversation va compléter les résultats obtenus dans les écrits scientifiques. Ça permettra d'avoir une idée des réalités en Estrie et des options les plus pertinentes pour Val-du-Lac. Nous cherchons donc à avoir vos perspectives selon votre vécu et votre expertise.

Vous n'êtes dans l'obligation de ne répondre à aucune question et vous pouvez répondre aux questions dans la mesure où vous vous sentez à l'aise. Votre nom n'apparaîtra sur aucun document et vos réponses demeureront donc entièrement confidentielles.

Est-ce que vous êtes d'accord à ce que cette conversation soit enregistrée afin de me permettre de retourner aux détails échangés ? Cet enregistrement sera détruit aussitôt que la vérification des notes de rencontre sera terminée. (Remplir formulaire de consentement ci-joint)

GESTIONNAIRES

Questions :

1. Bienvenue, tour de table (nom, rôle, ancienneté à Val-du-Lac)

Questions sur l'efficacité des services

2. Est-ce qu'il y a actuellement des enjeux de délais d'accès aux soins et services nécessaires ?
3. Est-ce que vous pensez qu'il y aurait un impact sur la facilité ou les délais d'accès aux services requis si les services étaient à l'extérieur du centre ?
4. Est-ce qu'il y a un plan de réhabilitation personnalisé qui inclut une équipe multidisciplinaire ?
 - a. Si oui, qui gère le suivi de ce plan ?
5. Est-ce que la coordination d'une équipe multidisciplinaire serait plus ou moins facile si les soins étaient à l'extérieur ?

6. Par rapport à la transition des jeunes lorsqu'ils quittent Val-du-Lac, est-ce qu'il pourrait y avoir des impacts positifs ou négatifs si les soins étaient déjà offerts à l'extérieur de Val-du-Lac ?
7. Avez-vous d'autres commentaires sur l'efficacité et l'impact sur les soins sur place versus à l'extérieur ?

Questions indicateurs

8. Quelle est votre perspective sur l'indicateur de performance actuel imposé par le MSSS (nombre de 1^{ers} bilans/coût total de l'offre de services)
9. Quelle serait la nature (types) des indicateurs de performance plus adaptés ?

INFIRMIÈRES, INTERVENANTES ET MÉDECINS

Questions :

1. Bienvenue, tour de table (nom, rôle, ancienneté à Val-du-Lac)

Questions efficacité

2. Est-ce qu'il y a actuellement des enjeux de délais d'accès aux soins et services nécessaires ?
3. Est-ce que vous pensez qu'il y aurait un impact sur la facilité ou les délais d'accès aux services requis si les services étaient à l'extérieur du centre ?
4. Est-ce qu'il y a un plan de réhabilitation personnalisé qui inclut une équipe multidisciplinaire ?
5. Est-ce que la coordination d'une équipe multidisciplinaire serait plus ou moins facile si les soins étaient à l'extérieur ?
6. Est-ce que le jeune est actuellement suivi par les mêmes personnes tout au long de son séjour ?
7. Est-ce qu'il y aurait un impact sur le suivi continu/cohérent du jeune si les soins étaient administrés à l'extérieur ?
8. Est-ce que le jeune développe un lien avec les professionnels de la santé ?
9. Est-ce qu'il y aurait un impact sur ces liens ou les effets positifs de ces liens si les services étaient majoritairement à l'extérieur du centre ?
10. Par rapport à la transition des jeunes lorsqu'ils quittent Val-du-Lac, est-ce qu'il pourrait y avoir des impacts positifs ou négatifs si les soins étaient déjà offerts à l'extérieur de Val-du-Lac ?
11. Est-ce qu'il pourrait y avoir un impact sur la communication/liaison avec le parent ou la façon dont cette communication a lieu si les soins et services étaient reçus à l'extérieur ?
12. Quelles seraient des pistes de réflexion pour améliorer l'organisation de services afin de répondre à vos besoins

13. Avez-vous d'autres commentaires sur l'efficacité et l'impact sur les soins sur place versus à l'extérieur ?

JEUNES (USAGER.E.S)

Durée : 1.5 heure

Objectifs et consentement :

Cette discussion est dans le cadre d'un projet qui évalue les avantages et les désavantages [inconvéniens] d'avoir des services de santé à l'extérieur du centre ou les avoir sur place. Cette conversation va compléter les résultats obtenus dans les écrits scientifiques. Ça permettra d'avoir une idée des réalités en Estrie et des options les plus pertinentes pour Val-du-Lac. Nous cherchons donc à avoir vos perspectives selon votre vécu et votre expertise.

Vous n'êtes dans l'obligation de répondre à aucune question et vous pouvez répondre aux questions dans la mesure où vous vous sentez à l'aise et vous pouvez quitter cette discussion à n'importe quel moment. Votre nom n'apparaîtra sur aucun document et vos réponses demeureront donc entièrement confidentielles. Si vous avez des questions, même après la rencontre, vous pouvez me contacter par courriel.

Est-ce que vous êtes d'accord à participer à cette discussion ? (Est-ce que vous êtes d'accord à ce que votre enfant participe à cette discussion ?)

Est-ce que vous êtes d'accord à ce la discussion soit enregistrée. Ceci me permettra de retourner aux détails que nous avons échangés. L'enregistrement sera détruit aussitôt que j'aurai vérifié mes notes.

Questions :

1. Bienvenue, tour de table (nom) (5 minutes)
2. Présentation des objectifs et consentement (10 minutes)
3. Pouvez-vous m'expliquer un peu comment ça s'est passé, lorsque vous êtes arrivé au centre et vous avez rencontré une infirmière une première fois ?
4. Est-ce que vous avez vu d'autres médecins ou infirmières après ?
5. Est-ce que vous avez vu d'autres personnes pour votre santé comme le dentiste, physiothérapeute ou d'autres ?
6. Est-ce que vous pensez que c'est important/ça fait du bien de toujours voir le même médecin/infirmière ou ce n'est pas grave si chaque fois c'est une personne différente ?
7. Que pensez-vous de devoir aller à l'extérieur du centre lorsque vous avez besoin de voir un médecin ?
8. Autres commentaires ?

ANNEXE VII

LISTE DES MEMBRES INVITES AU COMITE CONSULTATIF

Comité consultatif

Un comité consultatif a été constitué en début de démarche évaluative. Ses rôles ont été de (a) commenter le plan de cadrage et le protocole d'évaluation (b) suivre les travaux de l'ETMI, (c) donner ses commentaires et suggestions à divers moments clés (p. ex. présentation de la démarche évaluative, présentation des résultats, présentation des recommandations préliminaires) et (d) co-construire les recommandations issues de l'évaluation. Sur ce comité consultatif ont été invités les représentants suivants :

Catégorie de partie prenante	Personne ciblée	Rencontre 1 (05/20) Présence si X	Rencontre 2/ Présentation des résultats et constats Présence si X	Rencontre 3/Finalisation des recommandations Présence si X
Directrice du programme jeunesse du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (et son adjointe)	Chantal Gariépy Annie Michaud			
Directrice adjointe du programme jeunesse du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (Jeunes 5-18 ans et mission CPEJ)	Diane Patenaude	X		
Un chef de service à la DPJe (CIUSSS de l'Estrie – CHUS)	Annie Glode Patrick Dussault	X	X	X
Coordonnatrice par intérim (Service de réadaptation et d'hébergement, DPJe et chargée de projet – Plan d'action pour les jeunes et leurs familles, Direction générale)	Kim Houle	X		X
Un médecin du CJ Val-du-Lac	Dre. Marie-Dominique Dzineku	X	x	X
Une infirmière du CJ Val-du-Lac	Martine McConnell Julie Labrie	X	x	
Deux représentants des partenaires intersectoriels offrant des soins ou services CJ Val-du-Lac	Vincent Mercier (psychoéducateur) Brigitte Éthier (éducatrice) Nadia Ducharme (éducatrice)		x	X
Deux représentants de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS	Mathieu Roy Pierre Dagenais Maria Benkhalti	X X	X X	X X

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec

