

DIRECTION DE SANTÉ
PUBLIQUE DE LA
MONTÉRÉGIE

PORTRAIT DES SERVICES DE
TYPE CLINIQUE JEUNESSE
EN MONTÉRÉGIE

Propager
LA SANTÉ

Sous la coordination de

Nancy Chouinard, chef de service régional, Secteur promotion-prévention

Auteur (s)

Stéphanie Lanthier-Labonté, médecin résidente, Université de Sherbrooke

Catherine Risi, médecin-conseil, Secteur promotion-prévention

Collaborateurs

Manon Blackburn, médecin-conseil, Secteur planification, évaluation et surveillance

Christine Grégoire, agente de planification, de programmation et de recherche, Secteur promotion-prévention

Diane Martel, responsable de la coordination professionnelle, Secteur promotion-prévention

Stéphane Roy, médecin-conseil, Secteur maladies infectieuses et santé environnementale

Malorie Toussaint-Lachance, agente de planification, de programmation et de recherche, Secteur promotion-prévention

Secrétariat et mise en page

Marie-Claude Cadieux, agente administrative

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISBN : 978-2-550-80513-7 (PDF)

Reproduction ou téléchargement autorisé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales avec mention de la source : Lanthier-Labonté, S. et Catherine Risi, *Portrait des services de type clinique jeunesse en Montérégie*, Longueuil, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, 2018, 33 p.

© Tous droits réservés

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, 2018

1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3

Téléphone : 450 928-6777 ▪ Télécopieur : 450 679-6443

REMERCIEMENTS

La réalisation du « Portrait des services de type clinique jeunesse en Montérégie » a été faite dans le cadre d'un stage d'une étudiante lors de sa résidence en médecine préventive et santé publique. Ce rapport n'aurait pas été possible sans la précieuse collaboration des professionnels des équipes des CISSS. Nous les remercions pour leur contribution. Nous remercions également les professionnels de la Direction de santé publique de la Montérégie qui ont contribué aux différentes étapes de la démarche ainsi qu'à la rédaction du rapport.

Enfin, nous tenons à remercier madame Marie-Claude Cadieux pour la correction et la mise en page de ce rapport.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES FIGURES	v
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES	vi
INTRODUCTION.....	7
1. MÉTHODOLOGIE.....	8
1.1 Modèle conceptuel.....	8
1.2 Démarche	9
1.3 Terminologie.....	10
2. PORTRAIT DES SERVICES DE TYPE CLINIQUE JEUNESSE EN MONTÉRÉGIE.....	11
2.1 Disponibilité des cliniques jeunesse	11
2.2 Des services appropriés et adaptés aux jeunes.....	12
2.2.1 Services en santé sexuelle.....	13
2.2.2 Services en santé mentale.....	17
2.3 L'accessibilité aux cliniques jeunesse	18
2.4 Promotion des cliniques jeunesse	21
2.5 Clinique jeunesse et liens avec la communauté.....	22
2.6 Renforcer le potentiel des jeunes qui utilisent les services.....	23
2.7 L'évaluation des services	24
3. CONSTATS ET PISTES D'ACTION.....	26
CONCLUSION	30
RÉFÉRENCES.....	31

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Modèle conceptuel adapté pour l'organisation optimale des services de type clinique jeunesse 8

Figure 2 : Disponibilité des cliniques jeunesse par CISSS 11

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Normes de qualité de l'OMS pour les services de santé destinés aux adolescents 9

Tableau 2 : Services en lien avec la santé sexuelle 13

Tableau 3 : Collaboration interprofessionnelle en santé sexuelle 16

Tableau 4 : Continuité des soins en santé sexuelle après 25 ans 16

Tableau 5 : Services en lien avec la santé mentale 18

Tableau 6 : Accessibilité géographique et temporelle 19

Tableau 7 : Environnement physique 20

Tableau 8 : Promotion des services de type clinique jeunesse 21

Tableau 9 : Collaboration entre les cliniques jeunesse et les organismes communautaires 23

Tableau 10 : Moyens pour améliorer les connaissances des jeunes en santé 24

Tableau 11 : Évaluation de la performance des services 24

Tableau 12 : Constats et pistes d'action pour l'optimisation des cliniques jeunesse 27

LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES

ASI	Assistante du supérieur immédiat
CEA	Centre d'éducation des adultes
CLSC	Centre local de services communautaires
CISSS	Centres intégrés de santé et de services sociaux
CISSS-MC	CISSS de la Montérégie-Centre
CISSS-ME	CISSS de la Montérégie-Est
CISSS-MO	CISSS de la Montérégie-Ouest
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
GMF	Groupe de médecine familiale
IMSE	Indice de milieu socioéconomique
IC	Informateur clé
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en première ligne
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MD	Médecin
MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAR	Plan d'action régional de santé publique
PASM	Plan d'action en santé mentale
PNSP	Programme national de santé publique
RLS	Réseau local de services
R.-V.	Rendez-vous
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang
S.R.-V.	Sans rendez-vous
UMF	Unité de médecine familiale

INTRODUCTION

Il est bien démontré que l'état de santé à l'adolescence influence la santé tout au long de la vie. De plus, lors de cette période de transition le développement est rapide sur les plans physique, émotionnel et cognitif. Parfois, le jeune peut s'exposer à des risques sans en évaluer les conséquences possibles. De même, l'adolescence est une période caractérisée par l'apprentissage à devenir un membre actif de la société et à assumer des responsabilités, dont celle de prendre en main sa santé.

Les besoins en santé des jeunes incluent l'accès à des services adaptés à leur réalité. En effet, une stratégie de promotion de la santé de la Charte d'Ottawa consiste à réorienter les services de santé pour les recentrer sur les besoins d'une population cible (Agence de la santé publique du Canada, 2012). Déjà, en 1999, les directeurs de santé publique du Québec recommandaient de rendre accessible aux adolescents et aux jeunes adultes des services dédiés pour eux, offerts dans leur milieu de vie par une équipe multidisciplinaire pouvant inclure un médecin, une infirmière et un intervenant social. Ces services devaient couvrir les besoins en lien avec la santé sexuelle, les habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires, la santé mentale et les compétences personnelles et sociales (Conseil des directeurs de santé publique du Québec, 1999).

En 2006, la Montérégie s'est dotée d'un cadre de référence sur les cliniques jeunesse, lesquelles étaient définies ainsi :

« Une clinique jeunesse offre des services préventifs et des services curatifs adaptés aux adolescents et aux jeunes adultes (12-24 ans), de préférence en milieu scolaire (écoles secondaires, cégeps, éducation aux adultes, centres de formation professionnelle) ou près des milieux de vie des jeunes » (Caron et Risi, 2006).

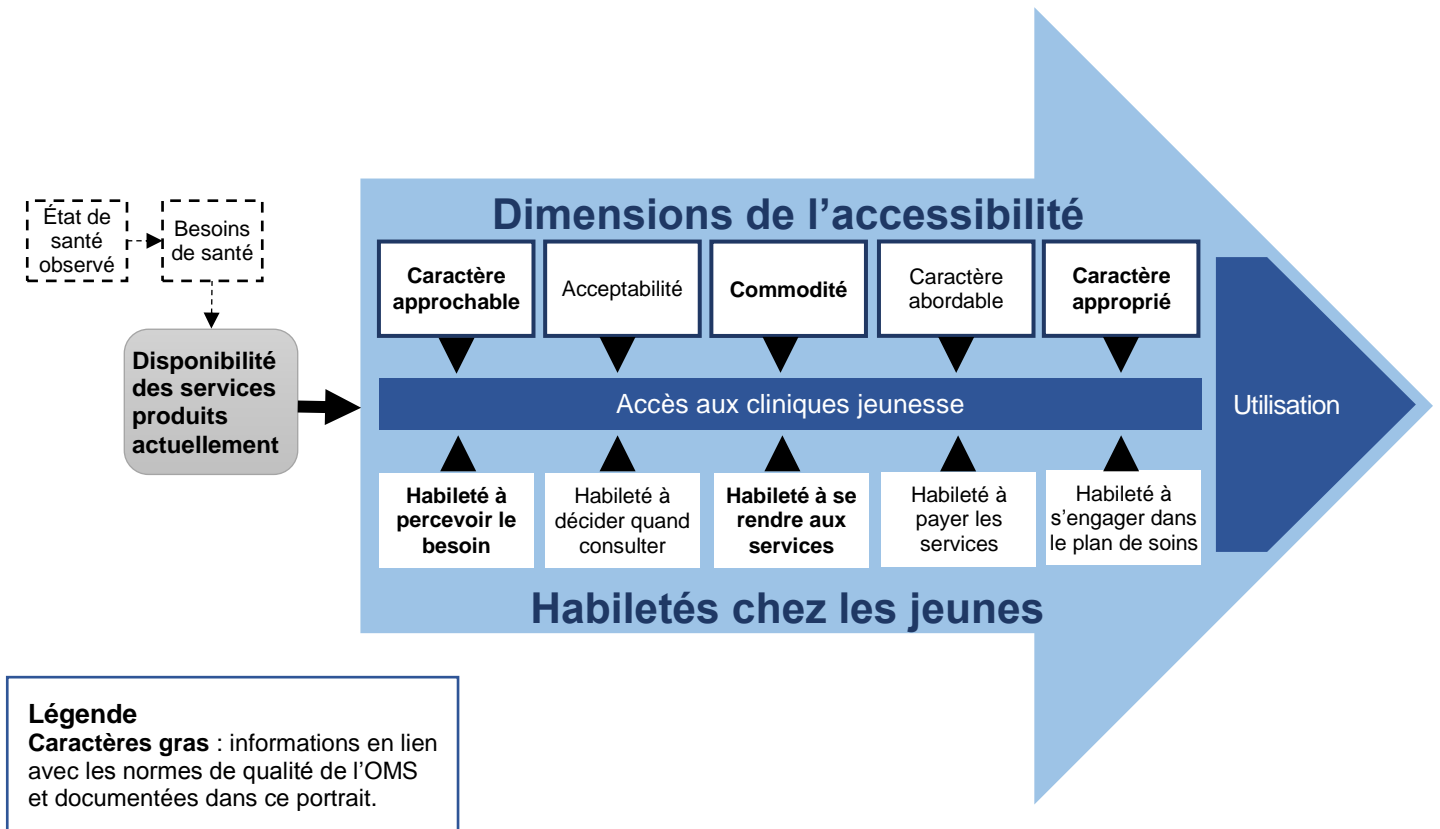
Dans le Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025, il est prévu de planifier et mettre en œuvre des services de type clinique jeunesse en matière de santé mentale et psychosociale, de saines habitudes de vie, de comportements sains et sécuritaires et de santé sexuelle (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2015). Actuellement, le MSSS poursuit des travaux en lien avec l'élaboration d'un cadre de référence national sur un réseau de services intégrés destinés aux jeunes âgés de 12 à 25 ans. C'est dans ce contexte que le portrait actuel de ces services est réalisé. Il s'agit d'une étape préliminaire à la révision de l'offre de services de type clinique jeunesse en Montérégie. Cela permettra de porter un regard sur le chemin parcouru durant les dernières années et d'identifier les défis pour optimiser ces services.

1. MÉTHODOLOGIE

1.1 Modèle conceptuel

Au Québec, les cliniques jeunesse font partie de l'offre de services de santé destinée aux jeunes. En 2006, l'élaboration d'un cadre de référence des services préventifs de type clinique jeunesse a été basée sur les besoins de santé et les besoins de services (Caron et Risi, 2006). Afin de dresser un portrait qui illustre l'accessibilité et la qualité des services destinés aux jeunes, le modèle conceptuel utilisé cette fois-ci a été adapté principalement de celui de *Levesque et al.* (2013), tout en faisant un parallèle avec les normes de qualité de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2016).

Figure 1 : Modèle conceptuel adapté pour l'organisation optimale des services de type clinique jeunesse



Adaptation de Levesque et al. (2013), Donabedian (1973) et Pineault (2012)

Selon Donabedian, cité dans Pineault (2012), la disponibilité des services est préalable à l'accessibilité. L'utilisation des services passe par l'interaction entre cinq dimensions de l'accessibilité pour générer l'accès aux services et cinq habiletés chez les populations ciblées (Levesque, Harris et Russell, 2013). Il est à noter que le modèle adapté pour l'accès aux services de type clinique jeunesse (Figure 1) fait suite à une traduction libre de l'anglais et que les termes français ont été choisis pour correspondre le mieux possible à la signification du concept initial.

Quant à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS 2016), un ensemble de huit normes est proposé (voir le Tableau 1) pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents. Pour chaque norme, un ensemble de critères est défini. Plusieurs éléments du modèle de l'OMS, pertinents dans le contexte québécois, ont été intégrés dans les dimensions de l'accès proposé par Levesque et al. Ainsi, le caractère approachable des services réfère à ce qui permet à une personne d'identifier le service, par exemple en ayant accès à de l'information sur celui-ci. Les connaissances d'un adolescent sur la santé et sur les services (norme 1) l'aident à percevoir ses besoins de santé, cette habileté interagissant avec la dimension du caractère approachable. Par ailleurs, la commodité des services inclut les aspects organisationnels des services (norme 5) ainsi que l'accessibilité géographique. Quant au caractère approprié des services, cela réfère à la continuité des soins, à leur adéquation et à leur coordination. C'est la correspondance des services avec les besoins des jeunes (norme 3).

Tableau 1 : Normes de qualité de l'OMS pour les services de santé destinés aux adolescents

1.	Connaissances en santé des adolescents
2.	Appui dans la communauté
3.	Ensemble de services adaptés aux adolescents (incluant la santé sexuelle et reproductive, la santé mentale, le VIH, l'alimentation et l'activité physique, les blessures et la violence, l'utilisation de substances psychoactives et la vaccination)
4.	Compétences des professionnels
5.	Caractéristiques des établissements
6.	Équité et non-discrimination
7.	Amélioration de la qualité
8.	Implication des adolescents dans la planification et dans l'évaluation des services

(OMS, 2016)

Finalement, l'appui dans la communauté (norme 2), l'amélioration de la qualité (norme 7) et l'implication des adolescents dans l'organisation des services (norme 8) sont des dimensions importantes pour des services adaptés aux adolescents et jeunes adultes et influencent plusieurs dimensions, dont l'acceptabilité du modèle conceptuel (Figure 1).

1.2 Démarche

Effectuer le portrait des cliniques jeunesse est un premier pas vers l'optimisation des services et est directement en lien avec les objectifs du Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2016–2020 (Direction de santé publique de la Montérégie, 2016). Ce travail permettra aussi d'identifier les préoccupations des gestionnaires et de documenter certaines expériences positives à partager.

Pour ce faire, des entrevues téléphoniques semi-dirigées ont été réalisées à l'été 2017 auprès d'informateurs clés des installations des centres locaux de services communautaires (CLSC) des trois centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS) de la Montérégie. Au final, 12 entrevues téléphoniques de 30 à 45 minutes ont été réalisées auprès de 7 gestionnaires et de 6 infirmières, incluant au moins un représentant par réseau local de services (RLS). Cette méthode de collecte de données a été choisie pour bien comprendre l'expérience et le point de vue du participant en lien avec les services de type clinique jeunesse. Les entrevues ayant été enregistrées, les données transcrites ont été résumées par une même personne et quelques-unes ont été validées par une seconde personne.

Le questionnaire d'entrevue a été conçu à partir du modèle conceptuel. Un prétest a été réalisé auprès de trois personnes œuvrant en santé publique, dont une infirmière. Le questionnaire comportait surtout des questions ouvertes pour permettre aux informateurs clés de s'exprimer librement. En effet, ce type de question « permet de faire ressortir les points de vue des participants et d'avoir une idée plus précise de ce qui constitue leur expérience » (Fortin, Côté et Filion, 2006). Finalement, l'entrevue se terminait par la validation des données collectées par le MSSS en 2015-2016 concernant la disponibilité des services de type cliniques jeunesse, données préalablement regroupées et analysées par territoire.



Les informations recueillies ont été regroupées selon les thèmes du modèle conceptuel. Une section « autre » a été ajoutée pour regrouper les rares informations qui ne pouvaient être associées au modèle. Enfin, des verbatims ont été choisis pour illustrer les préoccupations formulées par les participants.


La démarche utilisée comporte certaines limites. L'analyse du contenu des entrevues n'a pas été réalisée à l'aide d'un logiciel spécifiquement conçu à cette fin ni en utilisant une méthode éprouvée. De plus, le nombre restreint d'informateurs clés n'a pas permis d'atteindre la saturation du contenu. Toutefois, le recours à des informateurs clés et le gabarit de l'entrevue ont permis de recueillir des données utiles pour dresser les grandes lignes d'un portrait des services offerts en clinique jeunesse. Puisque les résultats d'une entrevue à l'autre étaient cohérents, nous sommes confiants que le portrait présenté dans ce document et le jugement global posé sur l'offre de services sont un reflet suffisamment juste de la réalité de chacun des CISSS de la Montérégie et peuvent ainsi être utilisés dans le cadre d'une démarche d'optimisation des services.

1.3 Terminologie





Dans ce document, le terme « services de type clinique jeunesse » est équivalent à « cliniques jeunesse ». Les services sont offerts dans les milieux scolaires, dans les locaux des CLSC ou parfois dans d'autres lieux. L'utilisation du terme « cliniques jeunesse en CLSC » réfère aux cliniques se tenant soit dans les locaux des CLSC ou dans d'autres locaux, mais à l'extérieur du milieu scolaire.

Tout au long du rapport :

-  fait référence aux cliniques jeunesse en CLSC
-  fait référence aux cliniques jeunesse en milieu scolaire

La légende des tableaux du portrait est illustrée ici. Précisons qu'étant donné la présence de seulement deux RLS pour le CISSS-MC, le symbole  ne peut s'appliquer sur ce territoire.

Légende :

- | | |
|---|---------------------------------------|
|  | : Présent dans TOUS les RLS du CISSS |
|  | : Présent dans PLUS D'UN RLS du CISSS |
|  | : Présent dans UN RLS du CISSS |
|  | : Absent |

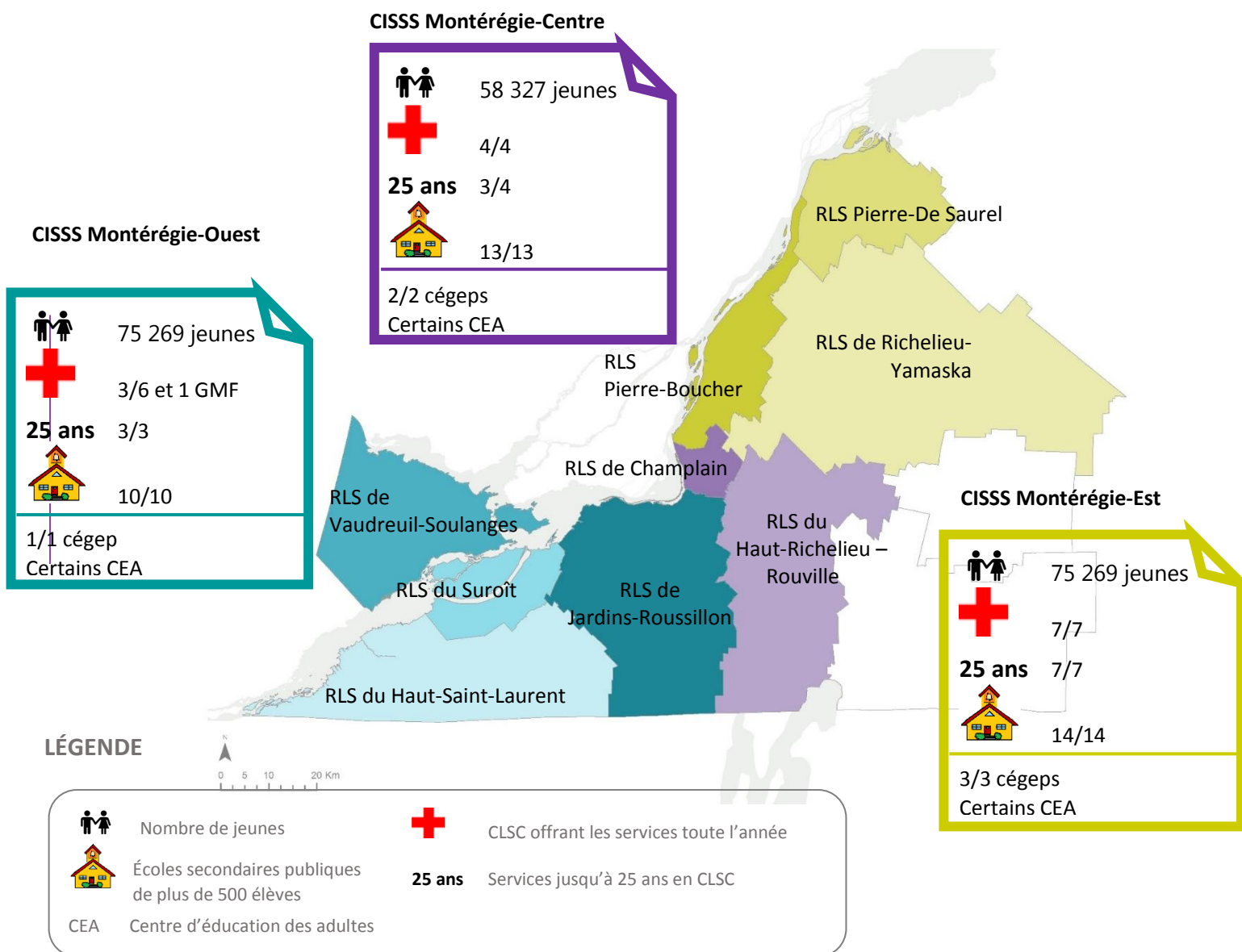
La provenance des verbatims rapportés dans le portrait est identifiée par une abréviation. Par exemple, « IC # 1 » signifie *informateur clé #1*. Les numéros ont été distribués au hasard.

2. PORTRAIT DES SERVICES DE TYPE CLINIQUE JEUNESSE EN MONTÉRÉGIE

2.1 Disponibilité des cliniques jeunesse

En Montérégie, les jeunes de 12 à 24 ans représentent près de 15 % de la population totale (MSSS, 2017). Pour répondre aux besoins des jeunes, les services qui leur sont adressés devraient être disponibles dans leur milieu de vie (Agence de la santé publique du Canada, 2001; Caron et Risi, 2006).

Figure 2 : Disponibilité des cliniques jeunesse par CISSS



En Montérégie, la disponibilité des cliniques jeunesse en CLSC est étendue (14/17 CLSC, Figure 2). L'offre de cliniques jeunesse en CLSC est pertinente, car plusieurs jeunes de moins de 25 ans ne fréquentent pas l'école et doivent donc avoir accès à des services hors milieu scolaire. La très grande majorité de ces cliniques qui sont hors du milieu scolaire se situe dans les locaux des CLSC. Un même CLSC peut offrir des services dans quatre lieux différents, mais la majorité le fait dans un seul lieu. D'autre part, sur un territoire de RLS où les services de type clinique jeunesse ne sont offerts en CLSC que durant la saison estivale, un groupe de médecine familiale (GMF) répond à la demande et offre des services aux jeunes. Dans un autre RLS, les services courants du CLSC acceptent des rendez-vous (R.-D.) en lien avec la santé sexuelle afin de pallier au fait qu'il n'y a pas de clinique jeunesse en CLSC durant l'année scolaire.

Parmi les CLSC qui ont des cliniques jeunesse durant toute l'année, 13/14 offrent des services jusqu'à l'âge de 25 ans, alors qu'un seul dessert la clientèle jusqu'à 21 ans. C'est une augmentation appréciable comparativement à 2010 (7/15) et 2013 (11/15) (Janelle et Dao, 2014). Plusieurs CLSC ont augmenté l'offre durant la dernière année grâce à la prescription qui permet une plus grande autonomie des infirmières, notamment en lien avec la contraception et le dépistage des Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) incluant le traitement des cas asymptomatiques. Un défi, mentionné à plusieurs reprises par les informateurs clés provenant de milieux ayant récemment augmenté l'âge limite des services, concerne la réorganisation des corridors avec les médecins afin que ceux-ci acceptent de voir la clientèle jusqu'à 25 ans. De plus, dans deux CLSC, l'âge de couverture des services débute à 14 ans plutôt qu'à 12 ans. Ces derniers acceptent de donner des services aux jeunes âgés de 12 à 14 ans s'ils sont accompagnés de leur parent, mais sans promouvoir le service pour ce groupe d'âge.

« La présence à l'école, c'est ce qui est gagnant. C'est à l'école que ça se passe. » IC # 3 (région rurale)

Concernant les services en milieu scolaire, toutes les écoles secondaires publiques de la Montérégie de plus de 500 élèves offrent une clinique jeunesse (Figure 2). Dans un souci de rendre les services disponibles dans les milieux scolaires plus défavorisés, on note parmi les écoles secondaires publiques ayant un indice de milieu socioéconomique (IMSE) de 7 à 10, qu'elles sont toutes desservies, excepté une (20/21 écoles). L'école défavorisée n'ayant pas de clinique jeunesse compte moins de 200 élèves. Au niveau des établissements postsecondaires, l'ensemble des cégeps de la Montérégie offre des services de santé. Toutefois, leur organisation s'effectue différemment d'un cégep à l'autre. Dans certains, les services sont fournis par le CLSC, d'autres ont une entente contractuelle avec le CLSC, et enfin, certains s'organisent de façon indépendante des services du CLSC.

Mentionnons enfin que plusieurs centres d'éducation des adultes (CEA) peuvent bénéficier d'un accès aux services, notamment lorsque celui-ci est à proximité d'un établissement déjà desservi. Cependant, selon les informateurs clés, offrir des services dans d'autres milieux que les CLSC et les écoles secondaires pour rejoindre une clientèle plus vulnérable reste un défi, considérant les ressources limitées et le nombre d'utilisateurs grandissant dans les écoles déjà desservies.

2.2 Des services appropriés et adaptés aux jeunes

Les cliniques jeunesse devraient être offertes près des milieux de vie des jeunes et répondre à leurs besoins en lien avec la santé sexuelle, les habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires, la santé mentale et les compétences personnelles et sociales (Conseil des directeurs de santé publique, 1999) (MSSS, 2015). Dans ce portrait, l'accent est mis sur la santé sexuelle et la santé mentale en lien avec les objectifs du PAR 2016-2020 (Direction de santé publique de la Montérégie, 2016).

2.2.1 Services en santé sexuelle

La prévention des ITSS et des grossesses non planifiées est essentielle pour la santé des jeunes. En Montérégie, toutes les cliniques jeunesse offrent des services en lien avec la santé sexuelle (Tableau 2).

Tableau 2 : Services en lien avec la santé sexuelle

	CISSS-MC	CISSS-ME	CISSS-MO
Offre de services en santé sexuelle (CLSC et milieu scolaire)*	■	■	■
Services ou corridor de services pour une installation de stérilet	□	■	■
Références pour les IVG	■	■	■

Légende : voir la section 1.3, p. 10

* L'offre de services en santé sexuelle inclut minimalement la contraception, le dépistage et le traitement des ITSS.

Droit de prescrire par les infirmières au cœur des besoins des jeunes

Unanimement, les gestionnaires sont d'avis que l'autonomie apportée par le nouveau droit de prescrire est **profitable aux jeunes** et **améliore l'accessibilité** aux services préventifs en santé sexuelle.

Depuis janvier 2016, les infirmières peuvent prescrire la contraception hormonale incluant le stérilet, dépister, procéder à des tests de contrôle et traiter certaines ITSS chez un patient asymptomatique. Ceci a remplacé les ordonnances collectives qui, dans les dernières années, avaient permis aux infirmières d'exercer un rôle actif dans la prise en charge de la contraception ou de la prévention des ITSS, mais de façon variable d'un CLSC à l'autre (Janelle et Dao, 2014). Un des avantages du droit de prescrire est de pouvoir renouveler la contraception plutôt que de seulement l'initier.

En effet, dans l'offre de services, l'infirmière joue le rôle d'intervenante-pivot dans l'évaluation du jeune (Caron et Risi, 2006). C'est la professionnelle qui est la plus disponible dans les cliniques jeunesse. Ainsi, plus l'infirmière est autonome, plus les services sont disponibles pour les jeunes. De plus, plusieurs perçoivent que cette nouvelle autonomie est maintenant bien reconnue par ceux-ci. Selon l'OMS, les aptitudes, connaissances et attitudes des professionnels de la santé font une différence pour offrir des services de qualité aux jeunes (OMS, 2016).

Redéfinition des rôles : une réflexion nécessaire

Avec ce droit de prescrire des infirmières, une redéfinition des rôles s'impose : c'est un défi nommé par plusieurs informateurs clés. En effet, ces nouvelles dispositions diminuent le nombre de jeunes qui doivent consulter un médecin en lien avec la santé sexuelle. Un informateur clé rapporte qu'avant, un médecin se déplaçait pour tenir des cliniques une fois par deux semaines alors que présentement, c'est une fois aux deux ou trois mois. Dans ce contexte, certains CLSC se demandent comment conserver les corridors de services avec les médecins, d'autant plus que ceux-ci doivent de plus en plus orienter leur pratique auprès de la clientèle inscrite.

« Ça permet plus d'autonomie et de mieux rejoindre les jeunes. [...] Il y a eu plusieurs commentaires des parents qui sont satisfaits [du nouveau droit de prescrire] et qui trouvent que l'accès aux services pour leur jeune est amélioré. » IC #5

Pour obtenir de la contraception, la jeune fille consulte l'infirmière des cliniques jeunesse qui a son droit de prescrire. La multitude de moyens de contraception efficaces disponibles lui est proposée pour qu'elle trouve celui qui lui convient le mieux (Black et al., 2015). Le stérilet étant un moyen de contraception avantageux sur plusieurs aspects, un corridor de services doit donc exister pour diriger rapidement la jeune fille qui souhaite l'utiliser. Dans la plupart des RLS, lorsque les médecins référents de la clinique jeunesse ne posent pas eux-mêmes les stérilets, il existe un tel corridor de services. Cela se traduit soit par de la référence vers une unité de médecine familiale (UMF) ou un GMF soit par des ententes de collaboration avec des gynécologues de la région (Tableau 2).

« Nous sommes fiers d'installer les stérilets dans nos écoles secondaires depuis récemment. Pour nous, c'est la meilleure contraception contre la grossesse! Les jeunes répondent bien au nouveau service! » IC #12

Mais pour certains, cette collaboration semble fragile. Par exemple, un RLS qui avait un corridor de service avec une UMF pour l'installation de stérilet a vu cette collaboration devenir plus difficile cette année, suite à une priorisation du milieu en lien avec l'inscription de clientèle.

Corridor de service : entente préalable



« Un corridor de service est défini comme une entente écrite ou verbale entre les individus faisant partie de deux organisations distinctes, deux services distincts au sein d'une même organisation ou deux personnes différentes d'un même service. Il doit nécessairement avoir une communication établie au préalable entre ces individus. » (Janelle et Dao, 2014)

Enfin, la référence pour une interruption volontaire de grossesse (IVG) est disponible partout (Tableau 2) et celle-ci se fait le plus souvent vers les centres hospitaliers affiliés. Plus rarement, l'IVG est faite dans la clinique jeunesse. Dans plusieurs RLS, l'infirmière accompagne la jeune dans sa démarche. L'IVG peut avoir des répercussions à la fois sur la santé physique et psychologique. Souvent, la jeune fille s'isole et cache sa situation à ses proches. La référence adéquate vers un service d'IVG et la possibilité de l'accompagner permettent un service de meilleure qualité.

Concernant la prévention des ITSS, plusieurs RLS n'ont toujours pas accès au dépistage de certaines infections par prélèvement vaginal. De nombreuses infirmières souhaitent avoir accès à ce prélèvement pour optimiser la qualité des soins offerts. En effet, le test de dépistage recommandé au Québec pour la chlamydie génitale et la gonorrhée chez la patiente asymptomatique n'ayant pas besoin d'un examen pelvien est le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur prélèvement vaginal (fait par la patiente ou le professionnel) (Tétrault et al., 2015).

Tant pour la contraception que pour le dépistage des ITSS, les infirmières des cliniques jeunesse doivent parfois référer les jeunes à un médecin ou à une infirmière praticienne spécialisée en première ligne (IPSPL), notamment lorsqu'une prise en charge est requise. On note que les trois CISSS de la Montérégie offrent ces services dans les cliniques jeunesse ou par référence à une IPSPL ou à un médecin et cela tant en CLSC qu'en milieu scolaire (Tableau 3).

Tableau 3 : Collaboration interprofessionnelle en santé sexuelle

	CISSS-MC	CISSS-ME	CISSS-MO
CLSC  Services ou corridors de services avec un médecin ou IPSPL	■	■	■
Milieu scolaire  Référence à un médecin ou IPSPL sur place ou au CLSC affilié	■	■	■

Légende : voir la section 1.3, p.10

Comme mentionné ci-haut, la disponibilité des cliniques jeunesse est acquise jusqu'à ce que le jeune ait 25 ans, et ce, dans la très grande majorité des CLSC (Figure 2). Cependant, pour la continuité des services en santé sexuelle après 25 ans, la situation est différente (Tableau 4). Plusieurs possibilités s'offrent aux jeunes de plus de 25 ans qui n'ont pas de médecin de famille. Par exemple : la présence d'une clinique de santé sexuelle qui accepte les adultes dans un même établissement ou la référence vers des médecins qui acceptent de les prendre en charge grâce à des ententes. Une autre possibilité a été mentionnée par un informateur clé dans un CLSC, les services courants acceptent les cas de santé sexuelle et permettent la prise de R.-V. en plus des plages du sans rendez-vous (S.R.-V.) selon des disponibilités incluant des soirs et fins de semaine. Pour les autres CLSC qui n'assurent pas cette continuité, les patients sont référés vers les cliniques S.R.-V. et sont invités à s'inscrire au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF).

Tableau 4 : Continuité des soins en santé sexuelle après 25 ans

	CISSS-MC	CISSS-ME	CISSS-MO
Continuité des soins après 25 ans en lien avec la santé sexuelle*	□	□	▣

Légende : voir la section 1.3, p. 10

* La continuité des soins a été considérée dans son ensemble durant l'entrevue. Pour être jugée présente dans un RLS, il faut que la prise en charge se poursuive en lien avec la santé sexuelle pour éviter un bris de service. Référer à une clinique S.R.-V. ou au GAMF ne suffit pas.

2.2.2 Services en santé mentale

La maladie mentale est la principale cause d'incapacité des jeunes (OMS, 2016). Au Québec, deux personnes sur dix auront un problème de santé mentale au cours de leur vie. On estime qu'environ la moitié de ces problèmes se développent avant l'âge de 14 ans et les trois quarts avant l'âge de 25 ans (Bordeleau et Joubert, 2017). En Montérégie, plus d'un étudiant du secondaire sur dix rapporte avoir reçu un diagnostic de trouble mental (Direction de santé publique de la Montérégie, 2014) : la dépression, l'anxiété et les troubles alimentaires sont les plus fréquemment mentionnés.

Le PNSP prévoit la planification d'une offre de services en santé mentale intégrée aux cliniques jeunesse (MSSS, 2015). De fait, plusieurs des problèmes de santé mentale touchant les jeunes peuvent être pris en charge par la première ligne (Charron et al., 2017; MSSS, 2016).

« La santé mentale chez les jeunes est un grand enjeu en ce moment. On s'en rend compte, mais on n'a pas de service à leur offrir. Il serait bien d'avoir une IPS en santé mentale associée aux cliniques. [...] » IC #9

En outre, tous les informateurs clés interrogés reconnaissent le besoin de services en santé mentale pour les jeunes. Dans la plupart des cliniques jeunesse tant en milieu scolaire qu'en CLSC, les infirmières acceptent de faire l'évaluation sommaire d'un problème de santé mentale pour ensuite référer le jeune à l'accueil psychosocial du CLSC (Tableau 5). Une prise en charge de cette clientèle en première ligne implique souvent

une évaluation médicale, le choix d'une thérapie médicamenteuse et l'orientation vers des traitements de psychothérapie. Le travail en collaboration est donc nécessaire. Or, la majorité des cliniques jeunesse n'a pas de travailleur social ni de psychologue dans son équipe, et rares sont celles où les médecins voient les patients ayant des problèmes de santé mentale pour faire une évaluation et un suivi médical.



« Actuellement, les médecins de la clinique jeunesse refusent tout [ce qui est] en lien avec la santé mentale. Ils disent : « donnez-nous du support et on le fera », comment pourrait-on organiser cela? » IC #8

« Quelle serait la clinique jeunesse idéale? [...] Le plus grand défi reste en santé mentale : il y a un trou énorme entre l'offre et les besoins! On connaît nos collègues [travailleurs sociaux et psychologues scolaires], mais il y a des délais. Il serait bien d'avoir plus de services dans chaque école : des disponibilités semblables à celles des infirmières. » IC #5

« [...] Et si la santé mentale prend de l'ampleur, on doit être mieux outillé. J'aimerais avoir de la formation [...]. » IC #3

Ceci étant dit, la collaboration avec l'accueil psychosocial des CLSC est une pratique courante pour référer les jeunes ayant des problèmes de santé mentale. Les jeunes présentant des situations cliniques urgentes sont vus, mais l'évaluation et le suivi à moyen ou long terme sont plus difficiles à obtenir.

Tableau 5 : Services en lien avec la santé mentale

	CISSS-MC	CISSS-ME	CISSS-MO
Service d'évaluation initiale des problèmes de santé mentale			
par l'infirmière (CLSC)	<input type="checkbox"/>	■	■
par l'infirmière (milieu scolaire)	<input type="checkbox"/>	■	■
par le médecin *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■
Suivi médical des problèmes de santé mentale de première ligne	<input type="checkbox"/>	✗	<input type="checkbox"/>
 Travailleur social dans l'équipe de la clinique jeunesse (CLSC) **	<input type="checkbox"/>	✗	✗
 Collaboration avec travailleur social et psychologue scolaire (scolaire) ***	■	■	■

Légende : voir la section 1.3, p. 10

* Si le service est disponible, soit le médecin se déplace dans l'école ou le jeune se déplace au CLSC.

** Aucune équipe n'a d'autres professionnels que des infirmières, médecins, IPSPL ou travailleurs sociaux.

*** Dans une minorité de RLS, les disponibilités sont insuffisantes pour assurer une collaboration optimale.

Dans le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020 du Québec, les services en lien avec la santé mentale doivent se fonder sur des pratiques collaboratives qui « impliquent la mise en place d'objectifs communs, d'un processus décisionnel bien défini et équitable ainsi que d'une communication ouverte et régulière » (MSSS, 2016). On constate que dans le milieu scolaire, le travail en équipe interdisciplinaire est souvent présent, mais avec un accès variable selon la disponibilité des ressources. Ainsi, pour la grande majorité des CLSC, un travailleur social offre des services à l'école. Parfois, il est intégré dans l'équipe de la clinique jeunesse, ce qui n'empêche pas une collaboration dans le cas contraire. Son rôle est semblable dans les deux situations, mais la disponibilité du travailleur social est variable d'un territoire à l'autre. Les psychologues scolaires collaborent également.

2.3 L'accessibilité aux cliniques jeunesse

Pour être accessible aux jeunes, une clinique jeunesse doit offrir des horaires accommodants et un environnement physique agréable et rassurant notamment en matière de confidentialité (OMS, 2016). De surcroît, des obstacles géographiques ou organisationnels peuvent influencer l'accessibilité et ainsi nuire à l'utilisation des services. Une consultation effectuée en 2016 auprès des jeunes de la grande région de Montréal a identifié les aspects importants en lien avec une offre de services accommodante : heures d'ouverture adaptées (soirs et fin de semaine), délais courts pour obtenir un R.-D., emplacement des cliniques accessible et discret, confidentialité assurée, diversité de moyens de prise de R.-D. et système de rappels à la suite d'une consultation par courriel ou messagerie texte (Institut du Nouveau Monde, 2016).

« Les ressources doivent suivre. [...] Promouvoir l'accès aux jeunes, c'est la clé. Il faut être là pour eux. Il faut aussi que comme organisation, on donne les conditions optimales pour les intervenants et les infirmières. »
IC #3

En Montérégie l'accessibilité géographique pose un défi particulier pour les jeunes des trois CISSS, quoiqu'elle soit majoritairement adéquate en période scolaire pour les plus jeunes étant donnée la couverture étendue des écoles secondaires (voir la section 2.1). Or l'été, lorsque le milieu scolaire ferme ses portes, l'accessibilité géographique aux cliniques jeunesse pose un réel défi, notamment dans les territoires ruraux ou semi-urbains peu desservis par les transports en commun. Certains milieux collaborent avec des services de transport bénévoles ou




remettent des coupons de taxi gratuits pour minimiser l'impact sur l'accès aux services (Tableau 6). Cela dit, les jeunes ne fréquentant plus l'école font face à ces obstacles à longueur d'année.

L'accessibilité organisationnelle est jugée adéquate lorsque les heures d'ouverture et le système de R.-V. répondent aux besoins des jeunes. Bien qu'aucune clinique jeunesse n'ait lieu la fin de semaine, la plupart d'entre elles offrent des plages horaires en soirée. L'accessibilité à des services sur R.-V. ou S.R.-V. est importante pour les jeunes. Pour les cliniques en milieu scolaire, la flexibilité organisationnelle des infirmières leur permet d'ajuster leur horaire aux besoins des jeunes. Pour les cliniques en CLSC, plusieurs n'offrent qu'une seule modalité de R.-V. (Tableau 6).

« Il y a plus d'un an, on a demandé d'avoir du sans R.-D., des plages horaires le soir et le samedi, mais l'organisation est sur les freins, car cela augmenterait les coûts au niveau administratif et les frais de transport des prélèvements. Le tout est en pourparlers. » IC #10

Selon plusieurs participants, le manque de ressources humaines et financières limite l'élargissement des heures d'ouverture.

Tableau 6 : Accessibilité géographique et temporelle

	CISSS-MC	CISSS-ME	CISSS-MO
Accessibilité géographique			
Disponibilité des transports en commun ou moyens en place pour améliorer l'accès géographique	■	□	■
Accessibilité organisationnelle			
 Plages horaires en soirée ou fin de semaine*	■	■	■
 R.-V. et S.R.-V.	□	□	■
 R.-V. et S.R.-V. ou flexibilité permettant de voir les cas urgents	■	■	■

Légende : voir la section 1.3, p. 10

* Aucun milieu n'offre de plage horaire la fin de semaine.

Concernant l'adéquation de la disponibilité de plages horaires pour voir tous les jeunes qui le demandent et les délais de suivi, la grande majorité des points de service rapportent gérer une demande urgente dans les 24 à 48 heures et prendre en charge une demande non urgente dans un délai de 1 à 3 semaines. En milieu scolaire, les disponibilités des infirmières sont parfois ajustées si la demande dépasse la capacité.



« Il est important qu'un court délai soit maintenu. Le fait d'avoir accès rapidement à une consultation a un impact favorable sur les taux d'absentéisme scolaire et sur la santé mentale du jeune concerné. » IC #5

Aussi, lorsque l'on pose la question, la grande majorité des participants perçoivent que l'offre de services de leur milieu est adéquate pour répondre à la demande. Or, lorsqu'il n'y a que du S.R.-V., cette perception doit être remise en question, car s'il se remplit rapidement, il se peut que certains jeunes ne parviennent pas à obtenir un R.-V. Cependant, il n'existe pas de statistiques permettant de savoir combien de jeunes ont ainsi un besoin de consultation non comblé.

Dans tous les milieux, les professionnels respectent les normes de confidentialité de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Quelques informateurs clés ont précisé qu'ils rappellent rapidement aux jeunes les règles de confidentialité du service. En effet, les jeunes nous disent que c'est important pour eux (Institut du Nouveau Monde, 2016).

L'absence de salle d'attente réservée aux jeunes dans la majorité des écoles secondaires et en CLSC peut nuire à la perception du jeune de la confidentialité étant donné que le personnel ou d'autres jeunes peuvent voir qui consulte (Tableau 7). De ce fait, les deux points de service dotés d'une salle d'attente réservée à ce groupe d'âge se situent en dehors des milieux scolaires et des CLSC, soit au sein d'un organisme communautaire et dans un local indépendant au centre-ville. Cette situation leur permet d'avoir une salle d'attente réservée, qui peut alors rendre les lieux plus conviviaux.

Tableau 7 : Environnement physique

	CISSS-MC	CISSS-ME	CISSS-MO
 Environnement physique agréable et adapté			
Salle d'attente réservée aux jeunes	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Utilisation des technologies dans l'organisation des soins	X	X	X
Plus d'une modalité de prise de R.-V.	<input type="checkbox"/>	■	X
 Environnement physique agréable et adapté			
Salle d'attente réservée aux jeunes	X	X	X
Utilisation des technologies dans l'organisation des soins	X	X	<input type="checkbox"/>
Plus d'une modalité de prise de R.-V.	<input type="checkbox"/>	■	■

Légende : voir la section 1.3, p. 10

Les R.-V. se prennent le plus souvent en personne ou par téléphone. Il n’y a qu’un milieu scolaire où les jeunes peuvent le faire par courriel. La possibilité de prendre R.-V. par Internet ou messagerie texte serait intéressante à développer. Actuellement, les cliniques jeunesse n’emploient pas de technologies de l’information et des communications dans l’organisation des services, sauf pour un milieu qui utilise les dossiers électroniques depuis peu (Tableau 7).

Par contre, dans la prestation de services, ce type de technologie commence à se tailler une place : référer à des sites Web (il est facilitant d’avoir accès à un ordinateur pour le montrer directement au jeune), utiliser les téléviseurs d’annonces pour passer des messages dans les écoles, aider les jeunes à mettre des alarmes sur leur cellulaire pour qu’ils se souviennent de prendre leurs contraceptifs oraux au bon moment, etc. Plusieurs informateurs clés souhaitent une plus grande utilisation des technologies de l’information et des communications, par exemple : pouvoir communiquer avec un jeune par courriel ou messagerie texte, accéder à un dossier électronique et y consulter les laboratoires en ligne plutôt que par télécopieurs.

2.4 Promotion des cliniques jeunesse

La connaissance des services disponibles est préalable à leur utilisation. Ainsi, la promotion des services auprès des jeunes est nécessaire. Tous les CISSS font une telle promotion dans les écoles de manière à rejoindre les jeunes et à leur décrire les services, et ce, de diverses façons : publicité dans l’agenda papier ou électronique, annonces durant les tournées des classes par les infirmières, affiches, dépliants, cartes informatives, site Internet et page Facebook des établissements (Tableau 8). Il importe aux jeunes de connaître de façon satisfaisante les services (Institut du Nouveau Monde, 2016). La diversité des moyens de promotion permet d’informer un maximum de jeunes. Une combinaison de moyens individuels (ex. : remise d’un dépliant sur les services) et collectifs (ex. : tournée des classes), et de moyens passifs (ex. : publicité sur le site Web de l’école) et actifs (ex. : distribution de cartes informatives) est souhaitable.

Tableau 8 : Promotion des services de type clinique jeunesse

	CISSS-MC	CISSS-ME	CISSS-MO
Au moins trois moyens de promotion auprès des jeunes	<input type="checkbox"/>	■	■
Promotion directe auprès des parents et tuteurs*	X	<input type="checkbox"/>	■
Promotion directe auprès du personnel scolaire*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■
Promotion active auprès des organismes communautaires*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■

Légende : voir la section 1.3, p. 10

* Au moins un moyen de promotion.

La promotion des services passe surtout par le milieu scolaire du jeune, mais inclut l'offre de services en CLSC. Ainsi, les jeunes qui ne fréquentent pas le milieu scolaire pourraient être insuffisamment informés des services offerts en CLSC.

Il n'y a pas que les jeunes qui doivent connaître les services. L'opinion des personnes significatives pour le jeune influence son attitude à l'égard d'un comportement de même que son intention de l'adopter (Ajzen et Fishbein, 1980). Selon l'OMS (2016), « Les parents, tuteurs, familles et responsables communautaires [...] jouent un rôle important afin d'aider les adolescents à accéder aux services et à les utiliser. Il a été démontré que sans [leur] aide [...], les programmes sanitaires destinés aux adolescents sont inefficaces ».

Peu de CLSC utilisent des moyens de promotion des services qui ciblent les parents (Tableau 8). Lorsqu'ils le font, les moyens utilisés sont par exemple une lettre, un courriel ou la promotion des services lors de rencontres scolaires avec les parents. Par contre, la majorité des cliniques jeunesse font la promotion avec des moyens qui rejoint indirectement les parents (bouche à oreille par le jeune, publicité dans son agenda, site Internet du CISSS ou de l'école ou page Facebook de cette dernière). La promotion des cliniques jeunesse auprès des parents se réalise aussi lors de certaines initiatives de promotion et de prévention : remise de documents abordant la sexualité des jeunes ou lors d'ateliers destinés aux parents pour parler de l'adolescence. Dans un RLS, on utilise la page d'accueil Internet des écoles secondaires pour rendre disponibles aux parents des documents sur la sexualité des jeunes et les informer des services.

Concernant les directions d'école et les enseignants, qui eux aussi devraient bien connaître les services, la promotion des cliniques jeunesse se fait surtout en début d'année scolaire, lors des réunions du personnel dans les écoles (Tableau 8).

Enfin, puisque plusieurs organismes communautaires peuvent aussi référer les jeunes vers ces cliniques, il est important de les informer. La promotion est parfois faite par la représentante du CISSS à la table de concertation des organismes communautaires jeunesse. Du matériel promotionnel est distribué aux différents organismes communautaires pour les jeunes qui utilisent leurs services.

2.5 Clinique jeunesse et liens avec la communauté

Pour une optimisation de la promotion de la santé et la prévention chez les jeunes, il est important d'avoir une collaboration entre les services et la communauté, incluant notamment les organismes communautaires, l'école et les professionnels de la santé. Cette collaboration permet non seulement de faire la promotion des services, mais aussi d'offrir en complémentarité des activités de promotion et de prévention (OMS, 2016). Ainsi, plusieurs CLSC collaborent avec des organismes communautaires (Tableau 9) ce qui dépasse la simple promotion des services. Par exemple, cette collaboration permet la référence de cas ou l'animation d'activités éducatives communes. De plus, certaines infirmières invitent des responsables d'organismes communautaires à leur réunion d'équipe pour échanger sur différentes thématiques (ex. : gang de rue ou toxicomanie).

Lors des entrevues, de nombreuses collaborations avec le milieu communautaire ont été mentionnées, mais une majorité d'entre elles sont ponctuelles dans le temps. Dans un RLS, la présence dans l'école de la coordonnatrice de la maison des jeunes facilite une collaboration soutenue dans le temps. Les organismes les plus souvent mentionnés lors des entrevues étaient notamment : Le Virage, les organismes en prévention du

suicide, l'équipe du projet Mobilis (gang de rue), les équipes de travail de rue, les maisons de jeunes, un centre d'hébergement pour femmes, l'organisme PACTE de rue, les centres d'action bénévole et la Maison Internationale de la Rive Sud. Bref, la longue liste d'organismes communautaires témoigne d'une volonté de collaborer, même s'il reste des liens à établir pour favoriser une meilleure implication de ces organismes dans le soutien de l'offre de services en clinique jeunesse.

« Il serait bien d'avoir une collaboration avec la maison de jeunes et les travailleurs de rue. Pour mieux les connaître et pouvoir leur référer des jeunes. » IC #10

Tableau 9 : Collaboration entre les cliniques jeunesse et les organismes communautaires

	CISSS-MC	CISSS-ME	CISSS-MO
Collaboration avec des organismes communautaires œuvrant dans au moins deux domaines différents*	■	□	■

Légende : voir la section 1.3, p. 10

* Domaines différents : toxicomanie, santé sexuelle, ressources d'hébergement, interculturel, itinérance, services alimentaires, jeunesse (réinsertion ou maison de jeunes), transport ou autre.


Concernant la collaboration entre les cliniques jeunesse et l'école, celle-ci varie d'un RLS à l'autre. La plupart des infirmières collaborent avec le personnel scolaire pour animer des activités de promotion de la santé dans les classes (voir la section 2.5). Sur un territoire où il y avait de la résistance et peu d'ouverture face aux services, un bilan des activités de ces cliniques a été présenté aux directeurs. Cela a permis d'améliorer leur compréhension de l'utilité des services : l'installation de tables d'examen gynécologique dans leurs écoles a alors été accepté et la collaboration fût plus aisée par la suite.

Enfin, quelques RLS ont fait la promotion des services des cliniques jeunesse auprès des médecins et des pharmaciens de leur territoire, ce qui a permis d'établir une collaboration avec eux. Les médecins peuvent référer des jeunes aux infirmières comme par exemple, pour de l'enseignement sur le stérilet. Mentionnons qu'un RLS prévoit faire une publicité ciblée aux médecins de la région à l'automne.

2.6 Renforcer le potentiel des jeunes qui utilisent les services

L'offre de services en clinique jeunesse permet d'améliorer les connaissances en santé du jeune (OMS, 2016). Dans l'ensemble des cliniques jeunesse de la Montérégie, diverses actions contribuent à augmenter les connaissances des jeunes en santé : conseils individuels, matériel de promotion disponible tel que des dépliants et référence à des sites Web fiables (ex. : masexualite.ca).

Tableau 10 : Moyens pour améliorer les connaissances des jeunes en santé

	CISSS-MC	CISSS-ME	CISSS-MO
 Au moins trois moyens d'éducation en place	■	■	■

Légende : voir la section 1.3, p. 10

* Conseils individuels et remise de dépliants faits dans tous les RLS.

De plus, les infirmières en milieu scolaire participent à des activités d'éducation à la sexualité dans les classes en collaboration avec d'autres professionnels comme les enseignants, les travailleurs sociaux ou les intervenants en toxicomanie. Selon le niveau scolaire, des ateliers sur les relations amoureuses, les ITSS, la contraception ou la toxicomanie sont animés en classe. Dans un RLS, une initiative particulièrement innovatrice issue des Tables jeunesse permet la réalisation d'ateliers, souvent très populaires chez les jeunes, sur le consentement et sur les technologies de l'information et des communications en lien avec la sexualité (ex. : *sexting*).

Enfin, les salles d'attente réservées aux jeunes peuvent permettre le visionnement de vidéos sur la santé et d'y rendre disponible du matériel d'éducation à la santé.

2.7 L'évaluation des services

La collecte systématique de données par un établissement (ex. : âge, sexe, motifs de visite, diagnostics, services fournis) peut être utilisée pour améliorer l'offre de services en clinique jeunesse et la performance de ceux-ci (MSSS, 2016; OMS, 2016). L'amélioration continue consiste à relever de façon systématique et régulière ses forces et ses défis pour mettre en place et maintenir les actions afin d'optimiser la qualité des services et s'assurer que ceux-ci répondent aux besoins des jeunes (MSSS, 2016).

La plupart des cliniques jeunesse en Montérégie n'évaluent pas systématiquement leur performance ni n'impliquent les professionnels du terrain dans une démarche semblable.

Tableau 11 : Évaluation de la performance des services

	CISSS-MC	CISSS-ME	CISSS-MO
Professionnels			
Évaluation de la performance par une collecte de données sur les services	X	□	X
Jeunes			
Implication dans l'organisation des soins	X	X	X
Évaluation de leur satisfaction	X	X	□

Légende : voir la section 1.3, p. 10

Dans un RLS, une collecte de données sur les actes infirmiers est demandée aux archivistes pour justifier la nécessité de maintenir l'offre de services. Les résultats permettent aussi d'établir un plan d'action pour l'année suivante. Dans d'autres RLS, quelques données sur le nombre de consultations par catégorie d'acte est remis aux infirmières pour les informer, mais sans avoir de cibles ou d'objectifs précis à atteindre. Cela dit, la grande majorité des équipes tiennent des réunions de discussion de cas ou de partage d'information dans le but d'améliorer leurs compétences cliniques et de se tenir à jour.

Selon l'OMS, « les adolescents ont le droit de participer aux décisions qui affectent leur vie » (OMS, 2016). Ceux-ci participent à la planification, au suivi et à l'évaluation des services de santé lorsque l'établissement sollicite leur avis. Comprendre leur perception des services aide à identifier les solutions les mieux adaptées à leur contexte de vie et à leurs besoins. Actuellement, un seul RLS dispose d'une boîte de commentaires pour les jeunes. Un autre informateur clé a rapporté que les propositions des jeunes sont recueillies lors des rencontres individuelles, sans qu'il y ait toutefois de processus formel en place. Sinon, par le passé, deux RLS ont déjà sondé par écrit la satisfaction des jeunes, mais de façon ponctuelle. Plusieurs gestionnaires ont mentionné que les commentaires des jeunes étaient souvent recueillis à l'occasion de la visite des infirmières dans les classes pour animer des activités d'éducation sur la santé.

3. CONSTATS ET PISTES D'ACTION

Les informations incluses dans ce portrait nous permettent non seulement de porter un regard sur le chemin parcouru, mais aussi de proposer des pistes d'action pour optimiser l'offre de services des cliniques jeunesse.

Le tableau 12 présente une synthèse des principaux constats émanant du portrait. Afin de susciter la réflexion, des pistes d'action sont proposées dont plusieurs ont été mentionnées par les informateurs clés. La collaboration entre les CISSS pourrait être profitable, lorsque les défis sont semblables, tout en adaptant par la suite les solutions au contexte local. De ce fait, les différences entre les CISSS et même les RLS sont bénéfiques si l'accessibilité aux services s'en trouve améliorée. Cela dit, les pistes d'action proposées devront être réévaluées à la lumière du cadre de référence du MSSS sur le réseau de services intégrés destinés aux jeunes âgés de 12 à 25 ans.

Tableau 12 : Constats et pistes d'action pour l'optimisation des cliniques jeunesse

Légende	
■	: acquis
▲	: partiellement acquis
●	: peu acquis

Constats	Pistes d'action
Disponibilité des services	
■ Dans les écoles secondaires	Réévaluer régulièrement l'offre de services et la présence infirmière pour répondre aux besoins.
▲ Dans les CLSC	Poursuivre ou bonifier l'offre de services notamment pour améliorer la disponibilité en période de congé scolaire ou pour les jeunes ne fréquentant plus l'école.
■ Dans les cégeps et les CEA	Poursuivre la mise en œuvre de nouveaux points de service en fonction des besoins.
▲ Continuité des soins après 25 ans	Mettre en place une option de prise en charge pour cette clientèle.
Services en santé sexuelle	
■ Contraception-dépistage des ITSS	S'assurer que l'ensemble des infirmières en clinique jeunesse aient et exercent le droit de prescrire. Bonifier la prescription infirmière (ex. : prise en charge des infections vulvovaginales à Candida) (contribution nationale).
▲ Corridors de services (stérilet, IVG, IPSPL ou médecin référent)	Conserver ou mettre en place les corridors de services pour l'installation de stérilet. Au besoin, assurer l'accompagnement lors d'une IVG. Maintenir ou bonifier la collaboration avec les médecins ou IPSPL.
▲ Disponibilité des tests de dépistage	Rendre disponible l'autotest vaginal de dépistage pour l'infection à Chlamydia trachomatis et la gonorrhée dans toutes les cliniques jeunesse de la Montérégie (contribution régionale).

Services en santé mentale	
● Évaluation et suivi des problèmes de santé mentale en première ligne	Identifier les processus pouvant faciliter la mise en place des activités concernant la santé mentale qui seront définis dans le futur cadre de référence du réseau de services intégrés destinés aux jeunes (ex. : mettre en place un processus de concertation entre les CISSS, échanges sur les défis et pistes de solution).
	Mobiliser les acteurs pertinents dans les processus de concertation ci-haut mentionnés.
▲ Collaboration interprofessionnelle en lien avec la santé mentale (là où les services sont offerts)	<p>Poursuivre ou mettre en place une collaboration avec des intervenants psychosociaux afin de pouvoir référer les jeunes efficacement pour un suivi psychosocial.</p> <p>Optimiser les mises en place des corridors médicaux pour la prise en charge et le suivi (ex. : corridors avec les médecins en CLSC, GMF, UMF, etc.).</p>
Accessibilité des services	
▲ Accessibilité géographique aux services	Poursuivre ou instaurer des moyens pour améliorer l'accès géographique aux points de service en CLSC pour les étudiants, par exemple des services de transport bénévoles ou des coupons de taxi.
▲ Accessibilité organisationnelle (R.-V. et S.R.-V., plages horaires en soirée et fin de semaine)	Conserver ou prévoir des plages horaires de S.R.-V. et de R.-V. dans chaque point de service.
	Conserver ou prévoir des plages horaires en soirée et en ajouter la fin de semaine, si le besoin est présent.
▲ Environnement physique agréable et adapté	Bonifier l'utilisation des technologies de l'information et des communications dans l'organisation et la prestation des services.
Promotion des services et liens avec la communauté	
■ Promotion des services auprès des jeunes	Poursuivre la promotion des services dans les milieux scolaires.
	Bonifier la promotion des services en dehors du milieu scolaire.
▲ Promotion des services dans la communauté (parents, personnel scolaire, organismes communautaires)	Innover quant à la promotion des services dans la communauté : parents, personnel scolaire et organismes communautaires.
	Poursuivre ou mettre en place au moins un moyen de promotion qui rejoint activement chaque public visé.
▲ Collaboration avec les organismes communautaires	Poursuivre ou mettre en place une collaboration avec les organismes communautaires concernés.

Renforcer le potentiel des jeunes	
■ Éducation à la santé	<p>Poursuivre le counseling individuel démontré efficace en promotion et prévention de la santé, tout en utilisant différents moyens de support (remise de documents, référence à des sites Web fiables, etc.).</p> <hr/> <p>Maintenir le soutien des infirmières dans les activités de promotion de la santé et de prévention dans les classes selon les meilleures pratiques et telles que proposées dans l’approche École en santé.</p> <hr/> <p>Utiliser les technologies de l’information et des communications afin d’informer les jeunes sur la santé.</p>
Évaluation des services	
● Évaluation de la performance	Mettre en place des processus d’évaluation de la performance des services.
● Implication des jeunes dans l’organisation et l’évaluation	Solliciter plus formellement les jeunes afin d’obtenir leur avis sur la planification et l’évaluation des services en cliniques jeunesse.

CONCLUSION

L'offre de services en clinique jeunesse, notamment en santé sexuelle, a été optimisée dans les dernières années pour répondre aux besoins des jeunes. La réalisation du portrait a permis de mettre en évidence les progrès réalisés et quelques-uns des défis à relever pour continuer d'offrir des services accessibles et adaptés aux jeunes. Notons que l'implication des gestionnaires et des infirmières a considérablement fait progresser dans le passé les services de type clinique jeunesse. Il est essentiel de poursuivre ce travail afin d'améliorer l'accessibilité aux services. Cette implication peut par exemple prendre la forme d'initiatives prises pour promouvoir les services auprès de collaborateurs clés, pour rejoindre les jeunes plus vulnérables, pour créer des corridors de services et favoriser la collaboration entre les professionnels.

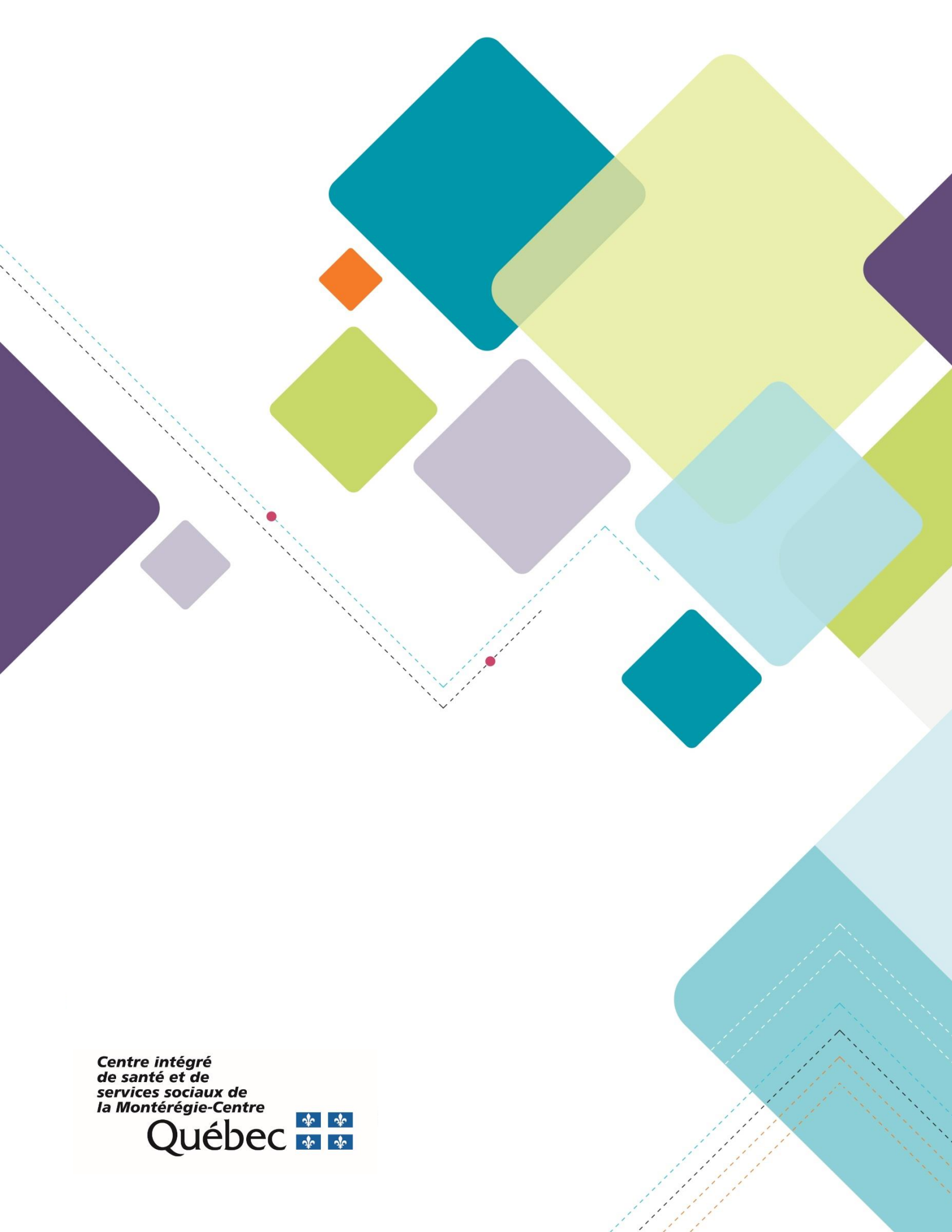
Puisque la santé à l'adolescence exerce un effet durable tout au long de la vie, il importe de rendre accessibles des services qui répondent aux besoins des jeunes et les aident à développer leur plein potentiel individuel pour devenir des adultes en santé. Plus spécifiquement, les besoins des jeunes en lien avec la santé mentale étant bien présents, il est important d'offrir et d'intégrer de tels services dans les cliniques jeunesse. Les pistes d'action suggérées visent à susciter la réflexion et la mobilisation. Elles devront toutefois être ajustées en fonction du cadre de référence national du réseau de services intégrés destinés aux jeunes âgés de 12 à 25 ans lorsque celui-ci sera disponible.

Nous espérons que ce portrait des cliniques jeunesse permette à chaque CISSS d'identifier ses forces et les différents aspects à améliorer pour favoriser la disponibilité et l'accessibilité des services sur son territoire. En effet, pour les adolescents et les jeunes adultes, prendre en considération leur réalité et offrir des services qui répondent à leurs besoins influencent grandement leur décision de consulter. C'est un défi que les CISSS de la Montérégie doivent continuer à relever.

RÉFÉRENCES

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2012). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé, Vers une nouvelle santé publique du 17 au 21 novembre 1986*, Ottawa, Canada.
Repéré le 6 juillet 2017 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/index-fra.php>
- AJZEN, I. et FISHBEIN, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs. NJ. Prentice-Hall.
- BLACK, Amanda, GUILBERT, E., COSTESCU, D., et al. (2015). Consensus canadien sur la contraception (1^{re} partie de 4). *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37 (10), 939-942. doi : 10.1016/S1701-2163 (16) 30034-2.
- BORDELEAU, Monique et JOUBERT, K. (2017). La santé mentale des jeunes : certains consultent, d'autres pas. Qui sont-ils? Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Zoom Santé, no 62, Institut de la statistique du Québec, 7 p.
- CARON, Françoise et RISI, Catherine. (2006). *Services préventifs en clinique jeunesse : cadre de référence*. Longueuil, Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, 53 p.
- CHARRON, M., DUHOUX, A., CONTANDRIOPOULOS, D., PAGE, C. et LESSARD, L. (2017). Le rôle des infirmières dans les services de première ligne face aux personnes souffrant d'un trouble mental courant. *Santé mentale au Québec*, 42 (1), 289. doi: 10.7202/1040255ar.
- CONSEIL DES DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE. (1999). « Agir ensemble pour la santé et le bien-être des enfants et des adolescents », Conférence des Régies régionales de la santé et des services sociaux, 65 p.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE. (2014). Portrait des jeunes du secondaire en Montérégie, *La santé mentale*, Agence de santé et de services sociaux de la Montérégie, Longueuil, 20 p.
Repéré à <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3672/EQSJS-fascicule-7.pdf>
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE. (2016). *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020*. Longueuil, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, 75 p.
Repéré à <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3858/PAR-VF.pdf>
- FORTIN, F., CÔTÉ, J. et FILION, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière-éducation.
- INSTITUT DU NOUVEAU MONDE. (2016). *Consultation sur les besoins de santé des jeunes de 12 à 25 ans pour informer le redéploiement des services de type clinique jeunesse dans l'Est de Montréal*, Montréal, 46 p.

- JANELLE, France et DAO, Huy Hao. (2014). *Services en lien avec le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) : portrait régional*. Direction de santé publique, Agence de santé et de services sociaux de la Montérégie, 29 p.
Repéré à <http://collections.banq.gc.ca/ark:/52327/2391130>
- LEVESQUE, J.-F., HARRIS, M. F. et RUSSELL, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 18. doi:10.1186/1475-9276-12-18.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*. Direction des communications du MSSS, Québec, 85 p.
Repéré à <http://collections.banq.gc.ca/ark:/52327/2697640>
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2016). *Faire ensemble et autrement : plan d'action en santé mentale 2015-2020*, Directions des communications du MSSS, Québec, 75 p.
Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2017). *Estimations de population révisées annuellement (2011-2016)*, v. 03-05-2017. Équipe surveillance, DSP de la Montérégie.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION ET DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR. (2017). Liste des écoles 2016-2017.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2016). *Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents : guide pour la mise en oeuvre d'une stratégie fondée sur des normes afin d'améliorer la qualité des services de santé pour les adolescents*. (vol. 1-4 volumes, vol. Volume 1 : Normes et critères). Genève : Organisation mondiale de la Santé.
Repéré à <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252726/1/9789242549331-vol1-fre.pdf?ua=1>
- PINEAULT, R. (2012). *Comprendre le système de santé pour mieux le gérer*, Presses de l'Université de Montréal. Montréal, 190 p.
- TÉTRAULT Isabelle et al. (2015). *Analyses de laboratoire recommandées lors du dépistage des infections à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae : avis scientifique*. Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique.
Repéré à <http://collections.banq.gc.ca/ark:/52327/2480730>



**Centre intégré
de santé et de
services sociaux de
la Montérégie-Centre**

Québec

