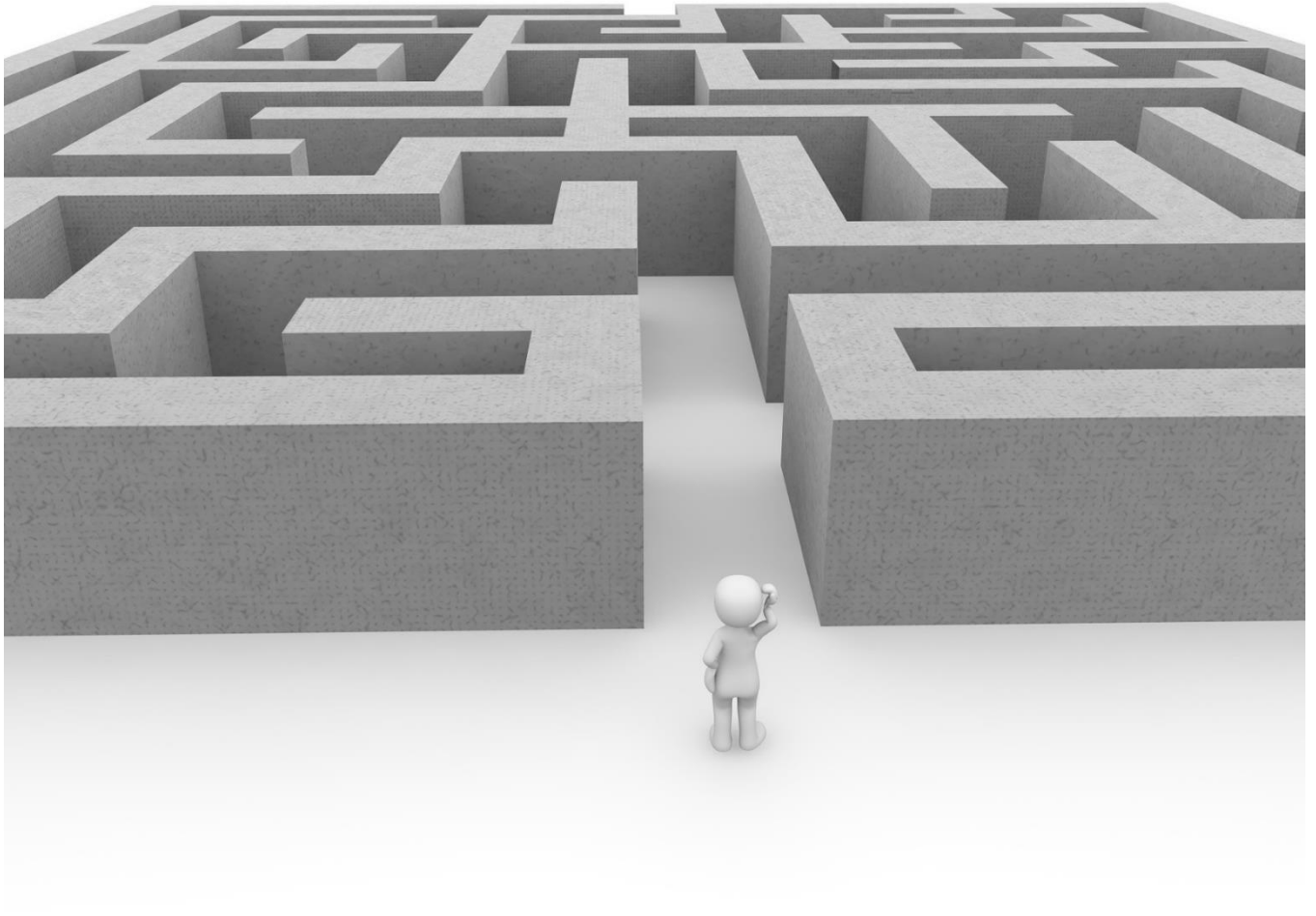


**Trajectoire des services du programme santé mentale jeunesse :
vers une 1^{re} ligne forte en Montérégie**

Rapport d'évaluation



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

Juillet 2017

Québec 

Auteurs (es)

Kareen Nour, Ph.D., chercheuse principale et responsable du développement de la fonction évaluation-recherche, Direction de santé publique de la Montérégie – CISSS de la Montérégie-Centre

Youcef Ouadahi, MBA., agent de planification, de programmation et de recherche à la Direction du programme santé mentale et dépendance. Direction de santé publique de la Montérégie – CISSS de la Montérégie-Centre

Dr Sébastien Bergeron, MD FSCRC, MSc en santé publique, pédiatre spécialisé en adolescence et médecin spécialiste-conseil en santé publique, Direction de santé publique de la Montérégie – CISSS de la Montérégie-Centre

Collaborateurs

Dre Nathalie Cérat, MD, pédopsychiatre à l'Hôpital du Haut-Richelieu – CISSS de la Montérégie-Centre

Dr Yves Lambert, MD, omnipraticien affilié au Centre jeunesse de la Montérégie – CISSS de la Montérégie-Est

Caroline Gélinas, technicienne en recherche psychosociale, Direction de santé publique de la Montérégie – CISSS de la Montérégie-Centre

Mariève Messier, agente de recherche affiliée à l'Université de Sherbrooke, Direction de santé publique de la Montérégie – CISSS de la Montérégie-Centre

Annie Toupin, agente administrative, Direction de santé publique de la Montérégie – CISSS de la Montérégie-Centre

Ce document est disponible en version électronique sur le portail Internet de la Direction de santé publique – www.santemc.quebec/santepublique, section documentation.

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, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN ou ISSN : 978-2-550-79309-0 (PDF)

Reproduction ou téléchargement autorisé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales avec mention de la source : NOUR, Kareen et Youcef OUADAH. *Trajectoire des services du programme santé mentale jeunesse : vers une 1^{re} ligne forte en Montérégie*, Longueuil, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, 2017, 48 p.

© Tous droits réservés

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, 2017

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

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

LISTE DES ACRONYMES

CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CJM :	Centre jeunesse de la Montérégie
CLSC :	Centre local de services communautaires
CRDITED :	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
DPJ :	Direction de la protection de la jeunesse
ÉGIPSS :	Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé
ETC :	Équivalent temps complet
FEJ :	Famille-enfance-jeunesse
GMF :	Groupe de médecine familiale
HCLM :	Hôpital Charles-Le Moyne
HRR :	Haut-Richelieu-Rouville
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PASM :	Plan d'action en santé mentale
PI :	Plan d'intervention
PSI :	Plan de services individualisés
RLS :	Réseau local de services
RY :	Richelieu-Yamaska
SMJ :	Santé mentale jeunesse
SPSS :	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TDA/H :	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
TSA :	Trouble du spectre de l'autisme

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE.....	8
1.1 Données concernant la santé mentale des jeunes.....	8
1.2 Offre de services en Montérégie.....	9
1.3 Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020.....	11
2. BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	12
3. MÉTHODOLOGIE.....	12
3.1 Le modèle ÉGIPSS.....	12
3.2 Le modèle logique d'intervention.....	13
3.3 Stratégie de recherche, populations à l'étude et méthodes de collecte de données.....	14
3.4 Analyse des données.....	14
4. RÉSULTATS.....	16
4.1 Description de la trajectoire générale de services SMJ.....	16
4.2 Révision de dossiers.....	16
4.3 Portrait général des jeunes à l'étude.....	16
4.4 Résultats selon l'étape du cheminement de soins et services.....	17
4.5 Délais d'évaluation.....	18
4.6 Services pressentis au moment de l'orientation.....	19
4.7 Délais de services.....	20
4.8 Issue du traitement et adéquation des services pressentis et offerts.....	22
5. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS.....	28
6. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	33
CONCLUSION.....	33
RÉFÉRENCES PRINCIPALES.....	34
RÉFÉRENCES COMPLÉMENTAIRES.....	36
ANNEXE 1 : COMPARAISON DES 4 RLS À L'ÉTUDE ET DES DONNÉES MONTÉRÉGIENNES.....	37
ANNEXE 2 : TRAJECTOIRE DES SERVICES SMJ DANS LES DIFFÉRENTS MILIEUX.....	39
ANNEXE 3 : APPRÉCIATION DES FACTEURS INFLUENÇANT LES DIFFÉRENTES DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE DES SERVICES SMJ EN FONCTION DU MILIEU ET DU MOMENT CONCERNÉ (QUALITATIF + QUANTITATIF).....	40

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette étude a nécessité la participation de nombreuses personnes à qui nous sommes redevables. Nous tenons d'abord à remercier les quatre réseaux locaux de services de s'être prêtés au jeu, de même que les intervenants et les gestionnaires qui ont participé aux entrevues de groupe dans chaque milieu. De plus, nous remercions les archivistes de chaque territoire qui nous ont facilité la tâche au moment de notre révision de dossiers.

Nos remerciements vont aussi aux Drs Nathalie Cérat et Yves Lambert qui ont apporté leurs commentaires sur le rapport. Également, nous remercions les membres du comité de travail sur la hiérarchisation des services de santé mentale jeunesse en Montérégie, à qui nous avons présenté nos résultats préliminaires en date du 24 avril 2017.

Enfin, nous remercions madame Annie Toupin pour son aide précieuse concernant la mise en page de ce rapport.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Trajectoire des services du programme santé mentale jeunesse : vers une 1^{re} ligne forte en Montérégie

Par Kareen Nour, Youcef Ouadahi et Dr Sébastien Bergeron.

Quinze ans après le déploiement du projet « Grandir en santé mentale en Montérégie », la Direction de santé publique de la Montérégie a mandaté une équipe de chercheurs afin d'analyser la trajectoire et l'offre de services en santé mentale jeunesse (SMJ) 1^{re} ligne. En s'inspirant des dimensions du modèle ÉGIPSS, le projet d'évaluation a combiné différentes stratégies de recherche afin de documenter la trajectoire en SMJ, la perception des intervenants face à l'offre de services actuelle et les éléments contextuels qui l'influencent. En tout, cinq milieux ont été approchés, soit quatre réseaux locaux de services (RLS) et le Centre jeunesse de la Montérégie. Ce dernier établissement fait toutefois l'objet d'un rapport distinct (Bergeron, Nour et Ouadahi, 2017). L'étude s'est déroulée d'août 2015 à août 2016.

À la lumière de nos résultats, plusieurs facteurs influencent la trajectoire et l'offre de services SMJ en Montérégie. D'une part, les services SMJ sont méconnus par la population et les professionnels dans la majorité des RLS étudiés. D'autre part, la provenance de la référence, les processus internes et les effectifs en place affectent le traitement de la demande d'un milieu à l'autre. De plus, l'accès et la collaboration avec les partenaires internes (ex. : équipe famille-enfant-jeune) et externes (ex. : médecins, pédopsychiatrie, autres professionnels de la santé) semblent problématiques dans tous les RLS, à des niveaux différents. Par ailleurs, certaines clientèles (ex. : anglophones, immigrants) sont moins bien desservies sur le plan de la santé mentale en raison de ressources restreintes ou non adaptées. Également, la transition des services de santé mentale à l'âge adulte est problématique pour un grand nombre de jeunes, tous milieux confondus. Enfin, le contexte politique (en particulier l'adoption de la loi n°10) a restreint la concertation et la coordination des services au niveau régional, en plus d'affecter le climat au sein de plusieurs équipes montréalaises. Dans l'ensemble, les milieux se disaient satisfaits de la qualité des services offerts à tous les paliers. Toutefois, l'accessibilité et la continuité des services sont des éléments majeurs à améliorer. Au final, nous recommandons sept mesures pour combler les lacunes que nous avons identifiées et qui interfèrent avec la trajectoire et l'offre de services SMJ en Montérégie.

Mots clés : santé mentale, jeunes/jeunesse, organisation des services, trajectoire, offre, évaluation.

INTRODUCTION

Les professionnels et les gestionnaires sont nombreux à sonner l'alarme devant l'ampleur des troubles mentaux chez les jeunes, et pour cause. En effet, 70 % des problèmes de santé mentale se manifestent avant l'âge adulte et la moitié, avant l'âge de 14 ans (WHO, 2012). Selon les études, de 5 à 25 % des jeunes dans le monde souffrent de problèmes de santé mentale (Kessler et coll., 2005; Kutcher, Venn et Szumilas, 2009; Leitch, 2007). Au Canada comme au Québec, la prévalence des troubles mentaux chez les jeunes tourne autour de 15 à 20 % (Waddell et Shepherd, 2002). Ensemble, ils constituent la principale cause de morbidité chez les jeunes (WHO, 2017). Malgré leur fréquence élevée et les impacts qu'ils peuvent avoir sur la santé générale et le développement des jeunes, la plupart des problèmes de santé mentale peinent à être dépistés ou traités (WHO, 2017).

La Montérégie n'échappant pas à cette réalité, le projet « Grandir en santé mentale en Montérégie » a vu le jour en 2001 dans l'espoir d'implanter un modèle de réseau intégré de services en santé mentale destiné aux jeunes (Hôpital Charles-Le Moyne, 2001). Plus qu'un projet de planification des services, cette initiative visait à clarifier les portes d'accès aux services de santé mentale, tout en améliorant leur accessibilité et la gamme de services offerts. Cependant, plusieurs services qui devaient se mettre en place pour appuyer les équipes SMJ 1^{er} ligne n'ont peu ou presque pas été mis en place, comme par exemple, la bonification des équipes de 2^e ligne, les services de répit, d'hébergement de type familial, les centres de jour pour jeunes avec TSA, l'hébergement spécialisé, etc. Par ailleurs, en dépit du bien-fondé et de l'ambition de ce projet, des travaux plus récents ont démontré la persistance de lacunes en termes d'offre de services SMJ en 1^{re} et 2^e ligne, de même qu'une performance très inégale entre les niveaux de service et d'un milieu à l'autre (Ste-Marie R., Ouadahi Y, 2007). De plus, malgré l'intégration d'un guichet d'accès en santé mentale dans la majorité des territoires et l'adoption d'un cadre de partage des problèmes cliniques entre les différentes équipes, la fluidité des liens se fait difficilement et les équipes SMJ ne rejoignent que 77 % des jeunes qui ont des besoins de services de santé mentale.

Une décennie plus tard, avec près de 59 000 jeunes Montérégiens aux prises avec au moins un problème de santé mentale (PASM, 2005-2010), il s'avérait important de poser un nouveau regard sur l'offre de services de santé mentale jeunesse (SMJ), particulièrement celle en 1^{re} ligne. Dans cette optique, la Direction de santé publique de la Montérégie a mandaté une équipe de chercheurs pour analyser la trajectoire et l'offre de services SMJ 1^{re} ligne (Nour, Dutilly-Simard et Ouadahi, 2015). À partir de l'expérience de quatre réseaux locaux de services (RLS), le présent projet d'évaluation propose de préciser la trajectoire de services de SMJ dans chacun des territoires étudiés, de même que les facteurs influençant l'offre de ces services à différents niveaux (ex. : accessibilité, qualité, pertinence, équité, efficience).

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

1.1 Données concernant la santé mentale des jeunes

La prévalence des troubles mentaux courants chez les jeunes à l'échelle internationale varie de 5 à 25 %, selon les études, pour une moyenne estimée de 12,3 % (INSERM, 2002). À l'échelle mondiale l'OMS (2005) et l'UNICEF (2011) estiment quant à eux que 20 % d'enfants et d'adolescents présentent des troubles mentaux en tout temps. Au Canada, la prévalence des troubles mentaux chez les 0-17 ans varie entre 15 et 20 % (Instituts de recherche en santé du Canada, 2010; Offord, Boyle, Fleming, Bloom et Grant, 1989; Waddell et Shepherd, 2002). Au Québec, plus de 230 000 jeunes en sont atteints tandis qu'en Montérégie, ce nombre se situerait autour de 59 000 (PASM, 2005-2010). Dans l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes au secondaire 2010-2011, 20 % des adolescents présentaient un niveau élevé de détresse psychologique (Pica et coll., 2013). Dans cet échantillon, le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) était le problème de santé mentale le plus rapporté (12,6 %), suivi des troubles anxieux (8,6 %), de la dépression (4,9 %) et des troubles alimentaires (1,8 %). Par ailleurs, au cours de la dernière décennie, la fréquence des troubles mentaux a doublé chez les moins de 20 ans au Québec, si bien que les troubles mentaux représentent désormais le principal groupe de maladies chroniques chez l'enfant et l'adolescent (MSSS, 2015).

Les premières manifestations de maladie mentale apparaissent souvent tôt dans la vie, mais elles sont souvent confondues avec les comportements perturbateurs normaux des jeunes, retardant ainsi leur accès à des services et des traitements adéquats (WHO, 2012; MSSS, 2015). Ce délai peut engendrer plusieurs conséquences chez le jeune : baisse du rendement scolaire, difficultés interpersonnelles, comportements à risque (ex. : toxicomanie, délinquance), chronicisation de la maladie, effets négatifs sur la santé physique, baisse de la qualité de vie, etc. De plus, le suicide constitue la deuxième cause de mortalité chez les 15-19 ans et dans 90 % des cas, l'adolescent qui s'enlève la vie présente un trouble mental (Statistique Canada, 2015; Fleischmann, Bertolote, Belfer et Beautrais, 2005). Par ailleurs, les problèmes de santé mentale font partie des principales causes d'hospitalisation chez les 15-24 ans (MSSS, 2015). Chez les jeunes Canadiens, le nombre d'hospitalisations en raison d'un trouble mental a augmenté de 47 % entre 2007 et 2016, alors que le nombre de consultations à l'urgence y étant relié a grimpé de 56 % (Institut canadien d'information sur la santé, 2017). À l'âge adulte, les troubles mentaux prenant forme à l'enfance peuvent engendrer des dépenses considérables pour la société, et ce, dans différents domaines (ex. : santé, éducation, travail, justice pénale) (Jacobs & all, 2010; WHO, 2012).

La littérature démontre que 70 à 80 % des enfants et adolescents nécessitant des services de santé mentale n'en reçoivent pas (Kessler & all, 2001; U.S. Surgeon General, 1999; Samargia, Saewyc et

Elliot, 2006). Pourtant, jusqu'à 70 % des problèmes de santé mentale qui surviennent pendant l'adolescence pourraient être réglés par des interventions précoces. Les raisons de cette sous-utilisation sont multiples : idée que le problème va se régler sans intervention, impression que le traitement n'est pas pertinent ou qu'il est trop demandant, insatisfaction par rapport aux services reçus antérieurement, coût du service, crainte que les parents soient mis au courant de la situation, etc. Également, par crainte de stigmatisation, de nombreux jeunes ne parlent pas de leurs problèmes et ne recherchent pas d'aide auprès des professionnels du milieu (Schachter et coll., 2008; MSSS, 2015). Enfin, les difficultés d'accès aux services de santé mentale sont fréquentes et engendrent des temps d'attente déraisonnablement longs pour le jeune et sa famille, privant ces derniers d'une intervention précoce et adéquate (Kutcher & all, 2010, *American Academy of Pediatrics*, 2017). C'est d'ailleurs sur cet aspect que porte le présent travail d'évaluation.

1.2 Offre de services en Montérégie

« Grandir en santé mentale en Montérégie »

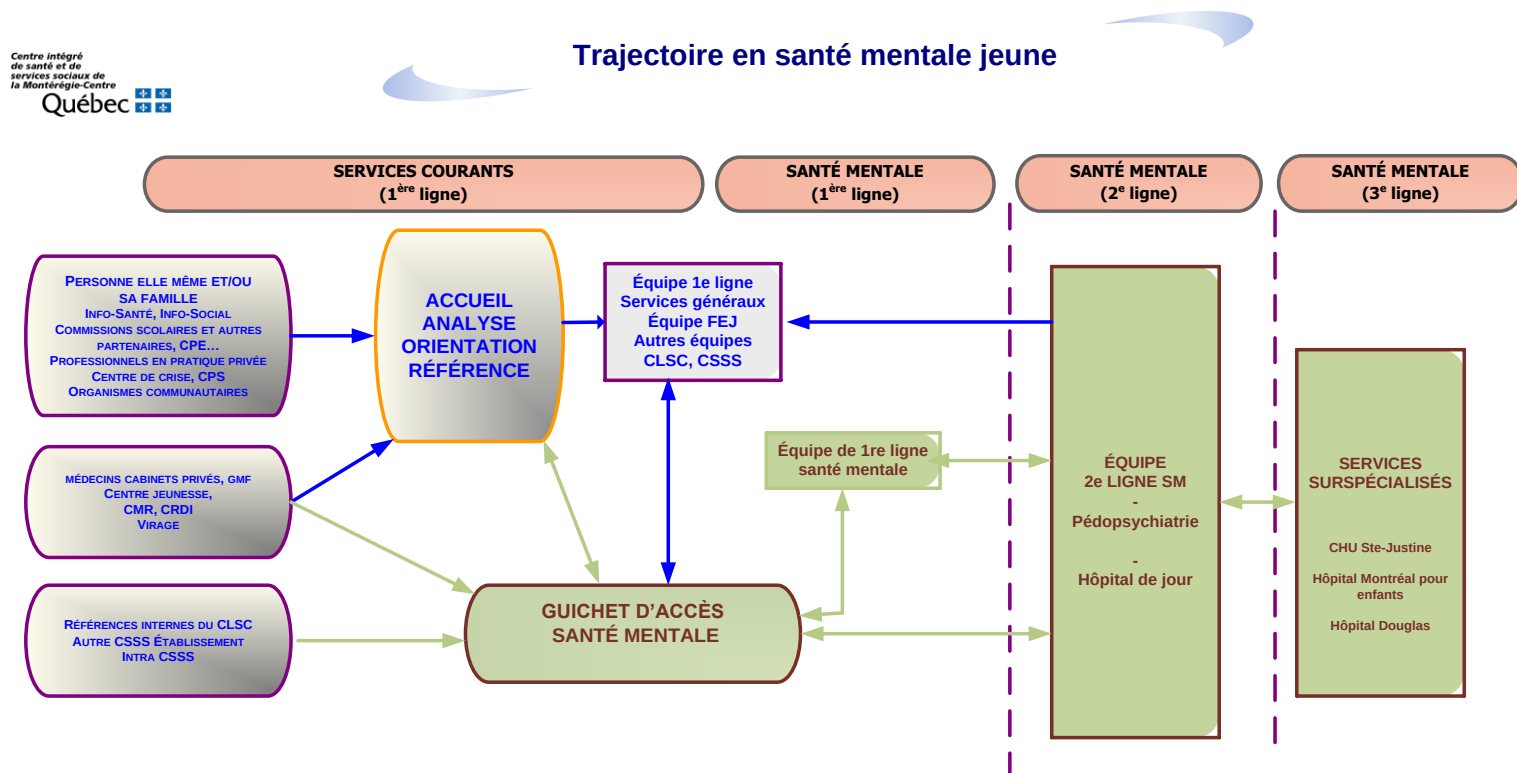
Au début des années 2000, environ 30 000 enfants et adolescents souffraient d'un trouble mental en Montérégie, dont 3 500 d'un trouble dit grave (Hôpital Charles-Le Moyne, 2001). Dans l'espoir de rejoindre plus de 7 000 d'entre eux (dont 350 en situation de crise), un comité de travail formé de gestionnaires et de professionnels de la santé a mis sur pied le projet « Grandir en santé mentale en Montérégie ». Cet ambitieux projet « visait avant tout à offrir des services de qualité et en nombre suffisant aux jeunes aux prises avec un problème de santé mentale » (Hôpital Charles-Le Moyne, 2001). En plus d'augmenter l'accessibilité et la gamme de services offerts, cette initiative souhaitait amener une plus grande concertation entre les partenaires et favoriser le partage des expertises entre les niveaux de services, d'où l'idée d'un réseau intégré de services. À la lumière de ces travaux, le groupe avait mis en place un processus d'accès hiérarchisé où le centre local de services communautaires (CLSC) devenait la porte d'entrée à privilégier. Avec ses partenaires locaux (ex. : cliniques médicales, organismes communautaires), le CLSC était en charge du premier niveau d'évaluation et d'orientation. Au palier suivant, nous retrouvons les cliniques de pédopsychiatrie des centres hospitaliers sous-régionaux qui assurent les services spécialisés de deuxième ligne. Quant à l'Hôpital Charles-Le Moyne (HCLM), il héritait d'un mandat régional en matière de services spécialisés et ultraspecialisés en pédopsychiatrie (troisième niveau). Pour l'assister dans son rôle, des collaborations s'aéraient nécessaires, notamment avec les centres hospitaliers détenant un mandat suprarégional (ex. : Hôpital Sainte-Justine, *Douglas Hospital*, Institut Philippe-Pinel). Ultimement, le modèle proposé par « Grandir en santé mentale en Montérégie » a inspiré les auteurs du « Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens ».

Malheureusement, malgré le bien-fondé de ce projet, différents travaux réalisés en Montérégie dans les dernières années démontrent que des lacunes demeurent à plusieurs niveaux. D'une part, une appréciation de la performance organisationnelle et clinique du continuum SMJ réalisée en 2007 a démontré que les RLS montérégiens performant de façon très inégale selon les niveaux de services, que ce soit en 1^{re} ligne – volet services médicaux ou en 2^e ligne – volet urgence (Ste-Marie R., et Ouadahi Y., 2007). D'autre part, une démarche évaluative menée en 2014 par l'Agence de santé et de services sociaux de la Montérégie constatait que seulement sept RLS montérégiens disposaient des effectifs requis en SMJ et que seuls quatre RLS sur 11 avaient atteint les cibles de population de jeunes à desservir (Ouadahi, Y., 2014). Au final, les équipes SMJ ne réussissent à rejoindre que 77 % des jeunes ayant des besoins de services en santé mentale.

Trajectoire générale

La figure suivante illustre la trajectoire générale que suit une demande de services en SMJ dans le réseau de la Montérégie. Naturellement, cette trajectoire est amenée à varier d'un établissement à l'autre selon les pratiques du milieu, les effectifs en place et le contexte (Duclos, Lebeau et Guay, 2013).

Figure 1. Cheminement de la demande de services en santé mentale jeunesse au sein du réseau de la Montérégie (adapté par Youcef Ouadahi)



* : Au niveau des services de santé mentale 2^e ligne, nous retrouvons aussi les cliniques externes, de pédopsychiatrie, l'Hôpital de jour régional et l'unité d'hospitalisation régionale pour les jeunes 5-12 ans et pour les adolescents.

1.3 Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020

Au cours de l'année 2015, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publiait le « PASM 2015-2020 – Faire ensemble et autrement » (MSSS, 2015). Parmi les quatre grandes orientations autour desquelles s'articule ce plan d'action, nous retrouvons la nécessité d'assurer des soins et des services adaptés aux jeunes, et ce, de la naissance à l'âge adulte. Le ministère reconnaît ainsi l'importance d'ajuster l'offre de services de santé mentale en fonction du risque, du développement (notamment au niveau de la transition des services à l'âge adulte) et du contexte du jeune. Pour guider les professionnels et les gestionnaires du réseau, le PASM présente les standards ministériels entourant les services à offrir à la population, les délais d'accès et l'ensemble des éléments entourant le cadre clinico-administratif de ces services. Ainsi, les services d'évaluation et de traitement en santé mentale doivent arriver à desservir 3 % de la population, la 1^{re} ligne devant assurer au moins 70 % de ces services et la 2^e ligne, 30 %. Les standards retenus pour les délais d'accès en santé mentale 1^{re} ligne sont désormais les suivants :

- Délai maximal pour que la référence soit traitée à l'accueil (Accueil-Analyse-Orientation) et orientée vers le service approprié : 10 jours;
- Délai maximal pour la rétroaction au référent : 7 jours;
- Délai maximal pour que débute l'intervention ou le traitement par le professionnel assigné au suivi ou à la consultation : 30 jours.

Les délais entourant la consultation en psychiatrie dépendent de la situation clinique et de l'état d'urgence (PASM, 2015-2020). Ainsi, un jeune en état de crise doit être vu en moins de 24 heures, celui avec un état mental instable entre 7 et 14 jours et enfin, celui avec un état mental stable entre 15 et 30 jours.

Cependant, selon les données GESTRED enregistrées durant l'année 2015-2016, la performance des services SMJ 1^{re} ligne en Montérégie peine à atteindre les cibles du PASM. En effet, d'une part, 72 % des usagers en attente de services de 1^{re} ligne étaient hors délai (c.-à-d. > 30 jours) pour l'ensemble des RLS de la Montérégie, alors que, d'autre part, la 1^{re} ligne n'assurait que 49 % des services SMJ au lieu des 70 % requis. Plus que jamais, pour améliorer la performance des services, il importe de comprendre la trajectoire et l'offre de services SMJ en Montérégie, de même que les facteurs qui les influencent.

2. BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Ultimement, ce projet d'évaluation vise à améliorer les trajectoires de services en SMJ 1^{re} ligne dans tous les territoires des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie en identifiant les leviers et les défis en regard de l'offre de services. Plus spécifiquement, nous chercherons à :

Objectif 1 : Documenter le cheminement des usagers dans la trajectoire de services SMJ en 1^{re} et 2^e ligne en fonction des étapes du continuum de soins.

Objectif 2 : Documenter la perception des intervenants et des gestionnaires en regard de l'offre de services SMJ des 1^{re}, 2^e et 3^e lignes.

Objectif 3 : Identifier les éléments du contexte organisationnel et politique influençant l'offre de services SMJ 1^{re} ligne.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 Le modèle ÉGIPSS

Devant le système complexe qu'il nous était donné d'étudier dans ce projet d'évaluation, il importait d'élaborer un modèle logique d'intervention à partir d'un cadre de référence solide. Régulièrement utilisé par le Commissaire à la santé et au bien-être pour apprécier la performance du système de santé et de services sociaux québécois, le modèle d'« évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé » (ou modèle ÉGIPSS) est un cadre de référence qui a fait ses preuves (CSBE, 2014). D'après ce modèle, un système « performant » doit remplir quatre grandes fonctions gravitant autour des besoins de la population. Ainsi, il doit être en mesure d'adapter ses ressources et sa configuration au contexte pour répondre aux attentes et aux besoins de sa population (adaptation). Il doit également produire des soins et des services accessibles, de qualité et en volume suffisant (production).

Enfin, il doit pouvoir répondre aux objectifs et à la mission qui lui sont fixés (atteinte des buts), le tout en conformité avec les valeurs des acteurs du réseau (maintien des valeurs). Chaque fonction renvoie aux différentes dimensions de la performance (tableau 1). Ces dernières ont d'ailleurs inspiré le choix des indicateurs d'évaluation, la collecte de données et leur analyse.

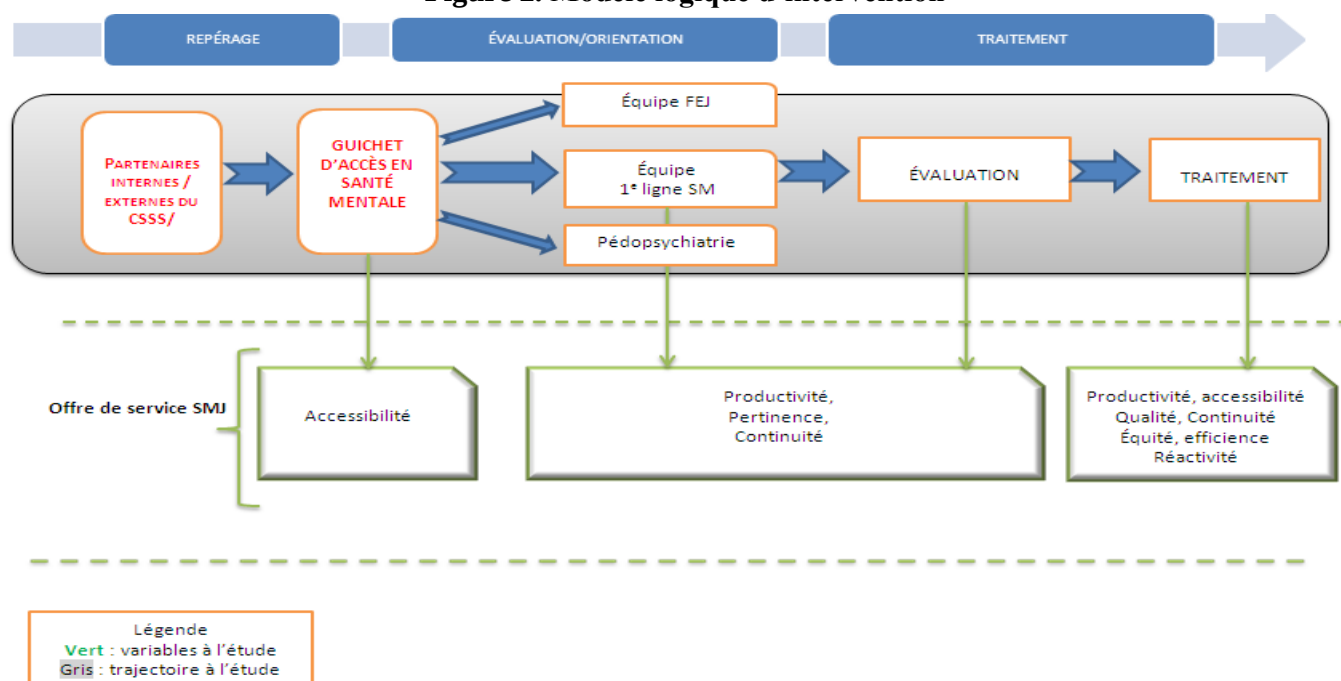
Tableau 1. Fonctions et dimensions de la performance d'un système de santé

FONCTIONS	DIMENSIONS	DÉFINITION
Adaptation	Réactivité	Capacité d'adapter ses services aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers.
	Sécurité	Capacité de minimiser les risques liés aux interventions et aux services pour les usagers, le personnel et la population.
	Viabilité	Capacité de répondre aux besoins présents et futurs de la population en fonction des ressources disponibles.
Production	Accessibilité	Capacité de fournir les soins et les services requis au bon endroit et au bon moment.
	Productivité	Optimisation de la production de services en fonction des ressources disponibles.
	Pertinence	Adéquation entre le besoin et le service reçu.
	Continuité	Capacité de livrer des services de façon intégrée et coordonnée.
	Qualité	Correspondance du processus de soins à des normes.
Atteinte des buts	Effizienz	Capacité d'utiliser les ressources disponibles de façon optimale.
	Équité	Capacité de fournir les services en fonction des besoins, indépendamment des caractéristiques individuelles non liées aux besoins.
Maintien des valeurs	Valeurs	Croyances et manières d'être et d'agir, individuelles et collectives, perçues comme des idéaux.
	Climat organisationnel	Contexte organisationnel dans lequel les individus agissent et interagissent.

3.2 Le modèle logique d'intervention

Le modèle logique d'intervention que nous avons construit (figure 2) intègre à la fois les étapes du continuum de services (repérage, évaluation-orientation et traitement), la trajectoire attendue en santé mentale jeunesse et les dimensions de la performance du modèle ÉGIPSS à l'étude.

Figure 2. Modèle logique d'intervention



3.3 Stratégie de recherche, populations à l'étude et méthodes de collecte de données

Comme nous devons dresser le portrait d'une situation à un moment bien précis, un **devis transversal** a été préconisé. Plusieurs stratégies de recherche ont été retenues : étude de cas multiples, entrevues individuelles et de groupe, exploration de la banque GESTRED et revue de la littérature et des documents pertinents. Au final, nous avons procédé à une triangulation de ces données pour augmenter notre compréhension de la situation, en plus de valider nos observations auprès d'experts et des milieux.

Pour réaliser ce portrait, notre choix s'est arrêté sur deux **populations**, à savoir les jeunes recevant des services de santé mentale et les intervenants impliqués dans le continuum de soins et services. Notre échantillon regroupe des usagers, des professionnels et des gestionnaires en provenance des quatre RLS ayant démontré de l'intérêt pour le projet, soit ceux de Champlain, du Haut-Richelieu-Rouville (HRR), de Richelieu-Yamaska (RY) et du Suroît. Dans un second temps, nous avons intégré le Centre jeunesse de la Montérégie (CJM) dans l'étude; cet établissement fait toutefois l'objet d'un rapport distinct (Bergeron, Nour et Ouadahi, 2017). La représentation des trois CISSS montréalais et des milieux différant à plusieurs niveaux (ex. : clientèle, ressources, cohésion entre les niveaux de services) augmente la validité des résultats et leur généralisation à l'ensemble du territoire (annexe 1).

La **collecte de données** s'est échelonnée sur une année (août 2015 à août 2016). D'abord, à l'aide d'une grille d'évaluation pré-testée, nous avons procédé à la révision de 111 dossiers dans les CLSC. Les critères de sélection des dossiers étaient les suivants : (1) jeune âgé entre 12 et 17 ans (2) présentant au moins un problème de santé mentale et (3) suivi depuis au moins un an par l'équipe SMJ 1^{re} ligne. Pour préserver l'anonymat et la confidentialité des jeunes, un numéro a été attribué à chacun des dossiers. En parallèle, des entretiens de groupe semi-dirigés ont été réalisés auprès d'acteurs impliqués dans le continuum de soins et services SMJ 1^{re} ligne, notamment des psychologues, des psychoéducateurs, des travailleurs sociaux et des gestionnaires. Lors de ces rencontres, les participants étaient invités à discuter de différents thèmes en lien avec l'offre de services en santé mentale jeunesse et à décrire la trajectoire de services dans leur milieu. Cette participation se faisait sur une base volontaire et impliquait un consentement écrit. Leurs propos ont été anonymisés dans les sections présentées plus loin. Enfin, des données quantitatives ont été extraites de la banque GESTRED pour la période relative à l'étude (2015-2016).

3.4 Analyse des données

D'une part, les logiciels *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, version 22) et Excel ont été utilisés pour traiter les données **quantitatives** issues des audits de dossiers. Des analyses descriptives de fréquence (ex. : moyenne, médiane, écart-type, extrêmes) ont été réalisées pour chacune des variables.

L'association entre variables croisées a aussi été examinée en utilisant les tests du khi-deux de Pearson, de *t* de Student et ANOVA avec un seuil de signification statistique fixé à 0,05 (valeur $p < 0,05$).

D'autre part, nous avons utilisé le logiciel NVivo pour explorer les données **qualitatives** de nos entrevues. Après transcription du verbatim, les entretiens ont été transférés dans ce logiciel où l'information a été codifiée et classée par nœuds, inspirés par les dimensions du modèle ÉGIPSS et des thèmes émergeant de la discussion. Par la suite, les facteurs favorables et les défis vis-à-vis de chaque dimension de la performance ont été extraits en tenant compte des étapes du continuum de services (repérage, évaluation-orientation, traitement). S'en est suivi un travail d'appréciation des facteurs favorables à la performance, tenant compte des données quantitatives et qualitatives. Pour ce faire, nous avons utilisé une échelle de couleurs (rouge, orange et vert) pour qualifier la présence de ces facteurs dans les RLS à l'étude (tableau 2). Puis, dans le but d'évaluer la performance globale de l'échantillon, nous avons quantifié le nombre de milieux où ces facteurs étaient bien présents (vert). Le constat était « globalement négatif » si le facteur favorable se trouvait dans deux RLS ou moins, alors qu'il était « globalement positif » s'il était présent dans au moins trois des quatre RLS.

Tableau 2. Système sur lequel se base l'appréciation des facteurs favorables à la performance

APPRÉCIATION	SIGNIFICATION	CONSTAT	SIGNIFICATION
	Élément peu présent voire absent dans le milieu : à développer.	Globalement négatif	Élément favorable présent dans $\leq 2/4$ RLS à l'étude.
	Présence variable de l'élément dans le milieu : à optimiser.		
	Élément bien présent dans le milieu : à poursuivre.	Globalement positif	Élément favorable présent dans $\geq 3/4$ RLS à l'étude.

Finalement, la **trajectoire** de services SMJ 1^{re} ligne dans chaque RLS, telle que décrite par les participants, a été modélisée en utilisant le logiciel PowerPoint. Précisons que le travail d'appréciation et la modélisation des trajectoires de services ont été réalisés par une personne, puis validés par un comité formé de la chercheuse principale, d'un professionnel expert en santé mentale et d'un professionnel de recherche.

4. RÉSULTATS

OBJECTIF 1 : Documenter le cheminement des usagers dans la trajectoire de services SMJ en 1^{re} et 2^e ligne en fonction des étapes du continuum de soins

4.1 Description de la trajectoire générale de services SMJ

Comme présentée dans l'annexe 2, la trajectoire de services SMJ décrite par les participants diffère d'un milieu à l'autre. D'abord, nous constatons que l'origine de la demande prédit la porte d'entrée à utiliser dans tous les RLS, sauf à HRR où toutes les références sont traitées au même endroit (porte d'entrée unique). De plus, s'il est vrai que les quatre RLS disposent d'un agent de liaison en 1^{re} ligne, tous les milieux ne l'utilisent pas de la même façon. Dans la majorité des milieux, toute demande dirigée en SMJ doit passer par lui pour qu'un professionnel soit assigné au dossier à des fins d'évaluation. Par contre, dans Champlain, l'agent de liaison ne traite qu'une partie des références reçues au CLSC. Enfin, une fois l'évaluation SMJ complétée, le jeune et sa famille peuvent être orientés vers des services (ex. : SMJ 1^{re} ligne, équipe famille-enfance-jeunesse ou FEJ, ressource communautaire) ou d'autres professionnels (ex. : médecin, pédopsychiatre).

4.2 Révision de dossiers

La révision des dossiers permet de comparer les trajectoires « théoriques » des milieux à l'étude à celles retrouvées dans les dossiers des usagers.

4.3 Portrait général des jeunes à l'étude

Le tableau 3 présente les données sociodémographiques et cliniques des 111 jeunes recensés. Nous constatons que 56 % d'entre eux sont suivis par au moins un médecin, le tiers du temps par un omnipraticien. À ce sujet, deux RLS ressortent du lot. Dans RY, deux fois plus de jeunes sont suivis par un pédopsychiatre que par un médecin de famille, tandis que l'inverse est vrai au Suroît. Par ailleurs, dix jeunes (9 %) n'ont pas reçu de services antérieurement à la plus récente demande de services en santé mentale, les autres ayant déjà vu un psychologue (56 %), un travailleur social (40 %) ou un psychoéducateur (23 %). Enfin, la plupart des services antérieurs étaient assurés par les équipes du CLSC (FEJ ou SMJ). Toutefois, un jeune sur trois avait eu recours au privé, en particulier dans RY.

Tableau 3. Données sociodémographiques et cliniques des 111 jeunes recensés

VARIABLES	DONNÉES	Champlain n (%)	HRR n (%)	RY n (%)	Suroît n (%)	TOTAL n (%)
Jeunes recensés	Nombre	34 (30,6)	30 (27,0)	27 (24,3)	20 (18,0)	111 (100)
Sexe	Masculin	21 (61,8)	25 (83,3)	17 (63,0)	9 (45,0)	39 (35,1)
	Féminin	13 (38,2)	5 (16,7)	10 (37,0)	11 (55,0)	72 (64,9)
Antécédents de santé mentale	Personnels	29 (85,3)	25 (83,3)	25 (92,6)	20 (100,0)	99 (89,2)
	Familiaux	18 (52,9)	16 (53,3)	19 (70,4)	9 (45,0)	62 (55,9)
Suivi médical régulier	Au moins un médecin	13 (38,2)*	19 (63,3)	14 (51,9)	16 (80,0)*	62 (55,9)
	Par un pédopsychiatre	3 (8,8)	3 (10,0)	9 (33,3)*	0 (0,0)	15 (13,5)
	Par un omnipraticien	8 (23,5)	11 (36,7)	5 (18,5)*	14 (70,0)*	38 (34,2)
	Par un pédiatre	5 (14,7)	6 (20,0)	5 (18,5)	6 (30,0)	22 (19,8)
Services antérieurs à la demande	FEJ	6 (17,6)	4 (13,3)	5 (18,5)	2 (10,0)	17 (15,3)
	SMJ	8 (23,5)	7 (23,3)	11 (40,7)	7 (35,0)	33 (29,7)
	Privé	5 (14,7)*	9 (30,0)	16 (59,3)*	5 (25,0)	35 (31,5)
	Pédopsychiatrie	3 (8,8)	4 (13,3)	11 (40,7)*	0 (0,0)*	18 (16,2)
	Psychologie	22 (64,7)	15 (50,0)	16 (59,3)	9 (45,0)	62 (55,9)
	Travail social	14 (41,2)	10 (33,3)	10 (37,0)	10 (50,0)	44 (39,6)
	Psychoéducation	4 (11,8)	4 (13,3)	9 (33,3)	9 (45,0)*	26 (23,4)
	CJM / DPJ	4 (11,8)	0 (0,0)	6 (22,2)	3 (15,0)	13 (11,7)

*Résultat statistiquement significatif ($p < 0,05$).

4.4 Résultats selon l'étape du cheminement de soins et services

Repérage

En moyenne, la demande de services en SMJ 1^{re} ligne a eu lieu à l'âge de 13,2 ans et comportait 3,7 motifs par jeune dans l'échantillon. Le tableau 4 détaille d'autres éléments pertinents en lien avec cette étape. Nos analyses statistiques ont révélé quelques différences significatives entre les milieux. D'une part, Champlain se démarque par sa faible proportion de références issues d'un médecin alors que dans HRR, nous notons l'inverse. Également, la proportion de demandes provenant d'un médecin dans la communauté et dont le motif de référence soulevé était des enjeux relationnels est statistiquement plus élevée dans RY. Enfin, la proportion de demandes issues du privé et de l'utilisateur (ou sa famille) est statistiquement plus importante dans le Suroît. En opposant les motifs de demande aux attentes des usagers, nous constatons que ces deux éléments correspondent ou sont cohérents la plupart du temps.

Tableau 4. Données relatives à la demande de services SMJ 1^{re} ligne

VARIABLES	DONNÉES	Champlain n (%)	HRR n (%)	RY n (%)	Suroît n (%)	TOTAL n (%)
Provenance de la demande	CLSC	15 (44,1)	10 (33,3)	4 (14,8)	7 (35,0)	36 (32,4)
	Médecin en cabinet	3 (8,8)	8 (26,7)	8 (29,6)*	0 (0,0)*	19 (17,1)
	Centre hospitalier	4 (11,8)	7 (23,3)	9 (33,3)	2 (10,0)	22 (19,8)
	Milieu scolaire	6 (16,7)	5 (16,7)	3 (11,1)	2 (10,0)	16 (14,4)
	CJM / DPJ	4 (11,8)	0 (0,0)	5 (18,5)	2 (10,0)	11 (9,9)
	Privé	1 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (15,0)*	4 (3,6)
	Usager ou sa famille	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (7,4)	5 (25,0)*	7 (6,3)

VARIABLES	DONNÉES	Champlain n (%)	HRR n (%)	RY n (%)	Suroît n (%)	TOTAL n (%)
Fonction du référent	Médecin	6 (17,6)*	17 (56,7)*	13 (48,1)	7 (35,0)	43 (38,7)
	Travailleur social	8 (23,5)	8 (26,7)	7 (25,9)	6 (30,0)	29 (26,1)
	Psychoéducateur	3 (8,8)	2 (6,7)	2 (7,4)	2 (10,0)	9 (8,1)
	Psychologue	5 (14,7)	4 (13,3)	2 (7,4)	1 (5,0)	12 (10,8)
	Intervenant scolaire	3 (8,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,7)
Principaux motifs soulevés	Demande d'évaluation	9 (26,5)	12 (40,0)	10 (37,0)	11 (55,0)	42 (37,8)
	Demande de suivi	7 (20,6)	10 (33,3)	14 (51,9)	7 (35,0)	38 (34,2)
	Anxiété	16 (47,1)	18 (60,0)	13 (48,1)	10 (50,0)	57 (51,4)
	Difficultés familiales	20 (58,8)	16 (53,3)	17 (63,0)	14 (70,0)	67 (60,4)
	Enjeux relationnels	13 (38,2)	4 (13,3)*	13 (48,1)*	1 (5,0)*	31 (27,9)
Principales attentes de l'utilisateur ou sa famille	Tr. du comportement	11 (32,4)	6 (20,0)	1 (3,7)	5 (25,0)	23 (20,7)
	Aucune attente	6 (17,6)	10 (33,3)	7 (25,9)	2 (10,0)	25 (22,5)
	Évaluation	5 (14,7)	7 (23,3)	2 (7,4)*	15 (75,0)*	29 (26,1)
	Suivi ou autres services	9 (26,5)	6 (24,0)	4 (15,4)	13 (65,0)*	32 (30,5)
	Gérer les émotions, l'anxiété	11 (32,4)	14 (46,7)	8 (29,6)	9 (45,0)	42 (37,8)
	Améliorer la dynamique familiale	12 (35,3)	7 (23,3)	8 (29,6)	4 (20,0)	31 (27,9)

*Résultat statistiquement significatif ($p < 0,05$).

Évaluation initiale et orientation

Professionnel responsable de l'évaluation SMJ

Dans tous les milieux, le principal professionnel assigné à l'évaluation initiale en SMJ est le psychologue, sans égard au motif de la référence ni aux attentes émises (tableau 5). Également, 7 % des jeunes recensés ont fait l'objet d'une co-évaluation, avec une proportion statistiquement plus importante dans le RLS du HRR. Notons qu'entre la demande de services et l'évaluation initiale en SMJ 1^{re} ligne, cinq jeunes ont été rencontrés par un pédopsychiatre ou par un médecin spécialiste.

Tableau 5. Professionnels responsables de l'évaluation SMJ, lorsque connus (n = 100)

VARIABLE	DONNÉES	Champlain n (%)	HRR n (%)	RY n (%)	Suroît n (%)	TOTAL n (%)
Professionnel SMJ en charge de l'évaluation §	Travailleur social	12 (41,4)	13 (46,4)	11 (47,8)	6 (30,0)	42 (42,0)
	Psychoéducateur	1 (3,4)	4 (14,3)	4 (17,4)	1 (5,0)	10 (10,0)
	Psychologue	16 (55,2)	16 (57,1)	9 (39,1)	14 (70,0)	55 (55,0)
	Co-évaluation	0 (0,0)	5 (16,7)*	1 (3,7)	1 (5,0)	7 (7,0)

*Résultat statistiquement significatif ($p < 0,05$).

4.5 Délais d'évaluation

Le quart des jeunes a été évalué en moins d'un mois et 80 %, en moins de six mois. Parmi les 20 % restants, nous retrouvons des systèmes familiaux en difficulté, de même que des jeunes présentant un trouble anxiodépressif ou un risque suicidaire indéfini. Trois adolescents ont attendu plus d'un an avant que l'évaluation ait lieu. Dans l'ensemble, le **délai moyen entre la demande de services de santé mentale et l'évaluation en SMJ** est de 103 jours, avec des valeurs variant entre 4 et 366 jours. En

général, le délai est plus court si la demande provient du milieu scolaire ($\bar{x}$: 85 jours), de l'utilisateur ou sa famille ($\bar{x}$: 95 jours) ou bien d'un centre hospitalier ($\bar{x}$: 99 jours). Par ailleurs, comparé aux autres professionnels, le délai est significativement plus court ($\bar{x}$: 74 jours) quand le référent est un travailleur social. Enfin, le délai moyen dans l'échantillon varie de façon significative selon la porte d'entrée au CLSC : accueil psychosocial ($\bar{x}$: 66 jours) versus agent de liaison en SM ($\bar{x}$: 81 jours) versus autre ($\bar{x}$: 128 jours).

Ce délai varie aussi d'un RLS à l'autre. En effet, il est significativement plus court dans le RLS du HRR (53 jours) et plus long dans Champlain (141 jours). Dans chacun des milieux, le temps d'attente diffère selon la provenance de la demande et la porte d'entrée utilisée (tableau 6), mais cette fois sans écart statistiquement significatif.

Tableau 6. Délai entre la demande de services SMJ et la première évaluation en SMJ, en fonction de la provenance de la demande et du milieu

MILIEU	PROVENANCE DE LA DEMANDE	PORTE D'ENTRÉE	DÉLAI MOYEN (jrs)	DÉLAI MOYEN TOTAL (jrs)
Champlain	Usager ou famille	Accueil psychosocial	265,0 (n = 1)	141,4* (n = 28/34)
	MD en GMF et demandes à l'interne (CLSC)	Psychologue spécialiste clinique	134,5 (n = 16)	
	Autres références	Agent de liaison	140,2 (n = 11)	
HRR	Toutes les demandes	Accueil psychosocial	52,7 (n = 28)	52,7* (n = 28/30)
RY	Usager ou famille, organismes communautaires sauf Le Phare	Accueil psychosocial	59,0 (n = 3)	107,3 (n = 22/27)
	Autres références	Agent de liaison	119,2 (n = 19)	
Suroît	Usager ou famille	Accueil psychosocial	105,0 (n = 5)	117,2 (n = 20/20)
	Autres références	Agent de liaison du guichet d'accès	121,3 (n = 15)	

*Résultat statistiquement significatif ($p < 0,05$).

4.6 Services pressentis au moment de l'orientation

Une fois évalués, l'utilisateur et sa famille pouvaient être orientés à plus d'un endroit (tableau 7). Parmi les cas dirigés en SMJ, le psychologue est le professionnel le plus souvent pressenti (55 %), suivi du travailleur social (38 %) et du psychoéducateur (12 %). Un adolescent sur cinq a été référé en pédopsychiatrie.

Tableau 7. Orientation des usagers suivant l'évaluation SMJ

VARIABLE	DONNÉES	Champlain n (%)	HRR n (%)	RY n (%)	Suroît n (%)	TOTAL n (%)
Service pressenti suivant l'évaluation de l'utilisateur (orientation)	SMJ	34 (100,0)	30 (100,0)	27 (100,0)	20 (100,0)	111 (100,0)
	FEJ	4 (11,8)	2 (6,7)	7 (25,9)	1 (5,0)	14 (12,6)
	Référence médicale	1 (2,9)	6 (20,0)*	2 (7,4)	0 (0,0)	9 (8,1)
	Pédopsychiatrie	3 (8,8)*	10 (33,3)*	10 (37,0)*	0 (0,0)*	23 (20,7)
	CJM / DPJ	4 (11,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (10,0)	6 (5,4)
	CRDITED	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)
	Ressources dans la communauté	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (7,4)	0 (0,0)	2 (1,8)

*Résultat statistiquement significatif ($p < 0,05$).

Traitement et suivi

Professionnels impliqués

Le tableau 8 présente les principaux professionnels rencontrés à l'étape du traitement, de même que les différences statistiquement significatives entre les milieux. En moyenne, les usagers ont rencontré 3,4 professionnels à cette étape. Ce nombre est statistiquement plus élevé dans HRR ($\bar{x}$: 4,1), mais plus petit dans le Suroît ($\bar{x}$: 2,4). À nouveau, le psychologue revient le plus souvent (81 %), suivi du travailleur social (73 %) et du pédopsychiatre (38 %). Plus d'un jeune sur dix a fait l'objet d'une co-intervention.

Tableau 8. Professionnels rencontrés à l'étape du traitement

VARIABLE	DONNÉES	Champlain n (%)	HRR n (%)	RY n (%)	Suroît n (%)	TOTAL n (%)
Professionnels rencontrés suivant l'évaluation	Médecin physicien	9 (26,5)*	3 (10,0)	5 (18,5)	0 (0,0)*	17 (15,3)
	Travailleur social	25 (73,5)	24 (80,0)	22 (81,5)	10 (50,0)	81 (73,0)
	Psychoéducateur	9 (26,5)	9 (30,0)	12 (44,4)	4 (20,0)	34 (30,6)
	Psychologue	30 (88,2)	26 (86,7)	15 (55,6)*	19 (95,0)	90 (81,1)
	Pédopsychiatre	10 (29,4)	12 (40,0)	17 (63,0)*	3 (15,0)*	42 (37,8)
	Autre professionnel §	1 (2,9)	0 (0,0)	3 (11,1)	2 (10,0)	6 (5,4)
	Ressource communautaire	1 (2,9)*	10 (33,3)*	1 (3,7)	2 (10,0)	14 (12,6)
	Co-thérapie	2 (5,9)	5 (16,7)	8 (29,6)*	0 (0,0)	15 (13,5)

§Catégorie comprenant les professionnels en ergothérapie, en audiologie, en orthophonie et en nutrition.

*Résultat statistiquement significatif ($p < 0,05$).

4.7 Délais de services

En moyenne, les usagers ont attendu 84 jours pour rencontrer le professionnel déterminé au moment de l'orientation. Huit jeunes sur dix ont patienté moins de six mois avant de débiter leur traitement, mais 5 % ont dû attendre plus d'un an (données non présentées ici). Dans l'ensemble, l'attente ne varie pas de façon significative en fonction du motif, des attentes ou de la provenance de la demande. Toutefois, le délai est significativement plus long dans RY, où il atteint 117 jours en moyenne (tableau 9).

Tableau 9. Délai moyen entre l'évaluation en SMJ et le premier service reçu (n = 50)

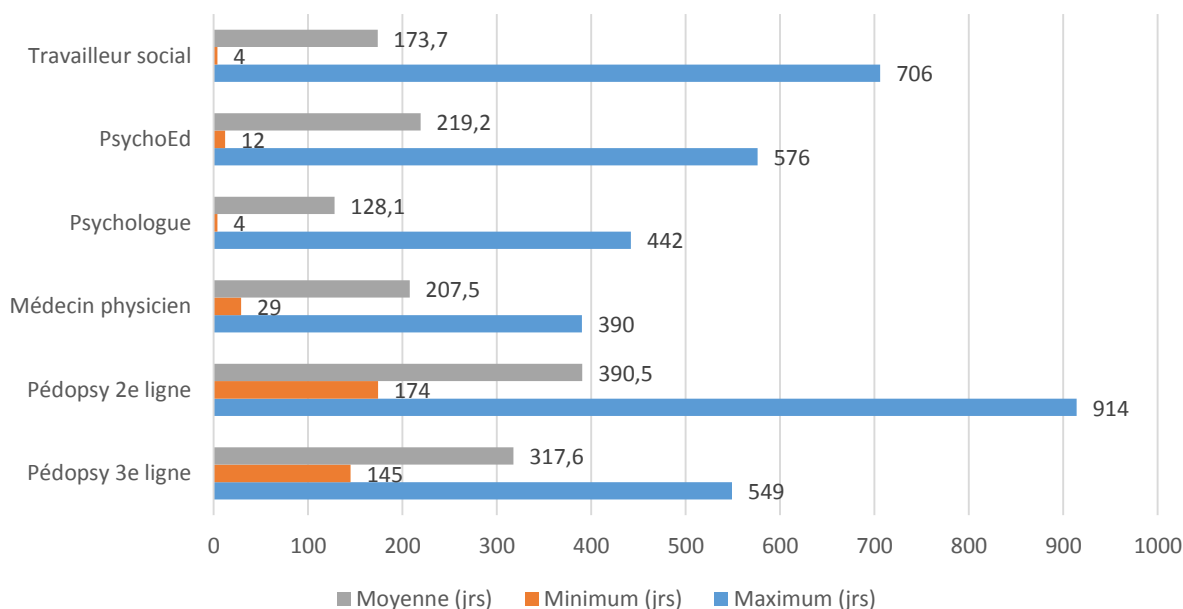
VARIABLE	Champlain	HRR	RY	Suroît	TOTAL
Délai moyen (jrs) §	73,9 (n = 11/34)	61,8 (n = 18/30)	117,0* (n = 16/27)	84,4 (n = 5/20)	84,4 (n = 50/111)

§Exclusions : données manquantes (dates), jeunes vus par un autre professionnel entre la demande de services initiale et l'évaluation SMJ, deux valeurs aberrantes.

*Résultat statistiquement significatif ($p < 0,05$).

À titre informatif, nous avons calculé le **délai moyen écoulé entre la demande initiale de services de santé mentale et le premier service reçu par type de professionnel** (graphique 1). En général, le psychologue est l'intervenant vu le plus rapidement après la demande initiale ($\bar{x}$: 128 jours), alors qu'il faut en moyenne plus d'un an pour rencontrer un pédopsychiatre de 2^e ligne. Toutefois, ce délai ne correspond pas au temps d'attente réel puisque la référence officielle au service (ex. : pédopsychiatrie) peut être faite au moment de l'évaluation SMJ ou du suivi selon les besoins cliniques. Les analyses croisées ont mis en évidence certains facteurs influençant ce délai. D'une part, le délai pour rencontrer un travailleur social est statistiquement plus court si la demande provient d'un centre hospitalier ($\bar{x}$: 80 jours). D'autre part, l'attente est moins longue pour voir un psychoéducateur lorsque l'utilisateur (ou sa famille) est à l'origine de la référence. Enfin, le délai moyen pour rencontrer un psychologue est statistiquement plus court dans le RLS du HRR ($\bar{x}$: 86 jours) et plus long dans celui de Champlain ($\bar{x}$: 160 jours).

Graphique 1. Délai en jours entre la demande initiale de services de santé mentale et le premier service reçu, par type de professionnel



4.8 Issue du traitement et adéquation des services pressentis et offerts

Environ 30 % des dossiers révisés contenaient un plan d'intervention (PI) ou de services individualisés (PSI). Dans 32 % des cas, le dossier en santé mentale a été fermé, et ce, pour diverses raisons (ex. : atteinte des objectifs initiaux, absence de progrès cliniques, manque de collaboration du jeune ou de sa famille, transfert du dossier à un autre service).

Malgré qu'ils aient été pressentis au moment de l'orientation, tous les services n'ont pas été délivrés (tableau 10). Par exemple, seulement 29 % des usagers référés en FEJ ont reçu ces services suivant l'orientation et moins d'un jeune sur deux a été évalué par un médecin. De leur côté, les professionnels SMJ ont desservi 98 % de la clientèle leur ayant été référée. Par ailleurs, certains jeunes ont été référés à des services initialement non pressentis (ex. : pédopsychiatrie) en raison de leur évolution clinique (données non présentées ici).

Tableau 10. Proportion des services pressentis à l'orientation ayant été délivrée au final

VARIABLE	FEJ	SMJ	RÉFÉRENCE MÉDICALE	PÉDOPSYCHIATRIE	CJM / DPJ	CRDITED	RESSOURCES COMMUNAUTAIRES
Proportion délivrée (%)	28,6	98,2	44,4	65,2	100,0	100,0	50,0

Données complémentaires

À partir de la banque GESTRED, nous avons extrait des données sur les indicateurs d'accès aux services SMJ 1^{re} ligne en 2015-2016 (périodes 11 et 13) pour chaque RLS et l'ensemble de la Montérégie. Le tableau 11 oppose ces indicateurs aux ressources professionnelles disponibles (exprimées en équivalent temps complet ou ETC) dans chaque milieu. D'emblée, nous remarquons la répartition inégale des ressources entre les RLS, le Suroît en disposant le moins et de Champlain, le plus. Bien qu'il se positionne deuxième en termes d'effectifs professionnels, c'est à RY qu'on note le plus grand nombre d'usagers en attente de services SMJ 1^{re} ligne (y compris hors délai) et que se retrouve la valeur maximale d'attente parmi les quatre sites à l'étude. Malgré des effectifs un peu moins élevés, c'est au RLS de HRR qu'on constate la liste d'attente la moins longue. Enfin, seuls 66 % des jeunes Montérégiens nécessitant des services SMJ 1^{re} ligne en ont reçu en 2015-2016.

Tableau 11. Ressources et indicateurs liés à l’accessibilité des services SMJ 1^{re} ligne de chaque RLS à l’étude, 2015-2016 (P11 et P13)

		CHAMPLAIN	HRR	RY	SUROÎT	MONTÉRÉGIE
Ressources dans les équipes SMJ 1 ^{re} ligne						
Psychologie	ETC	9,2	4,6	5,8	3,0	ND
Psychoéducation	ETC	2,6	3,0	2,6	1,4	ND
Travail social	ETC	2,0	2,0	2,4	2,0	ND
Autre intervenant*	ETC	1,0	1,0	0,0	0,6	ND
TOTAL	ETC	14,8	10,6	10,8	7,0	ND
Indicateurs liés à l’accessibilité des services SMJ 1 ^{re} ligne						
Usagers suivis (P11, 2015-2016)	n	599	485	445	284	3 749
Nombre estimé d’usagers nécessitant des services SMJ 1 ^{re} ligne §	n	839	781	892	197	5 664
Proportion d’usagers nécessitant des services SMJ 1 ^{re} ligne étant déjà suivis	%	71,4	62,1	49,9	144,2	66,2
Usagers en attente de services 1 ^{re} ligne (P13, 2015-2016)	n	114	10	169	46	618
Cas hors délai (c.-à-d. > 30 jours)	n	54	1	105	19	448
Attente maximale de services SMJ	Jours	200	64	511	367	759

*Exemple : spécialiste en activités cliniques (Champlain), technicienne en assistance sociale (HRR), éducateur (Suroît).

§Calculé à partir du fait que 70 % des 3 % de la population nécessitent des services de santé mentale 1^{re} ligne d’après la littérature.

En ce qui concerne la 2^e ligne (tableau 12), nous constatons à nouveau une distribution inégale des pédopsychiatres d’un RLS à l’autre. Ainsi, de Champlain en dispose davantage en raison du mandat à la fois local et régional de l’HCLM. Alors qu’il détient moins d’effectifs, le Suroît arrive deuxième en termes d’usagers suivis par un pédopsychiatre, à l’opposé des données issues de notre audit de dossiers. Par ailleurs, 97 % des usagers dans RY attendent plus de 30 jours pour avoir accès à des services pédopsychiatriques, alors que cette proportion est de 80 % pour l’ensemble de la Montérégie. Cependant, c’est au RLS du HRR que l’on retrouve la valeur maximale d’attente pour des services de 2^e ligne, soit plus de quatre ans. Enfin, pour 2015-2016, les services de pédopsychiatrie ont suivi 1,6 fois plus d’usagers que le nombre prévu. Ce nombre (3 974) dépasse même le nombre d’usagers suivis en 1^{re} ligne (3 749) au cours de la même période, la 2^e ligne assurant 51 % des services SMJ.

Tableau 12. Ressources et indicateurs liés à l’accessibilité des services SMJ 2^e ligne

		CHAMPLAIN	HRR	RY	SUROÏT	MONTÉRÉGIE
Répartition des pédopsychiatres en Montérégie*						
Postes comblés	n/n	13/13	4/4	3/4	2/4	22/25
Indicateurs liés à l’accessibilité des services SMJ 2 ^e ligne (2015-2016)						
Usagers suivis	n	1 340	578	530	630	3 974
Nombre estimé d’usagers nécessitant des services SMJ 2 ^e ligne §	n	1 185	335	244	336	2 465
Proportion d’usagers nécessitant des services SMJ 2 ^e ligne	%	113,1	172,5	217,2	187,5	161,2
Usagers en attente de services 2 ^e ligne	n	65	62	72	25	308
Cas hors délai (c.-à-d. > 30 jours)	n	44	40	70	16	246
Attente maximale de services SMJ	Jours	248	1 617	494	348	1 617

*D’après les plans d’effectifs médicaux 2016-2017, les données pour 2015-2016 n’étant plus accessibles à l’écriture de ces lignes.

§Calculé à partir du bassin de desserte pour chacun et du fait que 30 % des 3 % de la population nécessitent des services de santé mentale 2^e ligne d’après la littérature.

OBJECTIF 2 : Documenter la perception des intervenants et des gestionnaires en regard de l’offre de services SMJ des 1^{re}, 2^e et 3^e lignes

Les entrevues de groupe réalisées auprès d’intervenants, de professionnels de la santé et de gestionnaires ont permis de mieux comprendre la réalité et la perception de ces acteurs vis-à-vis l’offre de services SMJ dans leurs secteurs respectifs. Le tableau 13 présente le point de vue global des participants à ce sujet, indépendamment de leur RLS, en tenant compte des dimensions de la performance du modèle ÉGIPSS. Notons que la fonction « Maintien des valeurs » est intégrée à la prochaine section.

Tableau 13. Perception des participants en regard de l'offre de services SMJ et des dimensions de la performance (modèle ÉGIPSS)

PRODUCTION
Accessibilité : très difficile - Il y a de longs délais à tous les niveaux de services. - Les services et les modes d'accès sont encore méconnus des familles et des professionnels référents. - La demande de services SMJ 1^{re} ligne est élevée dans tous les milieux, mais les effectifs en place sont insuffisants. - L'accessibilité aux médecins, aux autres professionnels de la santé (ex. : orthophonie, ergothérapie), à la pédopsychiatrie (2^e et 3^e ligne) et aux ressources dans la communauté est globalement difficile. - Différentes stratégies ont été instaurées par les milieux pour réduire l'attente aux services.
Qualité des services : bonne dans l'ensemble - Malgré une attente longue, les services offerts sont généralement de qualité et appréciés par les familles. - L'interdisciplinarité et la présence d'un agent de liaison en santé mentale sont des pratiques qui améliorent l'expérience de soins et les services offerts dans la plupart des milieux.
Pertinence : variable - Plusieurs demandes ne sont pas nécessaires ni pertinentes aux yeux des intervenants et engorgent les services. - Un agent de liaison permet de filtrer les demandes aberrantes et de les diriger vers les bons services.
Continuité : très difficile - Il y a de longs délais à tous les niveaux de services et entre les étapes du continuum de services. - L'agent de liaison permet de coordonner les services entre eux, en plus de faciliter l'échange d'information. - La collaboration avec la 2^e et la 3^e ligne est habituellement bonne, mais la rétroaction reste insuffisante. - Malgré une pratique d'interdisciplinarité répandue, les opportunités formelles se font peu fréquentes pour discuter des cas entre professionnels. - Plusieurs jeunes sont confrontés à un bris de services en santé mentale à l'atteinte de la majorité.
Productivité : variable - La présence d'une structure encadrant le triage et l'évaluation (ex. : évaluation graduée, épisode, agent de liaison) permet d'optimiser la production de services. - La réalisation de co-évaluations et de co-interventions (si indiquées) sont des pratiques prometteuses, à condition d'avoir les effectifs suffisants. - À part le milieu scolaire, les équipes SMJ utilisent peu les ressources dans la communauté.
ATTEINTE DES BUTS
Efficience : variable - Il y a de longs délais à tous les niveaux de services et entre les étapes du continuum de services. - L'interdisciplinarité, la présence d'un agent de liaison en santé mentale et d'une structure encadrant le triage et l'évaluation sont des pratiques qui permettent d'optimiser la production de services.
Équité d'accès : pas pour tous - Plusieurs clientèles n'ont pas accès à des services appropriés : immigrants, jeunes défavorisés, problèmes neurodéveloppementaux (dont trouble du spectre autistique), jeunes en centre jeunesse, etc.
ADAPTATION AUX BESOINS
Viabilité, réactivité et sécurité : limitées - Vu le nombre élevé de références, certains professionnels réalisent plus d'activités d'évaluation que thérapeutiques. - Des stratégies pourraient être mises en place pour outiller les familles lorsque les délais > 3 mois. - Les longs délais entre les services, surtout en l'absence d'un médecin régulier, peuvent nuire à la sécurité du jeune et de sa famille. - La présence d'un agent de liaison 1^{re} ligne offre un filet de sécurité aux familles. - Plusieurs jeunes sont confrontés à un bris de services en santé mentale à l'atteinte de la majorité (transition jeune/adulte déficiente).

OBJECTIF 3 : Identifier les éléments du contexte organisationnel et politique influençant l'offre de services SMJ 1^{re} ligne

Jusqu'ici, nous avons constaté que plusieurs facteurs modulent la trajectoire des jeunes Montérégiens en SMJ 1^{re} ligne : provenance de la demande, connaissance des services SMJ et de leurs modes d'accès dans la population et chez les professionnels, effectifs en place, etc. Dans la section qui suit, nous nous intéresserons aux principaux éléments contextuels qui influencent l'offre de services SMJ, abordant par le fait même la dernière fonction d'un système performant : le maintien des valeurs. Le tableau 14 présente les grandes conclusions d'un travail d'appréciation dont les étapes ont été décrites précédemment (voir méthodologie). Rappelons que le constat était « globalement négatif » si le facteur favorable se retrouvait dans deux RLS ou moins, alors qu'il était « globalement positif » s'il était présent dans au moins trois des quatre RLS. Pour une version détaillée de l'analyse, le lecteur est invité à consulter l'annexe 3.

Tableau 14. Principaux constats concernant les facteurs contextuels impliqués dans l'offre de services SMJ 1^{re} ligne

ÉTAPES DU CONTINUUM	CONSTAT GLOBALEMENT <u>POSITIF</u>	CONSTAT GLOBALEMENT <u>NÉGATIF</u>
Repérage	- Présence d'un agent de liaison en santé mentale dans la majorité des milieux pour supporter les référents et l'utilisateur.	- Méconnaissance répandue des services SMJ et de leurs modes d'accès dans la population et chez les professionnels; - Accès très difficile à un suivi médical en 1^{re} ligne.
Évaluation-Orientation	- Présence d'un agent de liaison en santé mentale pour évaluer la pertinence du cas et l'assigner à un professionnel; - Pratique et culture organisationnelle favorables à l'interdisciplinarité, dont la réalisation de co-évaluations si indiquées; - Stabilité et bon climat au sein des équipes SMJ.	- Effectifs en SMJ insuffisants dans tous les milieux pour accueillir, filtrer et traiter les demandes reçues; - Opportunités formelles peu fréquentes pour discuter de l'orientation des cas avec d'autres professionnels; - Ressources matérielles et financières insuffisantes dans plusieurs milieux et interférant avec le processus; - Manque de ressources pour répondre aux besoins de certaines clientèles et problématiques.
Traitement	- Présence d'un agent de liaison en santé mentale pour coordonner les services et faciliter l'échange d'information entre professionnels; - Mise en place de stratégies pour réduire l'attente ou bien outiller la famille en attendant le traitement dans la majorité des milieux; - Bonne collaboration avec les intervenants du milieu scolaire; - Mandat et rôle de chaque membre de l'équipe clairement définis; - Stabilité et bon climat au sein des équipes SMJ.	- Effectifs en SMJ insuffisants dans tous les milieux pour donner des soins et traiter; - Accès et collaboration difficiles avec les médecins, les professionnels hors-SMJ et la pédopsychiatrie (2^e et 3^e ligne); - Sous-utilisation des organismes communautaires; - Manque de ressources pour répondre aux besoins de certaines clientèles et problématiques. - Opportunités formelles peu fréquentes pour discuter de la prise en charge des cas avec d'autres professionnels, y compris le médecin et le pédopsychiatre répondant; - Présence insuffisante d'activités de formation en matière d'interventions en santé mentale.

Parmi les éléments positifs, la présence d'un **agent de liaison** en santé mentale ressort dans tous les RLS. Aux yeux des participants, cet intervenant apporte une valeur ajoutée à toutes les étapes du continuum de soins, autant pour l'utilisateur et sa famille (support, filet de sécurité) que pour les professionnels (coordination des services, échanges d'information). Soulignons également la proactivité des milieux à mettre en place **des stratégies visant à réduire l'attente des usagers et des familles** (ex. : traitement d'un nombre minimal de dossiers par semaine, liste d'attente informatisée permettant de suivre le délai d'attente des usagers, date réseau de trois mois entre les services) **ou bien à les outiller entretemps** (ex. : groupes de soutien pour certaines problématiques de santé mentale, personne à rejoindre si la situation se détériore).

Aux étapes de l'évaluation/orientation et du traitement, le constat global par rapport à la **pratique de l'interdisciplinarité** est mitigé. D'un côté, cette pratique serait particulièrement développée dans le RLS de RY en raison de la bonne cohésion entre les niveaux de services et de la proximité géographique des professionnels. On y trouve même un « réseau intégré de services de santé mentale » regroupant des partenaires de tous les secteurs (ex. : intervenants scolaires, pédopsychiatre, CRDITED, organisme Le Phare, chefs de protection du CJM) et qui se rencontrent quatre à cinq fois par année pour discuter des enjeux et des solutions possibles en matière de services SMJ. Par contre, dans le RLS du HRR, les professionnels disposent de plusieurs opportunités formelles pour discuter de cas entre eux, y compris avec un pédopsychiatre répondant aux deux semaines. Dans une logique de soins partagés, ce milieu a aussi mis en place un service d'appréciation des symptômes, où un travailleur social ou un psychoéducateur réalisent un survol de la situation. Le psychologue, en nombre restreint, ne reçoit alors que les cas nécessitant une évaluation plus approfondie. Dans le RLS de Champlain, la mise en application du travail interdisciplinaire est limitée par le nombre important de demandes à traiter, de même que par le manque d'occasions formelles pour discuter entre professionnels et le support quasi-absent de la 2^e ligne. Dans le Suroît, le manque flagrant d'effectifs et la culture organisationnelle tendant à s'en éloigner rendent le travail interdisciplinaire particulièrement difficile. D'après les participants de ce milieu, cette situation finit par avoir des conséquences sur la qualité des soins offerts et sur le climat au sein de l'équipe SMJ.

À part celles du milieu scolaire, les intervenants utiliseraient peu les **ressources de leur secteur**, notamment les organismes communautaires ayant une mission liée à la santé mentale, souvent par méconnaissance. De plus, plusieurs intervenants se sont dits démunis ou mal outillés pour desservir certaines clientèles (ex. : immigrants, troubles neurodéveloppementaux) vu le manque de ressources adaptées dans leur milieu et la présence insuffisante d'activités de formation en milieu de travail.

À un niveau plus macroscopique (**politique**), deux lois ont influencé les pratiques au sein des équipes rencontrées : la loi n°21 (ou *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*) et la loi n°10 (ou *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*). D'une part, la **loi n°21** aurait eu des impacts opposés au sein du réseau. Dans le RLS du HRR, elle a amené les professionnels SMJ à revoir leurs façons de faire en matière d'évaluation en priorisant davantage les pratiques apportant une valeur ajoutée à leurs yeux. Par contre, dans le Suroît, cette loi a eu comme impact d'amener les psychologues à réaliser davantage d'évaluations, leur laissant peu de temps à consacrer au traitement. D'autre part, la **loi n°10** aurait affecté les RLS de plusieurs façons : insécurité d'emploi chez les professionnels, impacts sur le travail interdisciplinaire (notamment sur les activités du réseau intégré de services dans RY qui ont dû être mises sur la glace temporairement), fatigue et démotivation des intervenants, etc. Certains partenaires, en particulier les services de 2^e ligne, offriraient un support moindre à la 1^{re} ligne en raison des limitations professionnelles et budgétaires imposées par le ministère, de même que de leur débordement actuel. Par ailleurs, plusieurs participants ont déploré la disparition de l'Agence de santé et des services sociaux, qui permettait une certaine coordination des services SMJ sur l'ensemble du territoire, en plus d'offrir des formations pertinentes dans ce domaine. À leurs yeux, cette loi aurait affecté plusieurs dimensions de la performance (ex. : accessibilité et continuité des services, qualité des interventions, efficience des 1^{re} et 2^e lignes) en matière de santé mentale pour jeunes, en plus de nuire au climat de travail dans le réseau.

5. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Le travail que nous avons réalisé nous a permis de jeter un nouveau regard sur l'offre de services SMJ 1^{re} ligne et d'en comprendre différentes facettes. En documentant le cheminement des usagers dans leur trajectoire de services et en allant chercher la perception d'intervenants et de gestionnaires de quatre milieux, nous avons pu faire ressortir des défis, mais aussi des pratiques prometteuses pour améliorer l'offre et la performance des services SMJ en Montérégie.

RECOMMANDATION 1 : Les équipes SMJ doivent faire connaître leurs services à leur population, de même qu'aux professionnels de leur milieu.

D'après les intervenants rencontrés, les services SMJ et leurs modes d'accès sont encore méconnus de la population générale et des professionnels de la santé. Pour le **jeune et sa famille**, cette situation peut retarder leur accès aux services de santé mentale, avec le risque que leur condition se détériore et soit difficile à corriger une fois pris en charge. Cette situation est d'autant plus problématique pour les familles sans médecin qui se tourneront bien souvent vers les services d'urgence dans l'espoir de recevoir

de l'aide. Pour l'**accueil psychosocial** et les **équipes SMJ**, cette situation génère un nombre élevé de requêtes non pertinentes à trier, amenant alors une congestion dans les services et certains professionnels à faire plus d'évaluations que de traitements. Par ailleurs, le **réfèrent** peut vivre de la frustration si sa requête est bloquée ou réorientée vers un autre service (ex. : FEJ) que les SMJ. Pour favoriser une utilisation efficace et pertinente des services SMJ, il importe que les équipes SMJ se fassent connaître localement en:

- (1) Approchant les milieux référents (ex. : GMF, cabinets privés, centres hospitaliers, organismes communautaires, milieu scolaire) pour leurs présenter leurs services;
- (2) Informant la population sur l'existence de ces services et leurs modes d'accès, notamment via des livrables (ex. : brochure, référence internet) disponibles dans les endroits stratégiques (ex. : cliniques médicales, école, réseaux sociaux).

RECOMMANDATION 2 : Chaque RLS doit revoir sa façon de faire concernant le triage et le traitement des demandes reçues pour des services SMJ 1^{re} ligne.

Naturellement, chaque RLS tente d'optimiser ses méthodes de travail en fonction des effectifs en place, de même que des caractéristiques et des besoins de la population à desservir, expliquant la variabilité des trajectoires d'un milieu à l'autre (annexe 2). Dans notre étude, la trajectoire présente dans le RLS du HRR se démarque de trois façons : (1) elle dispose d'une porte d'entrée unique qui lui permet de centraliser le tri et de traiter de façon plus équitable les demandes reçues (2) toutes les requêtes passent par un agent de liaison avant d'arriver à l'évaluation SMJ, permettant un deuxième tri des demandes (aussi vrai à RY et au Suroît) (3) ce RLS s'est doté d'un service d'appréciation des symptômes où le psychoéducateur ou le travailleur social fait un survol de la situation et ne réfère au psychologue que les cas nécessitant une évaluation plus approfondie. La combinaison de tous ces éléments pourrait expliquer en partie pourquoi ce RLS performe mieux en termes de délai moyen entre la demande initiale de services et la première évaluation en SMJ (53 jours), ainsi qu'au niveau des indicateurs extraits de la banque GESTRED (nombre d'utilisateurs en attente, nombre de cas hors-délais, valeur maximale d'attente) malgré des effectifs moins élevés qu'à Champlain et RY. Certes, nous sommes encore loin des 30 jours visés dans le PASM 2015-2020, mais ce milieu s'en rapproche le plus. Malheureusement, la littérature est muette aux sujets des meilleures pratiques pour optimiser les processus de triage et de traitement des demandes en santé mentale jeunesse. Par contre, il est démontré que l'agent de liaison en 1^{re} ligne est un atout en santé mentale, autant pour l'utilisateur et sa famille (soutien, filet de sécurité) que pour les professionnels (coordination des services, échange d'information). Ce faisant, cet intervenant favorise l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts, en plus d'augmenter l'efficacité du réseau.

Dans ce contexte, nous croyons prometteur que chaque milieu :

- (1) Adopte un système d'accès à porte d'entrée unique pour l'ensemble des demandes reçues
- (2) S'assure d'un nombre suffisant d'effectifs à l'accueil psychosocial pour réaliser un premier tri des demandes reçues au CLSC;
- (3) Se dote d'un agent de liaison en santé mentale 1^{re} ligne, si ce n'est déjà le cas;
- (4) Revoit comment il peut optimiser le travail d'évaluation des professionnels SMJ en place (ex. : service d'appréciation des symptômes, date réseau).

RECOMMANDATION 3 : Le rôle et l'implication des médecins de 1^{re} ligne doivent être renforcés.

En Montérégie, l'implication des médecins de 1^{re} ligne (omnipraticiens et pédiatres) en SMJ est actuellement limitée en raison de plusieurs facteurs : effectifs restreints, formation insuffisante en matière de santé mentale (ex. : pharmacologie), méconnaissance des ressources, soutien insuffisant des autres niveaux de services, dont la 2^e ligne, etc. Cette situation a des impacts sur plusieurs dimensions de la performance (ex. : accessibilité, continuité, qualité, sécurité) et sur l'ensemble du continuum de services en Montérégie. Entre autres, elle amène une surconsommation des services de 2^e ligne. À titre informatif, 49 % des usagers suivis en santé mentale l'étaient en 1^{re} ligne d'après les données de la banque GESTRED (2015-2016). Nous sommes donc bien loin des 70 % visés dans le PASM 2015-2020. Devant pareil constat, il devient nécessaire de renforcer le rôle et l'implication des médecins de 1^{re} ligne en SMJ, notamment en :

- (1) Précisant et diffusant les mécanismes de référence et d'accès aux services SMJ auprès des médecins de famille et des pédiatres, comme il apparaît dans le dernier PASM;
- (2) Leur offrant le soutien clinique nécessaire et adapté à leurs besoins (ex. : pharmacologie, interventions à favoriser), que cela prenne la forme (a) d'activités de formation (b) d'outils d'aide à la décision (ex. : guides de pratiques) ou (c) de professionnels répondants (ex. : agent de liaison en 2^e ligne, pédopsychiatre répondant). Toutes ces mesures sont démontrées comme étant efficaces dans la littérature.

RECOMMANDATION 4 : La 2^e ligne doit collaborer davantage avec la 1^{re} ligne.

Comme nous venons de le voir, la 2^e ligne est amenée à évaluer et à suivre un nombre important de jeunes Montérégiens pour remédier aux difficultés de la 1^{re} ligne. Dans l'ensemble, les équipes de pédopsychiatrie de 2^e ligne offrent des services de qualité aux usagers selon les participants rencontrés. Toutefois, l'accès et la continuité des services pédopsychiatriques sont difficiles dans tous les milieux (temps d'attente dépassant souvent un an). Plusieurs facteurs contribueraient à cette situation : 2^e ligne

débordée par un nombre élevé de demandes et le suivi de clientèles lourdes (ex. : trouble du spectre autistique), répartition inégale des pédopsychiatres sur l'ensemble du territoire montréalais, concentration des lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie à l'HCLM, implication variable du pédopsychiatre répondant d'un milieu à l'autre, etc. Également, peu d'établissements de santé ont déployé la fonction de « professionnel répondant en santé mentale » (agent de liaison 2^e ligne) pour supporter les professionnels en communauté, pourtant recommandé dans le PASM 2015-2020. En bout de ligne, cette situation affecte l'accessibilité et la fluidité des services, en plus de priver les milieux d'une expertise précieuse et d'opportunités favorisant le transfert des connaissances. Il importe donc d'améliorer la cohésion entre les 1^{re} et 2^e lignes en :

- (1) S'assurant de la disponibilité d'un pédopsychiatre répondant dans tous les RLS de la Montérégie;
- (2) Amenant tous les établissements de santé montréalais à se munir d'un agent de liaison 2^e ligne;
- (3) Offrant aux milieux (1^{re} ligne et partenaires) des opportunités formelles pour discuter de cas cliniques (ex. : rencontre d'équipe, visioconférence) avec la 2^e ligne;
- (4) Favorisant la formation et le transfert des connaissances auprès de ses partenaires (ex. : discussions de cas, cours théoriques, formation des équipes).

RECOMMANDATION 5 : Les milieux doivent répondre aux besoins des clientèles vulnérables.

Aux yeux des intervenants et des gestionnaires rencontrés, certaines clientèles et problématiques rattachées à la santé mentale ne sont pas évaluées et/ou traitées adéquatement. Parmi les plus vulnérables, nous retrouvons les immigrants, les jeunes aux prises avec des troubles mentaux graves ou complexes et ceux avec des problèmes neurodéveloppementaux. D'une part, les équipes SMJ ne sont pas nécessairement bien outillées pour évaluer ou intervenir auprès de ces clientèles. D'autre part, les professionnels pertinents (ex. : ergothérapeutes, neuropsychologues, interprètes) sont souvent peu nombreux ou ne sont accessibles qu'au privé. Enfin, les ressources communautaires sont méconnues des intervenants ou bien sous-utilisées. Dans certains cas, la ressource n'est pas disponible en Montérégie, amenant les familles à aller chercher le service ailleurs (ex. : Montréal). Afin de mieux desservir ces clientèles, il importe :

- (1) De favoriser le recrutement de certains professionnels (ex. : ergothérapeutes, neuropsychologues, orthophonistes) pour assister les membres de l'équipe SMJ;
- (2) D'offrir des activités de formation aux professionnels SMJ, notamment sur les approches à favoriser et les interventions prouvées efficaces auprès de ces clientèles;

- (3) D'identifier et de créer des partenariats avec les ressources et organismes communautaires offrant des services liés à la santé mentale (ex. : Le Baluchon, L'Éclusier du Haut-Richelieu) ou aux enjeux rattachés (ex. : toxicomanie, enjeux culturels liés à l'immigration).

RECOMMANDATION 6 : Les 1^{re} et 2^e lignes doivent mettre en place des mécanismes favorisant la transition des services SMJ à l'âge adulte.

D'après les participants rencontrés, en raison de mécanismes mal coordonnés et d'un manque de collaboration des services de santé mentale adultes (SMA), bien des jeunes se retrouvent sans suivi du jour au lendemain à l'atteinte de leur majorité. En fonction de la gravité du trouble, du réseau social du jeune et de son niveau d'autonomie, ce bris de services peut avoir de graves conséquences pour le jeune adulte (ex. : détérioration clinique, suicide, toxicomanie, criminalité, itinérance) mais aussi pour son entourage (ex. : épuisement, danger pour la sécurité) et la société (ex. : consultations à l'urgence, absentéisme). Le PASM 2015-2020 souligne d'ailleurs l'importance de corriger cette situation. Dans la littérature, il existe plusieurs modèles (ex. : autogestion des soins) et programmes de transition des soins à l'adulte (ex. : *On-Trac*, *Good 2 Go Transition Program*) qui pourraient être adaptés au contexte de santé mentale. Il est donc impératif que chaque niveau de services mette en place des moyens pour favoriser la transition des adolescents vers les services adultes en :

- (1) Amenant les services SMJ et SMA à élaborer un plan de transition individualisé et tenant compte des caractéristiques du jeune (ex. : sévérité du problème, réseau, niveau d'autonomie);
- (2) Encourageant fortement les professionnels (ex. : pédiatre) et les services SMJ à prolonger temporairement le suivi après l'âge de 18 ans jusqu'à ce que les services adultes aient pris le relais;
- (3) Développant des partenariats avec les organismes de la communauté pour assurer un filet de sécurité pour ceux dont la transition des services tarde.

RECOMMANDATION 7 : Il est essentiel d'offrir aux intervenants un lieu de concertation à l'intérieur même des CISSS, mais aussi à l'échelle de la Montérégie.

Auparavant, les professionnels de 1^{re} et de 2^e ligne pouvaient compter sur l'Agence de la santé et des services sociaux pour répondre à plusieurs besoins (ex. : concertation entre les milieux, amélioration des pratiques au niveau régional, activités de formation ciblées en matière d'intervention en SMJ). Depuis l'abolition de l'Agence suivant l'adoption de la loi n°10 en 2015, la coordination des services SMJ relève des CISSS et l'offre d'activités de formation est moins grande dans la majorité des milieux. Pourtant, la concertation entre les RLS montréalais permet de briser l'isolement de certains milieux et de discuter des défis et des solutions possibles pour offrir des services de meilleure qualité et mieux coordonnés à la

population. Au moment de l'étude, seul le RLS de RY avait conservé une structure favorisant la concertation entre ses partenaires (ex. : pédopsychiatres, organismes communautaires, CRDITED, milieu scolaire), bien que mise sur la glace temporairement en raison du contexte politique. C'est pourquoi nous recommandons la mise en place d'une table de concertation locale (CISSS) et régionale (Montréal) afin d'assurer un soutien aux établissements de santé. Ces tables devraient regrouper des professionnels et des gestionnaires de tous les milieux et faire le point sur les meilleures pratiques, les objectifs à poursuivre et les activités de formation pertinentes pour les intervenants.

6. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Notre étude nous a permis de jeter un regard nouveau sur l'offre et la trajectoire de services SMJ 1^{re} ligne en Montréal, en plus de mettre en lumière des éléments jusqu'ici sous-estimés. En raison des caractéristiques des RLS à l'étude, de la couverture des trois CISSS et de la triangulation des données provenant de différentes sources (dont la banque GESTRED), elle offre donc un portrait représentatif de la situation en Montréal, du moins en 2015-2016. Toutefois, les méthodes utilisées présentent certaines limitations. D'une part, les enfants (11 ans et moins) et les adolescents ne recevant pas des services de SMJ depuis au moins un an étaient exclus de l'étude en raison des critères de sélection retenus. D'autre part, l'information dans les dossiers révisés était parfois incomplète, affectant ainsi la collecte de données et nous privant d'analyses plus précises. Quant aux entrevues, elles étaient sujettes à des biais de sélection, de volontariat et de désirabilité sociale : la perception des participants ne reflète peut-être pas celle des autres intervenants. En plus de mettre l'emphasis sur un seul déterminant de la santé (organisation des services), nous n'avons rencontré aucun jeune ni famille pour des raisons principalement logistiques. Ces deux éléments nous privent donc d'une compréhension intégrale de la situation. Enfin, vu le devis transversal de notre étude, nous avons présenté une photo de la situation au moment de l'étude et non son évolution. Notre étude ne tient donc pas compte des changements et des travaux survenus dans la dernière année et demie.

CONCLUSION

Pour conclure, notre étude démontre que la trajectoire de services SMJ 1^{re} ligne n'est pas uniforme en Montréal, variant d'un milieu à l'autre en raison de facteurs politiques, organisationnels et humains. Les résultats et les recommandations de notre analyse ont été présentés le 24 avril 2017 à un comité de travail chargé d'optimiser l'offre de services SMJ. Composé de gestionnaires, de médecins et de pédopsychiatres, ce comité a accueilli positivement nos recommandations et nous a confirmé que des travaux majeurs étaient déjà en cours dans le but de mieux organiser et coordonner l'offre de services de santé mentale destinés aux jeunes Montréalais.

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

(en ordre alphabétique)

1. American Academy of Pediatrics (AAP). *Promoting Children's Mental Health*. <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/federal-advocacy/pages/mentalhealth.aspx> (consulté le 2 mai 2017).
2. Bergeron, S., Nour, K., Ouadahi, Y., Lambert, Y. 2017. *L'offre de services de santé mentale auprès des jeunes hébergés au Centre jeunesse de la Montérégie : constats et recommandations*. Direction de santé publique de la Montérégie.
3. Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). 2014. *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2014: Résultats et analyses*. Québec: Gouvernement du Québec; p. 1-5.
4. Duclos, C., Lebeau, A., et Guay, M. 2013. *Description des modes d'organisation des équipes de 1e ligne en santé mentale jeunesse en Montérégie*. Mémoire présenté à la faculté de Médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.
5. Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Belfer, M., Beautrais, A. *Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: A critical examination of the evidence*. *Am J Orthopsychiatry* 2005;75(4):676-83.
6. Hôpital Charles-LeMoine. *Grandir en santé mentale en Montérégie - Projet d'implantation d'un réseau intégré de services pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale*. Québec; 2001 69p.
7. Institut canadien d'information sur la santé. *La santé mentale des enfants et des jeunes au Canada – Infographie*. <https://www.cihi.ca/fr/la-sante-mentale-des-enfants-et-des-jeunes-au-canada-infographie> (consulté le 2 mai 2017).
8. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) (2002). *Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, Paris; Les Éditions INSERM, 66p.
9. Instituts de recherche en santé du Canada. 2010. *L'accès et les temps d'attente en santé mentale des enfants et des adolescents : Document d'information*. Site télé-accessible à l'adresse http://www.caphc.org/documents_programs/mental_health/2011_07_22_cmyh_access_backgrounder_fr.pdf
10. Jacobs, P., Dewa, C., Lesage, A., Vasiliadis, H.M., Escobar, C., Mulvale, G., Yim, R., 2010, *The Cost of Mental Health Services In Canada. A Report Of The Mental Health Commission Of Canada*. Institute Of Health Economics.
11. Kessler, R. C., et al. 2001. *The Prevalence and correlates of untreated serious mental illness*, *Health Services Research*, vol. 36 (6), p. 987-1007.
12. Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., et al. 2005b. *Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003*. *New England Journal of Medicine*, 352, 2515-2523.
13. Kutcher, S., Venn, D., Szumilas, M. 2009. *Mental health: The next frontier of health education*. *Education Canada*, 49(2), pp. 44-45. <http://www.cca-ace.ca/sites/cca-ace.ca/files/EdCan-2009-v49-n2-Kutcher.pdf>
14. Kutcher, S., Hampton, MJ., Wilson, J., 2010. *Child and adolescent mental health policy and plans in Canada: An analytical review*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(2), pp. 100-107.

15. Leitch, K.K., 2007. *Vers de nouveaux sommets – Rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes*. Santé Canada, 243 pages.
16. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 2015. *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 - Faire ensemble et autrement*. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.
17. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 2005. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.
18. Nour, K., Dutilly-Simard, S., Ouadahi, Y. 2015. *Trajectoire des services santé mentale jeune: vers une 1re ligne forte en Montérégie (protocole d'évaluation)*. Longueuil: Direction de santé publique de la Montérégie.
19. Offord, D. R., Boyle, M. H., Fleming, J. E., Blum, H. M. , Grant, N. I. *Ontario Child Health Study. Summary of selected results*. Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie 1989 Aug;34(6):483-91.
20. Organisation mondiale de la santé (OMS) (2005). *Mental Health Information Systems, Mental Health Policy and Service Guidance Package*, Genève, OMS, 100p.
21. Ouadahi Y. *Soutien aux bonnes pratiques de première ligne santé mentale jeunes de la Montérégie (résultats du questionnaire)*. Longueuil: Direction de l'organisation des services : secteur santé mentale; 2014.
22. Pica, L. A., Traoré, I., Camirand, H., Laprise, P., Bernèche, F., Berthelot, M., Plante, N. et autres (2013). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale*. Tome 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, 141 p.
23. Samargia, L., Saewyc, E. M., Elliott, B. A. *Foregone mental health care and self-reported access barriers among adolescents*. Journal of School Nursing. 2006;22(1):17–24.
24. Schachter, H., Girardi, A., Ly, M., Lacroix, D., Lumb, A., Van Berkomp, J., Gill R. 2008. *Effects of school-based interventions on mental health stigmatization : a systematic review*. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, (2)18,1-44.
25. Statistique Canada. *Coup d'œil sur la santé : Le taux de suicide : un aperçu*. No 82-624-X au catalogue. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm> (consulté le 24 avril 2017)
26. Ste-Marie R., Ouadahi Y. *Appréciation de la performance organisationnelle et clinique du continuum santé mentale jeunes de la Montérégie*. Longueuil: Direction de la gestion de l'information et des connaissances : secteur appréciation de la performance de la Montérégie; 2007.
27. UNICEF (FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE) (2011). *La situation des enfants dans le monde 2011. L'adolescence: l'âge de tous les possibles*. New York, Unicef, 138 p.
28. U.S. Department of Health and Human Services. *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, MD: 1999.
29. Waddell, C., Shepherd, C. 2002. *Prevalence of mental disorders in children and youth: a research update prepared for the British Columbia Ministry of Children and Family Development, Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit*. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, The University of British Columbia.1-5.

30. WHO (2012). *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risks factors*. Background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
31. WHO. *Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent – Adolescents et santé mentale*. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/fr/ (consulté le 1er mai 2017).

RÉFÉRENCES COMPLÉMENTAIRES

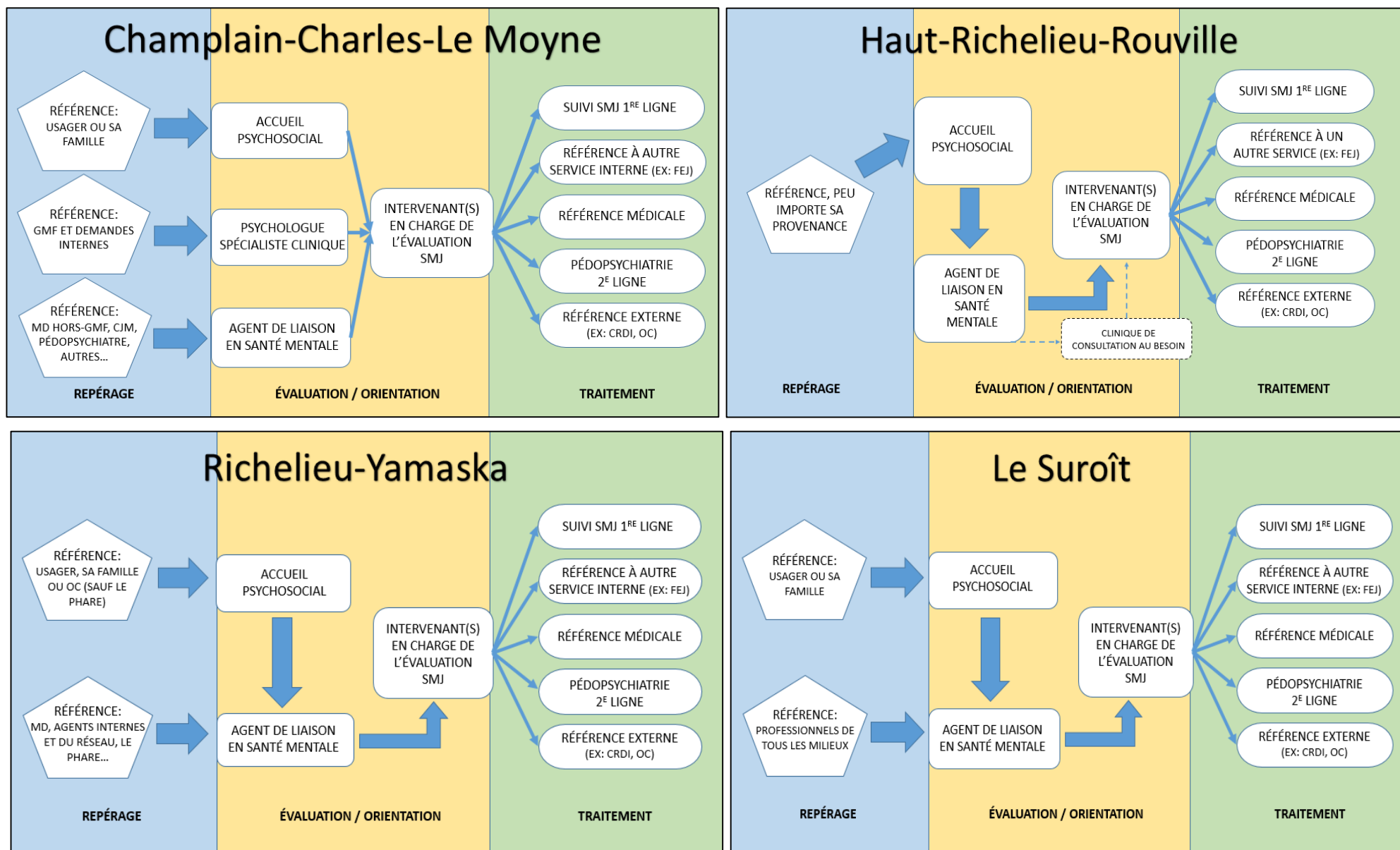
1. Commission de la santé mentale du Canada. Site télé accessible à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/Partenairesensantementale.aspx>
2. Geoffrion, P. 1993. Le Groupe de discussion, dans B. Gauthier (sous la direction de), *Recherche sociale de la problématique à la collecte des données*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 311-335.
3. Organisation mondiale de la santé. 2014. *Investir dans la santé mentale*, Genève.
4. Richard, C., Poissant, C., Gill, M. 2012. *Évaluation de l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière*. J Can Acad. Child Adolesc Psychiatry, 21 : 2, May 2012.
5. Sicotte, C., F, Champagne., AP, Contandriopoulos, J, Barnsley., F. Béland., SG, Leggat., JL, Denis., H, Bilodeau., A, Langley., M, Brémond.,GR, Baker. 1998. *A conceptual framework for evaluating health care organizations' performance*, Health Services Management Research, 11(1):24-41.
6. Unicef, la situation des enfants dans le monde. 2011. *L'adolescence : l'âge de tous les possibles*, New-York.

ANNEXE 1 : COMPARAISON DES QUATRE RLS À L'ÉTUDE ET DES DONNÉES MONTÉRÉGIENNES

	CHAMPLAIN	HRR	RY	SUROÏT	MONTÉRÉGIE
DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES					
Superficie couverte (km ²) (2011)	125	1 266	2 427	354	8 602
Nombre d'installations (2014)	8	16	13	5	173
Population totale (2013)	204 366	178 632	210 773	56 312	1 348 091
Population des 0-17 ans (2013)	39 041	37 260	42 731	9 432	268 837
% de croissance des 0-17 ans entre 2011 et 2036	21,1	13,2	9,8	5,2	13,6
% de la population vivant en région rurale (2011)	0,0	22,2	25,2	8,4	17,3
% d'immigrants (2011)	23,2	3,1	4,2	1,5	8,5
% de la population (25 ans et plus) sans diplôme ou grade (2011)	15,4	20,8	19,5	28,0	19,2
% de la population vivant sous le seuil de faible revenu (2010)	10,9	7,7	6,4	10,4	8,6
EFFECTIFS GLOBAUX DANS LES INSTALLATIONS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX					
Nombre d'effectifs présents dans le CSSS comparé au nombre total dans le CISSS	4 663 (52,1%)	4 063 (45,4%)	3 706 (31,2%)	2 014 (23,0%)	NA
Nombre de professionnels de la santé	188	137	130	56	1 373
Nombre de techniciens de la santé	365	211	214	139	1 584
Nombre de professionnels des services sociaux	272	198	226	114	2 397
Nombre de techniciens des services sociaux	54	62	42	17	1 895
Nombre de cliniques médicales (2015)	31	19	20	3	150
Nombre d'UMF ou de GMF (2014)	4	6	5	2	32
Nombre de médecins associés à une UMF ou un GMF (1 ^{er} janvier 2015)	73	83	95	27	486
Répartition des PEM de pédiatrie d'après le MSSS (2017)					
Postes occupés	5	7	10	4	43
Postes vacants	2	2	0	2	12
Répartition des PEM de pédopsychiatrie d'après le MSSS (2017)					
Postes occupés	13	4	3	2	25
Postes vacants	0	0	1	2	4
ACCESSIBILITÉ AUX MÉDECINS					
Indice d'accès aux omnipraticiens (2012)	1,07	0,85	0,91	1,15	0,89
Indice d'accès aux spécialistes (2012)	1,11	0,66	0,52	1,22	0,65
% de personnes inscrites auprès d'un médecin (1 ^{er} janvier 2015)	57,5	64,0	70,9	68,9	63,2
% de patients vulnérables en attente de GACO (1 ^{er} janvier 2015)	11,3	30,7	30,0	35,8	28,4
ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE SANTÉ MENTALE JEUNESSE DE 1^{ÈRE} LIGNE (2016-17)					
Nombre d'utilisateurs suivis à la période 11	594	475	574	308	4 009
Nombre estimé d'utilisateurs nécessitant des services SMJ 1 ^{ère} ligne	839	781	892	197	5 664

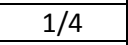
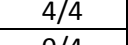
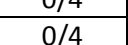
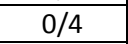
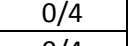
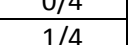
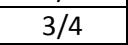
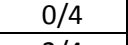
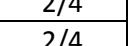
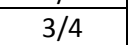
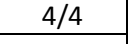
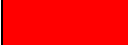
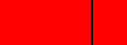
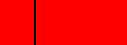
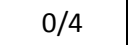
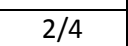
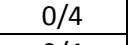
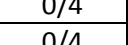
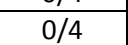
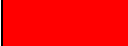
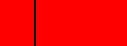
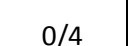
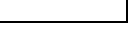
	CHAMPLAIN	HRR	RY	SUROÎT	MONTÉRÉGIE
% d'utilisateurs nécessitant des services SMJ 1 ^{ère} ligne actuellement suivis	70,8	60,8	64,3	156,3	70,8
Nombre d'utilisateurs en attente de services à la période 6	83	8	148	56	618
Nombre de cas hors-délai (i.e. délai > 30 jours) à la période 6	61	3	122	46	448
Attente maximale (en jours) pour des services SMJ à la période 6	166	123	540	523	759
ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE SANTÉ MENTALE JEUNESSE DE 2^{ÈRE} LIGNE (PÉDOPSYCHIATRIE)					
Nombre d'utilisateurs suivis par un pédopsychiatre à la période 11 (2014-15)	1 340	578	530	630	3974
Nombre estimé d'utilisateurs nécessitant des services pédopsychiatriques de 2 ^e ligne	360	335	382	84	2 424
% d'utilisateurs nécessitant des services étant actuellement suivis par un pédopsychiatre	372,2	172,5	138,7	750,0	163,9
Nombre d'utilisateurs en attente de services pédopsychiatriques à la période 6 (2016-17)	49	43	129	10	386
Nombre de cas hors-délai (i.e. délai > 30 jours) en pédopsychiatrie à la période 6 (2016-17)	37	31	121	9	348
Attente maximale (en jours) pour des services pédopsychiatriques à la période 6 (2016-17)	309	1 151	558	426	1 151
USAGERS DU CLSC, TOUT ÂGE CONFONDU (2013-14)					
Nombre d'utilisateurs différents en CLSC	362 063	308 318	373 524	155 478	359 916
% de la population recevant des services de santé mentale	0,8	1,1	1,0	1,0	1,0
% de la population recevant des services du programme « Jeunes en difficulté »	6,6	7,1	6,4	15,8	7,2
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (2015-16)					
Nombre d'organismes communautaires	39	49	58	36	358
Financement des organismes communautaires (M\$)	6,7	7,0	9,7	5,9	59,0
% dépense pour les services de santé mentale	32,5	17,5	20,1	24,2	21,5
INVESTISSEMENT EN SANTÉ (2013-14)					
Dépenses totales (M\$)	354	261	261	147	2 137
% de dépense par rapport au reste du CISSS	56,2	41,4	30,6	22,4	NA
% dépense en santé physique	54,3	41,0	36,2	48,0	34,3
% dépense pour les services de santé mentale	8,3	5,7	6,1	7,8	5,4

ANNEXE 2 : TRAJECTOIRE DES SERVICES SMJ DANS LES DIFFÉRENTS MILIEUX



ANNEXE 3 : APPRÉCIATION DES FACTEURS INFLUENÇANT LES DIFFÉRENTES DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE DES SERVICES SMJ EN FONCTION DU MILIEU ET DU MOMENT CONCERNÉ (QUALITATIF + QUANTITATIF)

SYSTÈME D'APPRÉCIATION POUR CHACUN DES SITES		SYSTÈME D'APPRÉCIATION POUR L'ENSEMBLE DE L'ÉCHANTILLON
	Élément peu présent voire absent dans le milieu : à développer	Proportions de sites où l'élément favorable est bien présent
	Présence variable de l'élément dans le milieu : à optimiser	
	Élément bien présent dans le milieu : à poursuivre	

FACTEURS FAVORISANT L'ACCESSIBILITÉ		CHAM	HRR	RY	SUR	TOTAL
Repérage	Bonne connaissance des services SMJ et de leurs modes d'accès par les familles et les référents					1/4
	Précision des besoins de l'utilisateur et/ou du référent via un agent de liaison en santé mentale					4/4
	Suivi assuré par un médecin (omnipraticien, pédiatre)					0/4
Évaluation-Orientation	Nombre suffisant d'effectifs en SMJ pour accueillir et traiter les demandes reçues					0/4
	Ressources jugées suffisantes en travail social pour faire de l'évaluation					0/4
	Ressources jugées suffisantes en psychoéducation pour faire de l'évaluation					0/4
	Ressources jugées suffisantes en psychologie pour faire de l'évaluation					0/4
	Présence d'une structure adéquate et flexible encadrant l'évaluation en-dehors du triage habituel					1/4
	Pratique et culture organisationnelle favorables à l'interdisciplinarité					3/4
	Opportunités formelles ou non de discuter de l'orientation du cas entre professionnels					0/4
	Présence d'un médecin dans l'équipe SMJ					2/4
	Accès à un pédopsychiatre répondant					2/4
	Pratique permettant la réalisation de co-évaluations si le cas l'exige					3/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
	Présence de services adaptés aux différentes clientèles et problématiques (ex : immigrants, problèmes neuro-développementaux)					0/4
	Ressources matérielles et financières suffisantes pour permettre la réalisation d'évaluations					2/4
Traitement	Ressources en service social en nombre suffisant pour traiter					0/4
	Ressources en psychoéducation en nombre suffisant pour traiter					0/4
	Ressources en psychologie en nombre suffisant pour traiter					0/4
	Accès facile aux médecins du milieu					0/4
	Accès facile aux professionnels hors-SMJ du milieu (ex : orthophonie, ergothérapie, neuropsychologie)					0/4

	Accès facile aux services de pédopsychiatrie de 2 ^e ligne					0/4
	Accès facile aux services de pédopsychiatrie de 3 ^e ligne, lorsque nécessaires					0/4
	Accès facile et collaboration des partenaires communautaires (ex : organismes, milieu scolaire)					0/4
	Pratique et culture organisationnelle favorables à l'interdisciplinarité					0/4
	Opportunités formelles ou non de discuter du cas entre professionnels					2/4
	Pratique permettant la réalisation de co-interventions (co-thérapie) si le cas l'exige					2/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
	Présence de services adaptés aux différentes clientèles et problématiques					0/4
	Stratégies visant à réduire les délais de traitement (ex : liste d'attente informatisée gérée par l'agent de liaison, date réseau de 3 mois, nombre minimal de dossiers à traiter par semaine)					2/4
FACTEURS FAVORISANT LA PRODUCTIVITÉ		CHAM	HRR	RY	SUR	TOTAL
Repérage	Bonne connaissance des services SMJ et de leurs modes d'accès par les familles et les référents					1/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
Évaluation-Orientation	Nombre suffisant d'effectifs en SMJ pour accueillir et traiter les demandes reçues					0/4
	Présence d'une structure adéquate et flexible encadrant l'évaluation en-dehors du triage habituel					1/4
	Pratique et culture organisationnelle favorables à l'interdisciplinarité					3/4
	Opportunités formelles ou non de discuter de l'orientation du cas entre professionnels					0/4
	Présence d'un médecin dans l'équipe SMJ					2/4
	Accès à un pédopsychiatre répondant					2/4
	Pratique permettant la réalisation de co-évaluations si le cas l'exige					3/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
Traitement	Ressources professionnelles en SMJ en nombre suffisant pour traiter					0/4
	Accès facile et collaboration des médecins du milieu					0/4
	Accès facile et collaboration des professionnels hors-SMJ du milieu					0/4
	Accès facile et collaboration des services de pédopsychiatrie de 2 ^e ligne et de 3 ^e ligne					0/4
	Accès facile et collaboration des partenaires communautaires					0/4
	Pratique et culture organisationnelle favorables à l'interdisciplinarité					3/4
	Opportunités formelles ou non de discuter du cas entre professionnels					1/4
	Pratique permettant la réalisation de co-interventions (co-thérapie) si le cas l'exige					2/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
	Stratégies visant à réduire les délais de traitement					2/4
	Stabilité et bon climat au sein de l'équipe SMJ					4/4
FACTEURS FAVORISANT LA PERTINENCE		CHAM	HRR	RY	SUR	TOTAL

Repérage	Bonne connaissance des services SMJ et de leurs modes d'accès par les familles et les référents					1/4
	Précision des besoins de l'utilisateur et/ou du référent via un agent de liaison en santé mentale					4/4
Évaluation-Orientation	Présence d'une structure adéquate et flexible encadrant l'évaluation en-dehors du triage habituel, y compris la personne attitrée à l'évaluation en fonction du motif de référence					1/4
	Opportunités formelles ou non de discuter de l'orientation du cas entre professionnels					0/4
	Présence d'un médecin dans l'équipe SMJ					2/4
	Accès à un pédopsychiatre répondant					2/4
	Pratique permettant la réalisation de co-évaluations si le cas l'exige					3/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
	Présence de services adaptés aux différentes clientèles et problématiques					0/4
	Présence suffisante d'activités de formation concernant les interventions en santé mentale jeunesse					0/4
Traitement	Collaboration avec les services de pédopsychiatrie de 2 ^e ligne et de 3 ^e ligne					0/4
	Collaboration des professionnels hors-SMJ pertinents à l'évaluation et/ou au traitement					0/4
	Collaboration avec les partenaires communautaires					0/4
	Pratique et culture organisationnelle favorables à l'interdisciplinarité					0/4
	Opportunités formelles ou non de discuter du cas entre professionnels					2/4
	Pratique permettant la réalisation de co-interventions (co-thérapie) si le cas l'exige					2/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
	Présence de services adaptés aux différentes clientèles et problématiques					0/4
	Mandat et rôle de chaque membre de l'équipe clairement définis					4/4
	Présence suffisante d'activités de formation concernant les interventions en santé mentale jeunesse					0/4
FACTEURS FAVORISANT LA CONTINUITÉ		CHAM	HRR	RY	SUR	TOTAL
Repérage	Bonne connaissance des services SMJ et de leurs modes d'accès par les référents					1/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
	Suivi régulier assuré par un médecin (omnipraticien, pédiatre)					0/4
Évaluation-Orientation	Nombre suffisant d'effectifs en SMJ pour accueillir et traiter les demandes reçues					0/4
	Présence d'une structure adéquate et flexible encadrant l'évaluation en-dehors du triage habituel					1/4
	Pratique et culture organisationnelle favorables à l'interdisciplinarité					3/4
	Opportunités formelles ou non de discuter de l'orientation du cas entre professionnels					0/4
	Présence d'un médecin dans l'équipe SMJ					2/4
	Accès à un pédopsychiatre répondant					2/4
	Pratique permettant la réalisation de co-évaluations si le cas l'exige					3/4

	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
Traitement	Ressources professionnelles en SMJ en nombre suffisant pour traiter					0/4
	Accès facile et collaboration des médecins du milieu					0/4
	Accès facile et collaboration des professionnels hors-SMJ du milieu					0/4
	Accès facile et collaboration des services de pédopsychiatrie de 2 ^e ligne et de 3 ^e ligne					0/4
	Accès facile et collaboration des partenaires communautaires					0/4
	Pratique et culture organisationnelle favorables à l'interdisciplinarité					0/4
	Opportunités formelles ou non de discuter du cas entre professionnels					2/4
	Pratique permettant la réalisation de co-interventions (co-thérapie) si le cas l'exige					2/4
	Stabilité au sein de l'équipe SMJ					4/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
	Stratégies visant à outiller la famille en attendant le début du traitement (ex : groupe de soutien, interventions de courte durée, rappel après 3 mois d'attente, personne à rejoindre)					2/4
FACTEURS FAVORISANT LA QUALITÉ		CHAM	HRR	RY	SUR	TOTAL
Repérage	Bonne connaissance des services SMJ et de leurs modes d'accès par la famille et les référents					1/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
	Suivi régulier assuré par un médecin (omnipraticien, pédiatre)					0/4
Évaluation-Orientation	Délai court entre la référence et l'évaluation					0/4
	Nombre suffisant d'effectifs en SMJ pour accueillir et traiter les demandes reçues					0/4
	Présence d'une structure adéquate et flexible encadrant l'évaluation en-dehors du triage habituel					1/4
	Pratique et culture organisationnelle favorables à l'interdisciplinarité					3/4
	Opportunités formelles ou non de discuter de l'orientation du cas entre professionnels					4/4
	Présence d'un médecin dans l'équipe SMJ					2/4
	Accès à un pédopsychiatre répondant					2/4
	Pratique permettant la réalisation de co-évaluations si le cas l'exige					3/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
	Présence de services adaptés aux différentes clientèles (ex : immigrants) et problématiques (ex : problèmes neuro-développementaux)					0/4
	Présence suffisante d'activités de formation concernant les interventions en santé mentale jeunesse					0/4
Traitement	Délai court entre l'orientation et le début du traitement					0/4
	Ressources professionnelles en SMJ en nombre suffisant pour traiter					0/4
	Accès facile et collaboration des médecins du milieu					0/4
	Accès facile et collaboration des professionnels hors-SMJ du milieu					0/4

	Accès facile et collaboration des services de pédopsychiatrie de 2 ^e ligne et de 3 ^e ligne					0/4
	Accès facile et collaboration des partenaires communautaires					0/4
	Pratique et culture organisationnelle favorables à l'interdisciplinarité					0/4
	Opportunités formelles ou non de discuter du cas entre professionnels					2/4
	Pratique permettant la réalisation de co-interventions (co-thérapie) si le cas l'exige					2/4
	Stabilité et bon climat au sein de l'équipe SMJ					4/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
	Présence de services adaptés aux différentes clientèles et problématiques					0/4
	Stratégies visant à outiller la famille en attendant le début du traitement					2/4
	Stratégies visant à réduire l'attente du traitement					2/4
	Présence suffisante d'activités de formation concernant les interventions en santé mentale jeunesse					0/4
FACTEURS FAVORISANT L'EFFICIENCE		CHAM	HRR	RY	SUR	TOTAL
Repérage	Bonne connaissance des services SMJ et de leurs modes d'accès par la famille et les référents					1/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
Évaluation-Orientation	Nombre suffisant d'effectifs en SMJ pour accueillir et traiter les demandes reçues					0/4
	Présence d'une structure adéquate et flexible encadrant l'évaluation en-dehors du triage habituel					1/4
	Pratique et culture organisationnelle favorables à l'interdisciplinarité					3/4
	Opportunités formelles ou non de discuter de l'orientation du cas entre professionnels					0/4
	Présence d'un médecin dans l'équipe SMJ					2/4
	Accès à un pédopsychiatre répondant					2/4
	Pratique permettant la réalisation de co-évaluations si le cas l'exige					3/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
	Ressources matérielles et financières suffisantes pour permettre la réalisation d'évaluations					2/4
	Présence suffisante d'activités de formation concernant les interventions en santé mentale jeunesse					0/4
Traitement	Ressources professionnelles en SMJ en nombre suffisant pour traiter					0/4
	Accès facile et collaboration des médecins du milieu					0/4
	Accès facile et collaboration des professionnels hors-SMJ du milieu					0/4
	Accès facile et collaboration des services de pédopsychiatrie de 2 ^e ligne et de 3 ^e ligne					0/4
	Accès facile et collaboration des partenaires communautaires					0/4
	Pratique et culture organisationnelle favorables à l'interdisciplinarité					0/4
	Opportunités formelles ou non de discuter du cas entre professionnels					2/4
	Pratique permettant la réalisation de co-interventions (co-thérapie) si le cas l'exige					2/4

	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
	Stratégies visant à réduire l'attente du traitement					2/4
	Stabilité et bon climat au sein de l'équipe SMJ					4/4
	Mandat et rôle de chaque membre de l'équipe clairement définis					4/4
	Présence suffisante d'activités de formation concernant les interventions en santé mentale jeunesse					0/4
FACTEURS FAVORISANT L'ÉQUITÉ						
		CHAM	HRR	RY	SUR	TOTAL
Repérage	Bonne connaissance des services SMJ et de leurs modes d'accès par TOUS					1/4
	Accès universel à un médecin (omnipraticien ou pédiatre)					0/4
Évaluation-Orientation	Nombre suffisant d'effectifs pour accueillir et traiter les demandes reçues					0/4
	Présence de services adaptés aux différentes clientèles et problématiques de santé mentale					0/4
	Ressources matérielles et financières suffisantes pour permettre la réalisation d'évaluations					2/4
Traitement	Présence de services adaptés aux différentes clientèles et problématiques de santé mentale					0/4
	Ressources professionnelles en SMJ en nombre suffisant pour traiter					0/4
	Accès facile et collaboration des médecins du milieu					0/4
	Accès facile et collaboration des professionnels hors-SMJ du milieu					0/4
	Accès facile et collaboration des services de pédopsychiatrie de 2 ^e ligne et de 3 ^e ligne					0/4
	Accès facile et collaboration des partenaires communautaires					0/4
FACTEURS FAVORISANT LA VIABILITÉ ET LA RÉACTIVITÉ						
		CHAM	HRR	RY	SUR	TOTAL
Repérage	Bonne connaissance des services SMJ et de leurs modes d'accès par la famille et les référents					1/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
	Nombre suffisant de médecins assurant un suivi des jeunes à la base (omnipraticien, pédiatre)					0/4
Évaluation-Orientation	Nombre suffisant d'effectifs en SMJ pour accueillir et traiter les demandes reçues					0/4
	Ressources jugées suffisantes en service social pour faire de l'évaluation					0/4
	Ressources jugées suffisantes en psychoéducation pour faire de l'évaluation					0/4
	Ressources jugées suffisantes en psychologie pour faire de l'évaluation					0/4
	Présence d'une structure adéquate et flexible encadrant l'évaluation en-dehors du triage habituel					1/4
	Pratique et culture organisationnelle favorables à l'interdisciplinarité					3/4
	Opportunités formelles ou non de discuter de l'orientation du cas entre professionnels					0/4
	Présence d'un médecin dans l'équipe SMJ					2/4
	Accès à un pédopsychiatre répondant					2/4
	Pratique permettant la réalisation de co-évaluations si le cas l'exige					3/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4

	Présence de services adaptés aux différentes clientèles et problématiques de santé mentale					0/4
	Ressources matérielles et financières suffisantes pour permettre la réalisation d'évaluations					2/4
Traitement	Ressources professionnelles en SMJ en nombre suffisant pour traiter					0/4
	Accès facile et collaboration des médecins du milieu					0/4
	Accès facile et collaboration des professionnels hors-SMJ du milieu					0/4
	Accès facile et collaboration des services de pédopsychiatrie de 2 ^e ligne et de 3 ^e ligne					0/4
	Accès facile et collaboration des partenaires communautaires					0/4
	Pratique et culture organisationnelle favorables à l'interdisciplinarité					0/4
	Opportunités formelles ou non de discuter du cas entre professionnels					2/4
	Pratique permettant la réalisation de co-interventions (co-thérapie) si le cas l'exige					2/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
	Présence de services adaptés aux différentes clientèles et problématiques de santé mentale					0/4
	Stratégies visant à réduire l'attente du traitement					2/4
	Stabilité et bon climat au sein de l'équipe SMJ					4/4
	Mandat et rôle de chaque membre de l'équipe clairement définis					4/4
	Présence suffisante d'activités de formation concernant les interventions en santé mentale jeunesse					0/4
FACTEURS FAVORISANT LA SÉCURITÉ		CHAM	HRR	RY	SUR	TOTAL
Repérage	Bonne connaissance des services SMJ et de leurs modes d'accès par la famille et les référents					1/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
	Suivi régulier assuré par un médecin (omnipraticien, pédiatre)					0/4
Évaluation-Orientation	Délai court entre la référence et l'évaluation					0/4
	Nombre suffisant d'effectifs en SMJ pour accueillir et traiter les demandes reçues					0/4
	Présence d'une structure adéquate et flexible encadrant l'évaluation en-dehors du triage habituel					1/4
	Pratique et culture organisationnelle favorables à l'interdisciplinarité					3/4
	Opportunités formelles ou non de discuter de l'orientation du cas entre professionnels					0/4
	Présence d'un médecin dans l'équipe SMJ					2/4
	Accès à un pédopsychiatre répondant					2/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
	Présence de services adaptés aux différentes clientèles et problématiques de santé mentale					0/4
	Présence suffisante d'activités de formation concernant les interventions en santé mentale jeunesse					0/4
Traitement	Délai court entre l'orientation et le début du traitement					0/4
	Ressources professionnelles en SMJ en nombre suffisant pour traiter					0/4

	Accès facile et collaboration des médecins du milieu					0/4
	Accès facile et collaboration des services de pédopsychiatrie de 2 ^e ligne et de 3 ^e ligne					0/4
	Accès facile et collaboration des partenaires communautaires, y compris le Centre jeunesse de la Montérégie					0/4
	Pratique et culture organisationnelle favorables à l'interdisciplinarité					0/4
	Opportunités formelles ou non de discuter du cas entre professionnels					2/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
	Présence de services adaptés aux différentes clientèles et problématiques de santé mentale					0/4
	Stratégies visant à outiller la famille en attendant le début du traitement (ex : groupe de soutien, interventions de courte durée, rappel après 3 mois d'attente, personne à rejoindre)					2/4
	Services ou stratégies visant à éviter que le jeune n'attende trop longtemps ou inutilement (ex : liste d'attente informatisée gérée par l'agent de liaison, date réseau de 3 mois)					2/4
	Présence suffisante d'activités de formation concernant les interventions en santé mentale jeunesse					0/4
FACTEURS CONTEXTUELS FAVORISANT UN BON CLIMAT ORGANISATIONNEL		CHAM	HRR	RY	SUR	TOTAL
Repérage	Bonne connaissance des services SMJ et de leurs modes d'accès par la famille et les référents					1/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
Évaluation-Orientation	Nombre suffisant d'effectifs en SMJ pour accueillir et traiter les demandes reçues					0/4
	Présence d'une structure adéquate et flexible encadrant l'évaluation en-dehors du triage habituel					1/4
	Pratique et culture organisationnelle favorables à l'interdisciplinarité					3/4
	Opportunités formelles ou non de discuter de l'orientation du cas entre professionnels					0/4
	Présence d'un médecin dans l'équipe SMJ					2/4
	Accès à un pédopsychiatre répondant					2/4
	Pratique permettant la réalisation de co-évaluations si le cas l'exige					3/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
	Ressources matérielles et financières suffisantes pour permettre la réalisation d'évaluations					2/4
	Ressources professionnelles jugées suffisantes en SMJ pour traiter					0/4
Traitement	Ressources médicales facilement accessibles dans le milieu					0/4
	Ressources hors-SMJ jugées suffisantes et facilement accessibles dans le milieu (ex : orthophonie, ergothérapie, neuropsychologie)					0/4
	Collaboration facile avec les services de pédopsychiatrie de 2 ^e ligne et de 3 ^e ligne					0/4
	Collaboration facile avec les partenaires dans la communauté (ex : organismes, milieu scolaire)					0/4
	Pratique et culture organisationnelle favorables à l'interdisciplinarité					0/4
	Opportunités formelles ou non de discuter du cas entre professionnels					2/4

	Pratique permettant la réalisation de co-interventions (co-thérapie) si le cas l'exige					2/4
	Présence d'un agent de liaison en santé mentale					4/4
	Stratégies visant à outiller la famille en attendant le début du traitement					2/4
	Stratégies visant à éviter que le jeune n'attende trop longtemps ou inutilement					2/4
	Stabilité et cohésion au sein de l'équipe SMJ					4/4
	Mandat et rôle de chaque membre clairement définis					4/4
	Sentiment de fierté et d'effectuer un bon travail					4/4
	Présence suffisante d'activités de formation concernant les interventions en santé mentale jeunesse					0/4