



DOCUMENT D'INFORMATION À L'INTENTION DES ÉTABLISSEMENTS – SOINS ET SERVICES EN SANTÉ MENTALE DES JEUNES

**PROGRAMME QUÉBÉCOIS POUR LES TROUBLES MENTAUX :
DES AUTOSOINS À LA PSYCHOTHÉRAPIE (PQPTM)**

ÉDITION

Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

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

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

ISBN : 978-2-550-90634-6 (PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

LISTE DES COLLABORATEURS

Direction

Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Madame Stéphanie Morin, directrice générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Docteur Pierre Bleau, directeur national des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Madame Sandra Bellemare, travailleuse sociale, directrice des services en santé mentale et de psychiatrie légale, cheffe de projet du programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM)

Rédaction

Madame Sandra Bellemare, travailleuse sociale, directrice des services en santé mentale et de psychiatrie légale, cheffe de projet du programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM)

Monsieur Louis-Philippe Boisvert, psychoéducateur, conseiller en santé mentale, Direction des services en santé mentale et de psychiatrie légale - volet jeunesse

Madame Annie-Claudie Canuel, psychologue, conseillère au déploiement du PQPTM, Direction des services en santé mentale et de psychiatrie légale

Monsieur Steve Castonguay, pilote de la mesure clinique en continu du PQPTM, Direction des services en santé mentale et de psychiatrie légale

Madame Martine Lafleur, infirmière, pilote du sous-comité clinico-organisationnel du PQPTM, Direction des services en santé mentale et de psychiatrie légale

Monsieur Marc Lecourtois, psychologue, conseiller au déploiement du PQPTM, Direction des services en santé mentale et de psychiatrie légale

Monsieur Karl Turcotte, travailleur social, pilote de sous-comité déploiement et conseiller au déploiement du PQPTM, Direction des services en santé mentale et de psychiatrie légale

Madame Marie-Ève Tremblay, psychologue, conseillère au déploiement du PQPTM, Direction des services en santé mentale et de psychiatrie légale

Collaboration

Madame Annie Besner, conseillère au programme jeunesse, Direction des services de proximité pour les jeunes en difficulté et leur famille

Monsieur Joël Castonguay, conseiller aux services sociaux généraux, Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires

Dre Nathalie Cérat, psychiatre de l'enfant et l'adolescent, médecin-conseil, Direction des services en santé mentale et de psychiatrie légale – volet jeunesse

Madame Catherine Denis, M. Ps., conseillère en promotion de la santé mentale et en prévention du suicide, Direction générale de la santé publique. Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale

Madame Marie-Laurence Fillion, conseillère en promotion de la santé et prévention en milieu scolaire, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale. Direction générale de la santé publique

Monsieur Frédéric Gagné, conseiller en promotion et prévention de la santé chez les jeunes adultes, Direction générale de la santé publique. Direction du développement, de l'adaptation et de

l'intégration sociale

Révision linguistique

Madame Émilie Plante, adjointe administrative, Direction des services en santé mentale et de psychiatrie légale - volet adulte

REMERCIEMENTS

Les travaux ayant mené à la rédaction de ce document d'information ont exigé un partage de connaissance et d'expertise ainsi que du temps de la part de nombreuses personnes. Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous ces collaborateurs et collaboratrices qui, à un moment ou à un autre, ont participé à l'un des comités de travail et apporté leur contribution à la production de ce document.

L'équipe de rédaction tient à souligner la précieuse contribution de madame Emmanuelle Khoury, Ph.D, travailleuse sociale et professeure adjointe à l'École de travail social de l'Université de Montréal pour son expertise dans le domaine du rétablissement.

TABLE DES MATIÈRES

TERMES UTILISÉS DANS LE CADRE DU PQPTM	X
1. INTRODUCTION	1
2. CONTEXTE	1
3. PROGRAMME QUÉBÉCOIS POUR LES TROUBLES MENTAUX : DES AUTOSOINS À LA PSYCHOTHÉRAPIE (PQPTM)	6
3.1. ORIGINE DU PQPTM	6
3.2. PLACE DU PQPTM DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC	7
3.2.1. <i>Les différents mécanismes d'accès du RSSS aux soins et services de santé mentale des jeunes</i>	<i>8</i>
3.2.2. <i>Les mécanismes d'accès des services spécifiques et spécialisés en santé mentale des jeunes (aussi connu sous l'appellation GASMJ)</i>	<i>9</i>
4. TROIS PILIERS DU PQPTM	10
4.1. PILIER 1 : ORGANISATION ET SERVICES FONDÉS SUR LES DONNÉES PROBANTES	11
4.1.1. <i>Guides de pratique clinique</i>	<i>11</i>
4.1.1.1. <i>Jugement clinique</i>	<i>12</i>
4.1.1.2. <i>Information à l'intention du public</i>	<i>12</i>
4.1.2. <i>Modèle de soins par étapes</i>	<i>12</i>
4.1.3. <i>Bonnes pratiques cliniques recommandées dans le cadre du PQPTM</i>	<i>15</i>
4.1.3.1. <i>Soins et services centrés sur le jeune, la famille et l'entourage</i>	<i>15</i>
4.1.3.2. <i>Soins et services fondés sur des pratiques collaboratives</i>	<i>16</i>
4.1.3.3. <i>Rétablissement</i>	<i>17</i>
4.1.3.4. <i>Estimation de la dangerosité</i>	<i>19</i>
4.2. PILIER 2 : MESURE CLINIQUE EN CONTINU (OU MONITORAGE)	21
4.2.1. <i>Mesure clinique en continu et ajustement du traitement</i>	<i>22</i>
4.2.2. <i>Avantages de la mesure clinique en continu</i>	<i>22</i>
4.2.2.1. <i>Avantages de la mesure clinique en continu pour l'enfant ou l'adolescent, leur famille et de leur entourage</i>	<i>22</i>
4.2.2.2. <i>Avantages de la mesure clinique en continu pour les intervenants</i>	<i>23</i>
4.2.2.3. <i>Avantages de la mesure clinique en continu pour le MSSS et les établissements</i>	<i>24</i>
4.2.3. <i>Éléments clés favorisant l'implantation de la mesure clinique en continu dans les établissements</i>	<i>24</i>
4.2.4. <i>Questionnaires d'appréciation chez l'enfant ou l'adolescent</i>	<i>25</i>
4.2.4.1. <i>Mesures spécifiques des troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent</i>	<i>26</i>
4.2.4.2. <i>Seuil clinique des questionnaires d'appréciation</i>	<i>27</i>
4.2.4.3. <i>Indice de changement significatif des questionnaires d'appréciation</i>	<i>27</i>
4.2.5. <i>Repérage</i>	<i>30</i>
4.2.5.1. <i>Question de repérage</i>	<i>30</i>
4.2.6. <i>Appréciation</i>	<i>30</i>
4.2.6.1. <i>Passation des questionnaires d'appréciation</i>	<i>31</i>
4.2.6.2. <i>Âge minimum pour débiter l'utilisation des questionnaires d'appréciation</i>	<i>33</i>
4.2.6.3. <i>Mesure clinique au moment de la transition à l'âge adulte</i>	<i>34</i>

4.2.7.	Mesure clinique	35
4.2.7.1.	Mesure clinique d'enfant et d'adolescent sous ou près du seuil clinique lors de situations ponctuelles	35
4.2.7.2.	Mesure clinique en continu d'enfants ou d'adolescents au-dessus du seuil clinique pour des situations plus chroniques	36
4.2.7.3.	Mesure clinique lors d'interventions de groupe	36
4.2.8.	Analyse et comparaison des résultats provenant des jeunes et de leurs parents	37
4.2.8.1.	Démarche d'analyse des questionnaires de l'enfant ou l'adolescent ainsi que des parents	38
4.2.9.	Modalités de cueillette de l'information pour fin d'analyse des résultats	39
4.2.9.1.	Formulaire papier	39
4.2.9.2.	Chiffrier Excel	39
4.2.9.3.	Plateforme de soins virtuels	39
4.2.10.	Tenue de dossier	39
4.2.10.1.	Analyse des données	39
4.2.10.2.	Note au dossier	40
4.2.10.3.	Données brutes	40
4.2.11.	Fin du suivi	40
4.3.	PILIER 3 : INTERVENANTS FORMÉS ET SOUTENUS CLINIQUEMENT	41
4.3.1.	Formation sur le PQPTM	41
4.3.2.	Activités réservées et professionnels dûment habilités	41
4.3.2.1.	Évaluation du trouble mental	41
4.3.2.2.	Psychothérapie et interventions qui s'y apparentent	42
4.3.3.	Formation sur les traitements recommandés	42
4.3.4.	Intervenants soutenus cliniquement	43
4.3.4.1.	Intervenants bénéficiant d'un soutien clinique hebdomadaire	43
4.3.4.2.	Professionnels offrant le soutien clinique	43
4.3.4.3.	Soutien clinique et supervision	43
4.3.4.4.	Fréquence du soutien clinique	44
5.	DÉPLOIEMENT DU PQPTM	44
5.1.	ACTEURS PRINCIPAUX DU DÉPLOIEMENT DU PQPTM	44
5.1.1.	Chargé de projet	45
5.1.2.	Pilote des actifs informationnels	45
5.2.	PRÉPARATION DU PROJET	45
5.2.1.	Analyse initiale et planification	46
5.2.2.	Renforcement de la capacité de l'organisation et des principaux acteurs	46
5.2.3.	La formation	47
5.2.4.	Créer une structure pour le déploiement	47
5.2.5.	Amélioration continue et soutien en cours de déploiement	48
5.2.6.	Évaluation du déploiement	48
5.3.	SOUTIEN AUX ÉTABLISSEMENTS DANS LE DÉPLOIEMENT	48

5.4. SUIVI DE L'IMPLANTATION.....	49
5.5. SUIVI DE LA PERFORMANCE	49
6. LE PROJET ACCÈS ET LE PQPTM, DEUX PROJETS STRUCTURANTS.....	50
7. PQPTM : BÉNÉFICES ET POSSIBILITÉS	51

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Les trois piliers du PQPTM et leurs composantes	11
------------------	---	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Exemple du modèle de soins par étapes pour le trouble dépressif chez les enfants et les adolescents	13
	Exemple du modèle de soins par étapes; Interventions recommandées pour le trouble dépressif chez les enfants et les adolescents (suite)	14
Tableau 2.	Questionnaires d'appréciation chez les enfants et adolescents	26
Tableau 3.	Valeurs des seuils cliniques et des indices de changements significatifs pour les enfants et les adolescents	29
Tableau 4.	Âge minimum d'un enfant pour la passation d'un questionnaire d'appréciation ...	34

LISTE DES SIGLES

Sigle	Définition
ATAPS	Acces to allied psychological services
CANMAT	Canadian network for mood and anxiety treatments
CÉRRIS	Centre d'étude sur la readaptation, le rétablissement et l'insertion sociale
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CRIS-8	Children's Revised Impact of Event Scale
CYP-IAPT	Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ENA	Environnement numérique d'apprentissage
FB-IPT	Family-based interpersonal psychotherapy
FFT-CD	Family-focused treatment for child depression
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
IAPT	Improving Access to Psychological Therapies
IES-R	Impact of Event Scale – Revised
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPT	interpersonal psychotherapy
IPT-A	Interpersonal therapy for adolescent
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MIA	Mobility Inventory for Agoraphobia
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MOP	Manuel d'organisation projet
NDST	Non-directive supportive therapy
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OCI-R	Obsessive-Compulsive Inventory-Revised
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PASM	Plan d'action en santé mentale
PDSS	Panic Disorder Severity Scale
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCADS	Revised Child Anxiety and Depression Scale
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SSG	Services sociaux généraux
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale (psychothérapie)
TIC	Technologies de l'information et des communications
TOC	Trouble obsessionnel-compulsif
TSPT	Trouble stress post-traumatique
WSAS-Y-P	Work and Social Adjustment Scale, Youth and Parent versions

TERMES UTILISÉS DANS LE CADRE DU PQPTM

À moins de précision supplémentaire, le sens donné aux termes suivants s'applique à l'ensemble du vocabulaire ou documents utilisés dans le cadre du PQPTM.

Activation comportementale

Intervention pour le traitement du **trouble dépressif** dont l'objectif consiste à déterminer les effets d'un comportement sur les symptômes actuels de la personne, son humeur et d'autres aspects problématiques. L'intervention vise à atténuer les symptômes et les comportements problématiques par la réalisation de tâches visant à réduire l'évitement, à prévoir des activités et à exercer un renforcement positif relativement à certains comportements. L'intervention consiste généralement en 16 à 20 séances ayant lieu sur une période de trois ou quatre mois.

Adolescent

Personne âgée de 12 à 18 ans.

Appréciation

Activité qui se définit par une prise en considération des indicateurs (symptômes, manifestations cliniques, difficultés ou autres) obtenus à l'aide d'observations cliniques, de tests ou d'instruments¹.

Appréciation du profil de risque

L'appréciation du profil de risque réfère spécifiquement à l'estimation et à l'analyse structurée de la présence, dans le milieu et les antécédents d'un enfant ou d'un adolescent, des facteurs connus pour augmenter le risque de trouble dépressif.

Autosoins

Les autosoins sont des stratégies prometteuses en santé mentale qui visent à améliorer les connaissances et les compétences de la personne afin de faire face aux difficultés. Ils renvoient à tout ce qu'une personne peut faire par elle-même pour se maintenir en bonne santé et assurer son bien-être; en somme, tout ce qu'une personne peut faire pour :

- retrouver du pouvoir sur sa santé mentale;
- poser des gestes au quotidien qui s'inscrivent dans des stratégies d'adaptation positives, par exemple adopter de saines habitudes de vie;
- reconnaître les bonnes ressources à sa disposition et déterminer à quel moment y faire appel;
- adopter un rôle proactif dans toute démarche visant à améliorer sa qualité de vie et sa santé mentale.

¹ Office des professions du Québec. (2021). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, Guide explicatif. Québec : Gouvernement du Québec. 130 p. Consulté en ligne le 2021-11-05 à https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Guides/2020-21_020_Guide-explicatif-sante-rh-26-08-2021.pdf

Les autosoins peuvent contenir :

- des informations;
- des suggestions d'activités;
- des conseils sur le mode de vie.

Éducation psychologique²

La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, section 5.2, la définit ainsi : « l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l'autonomie ou la santé de la personne, notamment à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux incluant les troubles mentaux ou la détérioration de l'état mental. L'enseignement peut porter par exemple sur la nature de la maladie physique ou mentale, ses manifestations, ses traitements y compris le rôle que peut jouer la personne dans le maintien ou le rétablissement de sa santé et aussi sur des techniques de gestion de stress, de relaxation ou d'affirmation de soi. » L'éducation psychologique est habituellement de courte durée, initiée par un intervenant, et soutenue par l'utilisation de documents écrits.

Enfant

Personne âgée de 5 à 11 ans.

Évaluation

« L'évaluation, telle que déjà définie dans le cadre de l'implantation de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (PL n° 90) : L'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercices respectif. Les évaluations qui sont réservées ne peuvent être effectuées que par les professionnels habilités.³»

Évaluer le trouble mental

Vise à confirmer ou non la présence d'un trouble mental, c'est-à-dire de se prononcer sur la nature des « affections cliniquement significatives qui se caractérisent par le changement du mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales⁴.»

² Dans la littérature recensée, les textes se rapportant à ce type d'intervention désignent celle-ci comme étant de la psychoéducation. Or, il existe au Québec une profession, celle de psychoéducateur, dont l'activité professionnelle va au-delà de celle décrite ici. En raison du risque de confusion pour le lecteur, et pour tenir compte du contexte québécois, le terme a été remplacé dans le présent document par l'éducation psychologique, telle que définie par l'Office des professions à la suite de l'adoption de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.

³ Office des professions (2021). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif. : https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Guides/2020-21_020_Guide-explicatif-sante-rh-26-08-2021.pdf

⁴ Office des professions (2021). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif. : https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Guides/2020-21_020_Guide-explicatif-sante-rh-26-08-2021.pdf

Indice de changement significatif

Différence des scores d'un même questionnaire d'appréciation à deux moments de mesure pour laquelle l'ampleur est statistiquement significative, au-delà de la fluctuation qui serait attribuable à la marge d'erreur associée à cet instrument de mesure. La valeur des indices varie d'un questionnaire à l'autre.

Intervenant

Terme générique qui désigne l'ensemble des intervenants, qu'ils fassent partie d'un ordre professionnel ou non.

Intervention

Réfère à tout type de soutien qui n'est pas de la pharmacothérapie ou de la psychothérapie au sens du deuxième alinéa de l'article 187.1 du Code des professions (chapitre C-26), qui s'apparente à de la psychothérapie, mais qui n'en est pas, tel que l'intervention de soutien, l'intervention conjugale et familiale, l'éducation psychologique, la réadaptation, le soutien à l'emploi et à la scolarisation, le coaching, l'intervention de crise, les autosoins, etc.

Jeunes

Le terme *jeunes*, dans la littérature, peut faire référence à des personnes de 25 ans et moins⁵. Dans le cadre de ce document, afin d'être conforme aux divers documents ministériels concernant les soins et services des enfants et adolescents, le terme *jeunes* fera référence aux enfants ou adolescents de 5 à 17 ans.

Famille et entourage

Ce terme inclut les parents, les membres de la fratrie, les familles d'accueil, les conjoints, les enfants, les amis ou toute autre personne intéressée par le processus de rétablissement d'un proche et pour lequel la personne utilisatrice a donné son consentement. Son utilisation inclut également le titulaire de l'autorité parentale et le représentant légal, le cas échéant.

Mesure clinique

Appréciation des résultats cliniques d'une personne, à l'aide de questionnaires validés scientifiquement, afin de déterminer si les soins et services qu'elle reçoit sont bénéfiques.

Mesure clinique en continu

Appréciation systématique, avant chaque consultation, des résultats cliniques d'une personne, à l'aide de questionnaires validés scientifiquement, afin de déterminer si les soins et services qu'elle reçoit sont bénéfiques.

Modèle de soins par étapes

Modèle qui précise les soins et services recommandés les moins intrusifs et les plus efficaces, selon une gradation et en fonction des caractéristiques présentées par la personne.

⁵ Centre d'observation de la société (2021, 25 janvier). Définition du mot *jeunes*.
<http://www.observationsociete.fr/definitions/jeunes.html>

Partenaire

Dans le présent document, le terme partenaire réfère à tous les partenaires du réseau qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire tel que les GMF, les médecins de famille, les organismes communautaires et les milieux scolaires, etc.

Professionnel

Désigne toute personne titulaire d'un permis délivré par un ordre professionnel et inscrite au tableau de ce dernier, y compris les médecins.

Professionnel dûment habilité

Fait référence à un professionnel ayant le permis ou l'attestation nécessaire pour effectuer une activité réservée en vertu du Code des professions.

Professionnel en soutien clinique

Le soutien clinique consiste en un ensemble d'activités structurées ayant pour but le développement des compétences et le perfectionnement des professionnels. Il vise à améliorer les interventions professionnelles et interprofessionnelles ou à innover pour répondre à des situations de santé ou des situations sociales complexes. Il contribue à améliorer la qualité des pratiques⁶.

Psychothérapie

« La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien⁷ ».

Suivi court terme

La terminologie *suivi court terme* utilisé dans le présent document réfère à une intervention d'une durée maximale de 12 rencontres telle que définie dans l'offre de services sociaux généraux⁸.

Traitements

Terme générique qui désigne l'ensemble de mesures destinées à guérir, à soulager ou à prévenir l'apparition d'un trouble. Les traitements incluent les interventions, la pharmacothérapie et la psychothérapie.

⁶ MSSS (2008), Programme national de soutien clinique, volet préceptorat, cadre de référence, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 19 p. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-526-01.pdf>

⁷ Code des professions (L.R.Q., c. C-26) Article 187.1.

⁸ Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Offre de service – Services sociaux généraux - Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services – Services généraux, activités cliniques et d'aide, MSSS, 2013, 67 p. Consulté au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-01F.pdf>

Traitement de première intention

Traitement dispensé en premier lieu, parce qu'il convient le mieux à la condition de la personne pour des *symptômes* ou après le diagnostic (*ou la confirmation*) d'une maladie (*ou d'un trouble*), pour laquelle il n'a jamais été traité auparavant⁹.

Trouble mental fréquent

Terme qui désigne un trouble mental qui arrive souvent¹⁰, c'est-à-dire qui est répandu dans la population. Il réfère aux troubles dépressifs, anxieux (anxiété généralisée, trouble panique, anxiété sociale) et ceux qui s'y apparentent (trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et trouble stress post-traumatique (TSPT)¹¹.

⁹ Office québécois de la langue française (2012). Fiche terminologique : traitement de première intention. Consulté au : http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8362377#:~:text=Traitement%20dispens%C3%A9%20en%20premier%20lieu,a%20jamais%20%C3%A9t%C3%A9%20trait%C3%A9%20auparavant.

¹⁰ Larousse. (s. d.). Fréquent. *Le Dictionnaire Larousse en ligne*. Consulté au : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/français/fr%C3%A9quent/35187>

¹¹ American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

1. INTRODUCTION

Ce document s'adresse principalement aux décideurs, aux gestionnaires et aux chargés de projet du réseau de la santé et des services sociaux qui sont susceptibles de recevoir ou reçoivent dans leurs services des enfants ou adolescents, aussi nommés jeunes dans ce document, qui présentent des symptômes relatifs aux troubles mentaux les plus fréquemment observés chez les jeunes, ainsi que de leur famille ou leur entourage, et ce, peu importe où ils se trouvent dans la trajectoire de soins et de services.

Il vise à présenter le Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) et les détails clinico-administratifs qui le composent afin d'éclairer les différentes parties prenantes sur ce programme et d'en faciliter l'implantation des soins et services en santé mentale des jeunes, de leur famille et de l'entourage.

2. CONTEXTE

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹² ». Ainsi, la santé mentale et sociale sont des composantes importantes de la santé au même titre que la dimension physique. Les données actuelles indiquent qu'un Canadien sur cinq sera personnellement touché par la maladie mentale au cours de sa vie et que tous les Canadiens seront indirectement touchés par la maladie mentale, que ce soit par un membre de la famille, un proche ou encore un collègue¹³. Dans la majorité des cas (70 %), le trouble mental se manifestera avant l'âge de 25 ans et la moitié (50 %) d'entre eux, avant 14 ans. En se basant sur une prévalence de 12 % de troubles mentaux diagnostiqués et consignés dans les banques de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en 2012¹⁴, on peut estimer que près d'un million de Québécois souffraient d'un trouble mental en 2016. Selon les données d'enquête de 2012, les troubles anxieux et les troubles dépressifs représenteraient près de 65 % des troubles mentaux au Québec et constituent donc les troubles mentaux les plus fréquents¹⁵. Au cours de la dernière décennie, les troubles mentaux représentent la plus forte augmentation et les plus hauts taux de visites aux urgences et d'hospitalisations que tout autre affection chez les enfants, adolescents et jeunes adultes¹⁶. Lorsqu'ils ne

¹² Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin – 22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (*Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946. Consulté en ligne le 2 septembre 2020 : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.

¹³ Association canadienne pour la santé mentale (2020). *Faits saillants sur la maladie mentale*. Consulté en ligne le 17 août 2020 : <https://cmha.ca/fr/faits-saillants-sur-la-maladie-mentale>.

¹⁴ Institut national de santé publique du Québec. « Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services », *Surveillance des maladies chroniques*, Gouvernement du Québec, n° 6, 2012, 15 p. N° de publication : 1578, ISBN ISBN (version PDF) : [978-2-550-66505-2](https://www.inss.gc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf).

¹⁵ Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2018). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p. Consulté au : https://www.inss.gc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf

¹⁶ Institut canadien d'information sur la santé. (2020). La santé mentale des enfants et des jeunes au Canada [infographie]. Ottawa, ON: ICIS. <https://www.cihi.ca/fr/la-sante-mentale-des-enfants-et-des-jeunes-au-canada-infographie>

sont pas traités, les problèmes¹⁷ et les troubles mentaux ont tendance à devenir de plus en plus sévères, récurrents et chroniques¹⁸. Le risque de développer un autre trouble mental ou encore un trouble physique augmente également, ce qui ajoute aux coûts sociaux et économiques occasionnés par ceux-ci¹⁹.

Le trouble dépressif est la première cause d'invalidité dans le monde et sa fréquence est en hausse dans les dernières années²⁰. La prévalence du trouble dépressif chez les enfants se situerait entre 0,6 % et 3,0 % et serait de 3,1 % à 7,2 % à l'adolescence²¹. L'apparition précoce du trouble dépressif chez l'enfant et l'adolescent influence la trajectoire développementale normale, accentue les risques de développement de problèmes d'adaptation, peut causer l'apparition de troubles mentaux tels que l'anxiété, les abus de substance ou le suicide^{22,23}. Également, les enfants souffrant d'anxiété, notamment l'anxiété généralisée, présenteraient davantage d'épisodes dépressifs²⁴. Une étude menée en Angleterre dans les services de santé mentale de jeunes âgés de 25 ans et moins révèle, entre autres, que 50 % d'entre eux consultent pour des symptômes ou des troubles dépressifs, 49 % de l'anxiété généralisée et 48 % de l'anxiété sociale²⁵. Une enquête québécoise sur la santé des adolescents du secondaire rapportait en 2017 que 29,3 % de ceux-ci avaient un niveau élevé de détresse psychologique et 5,9 % un trouble dépressif (confirmé par un spécialiste de la santé). Il s'agissait d'une augmentation significative de la détresse chez cette population qui en 2010, rapportait un taux de 20,8 % et 4,9 % respectivement. Cette même enquête révèle que le trouble dépressif augmente entre le secondaire 1 et le secondaire 5, passant respectivement de 3,9 % à 6,8 % en 2017²⁶.

¹⁷ Selon L'INESSS (2017) « Par problèmes de santé mentale, on entend généralement la présence de difficultés de détresse psychologiques qui ne répondent pas aux critères diagnostiques d'un trouble mental ou qui n'ont pas fait l'objet d'une telle évaluation. »

¹⁸ Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2017). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf

¹⁹ Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2017). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf

²⁰ Organisation mondiale de la santé. Dépression ; parlons en dépression. Communiqué de presse, mars 2017. Consulté le 30 juillet 2021. <https://www.who.int/fr/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>

²¹ Costello, E. J., Copeland, W. et Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1015-1025.

²² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, 79 p., accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>

²³ Kathryn Wiens, Jeanne V.A. Williams, Dina H. Lavorato, Anne Duffy, Tamara M. Pringsheim, Tolulope T. Sajobi, Scott B. Patten, Is the prevalence of major depression increasing in the Canadian adolescent population? Assessing trends from 2000 to 2014, *Journal of Affective Disorders*, Volume 210, 2017, Pages 22-26, ISSN 0165-0327, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.018>.

²⁴ Cournoyer-G., M., Bergeron, L., Piché, G. & Berthiaume, C. (2013). Comorbidité entre les troubles anxieux et la dépression chez les enfants âgés de 6 à 11 ans. *Revue de psychoéducation*, 42(1), 49–66. <https://doi.org/10.7202/1061723ar>

²⁵ Wolpert, M., Jacob, J., Napoleone, E., Whale, A., Calderon, A., & Edbrooke-Childs, J. (2016). *Child- and Parent-reported Outcomes and Experience from Child and Young People's Mental Health Services 2011–2015*. London: CAMHS Press.

²⁶ Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2018). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017, Tome 2 L'adaptation sociale et la santé mentale des jeunes*. Québec, QC: Gouvernement du Québec. 190 p.

Malgré cette prévalence, le trouble dépressif chez les enfants et les adolescents est très peu repéré²⁷. Pourtant, l'importance de le faire rapidement, lorsque nécessaire, et d'intervenir spécifiquement auprès des enfants et adolescents qui présentent des symptômes dépressifs ou une dépression majeure est soutenue par les données récentes. Actuellement, seulement un tiers de la population d'enfant et adolescent reçoit les soins et services nécessaires lorsqu'il y a présence d'une condition dépressive²⁸. De plus, pour ceux et celles qui ont présenté un trouble de dépression majeure à l'adolescence, 43% vont présenter un épisode de réémergence de symptômes lors de la transition vers l'âge adulte²⁹. Il est donc essentiel que ces enfants et adolescents soient repérés rapidement et efficacement et qu'ils reçoivent de l'aide appropriée en temps opportun.

Selon l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), les données du Québec indiquent que moins de la moitié des personnes ayant des besoins au sujet de leur santé mentale ou des troubles mentaux consultent un professionnel ou font des démarches pour obtenir des soins et des services³⁰. Les problèmes d'acceptabilité (73,0 %), la disponibilité de l'aide (22,4 %), l'accessibilité limitée aux soins et services de santé mentale (11,7 %) et la volonté de s'occuper soi-même de son problème (35%) sont les principales raisons évoquées pour ne pas demander de l'aide en santé mentale. L'accès à la relation d'aide ou à la psychothérapie (52 %) ainsi que l'obtention d'information sur les troubles, les options de traitement et les services (41 %) sont les deux types d'aide requis en santé mentale qui sont les plus souvent mentionnés comme étant non comblés³¹.

Ainsi, on constate que les personnes ayant des besoins non comblés quant à leur santé mentale souhaiteraient recevoir de l'information, entre autres pour mieux s'occuper d'elles-mêmes et de leurs besoins en santé mentale, ou elles seraient prêtes à entreprendre des démarches pour obtenir du soutien. À l'opposé, ces mêmes enquêtes révèlent que seulement 4,3 % des Québécois de 15 ans et plus ayant des besoins non comblés en santé mentale ont mentionné uniquement la pharmacothérapie comme type d'aide reçu. Les données disponibles autant dans la littérature qu'auprès des différents acteurs consultés font état du manque d'options possibles au traitement pharmacologique et du fait que, bien que la psychothérapie soit reconnue comme un traitement efficace, son accès est plus limité au Québec pour les personnes qui n'ont pas d'assurance

<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2016-2017-resultats-de-la-deuxieme-edition-tome-2-ladaptation-sociale-et-la-sante-mentale-des-jeunes.pdf>

²⁷ Eisenberg, Daniel PhD⁺; Hunt, Justin MD, MS⁺; Speer, Nicole PhD⁺; Zivin, Kara PhD⁺ Mental Health Service Utilization Among College Students in the United States, *The Journal of Nervous and Mental Disease*: May 2011 - Volume 199 - Issue 5 - p 301-308 [doi: 10.1097/NMD.0b013e3182175123](https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182175123)

²⁸ Eisenberg, Daniel PhD⁺; Hunt, Justin MD, MS⁺; Speer, Nicole PhD⁺; Zivin, Kara PhD⁺ Mental Health Service Utilization Among College Students in the United States, *The Journal of Nervous and Mental Disease*: May 2011 - Volume 199 - Issue 5 - p 301-308 [doi: 10.1097/NMD.0b013e3182175123](https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182175123)

²⁹ Marcotte et Chicoine. 2020. Nos jeunes sont-ils plus déprimés qu'il y a 20 ans ? Portrait de la dépression chez les adolescents et les jeunes adultes. Les cahiers du savoir, Ordre des psychologues du Québec, No1. 2020.

³⁰ Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2018). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf

³¹ Fleury, M.-J., et G. Grenier (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, Québec : Commissaire à la santé et au bien-être, 243 p. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf

privée³².

Préoccupé par ce constat, et souhaitant offrir à la population un accès équitable à la psychothérapie, le gouvernement du Québec a sollicité l'expertise de l'INESSS concernant les enjeux organisationnels et économiques susceptibles de découler de la mise en œuvre d'un accès élargi à la psychothérapie, mandat qui a été découpé en trois volets.

Volet I :

Objectif : Examiner les données probantes sur l'efficacité et le rapport coût-efficacité de la psychothérapie comparée à la pharmacothérapie pour les troubles anxieux et dépressifs chez les adultes.

Constats :

L'état actuel des connaissances concernant l'efficacité de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent révèle qu'elles :

1. Sont des traitements efficaces pour la plupart des problèmes³³ et troubles mentaux fréquents, et ce, autant chez les enfants, les adolescents, les adultes que chez les personnes âgées³⁴.
2. Sont aussi efficaces que la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux ou dépressifs autant chez les enfants et les adolescents que chez les adultes de tous âges³⁵.
3. Présente un meilleur rapport coût/efficacité et une meilleure rentabilité à long terme comparativement à la pharmacothérapie, en raison d'une meilleure protection contre la rechute³⁶.

Volet II :

Objectif : Analyser les différentes modalités de pratique et de couverture de la psychothérapie dans les autres juridictions et au Québec.

Constats :

1. La plupart des guides de pratique clinique, y compris ceux produits par le *Canadian network for mood and anxiety treatments* (CANMAT) et par le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), recommandent que le traitement

³² Fleury, M.-J., et G. Grenier (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, Québec : Commissaire à la santé et au bien-être, 243 p. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf

³³ « Par problèmes de santé mentale, on entend généralement la présence de difficultés de détresse psychologiques qui ne répondent pas aux critères diagnostiques d'un trouble mental ou qui n'ont pas fait l'objet d'une telle évaluation. » (INESSS, (2018).

³⁴ Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2018). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf

³⁵ Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2018). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf

³⁶ Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2018). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf

pour les personnes qui présentent des troubles mentaux fréquents soit offert dans un modèle de soins par étapes et intégré dans l'offre de service de santé primaire³⁷.

2. Dans l'ensemble, l'efficacité de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent est comparable. « Les différences observées sont faibles et sont plus liées au groupe d'âge et au type de trouble mental qu'à l'approche elle-même³⁸ ».

Volet III :

Objectif : Proposer des modèles organisationnels améliorant l'accès aux services de psychothérapie et évaluer les effets financiers découlant de la couverture élargie de ces services.

Constats :

1. Le programme *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT), implanté avec succès depuis plus de 10 ans, dont la performance et la rentabilité ont été démontrées à l'aide d'outils validés, a pris l'initiative d'investir dans l'augmentation et la formation des intervenants pour améliorer l'accès à la psychothérapie et aux interventions qui s'y apparentent pour les personnes qui présentent des problèmes ou des troubles mentaux fréquents. Les soins et services sont intégrés aux services de santé primaire et sont offerts par une variété d'intervenants selon le modèle de soins par étapes issues du NICE³⁹.
2. Les programmes australiens *Access to allied psychological services* (ATAPS) et *Better access*, implantés au début des années 2000, reposent sur un modèle de soins en collaboration. L'ATAPS offre des interventions brèves aux personnes financièrement désavantagées qui présentent des troubles mentaux fréquents confirmés. *Better Access*, fut instauré dans le but d'améliorer l'accès à des professionnels qui offrent des services psychologiques et à des équipes de santé mentale, via l'achat de services au privé. Après avoir analysé la performance de ces programmes, le gouvernement australien a entrepris une importante réforme des services de santé mentale, pour les intégrer dans un modèle de soins par étapes et dans les services de santé primaire⁴⁰.
3. L'état des connaissances produit par l'INESSS confirme l'efficacité et la rentabilité de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent dans le traitement

³⁷ Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2018). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p. https://www.INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf

³⁸ Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2018). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p. https://www.INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf

³⁹ Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2018). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p. https://www.INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf

⁴⁰ Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2018). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p. https://www.INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf

des problèmes⁴¹ et troubles mentaux fréquents⁴².

C'est sur la base de cette série d'analyses rigoureuses, effectuées par l'INESSS entre 2012 et 2017, que le gouvernement du Québec a créé le PQPTM en décembre 2017.

3. PROGRAMME QUÉBÉCOIS POUR LES TROUBLES MENTAUX : DES AUTOSOINS À LA PSYCHOTHÉRAPIE (PQPTM)

Le PQPTM, basé sur un modèle de soins par étapes, vise à assurer à la population de tout âge un accès optimal à une gamme de services structurés, diversifiés et de qualité, et ce, afin de répondre aux besoins variés et grandissants en santé mentale. À cet effet, le déploiement graduel du PQPTM a comme objectif de soutenir l'amélioration continue et la consolidation des pratiques cliniques et des trajectoires de services en santé mentale. Pour ce faire, le PQPTM intègre aux services existants un modèle de soins en étapes;

- 1) basé sur des guides de pratique clinique fondés sur les données probantes,
- 2) soutenu par la mesure clinique en continu et
- 3) offert par une équipe multidisciplinaire formée et soutenue cliniquement.

Le PQPTM vise à fournir un cadre à la prestation de services, et ce, dès les premiers pas d'une personne dans une des portes d'entrée du réseau de soins et services. Concrètement, pour la trajectoire de soins et services en santé mentale des jeunes, de leur famille et de l'entourage, le déploiement du PQPTM s'actualisera en cohérence et en continuité avec les offres de soins et services de santé publique, des Services sociaux généraux (SSG), d'Aire Ouverte, d'Agir tôt, des programmes-services Jeunes en difficulté, des services ainsi que les groupes de médecine familiale (GMF-GMF-U), et ce, en complémentarité intersectorielle avec les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) tels que les réseaux de l'éducation et les organismes communautaires. Actuellement, ce programme vise les troubles mentaux les plus fréquemment rencontrés chez les jeunes. Ainsi, les enfants ou adolescents ainsi que leur famille et leur entourage, recevront un service adapté à leurs besoins, au moment opportun. Le PQPTM a pour objectif d'accroître et améliorer l'accès à des services de santé mentale, y compris une offre publique de services allant des autosoins à la psychothérapie.

3.1. ORIGINE DU PQPTM

Le PQPTM est inspiré de l'expérience du programme anglais *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT), lancé en 2008. Ce dernier s'est avéré compatible avec l'organisation des soins et services au Québec puisqu'il est universel, gratuit et organisé

⁴¹ «Par problèmes de santé mentale, on entend généralement la présence de difficultés de détresse psychologiques qui ne répondent pas aux critères diagnostiques d'un trouble mental ou qui n'ont pas fait l'objet d'une telle évaluation.» (INESSS, 2018).

⁴² «Par problèmes de santé mentale, on entend généralement la présence de difficultés de détresse psychologiques qui ne répondent pas aux critères diagnostiques d'un trouble mental ou qui n'ont pas fait l'objet d'une telle évaluation.» (INESSS, 2018).

de manière à offrir des soins et des services efficaces qui tiennent compte des besoins des personnes.

Implanté il y a plus de 10 ans en Angleterre et soumis à l'évaluation depuis ce temps, l'efficacité de l'IAPT a été démontrée : près de 1,2 million de personnes reçoivent annuellement des soins et des services dans le cadre du programme, 87,4 % des personnes débutent leurs traitements à l'intérieur d'un délai de six semaines, deux tiers des personnes traitées présentent une amélioration significative et près de la moitié des personnes terminent leurs traitements avec des symptômes qui passent sous les seuils cliniques des questionnaires d'appréciation⁴³.

Pour la population jeunesse, le PQPTM s'inspire également du Children and Young People's IAPT (CYP-IAPT), implanté depuis 2011 en Angleterre. Ce programme dont l'efficacité est également démontrée^{44,45} permet aux enfants et adolescents ainsi que leur famille et leur entourage de recevoir des soins et services de santé mentale dans leurs milieux scolaires ainsi qu'en établissements de santé. L'importance de considérer les besoins de la famille et de leur entourage est encouragée par le programme. Une analyse du CYP-IAPT publiée en 2016 rapporte, entre autres, que 52% des jeunes qui consultent dans les services de santé mentale ont également des problèmes de relations familiales, 39% de l'anxiété de séparation, 36% des difficultés d'attachement et 34% des troubles ou problèmes de comportement⁴⁶.

Le PQPTM repose sur un modèle de soins par étapes basé sur les données probantes. Il découle des guides de pratique clinique du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), guides pour lesquels le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a acquis une licence d'adaptation et de contextualisation.

Bien qu'inspiré de l'IAPT et du CYP-IAPT, le PQPTM est adapté pour être conforme au contexte des soins, des services et de l'organisation du système de santé et de services sociaux québécois ainsi qu'aux lois en vigueur, y compris le Code des professions et la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (connue sous l'appellation « projet de loi 21 »).

3.2. PLACE DU PQPTM DANS LE RESEAU DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUEBEC

Les besoins en santé mentale chez les jeunes sont en constante augmentation dans les 30 dernières années, notamment en ce qui concerne les troubles de l'humeur et les

⁴³ Community and Mental Health team. (2020). *Psychological Therapies: Annual report on the use of IAPT services, England 2019-20*. Londres, Royaume-Uni: National Health Service (Digital). 16 pages.

⁴⁴ Burn, AM., Vainre, M., Humphrey, A. *et al.* Evaluating the CYP-IAPT transformation of child and adolescent mental health services in Cambridgeshire, UK: a qualitative implementation study. *Implement Sci Commun* 1, 89 (2020). <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00078-6>

⁴⁵ Ludlow C, Hurn R, Lansdell S. A Current Review of the Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies (CYP IAPT) Program: Perspectives on Developing an Accessible Workforce. *Adolesc Health Med Ther*. 2020 Feb 11;11:21-28.

⁴⁶ Wolpert, M., Jacob, J., Napoleone, E., Whale, A., Calderon, A., & Edbrooke-Childs, J. (2016). *Child- and Parent-reported Outcomes and Experience from Child and Young People's Mental Health Services 2011–2015*. London: CAMHS Press.

troubles anxieux⁴⁷. Les différents programmes-services, responsables d'offrir des services auprès des jeunes, leur famille et leur entourage, sont confrontés aux nombreux défis que cette situation leur apporte. Conséquemment, tous les programmes-services de la trajectoire doivent contribuer au repérage précoce des symptômes associés aux troubles mentaux les plus fréquemment rencontrés chez les jeunes, procéder aux premières interventions du modèle de soins par étape comme par exemple, les interventions sur les facteurs de risque associés à la santé mentale de l'enfant ou l'adolescent. Le MSSS compte plusieurs actions et programmes-services, en amont des services de santé mentale, qui favorisent le bien-être et la santé mentale et qui répondent aux besoins des jeunes, de la famille et de l'entourage. Ces actions et programmes-services vont des interventions universelles de promotion de la santé psychologique positive ou, de manière plus large, de promotion de la santé et de prévention par le biais de l'approche École en santé⁴⁸ en contexte scolaire. Elles incluent, notamment, les services sociaux généraux et les programmes-services Jeunes en difficulté qui ont pour mandat, entres autres, d'intervenir sur les facteurs de risque (familiaux, comportementaux, violence) menaçant le développement de l'enfant ou l'adolescent ou le menant à manifester des difficultés⁴⁹.

3.2.1. Les différents mécanismes d'accès du RSSS aux soins et services de santé mentale des jeunes

Actuellement, pour un jeune qui présente des symptômes relatifs ou un trouble mental fréquent, ainsi que leur famille et leur entourage, l'accès à la trajectoire de soins et de services du PQPTM s'amorce généralement au niveau de ces services (N.B. cette liste n'est pas exhaustive) :

- Santé publique,
- Services sociaux généraux ,
- Aire Ouverte,
- Les groupes de médecine familiale (GMF, GMF-U),
- Les programmes-services destinés aux jeunes en difficulté,
- Santé mentale jeunesse via le mécanisme d'accès aux soins et services de santé mentale (GASMJ),
- L'urgence,
- Partenaires du réseau scolaire,
- Les organismes communautaires.

Les services sociaux généraux, notamment via leurs mécanismes d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) sont la principale porte d'entrée des soins et services

⁴⁷ McRae, L., S. O'Donnell, L. Loukine, N. Rancourt et C. Pelletier. « Note de synthèse – Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada, 2016 », Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques, vol. 36, no 12 (2016).

⁴⁸ Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2005). École en santé - Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires - Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes. Québec, QC: Gouvernement du Québec. 77 p. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000066719.pdf>

⁴⁹ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille. Orientation ministérielle relatives au programme-services destinés aux jeunes en difficulté 2017-2022. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-839-04W.pdf>

*offerts aux enfants ou adolescents ainsi qu'à la famille et l'entourage*⁵⁰. Ils offrent aux jeunes ou aux familles des suivis court terme. Lorsque l'analyse des besoins détermine qu'une réponse exige une intensité de services plus élevée ou que la durée d'intervention requise sera au-delà du court terme, le jeune et sa famille sont alors orientés vers les programmes-services Jeunes en difficulté (JED) ou d'autres programmes, selon les besoins⁵¹.

Également, les services spécifiques du programme Santé mentale jeunesse prévoient que certains partenaires peuvent référer les jeunes, la famille et l'entourage directement à leur niveau de service via le mécanisme d'accès principal aux services de santé mentale spécifiques et spécialisés (GASMJ⁵²).

Dans toutes ces situations, les activités de repérage, d'appréciation du profil de risque, d'évaluation du trouble mental, d'éducation psychologique et de surveillance des symptômes, à la base du modèle de soins par étapes dans les programmes pour les jeunes, ainsi que certaines interventions, telles que les autosoins, l'offre de service court terme, les services de soutien à l'éducation et à l'emploi, figurent parmi les interventions qui peuvent être offertes via ces services.

3.2.2. Les mécanismes d'accès des services spécifiques et spécialisés en santé mentale des jeunes (aussi connu sous l'appellation GASMJ)

Pour accéder aux services spécifiques et spécialisés de santé mentale jeunesse, les enfants et adolescents qui présente des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé, ainsi que leur famille ou leur entourage devraient être dirigées vers le mécanisme d'accès des services spécifiques et spécialisés (GASMJ) lorsque ;

- La réponse aux premières interventions du modèle de soins par étape n'a pas permis de répondre aux besoins (incluant les premières interventions nécessaires suite à l'appréciation du profil de risque tel que recommandé dans le guide de pratique clinique *Trouble dépressif chez l'enfant et l'adolescent : repérage, orientation et traitement*⁵³).
- Les résultats aux questionnaires d'appréciation des symptômes sont au-dessus du seuil clinique et que les répercussions fonctionnelles de ces symptômes sont significatives.
- Lorsque la détérioration de la situation du jeune nécessite un accès vers les services spécifiques et spécialisés en santé mentale.

⁵⁰ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille. Orientation ministérielles relatives au programme-services destinés aux jeunes en difficulté 2017-2022. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-839-04W.pdf>

⁵¹ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille. Orientation ministérielles relatives au programme-services destinés aux jeunes en difficulté 2017-2022. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-839-04W.pdf>

⁵² Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille. Orientation ministérielles relatives au programme-services destinés aux jeunes en difficulté 2017-2022. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-839-04W.pdf>

⁵³ Ministère de la santé et de services sociaux (MSSS). (2021). *Trouble dépressif chez l'enfant et l'adolescent : repérage, orientation et traitement*. Québec, QC: Gouvernement du Québec.

Il est également possible qu'un intervenant d'une des trajectoires intégrées de soins et services des jeunes et leur famille ou du milieu scolaire juge approprié sur le plan clinique de référer le jeune, la famille et l'entourage vers les services d'un intervenant qui œuvre dans les programmes de services spécifiques ou spécialisés de santé mentale jeunesse. Dans cette situation, l'intervenant communiquera, selon le mécanisme de liaison interprogramme et interétablissement prévu par l'établissement, avec les intervenants responsables de l'accès (GASMJ) afin d'obtenir des services spécifiques ou spécialisés en santé mentale.

La confirmation d'un trouble mental par un professionnel dûment habilité n'est pas obligatoire pour avoir accès aux services spécifiques et spécialisés en santé mentale jeunesse. Dans le même ordre d'idées, la confirmation de la présence d'un trouble mental ne signifie pas nécessairement une orientation systématique vers les services spécifiques ou spécialisés. La décision d'orientation doit reposer sur l'analyse globale des besoins faite par l'intervenant et est le fruit d'une décision partagée avec l'enfant ou l'adolescent ainsi que la famille et l'entourage.

Les jeunes, la famille et l'entourage présentant des besoins en santé mentale plus complexes et de faible prévalence ou demandant une plus grande intensité de services peuvent, quant à eux, être dirigés vers les services spécialisés via les mécanismes d'accès. L'hospitalisation peut également être nécessaire au niveau des services spécialisés.

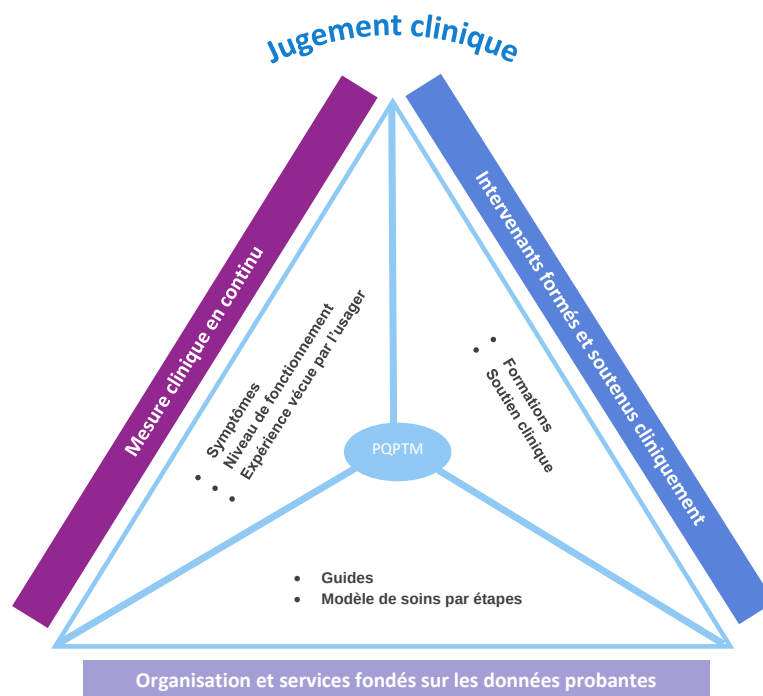
4. TROIS PILIERS DU PQPTM

Le PQPTM a adopté trois principes fondamentaux qui constituent les piliers du programme (figure 1).

1. Organisation et services fondés sur les données probantes;
2. Mesure clinique en continu (aussi nommée *monitorage*);
3. Intervenants formés et soutenus cliniquement.

Ces trois principes sont d'une importance équivalente et leur interaction assure la réussite et la qualité du programme.

Figure 1. Les trois piliers du PQPTM et leurs composantes



4.1. PILIER 1 : ORGANISATION ET SERVICES FONDÉS SUR LES DONNÉES PROBANTES

4.1.1. Guides de pratique clinique

L'offre de soins et de services du PQPTM est basée sur les traitements que recommandent les guides de pratique clinique du NICE. Ceux-ci reposent sur des données probantes et des consensus d'experts. Les guides de pratique clinique sont élaborés selon les meilleurs standards éthiques, scientifiques et économiques. Ils sont révisés régulièrement afin d'y intégrer les nouvelles données probantes et, conséquemment, d'en modifier les recommandations.

Chacune des recommandations est graduée selon la qualité des données scientifiques qui la sous-tendent et le ratio coûts-bénéfice qui y est associé (qualité de vie, pertinence, efficacité clinique, effets délétères, coûts directs et indirects, etc.).

De plus, ces guides ont été adaptés pour être conformes au contexte des soins, des services et de l'organisation du système de santé et services sociaux québécois, au système de classification des troubles mentaux (DSM)⁵⁴ ainsi qu'aux lois en vigueur.

⁵⁴ Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., et American Psychiatric Association. (2015). DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e édition). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. 1184 p.

4.1.1.1. Jugement clinique

Il est attendu que, lorsqu'ils exercent leur jugement clinique, les intervenants tiennent compte des recommandations émises dans les guides de même que des besoins particuliers, des préférences et des valeurs du jeune, de sa famille et de son entourage et qu'ils en discutent avec eux.

La mise en application des recommandations n'est pas obligatoire et ne l'emporte pas sur la responsabilité de prendre les décisions appropriées en fonction de la situation du jeune, et ce, dans un processus de décision partagée avec ce dernier de même qu'avec sa famille et son entourage⁵⁵. Cette discussion vise à aider toute personne utilisatrice de services à parvenir à une décision libre et éclairée, comme prévu par la [Loi sur les services de santé et les services sociaux](#) (LSSSS), [le Code des professions](#) ainsi que les codes de déontologie des ordres professionnels.

4.1.1.2. Information à l'intention du public

Les guides de pratique clinique sont accompagnés d'informations à l'intention du public, mis à la disposition de l'enfant, l'adolescent, de leur famille et de leur entourage. Ces informations sont complémentaires à celles du guide de pratique clinique et se veulent un outil d'aide à la décision. Composés d'informations détaillées, elles permettent à la personne qui le consulte d'avoir un aperçu des interventions qui devraient lui être offertes selon sa situation, mais également d'envisager des questions à poser à ses intervenants. Les sections à l'intention de la famille et de l'entourage présentent également de l'information et des ressources communautaires qui leur sont destinées. Elles expliquent aussi à la famille et à l'entourage le rôle qu'ils peuvent jouer dans le rétablissement de la personne.

4.1.2. Modèle de soins par étapes

La plupart des guides de pratique clinique du NICE portant sur les troubles mentaux les plus fréquents sont construits selon le modèle de soins par étapes⁵⁶. Ce modèle précise les soins et services recommandés les moins intrusifs et les plus efficaces, selon une gradation et en fonction des caractéristiques présentées par le jeune et sa famille et son entourage.

Les traitements proposés dépendent de la gravité, de la persistance des symptômes, de l'altération du fonctionnement, de la complexité de la situation clinique et de la réponse au traitement offert. Selon le trouble mental fréquent visé, le modèle de soins par étapes peut contenir de trois à six étapes.

Cette hiérarchisation facilite le cheminement des jeunes, leur famille et l'entourage entre les niveaux de services et vient traduire la complexité et l'intensité des traitements nécessaires pour répondre aux besoins de santé, sociaux ou psychologiques. Ainsi, elle vise à assurer à l'enfant ou l'adolescent, leur famille et leur entourage l'accès au bon service, au bon moment, au bon endroit et avec le niveau d'expertise approprié. Pour ce

⁵⁵ [Loi sur les services de santé et les services sociaux](#), [loi sur la protection de la jeunesse](#), [Code civil du Québec](#), [Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui](#).

⁵⁶ Bien que la terminologie ait fait l'objet d'une adaptation au contexte québécois et réfère aux soins et services, le modèle est marqué d'une restriction du libellé et doit être nommé «modèle de soins par étapes» tel que nommé par le NICE.

faire, les besoins des familles et de l'entourage seront répondus en cohérence avec les besoins de santé mentale de l'enfant et l'adolescent, les recommandations des guides de pratique et de façon intégrée à la trajectoire des soins et services en santé mentale des jeunes.

L'ascension des étapes suppose que la situation de l'enfant ou l'adolescent exige une intensification des soins et services ainsi qu'une expertise de plus en plus spécialisée. Par ailleurs, les soins par étapes ne représentent pas un cheminement clinique linéaire, ce qui signifie qu'un enfant ou un adolescent ainsi que la famille et l'entourage n'ont pas à passer par l'ensemble des étapes afin de bénéficier des soins et services dont ils ont besoin.

Concrètement, en fonction des différents guides de pratique clinique, les étapes débutent par des modalités comme l'appréciation du profil de risque, l'éducation psychologique et les autosoins⁵⁷ aux premières étapes jusqu'à des interventions plus spécifiques (ex : programme d'intervention individuel adapté utilisant des techniques cognitivo-comportementales) ou vers des traitements spécifiques et spécialisés comme de la psychothérapie ou le traitement combiné avec la médication, au niveau des étapes supérieures de soins (tableau 1).

Tableau 1. Exemple du modèle de soins par étapes; Interventions recommandées pour le trouble dépressif chez les enfants et les adolescents

Étapes du modèle de soins	Traitements
Étape 1 - 2	
Tous les cas confirmés ou avec suspicion d'un trouble dépressif.	- Repérage; - Appréciation du profil de risque; - Appréciation des symptômes dépressifs; - Éducation psychologique; - Surveillance active; - Évaluation du trouble mental au besoin; Orientation aux fins d'évaluation ou de traitement au besoin.
Étape 3	
Trouble dépressif léger (dysthymie incluse)	- Surveillance active; - <u>Programme utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC assistées par les technologies de l'information et des communications (TIC);</u> - <u>Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales en groupe ou TCC en groupe;</u> - <u>Soutien non-directif (NDST) en groupe;</u> - <u>Thérapie interpersonnelle (IPT) en groupe;</u> - <u>Intervention ou psychothérapie familiale basée sur l'attachement^(a);</u> - <u>Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC individuelle^(a);</u>

⁵⁷ Les intervenants devraient recommander l'utilisation de matériel ou de stratégies d'autosoins uniquement lorsque ceux-ci sont intégrés dans le plan d'intervention. D'après la recommandation 1.1.15 du guide *Trouble dépressif chez l'enfant et l'adolescent; repérage, orientation et traitement*.

Tableau 1 (suite). Exemple du modèle de soins par étapes; Interventions recommandées pour le trouble dépressif chez les enfants et les adolescents

Étapes du modèle de soins	Traitements
Étape 4	
Trouble dépressif moyen ou grave chez les enfants (5-11 ans)	- <u>Thérapie interpersonnelle appliquée à la famille (FB-IPT)</u>; - <u>Thérapie familiale (traitement de la dépression chez l'enfant basé sur l'approche familiale (FFT-CD) et traitement global de la famille et des systèmes</u>; - <u>Intervention utilisant des techniques ou psychothérapie psychodynamique</u>; - <u>Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC en individuelle</u>. - Avec ou sans fluoxétine^(b).
Trouble dépressif moyen ou grave chez les adolescents (12- 18 ans)	- <u>Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC en individuelle</u>; Avec ou sans fluoxétine^(b). - <u>IPT pour adolescent (IPT-A)</u> ^(c); - <u>Thérapie familiale (basée sur l'attachement ou systémique)</u> ^(c); - <u>Intervention psychosociale brève</u> ^(c); - <u>Intervention utilisant des techniques ou psychothérapie psychodynamique</u> ^(c). - Avec ou sans fluoxétine^(b).
Étape 5	
- Trouble dépressif réfractaire au traitement combiné; - Trouble dépressif récurrent; - Dépression psychotique.	<u>Interventions ou psychothérapie intensives selon recommandations pertinentes à la condition clinique</u>; Avec ou sans fluoxétine, sertraline, citalopram, potentialisation avec antipsychotique.
** Dans le cadre du PQPTM, l'abréviation TCC (thérapie cognitivo-comportementale) réfère à l'exercice de la psychothérapie cognitivo-comportementale. (a) Si les traitements précédents ne répondent pas aux besoins cliniques de l'enfant ou à sa situation, incluant le niveau de maturité et développement (voir recommandation 1.5.6.). (b) En conformité avec les recommandations du présent guide à cet effet. (c) Si le traitement précédent ne répond pas aux besoins cliniques de l'adolescent ou à sa situation, incluant le niveau de maturité et développement (voir recommandation 1.6.6.). NOTE : La colonne concernant la recommandation de l'endroit où les soins et services devraient être offerts dans le guide clinique original du NICE, a été supprimée pour les raisons suivantes : L'organisation des soins et services au Québec différente de celle en Angleterre. Ainsi, le tableau présente l'ensemble des interventions recommandées en fonction du trouble de l'enfant et de l'adolescent et non en fonction du programme-service ou du milieu où elles sont offertes.	

4.1.3. Bonnes pratiques cliniques recommandées dans le cadre du PQPTM

4.1.3.1. Soins et services centrés sur le jeune, la famille et l'entourage

Établir une bonne communication entre les intervenants et les personnes qui utilisent les services est un aspect essentiel. Les soins et les services, de même que l'information fournie, devraient être appropriés au niveau du développement de l'enfant ou l'adolescent, adaptés sur le plan culturel et accessibles à ceux qui présentent des besoins particuliers en raison d'une incapacité physique ou mentale, d'un handicap, d'un trouble du traitement sensoriel, d'une déficience intellectuelle ou qui ne parlent et ne lisent pas le français ni l'anglais.

Les personnes utilisatrices de services et les établissements publics de santé et de services sociaux ont des droits et des responsabilités, lesquels sont définis dans la LSSS, et tous les guides de pratique du NICE contextualisés par le MSSS sont rédigés de façon à s'y conformer. En plus de respecter leur code de déontologie, les professionnels et intervenants doivent respecter les articles concernant l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé inclus dans la LSSS et le Code civil du Québec (articles 11 à 13).

Dans le contexte de la trajectoire des soins et services en santé mentale des jeunes, l'enfant ou adolescent devrait participer au processus décisionnel des soins et services requis par son état. Tout en tenant compte des normes et lois en vigueur, la famille et l'entourage devraient idéalement prendre part au processus de décisions partagées au sujet des soins, des services et des traitements requis ou reçus^{58,59,60}.

La décision partagée sur les soins et services à offrir doit tenir compte simultanément de 3 aspects :

1. Les valeurs, attentes, besoins et préférences :
 - de l'enfant ou l'adolescent ;
 - de la famille et de l'entourage;
2. Les données probantes;
3. Le jugement clinique de l'intervenant.

La famille et l'entourage d'un jeune qui présente des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé sont responsables du bien-être psychologique, du développement et de la sécurité de ce dernier. Ils constituent un facteur de protection important et jouent un rôle dans le processus de rétablissement de l'enfant ou l'adolescent. Ils peuvent toutefois aussi s'avérer être un facteur de prédisposition, précipitant ou de maintien de la problématique. Par conséquent, la famille

⁵⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. Consulté en ligne à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>

⁵⁹ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, 79 p., accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>

⁶⁰ PQPTM. Guide de pratique clinique *Trouble dépressif chez les enfants et les adolescents : repérage, orientation et traitement*. Recommandations 1.1.1. à 1.1.5.

et l'entourage doivent pouvoir compter sur un soutien afin de faire face aux défis reliés à la situation du jeune. Ils devraient également obtenir, lorsque requis, des soins et services individuels ou familiaux visant le renforcement de leurs capacités ou l'amélioration de leur condition psychologique ou sociale. Ces services permettront l'actualisation de leurs rôles et responsabilité auprès de l'enfant ou de l'adolescent. Le PQPTM, à travers certaines recommandations issues des données probantes, vient renforcer la vision intégrée de l'offre de soins et services de la trajectoire des enfants et adolescents à ceux de la famille et de l'entourage, notamment par des recommandations incluses dans les guides de pratique sur le recours aux services de santé mentale des adultes, lorsque nécessaire.

4.1.3.2. Soins et services fondés sur des pratiques collaboratives

Dans le [Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : Faire ensemble et autrement](#)⁶¹, les soins et les services de collaboration sont dispensés par des intervenants de spécialités, de disciplines, de secteurs (public, communautaire et privé) ou de réseaux différents, qui travaillent ensemble à offrir des services complémentaires. Les pratiques collaboratives impliquent la mise en place d'objectifs communs, d'un processus décisionnel bien défini et équitable ainsi que d'une communication ouverte et régulière.

Les pratiques collaboratives sont fondées sur des pratiques efficaces qui évoluent avec les besoins changeants du jeune, de la famille et de l'entourage ainsi que les ressources disponibles. Elles permettent de renforcer le partenariat et constituent un processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'information, d'éducation, de soutien et de prise de décision. Certains guides de pratique clinique du PQPTM, notamment celui du *Trouble dépressif chez l'enfant et l'adolescent : repérage, orientation et traitement*⁶², intègrent des recommandations issues des données probantes sur les meilleures pratiques collaboratives. Les pratiques de collaboration peuvent être interprofessionnelles et intersectorielles. La collaboration interprofessionnelle regroupe l'ensemble des activités permettant un travail en partenariat efficace et l'amélioration des soins et des services. La collaboration intersectorielle est un processus réunissant des acteurs issus de plusieurs secteurs (et aux logiques différentes) mettant en commun leurs ressources afin d'agir sur une situation complexe qu'ils ne peuvent maîtriser seuls. Le partenariat intersectoriel n'est pas là pour réaliser des activités en fonction d'orientations décidées par un seul acteur. Il suppose que les organisations acceptent de s'influencer et d'apporter leurs propres contributions à une démarche commune. Pour améliorer les conditions de vie dans les communautés, les organisations de santé et de services sociaux doivent favoriser l'engagement des acteurs de plusieurs secteurs d'activité⁶³. Considérant que les besoins en santé mentale des enfants et adolescents peuvent survenir à tout moment du développement et dans tous les milieux de vie où ils évoluent, les pratiques collaboratives sont essentielles et incontournables pour cette population. Il est de la responsabilité des CISSS et des CIUSSS d'établir des ententes de complémentarité des services comme

⁶¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*. Consulté en ligne à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>.

⁶² PQPTM. Guide de pratique clinique. *Trouble dépressif chez l'enfant et l'adolescent : repérage, orientation et traitement*. (2021) Québec, QC: Gouvernement du Québec.

⁶³ Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*, Vancouver, B.-C.: Université de la Colombie-Britannique, 37 p. [En ligne] https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_outils/CIHC_IPCompétencies-FrR_Sep710.pdf

celles prévues entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation⁶⁴ en cohérence avec les recommandations émises dans les guides de pratique clinique⁶⁵.

4.1.3.3. Rétablissement

Le rétablissement est un principe directeur du Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020⁶⁶. Comme plusieurs pays occidentaux, le Québec fonde les soins et les services du secteur de la santé mentale sur ce concept. Le MSSS réaffirme ainsi la capacité des jeunes et personnes utilisatrices de services à prendre ou à reprendre le contrôle de leur vie et à participer pleinement à la vie collective. L'utilisation des autosoins, dirigés, non dirigés ou en groupe, est une illustration concrète de cette position, permettant une plus grande implication de la personne dans l'intervention et la reprise de son pouvoir d'agir⁶⁷. Au plan d'action 2015-2020, le rétablissement est défini comme *un processus subjectif par lequel une personne retrouve graduellement du pouvoir sur sa vie et arrive à transcender les symptômes et les handicaps de la maladie*⁶⁸. Il n'est pas un processus linéaire : il peut comprendre des périodes d'avancée, de stagnation et même de recul⁶⁹. En revanche, l'application du concept de rétablissement à la jeunesse demeure l'objet de discussions et il est un domaine d'intérêt croissant pour la recherche.

En effet, les définitions du concept de rétablissement ont d'abord été construites à partir de l'expérience et de témoignages d'adultes. Les recherches et réflexions visant à considérer la pertinence du rétablissement pour une clientèle d'enfants, d'adolescents, de leur famille et de leur entourage sont assez récentes et peu nombreuses. Elles proviennent surtout de milieux anglophones et de contextes sociaux différents. Il serait donc nécessaire de recueillir davantage de témoignages afin de bien définir le rétablissement pour les enfants, adolescents et jeunes adultes, dans une perspective québécoise⁷⁰.

Plusieurs similarités peuvent être observées entre les éléments du processus de rétablissement chez les jeunes et chez les adultes. Il est entre autres perçu par les jeunes

⁶⁴ Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et ministère de la Santé et des Services sociaux, Deux réseaux et un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, Gouvernement du Québec, 2003, p. 2, accessible en ligne : http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/MELS-MSSS_Ententecomplementarite.pdf.

⁶⁵ PQPTM. Guide de pratique clinique *Trouble dépressif chez les enfants et les adolescents : repérage, orientation et traitement*. Recommandations 1.1.21. à 1.1.23.

⁶⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*. Consulté en ligne à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>.

⁶⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS : la force des liens*, Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000672/>.

⁶⁸ Provencher, H. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64.

⁶⁹ Provencher, H. (2013). *L'expérience de rétablissement : vers la santé mentale complète*, Québec, Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, p. 3-4.

⁷⁰ Khoury, E. (2020). Narrative Matters: Mental health recovery—considerations when working with youth. *Child and Adolescent Mental Health*, 25(4), 273-276.

comme un processus individualisé, fait d'aller-retour⁷¹. La vision holistique, basée sur les forces et centrée sur la reprise du pouvoir et l'autodétermination,⁷² est aussi relevée. Également, l'espoir et l'optimisme, soit les attentes positives face à l'avenir et la croyance en ses capacités, doivent être favorisés, tout comme la résilience, la conscience de soi et l'acceptation⁷³. L'expérience du jeune, de sa famille et de son entourage⁷⁴, de même que les liens existants entre eux et avec leur environnement doivent être considérés⁷⁵, bien que l'opinion de chacun puisse parfois entrer en conflit.

Le rétablissement pour les enfants et adolescents doit être compris au travers des stades développementaux et mettre l'accent sur l'amélioration de la qualité de vie. Les jeunes diffèrent et évoluent dans leur stade de développement et dans leur maturité. Leurs besoins ont un caractère dynamique et leurs objectifs changent⁷⁶. L'aspect du processus personnel prend donc un sens différent. Plutôt que de reconstruire sa vie, le jeune vise davantage un réengagement dans ses activités quotidiennes habituelles et à reprendre sa trajectoire développementale⁷⁷.

En raison de ce processus développemental, l'enfant ou l'adolescent présente une plus forte interdépendance avec son environnement familial, scolaire et social. Le rétablissement s'inscrit donc au travers d'interactions plus complexes et dynamiques avec cet environnement. Les objectifs diffèrent et tiennent compte de la présence d'un milieu familial soutenant, du besoin d'obtenir une éducation et de développer des relations saines avec son entourage⁷⁸. Les parents, l'entourage et les intervenants doivent constamment s'adapter et demeurer flexibles en considérant l'autonomie du jeune et son interdépendance, tout en assurant leurs responsabilités de voir à sa participation sociale et à sa protection⁷⁹.

Le contexte écologique dans lequel le jeune évolue doit donc être considéré, qu'il soit personnel, systémique ou macrosocial. Ce contexte crée des obstacles au processus comme la stigmatisation, la méconnaissance des problèmes de santé mentale, la

⁷¹ Law, H., Gee, B., Dehmahdi, N., Carney, R., Jackson, C., Wheeler, R., et coll. (2020). What does recovery mean to young people with mental health difficulties?—"It's not this magical unspoken thing, it's just recovery". *Journal of Mental Health*, 29(4), 464-472.

⁷² Friesen, B. J. (2007). Recovery and resilience in children's mental health: Views from the field. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 38

⁷³ Law, H., Gee, B., Dehmahdi, N., Carney, R., Jackson, C., Wheeler, R., et coll. (2020). What does recovery mean to young people with mental health difficulties?—"It's not this magical unspoken thing, it's just recovery". *Journal of Mental Health*, 29(4), 464-472.

⁷⁴ Naughton, J. N., Maybery, D., Sutton, K., Basu, S., & Carroll, M. (2020). Is self-directed mental health recovery relevant for children and young people?. *International journal of mental health nursing*, 29(4), 661-673.

⁷⁵ Law, H., Gee, B., Dehmahdi, N., Carney, R., Jackson, C., Wheeler, R., et coll. (2020). What does recovery mean to young people with mental health difficulties?—"It's not this magical unspoken thing, it's just recovery". *Journal of Mental Health*, 29(4), 464-472.

⁷⁶ Law, H., Gee, B., Dehmahdi, N., Carney, R., Jackson, C., Wheeler, R., et coll. (2020). What does recovery mean to young people with mental health difficulties?—"It's not this magical unspoken thing, it's just recovery". *Journal of Mental Health*, 29(4), 464-472.

⁷⁷ Naughton, J. N., Maybery, D., Sutton, K., Basu, S., & Carroll, M. (2020). Is self-directed mental health recovery relevant for children and young people?. *International journal of mental health nursing*, 29(4), 661-673.

⁷⁸ Friesen, B. J. (2007). Recovery and resilience in children's mental health: Views from the field. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 38

⁷⁹ Mayall, B. (2000). The sociology of childhood in relation to children's rights. *Int'l J. Child. Rts.*, 8, 243.

fragmentation du système de services de santé mentale, de même que les facteurs socioéconomiques impliqués⁸⁰. Différents facilitateurs au rétablissement existent cependant⁸¹ :

- Les activités significatives;
- Le réseau de soutien;
- L'accessibilité aux services de santé mentale;
- L'alliance thérapeutique significative;
- Une approche collaborative;
- L'espoir et la motivation.

Plusieurs ressources sont à la disposition des intervenants pour favoriser les pratiques axées sur le rétablissement, dont le Guide d'accompagnement pour la mise en place et le maintien de pratiques axées sur le rétablissement publié par le MSSS⁸². Le *Guide de discussion : le point de vue des jeunes sur les pratiques axées sur le rétablissement de la Commission de la santé mentale du Canada*⁸³, ainsi que les autres ressources de la bibliothèque virtuelle du Centre d'étude sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CÉRRIS)⁸⁴.

4.1.3.4. Estimation de la dangerosité

Le risque de suicide est douze fois plus élevé chez les personnes présentant des troubles mentaux que dans la population générale, et le trouble dépressif serait présent dans 50% des cas de suicide^{85,86}. Le risque de blesser une autre personne est aussi plus élevé chez les personnes qui présentent un trouble mental⁸⁷.

Il est généralement admis que le suicide chez les enfants est un phénomène sous-

⁸⁰ Rayner, S., Thielking, M., & Lough, R. (2018). A new paradigm of youth recovery: Implications for youth mental health service provision. *Australian Journal of Psychology*, 70(4), 330-340.

⁸¹ Law, H., Gee, B., Dehmadhi, N., Carney, R., Jackson, C., Wheeler, R., et coll. (2020). What does recovery mean to young people with mental health difficulties?—"It's not this magical unspoken thing, it's just recovery". *Journal of Mental Health*, 29(4), 464-472.

⁸² Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2017). *La mise en place et le maintien de pratiques axées sur le rétablissement - Guide d'accompagnement*. Québec, QC: Gouvernement du Québec Guide de discussion: le point de vue des jeunes sur les pratiques axées sur le rétablissement de la Commission de la santé mentale du Canada. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-03W.pdf>

⁸³ Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). (2018) Guide de discussion - Du pain sur la planche: le point de vue des jeunes sur les pratiques axées sur le rétablissement. Ottawa, ON: CSMC. 24 p, <https://hiddenheroes.mentalhealthcommission.ca/Francais/le-vecteur-fevrier-2018-du-pain-sur-la-planche-le-point-de-vue-des-jeunes-sur-les-pratiques-axe-es>

⁸⁴ Centre d'étude sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CÉRRIS). (2021). « Le rétablissement personnel ». Récupéré de Dossier thématique, Bibliothèque virtuelle <https://cerrisweb.com/bibliotheque-virtuelle/dossiers-thematiques/retablissement/> [consulté le 1 novembre, 2021].

⁸⁵ Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2018). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf

⁸⁶ Commissaire à la santé et au bien-être (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 : pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, Gouvernement du Québec, 179 p. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf

⁸⁷ Kendrick, Pilling (2012). « Common mental health disorders – identification and pathways to care: NICE clinical guideline », *British Journal of General Practice*, vol. 62, n° 594, p. 47-49. [doi:10.3399/bjgp12X616481](https://doi.org/10.3399/bjgp12X616481)

estimé⁸⁸. Au Québec, nous ne disposons pas de données d'enquête populationnelle relativement aux tentatives de suicide ou aux idées suicidaires chez les jeunes de moins de 15 ans. Selon la plus récente enquête québécoise sur la santé de la population, menée en 2014 et 2015, parmi les jeunes de 15-24 ans, 3,7 % déclaraient avoir eu, au cours des 12 derniers mois, des idées suicidaires sérieuses et 1 % avoir fait une tentative de suicide⁸⁹. Il est reconnu qu'une tentative de suicide antérieure est un facteur de risque important de décès par suicide⁹⁰. En 2021, les hausses les plus marquées du taux d'hospitalisations lié aux tentatives de suicide s'observaient chez les jeunes de 15-19 ans au Québec (INSPQ rapport annuel publié le 1er février 2021). Également, les taux de suicide les plus faibles se retrouvent chez le groupe d'âge des 10-14 ans (INSPQ bis). Néanmoins, plusieurs décès par suicide et tentatives de suicide chez les enfants ne seraient pas décelés, car ceux-ci peuvent être interprétés comme des accidents⁹¹.

Lorsqu'un jeune présente des symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé présente un **danger grave et immédiat** pour lui-même ou pour autrui, assurez la sécurité immédiate en premier lieu et intervenez conformément aux bonnes pratiques, aux lois, aux politiques et aux procédures en place au Québec et dans les établissements, notamment celles en prévention du suicide, de la [Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui](#), du [Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui - Garde en établissement de santé et de services sociaux](#).

Plusieurs publications du MSSS sont à la disposition des intervenants concernant les bonnes pratiques en matière de prévention du suicide, tel que le [Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux](#)⁹², le [Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux](#)⁹³ de même que le [Guide de soutien pour intervenir auprès des enfants de 5 à 13 ans à risque suicidaire les jeunes de 5 à 13 ans](#)⁹⁴, ainsi que [L'Aide-mémoire en soutien à votre jugement clinique en prévention du suicide](#)

⁸⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). Guide de soutien pour intervenir auprès des enfants de 5 à 13 ans à risque suicidaire, 75 pages. Consulté en ligne à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-825-03W.pdf>

⁸⁹ Camirand, Hélène, Issouf Traoré et Jimmy Bauline (2016). L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015: pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, 208 p. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2014-2015-pour-en-savoir-plus-sur-la-sante-des-quebecois-resultats-de-la-deuxieme-edition.pdf>

⁹⁰ Laforest, J., Maurice, P. et Bouchard, L. M. (dir.). (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf

⁹¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). Guide de soutien pour intervenir auprès des enfants de 5 à 13 ans à risque suicidaire, 75 pages. Consulté en ligne à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-825-03W.pdf>

⁹² Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2010) *Prévention du suicide - Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Québec, QC: Gouvernement du Québec. 93 p. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-247-02.pdf>

⁹³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2010) *Prévention du suicide-Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux*. Québec, QC: Gouvernement du Québec. 74 p. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-247-03F.pdf>

⁹⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021) *Guide de soutien pour intervenir auprès des enfants de 5 à 13 ans à risque suicidaire les jeunes de 5 à 13 ans*. Québec, QC: Gouvernement du Québec. 82 p. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-825-03W.pdf>

[chez les enfants de 5 à 13 ans](#)⁹⁵.

4.2. PILIER 2 : MESURE CLINIQUE EN CONTINU (OU MONITORAGE)

La mesure clinique en continu est une appréciation systématique des résultats cliniques d'une personne afin de déterminer si les soins et services qu'elle reçoit sont bénéfiques.

Cette mesure est déjà très utilisée en santé physique, par exemple pour la mesure périodique de la glycémie pour une personne diabétique ou pour la mesure régulière de la taille et le poids des nouveau-nés et la comparaison des résultats aux courbes de croissance standardisée. Cette approche, évaluée depuis plusieurs années, a démontré des bénéfices significatifs pour les personnes et les intervenants lorsqu'une interaction en cours de traitement est présente⁹⁶. Dès 2001, une synthèse de près de 125 méta-analyses d'études scientifiques révélait que :

- 1) la validité scientifique des questionnaires en psychologie est forte;
- 2) la validité scientifique des questionnaires en psychologie est comparable à celle des tests utilisés en santé physique;
- 3) les différentes méthodes de collecte fournissent des informations distinctes et complémentaires;
- 4) les intervenants qui dépendent exclusivement d'entrevues peuvent passer à côté de certaines informations pertinentes⁹⁷.

Ainsi, depuis 2018, le comité d'experts de la Société canadienne de psychologie recommande aux intervenants de mesurer systématiquement la situation clinique à l'aide de questionnaires validés scientifiquement. Ces mesures doivent être analysées minimalement avant et après le traitement offert. Il est cependant recommandé que celles-ci soient analysées en cours de traitement, à chaque consultation⁹⁸.

De plus, selon l'expérience vécue par l'IAPT et le CYP-IAPT, la nécessité de mesurer avant chaque consultation permet également à l'intervenant d'effectuer son analyse si jamais la personne utilisatrice de services décide de mettre fin à son traitement plus tôt que prévu ou si l'état ou la collaboration de celle-ci ne permet pas de prendre une mesure lors d'une consultation en particulier. Ainsi, le résultat des mesures effectuées lors des rencontres précédentes pourrait être utilisé par l'intervenant pour apprécier la situation de

⁹⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021) L'Aide-mémoire en soutien à votre jugement clinique en prévention du suicide chez les enfants de 5 à 13 ans. Québec, QC: Gouvernement du Québec. 2 p.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-825-02W.pdf>

⁹⁶ Howard, K. I., K. Moras, P. L. Brill, Z. Martinovich et W. Lutz (1996). « Evaluation of Psychotherapy: Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress », *American Psychologist*, vol. 51, n° 10, p. 994.

⁹⁷ Meyer, G. J., S. E. Finn, L. D. Eyde, G. G. Kay, K. L. Moreland, R. R. Dies, E. J. Eisman, T. W. Kubiszyn et G. M. Reed (2001). « Psychological Testing and Psychological Assessment: A Review of Evidence and Issues », *American Psychologist*, vol. 56, n° 2, p. 128-165.

⁹⁸ Canadian Psychological Society (2018). *Outcomes and Progress Monitoring in Psychotherapy*, Ottawa: Canadian Psychological Society, 30 p.

la personne^{99,100}.

La mesure clinique en continu au sein du PQPTM intègre des mesures de l'appréciation des symptômes et du niveau de fonctionnement à l'aide de questionnaires validés scientifiquement, selon le trouble mental fréquent pouvant y être associé et la population visée. De plus, l'expérience de la personne ayant bénéficié des services du PQPTM sera également mesurée afin d'évaluer son niveau de satisfaction et les effets que les traitements ont pu lui apporter.

4.2.1. Mesure clinique en continu et ajustement du traitement

La mesure clinique en continu et son analyse permettent d'ajuster le traitement ou l'offre de soins et services, en collaboration avec l'enfant ou l'adolescent, leur famille et leur entourage, en fonction de l'évolution et de la réponse à leurs besoins.

Dans le cas où la situation s'améliore, le traitement a intérêt à se poursuivre, alors que si après un certain temps la situation ne s'améliore pas, une discussion devrait avoir lieu avec le jeune, la famille et l'entourage afin d'ajuster le traitement au besoin. Des études démontrent que la mesure clinique en continu permet de mieux repérer les jeunes qui ne répondent pas bien au traitement et améliore également l'habileté des intervenants à détecter rapidement une détérioration des symptômes, leur permettant ainsi d'améliorer le soutien offert en réponse à cette détérioration¹⁰¹. En revanche, les services qui n'incluent pas les mesures à chaque consultation surestiment globalement l'effet du traitement sur la personne, qui ne reçoit alors pas un traitement optimal¹⁰².

4.2.2. Avantages de la mesure clinique en continu

Les évaluations du programme CYP-IAPT démontrent que la mesure clinique en continu comporte plusieurs avantages en ce qui concerne non seulement la pratique clinique, mais également l'efficacité des traitements et l'effet du programme dans son ensemble^{103,104}. Voici, de façon plus détaillée, les principaux avantages de la mesure clinique en continu dans le cadre du PQPTM.

4.2.2.1. Avantages de la mesure clinique en continu pour l'enfant ou l'adolescent, leur famille et de leur entourage

La mesure clinique en continu permet à la personne utilisatrice de services :

- 1) de mieux faire comprendre ses besoins, ses symptômes et ses expériences;

⁹⁹ National Collaborating Centre for Mental Health (2020). *The Improving Access to Psychological Therapies Manual*, Londres : National Health Services, 81 p.

¹⁰⁰ Law, D. et Wolpert, M. (2014). *Guide to Using Outcomes and Feedback Tools with Children, Young People and Families*. Londres, R.-U.: Child Outcomes Research Consortium (CORG). 161 p.

¹⁰¹ Van Sonsbeek, M.A., Hutschemaekers, G.G., Veerman, J.W. et Tiemens, B.B.G. (2014). « Effective components of feedback from Routine Outcome Monitoring (ROM) in youth mental health care: study protocol of a three-arm parallel-group randomized controlled trial. » *BMC Psychiatry* 14, 3. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-3>

¹⁰² Clark, D. M., R. Layard, R. Smithies, D. Richards, R. Suckling et B. Wright (2009). « Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites », *Behaviour Research and Therapy*, vol. 47, p. 910-920. DOI: [10.1016/j.brat.2009.07.010](https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.010)

¹⁰³ Child Outcomes Research Consortium (2017). *Recommendations for using outcome measures*. London: CAMHS Press. 8 p.

¹⁰⁴ Wolpert, M., Jacob, J., Napoleone, E., Whale, A., Calderon, A., et Edbrooke-Childs, J. (2016). *Child- and Parent-reported Outcomes and Experience from Child and Young People's Mental Health Services 2011–2015*. London: CAMHS Press. 84 p.

- 2) d'obtenir une rétroaction afin de suivre son progrès vers le rétablissement. En effet, le groupe de recherche qui a évalué le programme CYP-IAPT recommande que les jeunes mesurent leur progression et évoluent vers l'atteinte d'objectifs d'intervention précis obtiennent de meilleurs résultats¹⁰⁵;
- 3) de ressentir que son opinion compte et qu'elle est partie prenante de la prise de décision concernant son rétablissement¹⁰⁶;
- 4) d'augmenter la collaboration entre l'intervenant, le jeune, sa famille et de son entourage, en plus de diminuer le risque d'abandon du traitement¹⁰⁷.

4.2.2.2. Avantages de la mesure clinique en continu pour les intervenants

La mesure clinique en continu permet aux intervenants :

- 1) d'obtenir des informations diversifiées pour établir les objectifs et les traitements appropriés et en discuter avec l'enfant ou l'adolescent ainsi que la famille et l'entourage;
- 2) d'obtenir de l'information à jour au sujet de l'évolution du jeune (amélioration ou détérioration significative), tant sur le plan des symptômes que sur le plan du fonctionnement;
- 3) de réajuster les traitements en cours au besoin¹⁰⁸;
- 4) de contribuer au développement d'une meilleure communication au sein de la relation thérapeutique, ainsi que de favoriser une approche centrée sur la personne. La mesure clinique en continu représente le point de départ de la discussion avec le jeune, la famille et l'entourage au sujet des progrès et de l'expérience avec les services reçus, favorisant ainsi l'engagement dans la prise de décision partagée;
- 5) de recevoir un soutien s'appuyant sur les résultats cliniques. En effet, les résultats issus de la mesure clinique constituent un outil pour guider les rencontres entre l'intervenant et le professionnel responsable d'offrir le soutien clinique. Les résultats cliniques appuient les rétroactions dans l'analyse de la situation individuelle et systémique d'un jeune pour améliorer la pratique clinique et offrir des soins et des services de qualité.

Les résultats de la mesure clinique en continu ne permettent pas d'évaluer le rendement des intervenants. Les personnes qui assurent les activités d'encadrement doivent agir conformément aux politiques et procédures de leur établissement.

¹⁰⁵ Wolpert, M., Jacob, J., Napoleone, E., Whale, A., Calderon, A., et Edbrooke-Childs, J. (2016). *Child- and Parent-reported Outcomes and Experience from Child and Young People's Mental Health Services 2011–2015*. London: CAMHS Press. 84 p.

¹⁰⁶ Greenhalgh J. The applications of PROs in clinical practice: what are they, do they work, and why? *Qual Life Res.* 2009 Feb;18(1):115-23. doi: [10.1007/s11136-008-9430-6](https://doi.org/10.1007/s11136-008-9430-6). Epub 2008 Dec 23. PMID: 19105048.

¹⁰⁷ Law, D., Jones, M., et Wolpert, M. (2015) Using CYP IAPT feedback and outcome forms to aid clinical practice: Key messages. Londres: CAMHS press. 24 p.

¹⁰⁸ Law, D., Jones, M., et Wolpert, M. (2015) Using CYP IAPT feedback and outcome forms to aid clinical practice: Key messages. Londres: CAMHS press. 24 p.

4.2.2.3. Avantages de la mesure clinique en continu pour le MSSS et les établissements

La mesure clinique en continu permet au MSSS et aux établissements :

- de soutenir l'offre de soins et services basée sur les données probantes, notamment en s'assurant que les traitements sont offerts de manière efficiente (par exemple à l'intérieur d'un délai court, pour le trouble mental fréquent identifié, avec les traitements recommandés durant un nombre adéquat de consultations, etc.);
- d'améliorer la qualité globale et l'efficacité des services. Les directions, gestionnaires et professionnels exerçant le rôle de soutien clinique peuvent utiliser les résultats pour suivre la performance de leurs services et pour engager des discussions d'équipe avec les intervenants afin d'améliorer la qualité du service ainsi que l'optimisation des ressources et des résultats¹⁰⁹;
- de bénéficier, pour les responsables locaux, régionaux et nationaux, de résultats précis et complets pour éclairer l'élaboration des politiques.

4.2.3. Éléments clés favorisant l'implantation de la mesure clinique en continu dans les établissements

Comme précisé précédemment, la mesure clinique en continu sera intégrée dans la pratique clinique des intervenants qui appliqueront le programme. En plus de s'approprier un nouveau programme clinique, les intervenants doivent aussi adopter de nouvelles pratiques. Pour relever ce double défi avec succès, il existe plusieurs éléments clés pour favoriser l'implantation de cette mesure¹¹⁰ :

- 1. Avoir un leadership qui appuie la mesure clinique en continu**
 - Avoir des dirigeants et des gestionnaires ainsi qu'un responsable du soutien clinique qui croient aux avantages de cette pratique et les communiquent.
- 2. Intégrer la mesure clinique en continu dans le fonctionnement journalier**
 - Inscrire cette pratique dans les rôles et responsabilités des intervenants, notamment en aménageant l'horaire journalier pour faciliter cette pratique.
- 3. Soutenir la mesure clinique en continu**
 - Intégrer graduellement la mesure clinique en continu tout en bénéficiant de l'appui de la personne responsable du soutien clinique.
- 4. Aménager l'environnement pour favoriser la mesure clinique en continu**
 - S'assurer que les intervenants ont facilement accès aux formulaires papier ou à des postes informatiques.
 - Aménager des lieux calmes dans les salles d'attente pour les personnes utilisatrices de services afin qu'elles puissent remplir leurs questionnaires sur papier ou support informatique.
- 5. Favoriser les solutions informatiques**
 - Offrir la possibilité à la personne utilisatrice de services de remplir les

¹⁰⁹ Law, D., Jones, M., et Wolpert, M. (2015) Using CYP IAPT feedback and outcome forms to aid clinical practice: Key messages. Londres: CAMHS press. 24 p.

¹¹⁰ Marriott, S., M. Sleed et K. Dalzell (2019). *Implementing routine outcome monitoring in specialist perinatal mental health services*. Londres, Royaume-Uni: Child Outcomes Research Consortium (CORC). 44 pages.

questionnaires électroniquement pour éviter les retranscriptions, faciliter l'analyse par les intervenants et maximiser le temps clinique direct avec elle.

6. Intégrer la mesure clinique en continu dans les équipes cliniques

- Faire régulièrement un suivi de l'implantation de cette pratique et des résultats collectifs.
- Faire ressortir les résultats de la personne lors des discussions de cas dans les rencontres d'équipe clinique.

7. Offrir une rétroaction organisationnelle

- Avoir l'appui des directions de la qualité ou autres directions concernées dans les établissements pour fournir régulièrement des rapports de résultats ou des tableaux de bord aux équipes cliniques, aux directions cliniques concernées ainsi qu'aux comités de direction de l'établissement.

4.2.4. Questionnaires d'appréciation chez l'enfant ou l'adolescent

Dans le cadre du PQPTM, la mesure clinique en continu de l'évolution de plusieurs troubles mentaux fréquents chez les enfants et les adolescents se fait principalement à partir du questionnaire *Revised Child Anxiety and Depression Scale* (RCADS), comprenant six sous-échelles pour les symptômes dépressifs, d'anxiété de séparation, d'anxiété généralisée, de trouble panique, d'anxiété sociale ou obsessionnel-compulsif¹¹¹. Ce questionnaire, validé scientifiquement, autoadministré et de courte durée comprend à la fois une version pour les enfants et les adolescents ainsi qu'une version pour les parents^{112,113}. Pour le stress post-traumatique, le questionnaire *Children's Revised Impact of Event Scale* (CRIES-8) est employé^{114,115}. En plus de la mesure des symptômes associés aux troubles mentaux, le questionnaire *Work and Social Adjustment Scale - Youth and Parent Versions* (WSAS-Y et WSAS-P) doit être utilisé pour apprécier le niveau de fonctionnement de l'enfant ou de l'adolescent^{116,117} (voir le tableau 1).

¹¹¹ Chorpita, B.F., L. Yim, C. Moffitt, L.A. Umemoto et S.E. Francis (2000). « Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale ». *Behaviour Research and Therapy*, vol. 38, no 8, p. 835–855.

¹¹² Ebesutani, C., A. Bernstein, B. J. Nakamura, B. F. Chorpita, et J. R. Weisz (2010). « A psychometric analysis of the revised child anxiety and depression scale - parent version in a clinical sample ». *Journal of abnormal child psychology*, vol. 38, no 2, p. 249–260.

¹¹³ Ebesutani, C., B. F. Chorpita, C. K. Higa-McMillan, B. J. Nakamura, J. Regan et R. E. Lynch (2011). A psychometric analysis of the Revised Child Anxiety and Depression Scales - parent version in a school sample. *Journal of abnormal child psychology*, vol. 39, no 2, p. 173–185.

¹¹⁴ Yule, W. (1997). « Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in children ». I. Sclare (Éd.). *Child psychology portfolio*. Windsor, Royaume-Uni: National Foundation for Educational Research - Nelson.

¹¹⁵ Perrin, S., R. Meiser-Stedman et P. Smith (2005) « The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD ». *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 33, no 4, p. 487-498.

¹¹⁶ Los Reyes, A., Makol, B. A., Racz, S. J., Youngstrom, E. A., Lerner, M. D., et Keeley, L. M. (2019). « The Work and Social Adjustment Scale for Youth: A Measure for Assessing Youth Psychosocial Impairment Regardless of Mental Health Status ». *Journal of child and family studies*, 28(1): p. 1–16. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1238-6>

¹¹⁷ Jassi, A., Lenhard, F., Krebs, G., Gumpert, M., Jolstedt, M., Andrén, P., Nord, M., Aspvall, K., Wahlund, T., Volz, C., et Mataix-Cols, D. (2020). « The Work and Social Adjustment Scale, Youth and Parent Versions: Psychometric Evaluation of a Brief Measure of Functional Impairment in Young People ». *Child psychiatry and human development*, 51(3): p. 453–460. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-00956-z>

4.2.4.1. Mesures spécifiques des troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent

Chez les enfants et les adolescents, une version avec 25 items du RCADS permet de repérer les troubles anxieux et dépressifs^{118,119}. La version avec 47 items du RCADS ou le questionnaire CRIES-8 peuvent aider à identifier des troubles dépressifs, anxieux et ceux qui s'y apparentent. Ces questionnaires peuvent être utilisés, entre autres, lors de l'évaluation du trouble mental. Finalement, les sous-échelles appropriées du RCADS ainsi que le questionnaire CRIES-8 peuvent être utilisés pour la mesure clinique en continu avant chaque consultation.

Tableau 2. Questionnaires d'appréciation chez les enfants et adolescents.

Trouble mental	Appréciation des symptômes dépressifs	Appréciation des symptômes spécifiques	Appréciation du niveau de fonctionnement
Appréciation des troubles mentaux	RCADS-25 et RCADS-P-25	RCADS-25 et RCADS-P-25	WSASY et WSAS-P
En appui à la démarche évaluative	RCADS-47 et RCADS-P-47	RCADS-47 et RCADS-P-47	WSAS-Y et WSAS-P
Trouble dépressif	RCADS-25 et RCADS-25	RCADS-25 et RCADS-P-25	WSAS-Y et WSASY-P
Anxiété de séparation	RCADS-MDD et RCADS-P-MDD	RCADS-SAD et RCADS-P-SAD	WSASY et WSASY-P
Anxiété généralisée	RCADS-MDD et RCADS-P-MDD	RCADS-GAD et RCADS-P-GAD	WSAS-Y et WSASY-P
Trouble panique	RCADS-MDD et RCADS-P-MDD	RCADS-PD et RCADS-P-PD	WSAS-Y et WSASY-P
Anxiété sociale	RCADS-MDD et RCADS-P-MDD	RCADS-SP et RCADS-P-SP	WSASY et WSASY-P
Trouble obsessionnel-compulsif	RCADS-MDD et RCADS-P-MDD	RCADS-OCD et RCADS-P-OCD	WSAS-Y et WSASY-P
Trouble de stress post-traumatique	RCADS-MDD et RCADS-P-MDD	CRIES-8	WSAS-Y et WSASY-P

Note : CRIES : *Children's Impact of Events Scale*; GAD : *Generalized Anxiety Disorder*; MDD : *Major Depression Disorder*; OCD : *Obsessive-Compulsive Disorder*; P : Parent version; PD : *Panic Disorder*; RCADS: *Revised Child Anxiety and Depression Scale*; SAD: *Separation Anxiety Disorder*; SP : *Social Phobia*; WSAS: *Work and Social Adjustment Scale*; Y: *Youth version*.

¹¹⁸ Ebesutani, C., S. P. Reise, B. F. Chorpita, C. Ale, J. Regan, J. Young, C. Higa-McMillan et J. R. Weisz (2012). The Revised Child Anxiety and Depression Scale-Short Version: Scale reduction via exploratory bifactor modeling of the broad anxiety factor. *Psychological Assessment*, vol. 24, no 4, p. 833–845.

¹¹⁹ Ebesutani, C., P. Korathu-Larson, B. J. Nakamura, C. Higa-McMillan et B. F. Chorpita (2017). The Revised Child Anxiety and Depression Scale 25-Parent Version: Scale Development and Validation in a School-Based and Clinical Sample. *Assessment*, vol. 24, no 6, p. 712–728.

4.2.4.2. Seuil clinique des questionnaires d'appréciation

Le seuil clinique est défini comme étant le score à partir duquel on peut considérer que la personne présente un problème clinique significatif par la fréquence et la sévérité des symptômes et des comportements mesurés. Les questionnaires RCADS ont un seuil clinique normalisé qui est fixé à un score T de 65 et plus. Le questionnaire CRIES-8 est uniquement disponible pour une passation auprès de l'enfant ou l'adolescent. Il n'utilise pas de scores normalisés et le seuil clinique est de 17 sur un score maximal de 40.

Ces seuils ne doivent pas être considérés comme des points de coupure. Le jugement clinique et l'opinion du jeune et de la famille et de l'entourage doivent toujours être considérés dans l'analyse des résultats. Néanmoins, lorsqu'un jeune présente un score supérieur au seuil clinique, que ce soit au moment du repérage ou à un autre moment du suivi, cela suggère la présence possible d'un trouble mental qui nécessitera la poursuite de la démarche évaluative pour être confirmée. Inversement, lorsque le score d'un enfant ou d'un adolescent, qui était au-dessus du seuil clinique au début du traitement, se retrouve sous le seuil clinique en cours de traitement, cela signifie que la fréquence et la sévérité des symptômes et des comportements mesurés ont diminué de manière importante¹²⁰.

Le passage sous le seuil clinique permet de constater l'amélioration de la situation de la personne et l'efficacité des traitements offerts de façon plus simple et objective, sans remplacer le concept plus englobant de rétablissement, ni la considération d'autres besoins, individuels ou environnementaux, présents en cooccurrence aux symptômes de l'enfant ou l'adolescent. Ainsi, l'appréciation des symptômes, du niveau de rétablissement et la décision de mettre fin au suivi doivent toujours inclure un large éventail de facteurs dont le passage sous le seuil clinique fait partie.

4.2.4.2.1. Identification d'enfants et d'adolescents avec des symptômes plus sévères

Le score T du RCADS permet une appréciation de la sévérité des symptômes en comparant les scores du jeune à ceux d'une population du même âge et du même sexe. Un score T de 65 représente le seuil clinique atteint par 7 % des enfants et adolescents dans la population alors qu'un score T de 70 indique qu'une sévérité équivalente à 2 % des enfants et adolescents les plus symptomatiques¹²¹. En ce sens, une démarche évaluative plus poussée est justifiée lorsqu'un score T dépasse 65, avec une priorisation accrue pour débiter le traitement approprié lorsqu'un score T de 70 et plus est atteint.

4.2.4.3. Indice de changement significatif des questionnaires d'appréciation

Contrairement aux catégories de scores (absent, léger, modéré, sévère, etc.) souvent présentées avec les questionnaires d'appréciation, l'indice de changement significatif

¹²⁰ National Collaborating Centre for Mental Health (2020). *The Improving Access to Psychological Therapies Manual*. Londres : National Health Services, 81 p.

¹²¹ Chorpita, B. F., Moffitt, C. E., & Gray, J. (2005). « Psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a clinical sample. *Behaviour research and therapy*, 43(3), 309–322. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.02.004>

permet de mesurer, de manière personnalisée, l'ampleur des changements observés chez la personne durant son traitement. Cet indice permet d'indiquer que le changement rapporté par le questionnaire d'appréciation est statistiquement significatif, au-delà de la fluctuation qui serait attribuable à la marge d'erreur associée à tout instrument de mesure.

L'amélioration significative est notée lorsqu'un enfant ou adolescent présente une diminution du score à un questionnaire par rapport au score mesuré au début de son suivi (première consultation de l'assignation de la personne) et que cette diminution atteint au moins l'indice de changement significatif pour ce questionnaire. À contrario, une détérioration significative est notée lorsqu'un enfant ou adolescent présente une augmentation du score à un questionnaire et que cette augmentation atteint au moins l'indice de changement significatif pour ce questionnaire.

Afin d'aider l'intervenant dans le calcul de l'évolution de la situation des jeunes, les notions de seuils cliniques et d'indices de changements significatifs sont intégrées dans le chiffrier Excel et la plateforme de soins virtuelle associée au PQPTM. À titre indicatif, les valeurs des seuils cliniques et des indices de changements significatifs pour chaque trouble mental et questionnaire sont présentées dans les tableaux 2¹²². Il est à noter que chaque instrument de mesure possède son propre indice de changement significatif. De plus, les notions de passage sous le seuil clinique, d'amélioration significative et de détérioration significative sont précisées dans le contenu de formation traitant de la mesure clinique en continu. (Présentation, vidéo, capsule d'information, etc.)

¹²² Wolpert, M., J. Jacob, E. Napoleone, A. Whale, A. Calderon et J. Edbrooke-Childs (2017). *Child- and Parent-reported Outcomes and Experience from Child and Young People's Mental Health Services 2011–2015*. Londres, Royaume-Uni: CAMHS Press. 84 pages.

Tableau 3. Valeurs des seuils cliniques et des indices de changements significatifs pour les enfants et les adolescents.

Trouble mental	Questionnaire	Seuil clinique	Indice de changement significatif
Niveau de fonctionnement	WSAS-Y	S. O.	S. O.
	WSAS-P	S. O.	S. O.
Troubles anxieux	Total anxiété du RCADS-25	≥ 65	À déterminer
	Total anxiété du RCADS-P-25	≥ 65	À déterminer
Trouble dépressif	RCADS-MDD	≥ 65	≥ 17,73
	RCADS-P-MDD	≥ 65	≥ 22,87
Anxiété de séparation	RCADS-SAD	≥ 65	≥ 22,95
	RCADS-P-SAD	≥ 65	≥ 28,00
Anxiété généralisée	RCADS-GAD	≥ 65	≥ 14,91
	RCADS-P-GAD	≥ 65	≥ 18,30
Trouble panique	RCADS-PD	≥ 65	≥ 18,29
	RCADS-P-PD	≥ 65	≥ 40,93
Anxiété sociale	RCADS-SP	≥ 65	≥ 13,99
	RCADS-P-SP	≥ 65	≥ 16,63
Trouble obsessionnel-compulsif	RCADS-OCD	≥ 65	≥ 16,35
	RCADS-P-OCD	≥ 65	≥ 24,06
Trouble de stress post-traumatique	CRIES-8	≥ 17	≥ 11,92

Note : CRIES : *Children's Impact of Events Scale*; GAD : *Generalized Anxiety Disorder*; MDD : *Major Depression Disorder*; OCD : *Obsessive-Compulsive Disorder*; P : *Parent version*; PD : *Panic Disorder*; RCADS: *Revised Child Anxiety and Depression Scale*; SAD : *Separation Anxiety Disorder*; SP : *Social Phobia*; WSAS: *Work and Social Adjustment Scale*; Y: *Youth version*.

4.2.5. Repérage

Le repérage n'est pas une démarche de dépistage systématique. L'intervenant peut décider d'entreprendre la démarche de repérage lorsqu'un enfant ou un adolescent présente des symptômes associés à un trouble mental ou se trouve dans une situation susceptible de les faire émerger (facteurs prédisposants, précipitants, comorbidités, etc.). Présentement, le PQPTM vise à détecter la présence de symptômes de troubles mentaux fréquemment observés chez les enfants et les adolescents comme les troubles dépressifs, anxieux (anxiété généralisée, trouble panique, anxiété sociale, anxiété de séparation, mutisme) obsessionnel-compulsif (TOC) et le stress post-traumatique (TSPT).

Afin de détecter rapidement les enfants et les adolescents vers les bons services, les intervenants doivent être en mesure de reconnaître différents indices et symptômes associés à des troubles mentaux. Ils peuvent choisir d'appuyer leur démarche en utilisant, entre autres, des questions de repérage reconnues.

Si l'intervenant détecte la présence de symptômes de stress post-traumatique, certaines actions devront être effectuées immédiatement. Si les événements traumatiques sont des abus physiques ou sexuels, l'intervenant s'assurera du respect de ses obligations professionnelles et déontologiques¹²³. Dans tous les cas, l'intervenant oriente rapidement l'enfant ou l'adolescent vers le mécanisme d'accès en santé mentale jeunesse, afin d'éviter une détérioration de son état.

4.2.5.1. Question de repérage

Afin de repérer les enfants et les adolescents présentant un possible trouble dépressif ou anxieux, l'intervenant peut se référer aux fiches de repérages appropriées. Ces aide-mémoires présentent une description des divers troubles, leurs caractéristiques clés, ainsi que des suggestions de questions validées permettant à l'intervenant de relever des indices de trouble non encore identifié ou de facteurs de risques.

Selon les indices relevés, incluant les réponses aux questions de repérage, l'intervenant pourra considérer la présence d'un trouble dépressif ou anxieux comme une possibilité selon la situation de l'enfant ou de l'adolescent. Dans ce cas, l'intervenant devra s'assurer qu'une appréciation et analyse de la situation soit effectuée avant de débiter une intervention ou d'orienter les enfants et les adolescents vers les bons services.

4.2.6. Appréciation

La présence de certains symptômes ne signifie pas automatiquement la présence d'un trouble mental, une appréciation de la situation est nécessaire pour envisager une évaluative plus poussée en fonction de la condition clinique du jeune, incluant la nécessité de l'évaluation du trouble mental. En cas d'observation d'indices ou de symptômes, les intervenants peuvent entreprendre une analyse plus poussée :

- 1) en passant le questionnaire d'appréciation RCADS-25;
- 2) en passant un questionnaire d'appréciation du fonctionnement (WSAS-Y);

¹²³ La [Loi sur la protection de la jeunesse](#) établit les droits des enfants et des parents et les principes directeurs des interventions sociales et judiciaires en matière de protection de la jeunesse au Québec.

- 3) en utilisant un outil d'entrevue semi-structurée, lorsque recommandé dans le guide de pratique correspondant au trouble mental présumé;
- 4) en se référant aux guides de pratique correspondant au trouble mental présumé;
- 5) en consultant leur professionnel exerçant des activités de soutien clinique;
- 6) en orientant l'enfant ou l'adolescent vers les mécanismes d'accès santé mentale jeunesse pour une analyse plus poussée, incluant l'évaluation du trouble mental, lorsque requis.

L'intervenant pourra alors intégrer les résultats des questionnaires d'appréciation à son analyse en prenant soin de les contextualiser en fonction de la situation vécue par l'enfant ou l'adolescent tels que l'appréciation des facteurs de risque psychosociaux récents ou antérieurs tels que l'âge, le sexe, la présence de conflits familiaux, l'intimidation, les situations où la sécurité ou le développement est compromis *tels que les mauvais traitements* psychologiques¹²⁴, les abus physiques ou sexuels, les comorbidités et problèmes connexes (y compris la consommation d'alcool et de drogues) et les antécédents familiaux de trouble dépressif; le processus naturel associé à une perte; l'importance de facteurs de risque multiples; les facteurs liés à l'origine ethnique et à la culture; les facteurs connus qui sont associés à un risque élevé de trouble dépressif et d'autres problèmes liés à la santé, tels que l'itinérance, le statut de réfugié et la vie en milieu institutionnel.

4.2.6.1. Passation des questionnaires d'appréciation

Lorsqu'un jeune présente des indices de trouble mental fréquent, la passation de questionnaires d'appréciation permettra de clarifier la nature, la fréquence et la sévérité des symptômes présents chez l'enfant ou l'adolescent. Ceci, dans le but de guider l'intervenant dans l'identification des interventions à prioriser, selon le modèle de soins par étapes ou d'identifier les jeunes pour qui une évaluation du trouble mental doit être effectuée en fonction de sa condition et du jugement clinique de l'intervenant.

Chez les enfants et les adolescents, les questionnaires de repérage suggérés sont le RCADS-25 ainsi que le questionnaire WSAS-Y, qui permet d'apprécier le niveau de fonctionnement. Chacun des questionnaires prévoit 2 versions, une qui doit être complétée par l'enfant ou l'adolescent et une devant être complétée par les parents afin d'obtenir de l'information provenant de plusieurs sources, de préciser davantage l'analyse et de déterminer les besoins et soins et services requis.

4.2.6.1.1. Questionnaire d'appréciation RCADS-25

Ce questionnaire autoadministré de 25 questions est validé scientifiquement en plusieurs langues, dont le français et l'anglais. Il a été développé pour repérer la présence de symptômes dépressifs, d'anxiété de séparation, d'anxiété généralisée, de trouble

¹²⁴ La [Loi sur la protection de la jeunesse](#) établit les droits des enfants et des parents et les principes directeurs des interventions sociales et judiciaires en matière de protection de la jeunesse au Québec.

panique, d'anxiété sociale ou obsessionnel-compulsif^{125,126}.

1. Si le jeune ou le parent obtient un score T égal ou supérieur à 65 au questionnaire RCADS-25 ou à la sous-échelle mesurant les symptômes dépressifs ou la sous-échelle mesurant les symptômes anxieux et que les symptômes qui affectent le fonctionnement persistent durant au moins six mois, l'intervenant devrait l'orienter vers les mécanismes d'accès en santé mentale. Tous les signes et symptômes suggérant la présence d'un trouble dépressif ou anxieux spécifique devraient faire l'objet d'une note au dossier.
2. Si le jeune ou les parents rapportent des scores T légèrement inférieur au seuil clinique de 65 au questionnaire RCADS-25, ou à l'une des deux sous-échelles mesurant les symptômes anxieux et les symptômes dépressifs et;
 - qu'il y a peu ou pas d'indications que les symptômes affectent le fonctionnement;
 - que la possibilité d'un trouble dépressif, d'un trouble anxieux, ou d'un trouble qui s'y apparente, n'est pas préoccupante,L'intervenant peut alors adresser le problème psychosocial ponctuel qui a été observé et reprendre une mesure avec le questionnaire à la fin du suivi pour s'assurer que les symptômes ont diminué ou qu'ils sont demeurés stables.

Lorsqu'une indication de la confirmation de la présence d'un trouble mental est inscrite dans la demande de service ou dans le dossier antérieur de l'enfant ou de l'adolescent, l'intervenant fait remplir le questionnaire d'appréciation RCADS-25 et utilise les résultats pour soutenir sa décision d'orienter ou non le jeune vers les services spécifiques et spécialisés en santé mentale. Selon la nature de la demande, plusieurs des besoins de l'enfant ou l'adolescent, de la famille et de l'entourage peuvent être répondus au niveau des Services sociaux généraux, notamment pour des symptômes légers et stables ou pour des problèmes psychosociaux de nature ponctuelle et situationnelle.

4.2.6.1.2. Questionnaire d'appréciation WSAS-Y

Ce questionnaire de cinq questions, pouvant être autoadministré, est validé scientifiquement auprès des enfants et adolescents^{127,128}. Il peut être utilisé par l'intervenant en complément à son analyse de la situation de l'enfant ou de l'adolescent. Il a été développé pour apprécier le fonctionnement de l'enfant ou de l'adolescent et sa capacité à exercer des activités dans les cinq sphères suivantes : les études et le travail (lorsqu'applicable), les tâches domestiques, les activités sociales, les loisirs individuels ainsi que les relations familiales et sociales. Bien qu'il n'y ait pas de seuil clinique associé,

¹²⁵ Ebesutani, C., S. P. Reise, B. F. Chorpita, C. Ale, J. Regan, J. Young, C. Higa-McMillan et J. R. Weisz (2012). « The Revised Child Anxiety and Depression Scale-Short Version: Scale reduction via exploratory bifactor modeling of the broad anxiety factor ». *Psychological Assessment*, vol. 24, no 4, p. 833–845.

¹²⁶ Ebesutani, C., P. Korathu-Larson, B. J. Nakamura, C. Higa-McMillan et B. F. Chorpita (2017). « The Revised Child Anxiety and Depression Scale 25-Parent Version: Scale Development and Validation in a School-Based and Clinical Sample ». *Psychological Assessment*, vol. 24, no 6, p. 712–728.

¹²⁷ De Los Reyes, A., Makol, B. A., Racz, S. J., Youngstrom, E. A., Lerner, M. D., & Keeley, L. M. (2019). The Work and Social Adjustment Scale for Youth: A measure for assessing youth psychosocial impairment regardless of mental health status. *Journal of Child and Family Studies*, 28(1), 1–16. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1238-6>

¹²⁸ Jassi, A., Lenhard, F., Krebs, G., Gumpert, M., Jolstedt, M., Andrén, P., Nord, M., Aspvall, K., Wahlund, T., Volz, C., et Mataix-Cols, D. (2020). « The Work and Social Adjustment Scale, Youth and Parent Versions: Psychometric Evaluation of a Brief Measure of Functional Impairment in Young People ». *Child psychiatry and human development*, 51(3): p. 453–460. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-00956-z>

ce questionnaire permet de quantifier globalement le fonctionnement de l'enfant ou de l'adolescent pour suivre son cheminement d'une consultation à l'autre, en plus de déterminer les sphères qui présentent des besoins prioritaires pouvant être ciblés comme objectifs d'intervention, dans un processus de décision partagée et selon le jugement clinique de l'intervenant¹²⁹.

4.2.6.2. Âge minimum pour débiter l'utilisation des questionnaires d'appréciation

Les questionnaires d'appréciation RCADS ont été validés pour être autoadministrés à des enfants de 8 ans et plus¹²⁹. Pour les enfants plus jeunes, la version pour les parents du RCADS a été validée pour mesurer les symptômes et les comportements d'enfants de 3 ans et plus. Par contre, sous l'âge de 8 ans, l'intervenant ne pourra pas utiliser un score T pour son analyse. Il pourra néanmoins apprécier une amélioration ou une détérioration de la situation de l'enfant avec les scores bruts¹³⁰. Pour les symptômes associés au trouble de stress post-traumatique, le questionnaire CRIES-8 a été validé pour être autoadministré à des enfants de 8 ans et plus. Il n'y a pas de version pour parent pour le CRIES-8¹³¹. Dans toutes les situations, l'appréciation du fonctionnement d'un enfant peut se faire à l'aide des questionnaires WSAS-P et WSAS-Y qui peuvent être complétés par des parents et de leur enfant à partir de l'âge de 6 ans¹³².

Les limites inférieures d'âge ne signifient pas qu'il est toujours approprié d'apprécier la situation de très jeunes enfants à l'aide de questionnaires. L'intervenant doit recourir à son jugement clinique pour déterminer si les items d'un questionnaire d'appréciation ou l'une de ses sous-échelles sont pertinentes au contexte de l'enfant et si ces items sont perceptibles par les parents d'un jeune enfant.

Lorsqu'une version d'un questionnaire n'existe pas ou qu'il n'est pas approprié de faire passer un questionnaire, d'autres méthodes de collectes d'informations peuvent être envisagées, telles les entrevues, l'observation directe, etc.

¹²⁹ Ebesutani, C., Chorpita, B. et Spence, S.H., (2015). *Revised Children's Anxiety and Depression Scale, User's Guide*. Los Angeles, CA, É.-U.: UCLA Child FIRST Program. 34 p.

¹³⁰ Ebesutani, C., Tottenham, N., et Chorpita, B. (2015). « The Revised Child Anxiety and Depression Scale - Parent Version: Extended applicability and validity for use with younger youth and children with histories of early-life caregiver neglect. » *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(4), 705–718. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9494-x>

¹³¹ Yule, W. (2017) *The Children's Impact of Events Scale (8) CRIES-8*. Norvège: Children and War Foundation. 4 p.

¹³² Jassi, A., Lenhard, F., Krebs, G., Gumpert, M., Jolstedt, M., Andren, P., Nord, M., Aspvall, K., Wahlund, T., Volz, C., et Mataix-Cols, D. (2020). « The Work and Social Adjustment Scale, Youth and Parent Versions: Psychometric Evaluation of a Brief Measure of Functional Impairment in Young People ». *Child psychiatry and human development*, 51(3): p. 453–460. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-00956-z>

Tableau 4. Âge minimum d'un enfant pour la passation d'un questionnaire d'appréciation.

Questionnaires	Version	Types d'analyse des scores disponibles	Âge minimum de l'enfant
CRIES-8	pour l'enfant	s.o.	8 ans et plus
RCADS et sous échelles	pour l'enfant	avec score T	8 ans et plus
		avec score brut	
RCADS-P et sous échelles	pour le parent	avec score T	8 ans et plus
		avec score brut	3 ans et plus
WSAS-Y	pour l'enfant	s.o.	6 ans et plus
WSAS-P	pour le parent	s.o.	6 ans et plus

Note : CRIES : *Children's Impact of Events Scale*; P : *Parent version*; RCADS: *Revised Child Anxiety and Depression Scale*; WSAS: *Work and Social Adjustment Scale*; Y: *Youth version*.

4.2.6.3. Mesure clinique au moment de la transition à l'âge adulte

Bien que développé originalement pour une population adulte, le questionnaire d'appréciation PHQ-9 original peut être valide à partir de 16 ans¹³³. Pour sa part, le questionnaire d'appréciation GAD-7 peut être utilisé avec des adolescents de 14 ans et plus¹³⁴. Ainsi, lorsqu'un jeune débute un suivi près de l'âge de la majorité, l'intervenant peut choisir de débiter les mesures cliniques avec les questionnaires GAD-7 et PHQ-9, s'il estime que les services auprès de l'adolescent vont se poursuivre au-delà de ses 18 ans. Par contre, la passation des questionnaires GAD-7 et PHQ-9 avant 18 ans ne permet pas à l'intervenant une utilisation des scores T disponibles avec les questionnaires RCADS, permettant de comparer les résultats à une population d'enfants ou d'adolescents du même âge et sexe, ainsi que les bénéfices des analyses possibles avec les questionnaires d'appréciation des parents.

Lorsqu'une intervention auprès d'un adolescent n'est pas achevée au moment de sa majorité, l'intervenant peut poursuivre l'utilisation du questionnaire RCADS-25, incluant la sous-échelle pour les symptômes dépressifs. Le RCADS-25 peut être utilisé chez les jeunes adultes afin de mesurer les symptômes dépressifs et les symptômes anxiété généralisée¹³⁵. Par contre, au-delà de 18 ans, le RCADS n'offre plus la possibilité de convertir le score brut en score T pour comparer les résultats à une population ajustée pour le sexe et l'âge de l'adulte. Lorsqu'une mesure est nécessaire pour des symptômes associés à un trouble spécifique d'anxiété (trouble panique, agoraphobie, etc.) et ceux qui s'y apparentent (trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et trouble stress post-traumatique

¹³³ Kroenke K., R. L. Spitzer et J. B. Williams (2001). « The PHQ-9 : validity of a brief depression severity measure », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 16, no 9, p. 606-613.

¹³⁴ Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). « Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population ». *Medical care*, 46 (3), p. 266–274. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>

¹³⁵ McKenzie, K., Murray, A., Freeston, M., Whelan, K., & Rodgers, J. (2019). « Validation of the Revised Children's Anxiety and Depression Scales (RCADS) and RCADS short forms adapted for adults ». *Journal of affective disorders*, 245, p. 200–204. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.362>

(TSPT)), il est alors préférable d'utiliser un des questionnaires validés chez l'adulte (PDSS, MIA, OCI-R, IES-R, etc.).

4.2.7. Mesure clinique

La mesure clinique s'effectue à l'aide des différents questionnaires d'appréciation, qui sont rédigés dans un langage simple et qui peuvent être autoadministrés. Si l'enfant ou l'adolescent présente un niveau de lecture faible, un trouble d'apprentissage ou toute autre difficulté, il peut remplir le questionnaire avec l'assistance d'un pair aidant, d'un intervenant, mais préférablement pas du parent qui remplira son propre questionnaire. Comme pour toute intervention, le jeune ou son parent doit d'abord consentir à remplir les questionnaires et ce consentement peut être retiré en tout temps.

Bien que la mesure clinique en continu soit une pratique à encourager auprès de la personne utilisatrice de services, celle-ci demeure toujours libre de remplir ou non les questionnaires avant chaque consultation, comme pour tous les soins et services. En tout temps, l'accès aux soins et services ne doit jamais être conditionnel à une acceptation de compléter des questionnaires, qui peuvent toujours être suggérés à nouveau, lors d'une consultation subséquente.

Tous les questionnaires ont l'avantage d'être autoadministrés, de ne prendre que quelques minutes à remplir, d'être traduits en français et d'avoir la sensibilité nécessaire permettant une utilisation hebdomadaire, ce qui peut favoriser l'adhésion et encourager les enfants, adolescents et les parents à les remplir.

L'intervenant doit s'assurer que la vision, la motricité et la capacité de compréhension de chaque personne qui doit remplir des questionnaires sont adéquates pour qu'elle puisse les remplir, et ce, dans un endroit calme.

De façon exceptionnelle, l'intervenant peut décider d'administrer les questionnaires lui-même en posant les questions à voix haute afin de s'assurer que les éléments sont bien compris ou pour obtenir des informations supplémentaires.

L'établissement à l'obligation de mettre en place les moyens nécessaires afin de soutenir les intervenants dans le déploiement et l'utilisation de la mesure clinique et mettre en place un processus qui favorisera le temps d'intervention clinique auprès de la personne.

4.2.7.1. Mesure clinique d'enfant et d'adolescent sous ou près du seuil clinique lors de situations ponctuelles

Pour les enfants ou adolescents dans cette situation, une première mesure aura été prise au moment de l'accueil et de l'analyse de la situation grâce aux questionnaires d'appréciation mentionnés précédemment. Après le suivi de courte durée prévu, une mesure doit minimalement être prise à la fin du suivi pour s'assurer que les symptômes ont diminué ou qu'ils sont demeurés stables, afin de déterminer si les interventions offertes ont aidé l'enfant ou l'adolescent.

4.2.7.2. *Mesure clinique en continu d'enfants ou d'adolescents au-dessus du seuil clinique pour des situations plus chroniques*

Pour les enfants ou adolescents dans cette situation, une mesure clinique en continu avant chaque consultation doit être envisagée. Lors de la première consultation, l'intervenant prendra du temps d'entrevue pour expliquer la mesure clinique en continu et présenter les questionnaires. Il s'assurera de contacter la famille et l'entourage qui n'étaient pas présents lors de cette rencontre, mais qui devraient compléter les questionnaires, en fonction de la situation ou selon le jugement clinique de l'intervenant pour leur fournir les mêmes explications.

Les questionnaires ne devraient jamais être passés plus d'une fois par semaine. L'enfant, l'adolescent ou les adultes répondants doivent répondre aux questions tel qu'indiqué sur les formulaires en fonction de la période de temps écoulée depuis la dernière consultation.

Après la présentation des questionnaires effectuée à la première consultation, plusieurs solutions peuvent être envisagées pour réduire le temps d'entrevue clinique consacré à faire passer les questionnaires et analyser les résultats, lors des consultations subséquentes. Pour l'utilisation des formulaires papier, plusieurs modalités de passation peuvent être envisagées :

- Remettre les questionnaires à la personne, qui les remplira chez elle le matin même de la prochaine consultation.
- Demander au jeune et parent de se présenter 30 minutes avant l'heure de la prochaine consultation afin qu'ils puissent remplir, dans la salle d'attente, les questionnaires que la réceptionniste leur remettra ou qui seront laissés à leur attention.

Toujours dans l'objectif de maximiser le temps de l'intervenant auprès de l'enfant ou l'adolescent, de la famille et de l'entourage, la cotation des questionnaires dans le chiffrier Excel ainsi qu'une analyse préliminaire devraient se faire préféablement avant le début de la prochaine entrevue.

En présence de circonstances exceptionnelles ou si l'enfant, l'adolescent ou l'un de ses parents sont en détresse lors d'une consultation, il se peut qu'il ne soit pas approprié de demander de remplir des questionnaires. Dans ce cas, les raisons pour lesquelles il n'a pas été en mesure de remplir les questionnaires à ce moment devra faire l'objet d'une note au dossier. Il est important d'effectuer la mesure clinique en continu dès que la condition de l'enfant, l'adolescent ou ses parents le permettra, idéalement lors de la rencontre suivante afin de mesurer l'évolution favorable ou l'aggravation des symptômes et de pouvoir ajuster le traitement en conséquence.

4.2.7.3. *Mesure clinique lors d'interventions de groupe*

L'un des avantages énoncés précédemment de la mesure clinique pour les personnes utilisatrices de services est d'offrir une rétroaction, qui favorise la relation thérapeutique et le rétablissement de l'enfant ou de l'adolescent. Par contre, dans un contexte d'interventions de groupe, ce retour à plusieurs personnes peut prendre un temps

considérable qui devrait être consacré aux activités thérapeutiques.

Afin d'atteindre un équilibre, il est proposé de planifier des moments de mesure au début et à la fin de la série de rencontres prévue. De plus, il est recommandé de mesurer à mi-parcours ou aux 4 à 6 rencontres, selon la programmation et la durée de la série de rencontres, ainsi que les caractéristiques de la clientèle qui participe.

Lors de la première rencontre, un intervenant prendra un moment pour expliquer la mesure clinique et présenter les questionnaires aux participants. Un moment doit être prévu pour faire remplir les questionnaires par les participants.

Lors de la dernière rencontre, ou lors d'une ou plusieurs rencontres de mi-parcours, il est possible d'organiser une série de courtes rencontres individuelles pour offrir une rétroaction personnalisée sur les résultats obtenus et l'atteinte des objectifs thérapeutiques visés. Lors de la rencontre finale, les prochaines étapes ou l'orientation vers d'autres services, si nécessaire, devraient être discutées. Pour faciliter le déroulement de cette série de rencontres, il est possible de remettre les questionnaires lors de la rencontre précédente ou de demander aux participants de se présenter 30 minutes avant leur rendez-vous pour remplir les questionnaires.

D'autres modalités peuvent aussi être envisagées pour organiser la mesure clinique dans le cadre des interventions de groupe.

4.2.8. Analyse et comparaison des résultats provenant des jeunes et de leurs parents

L'intervenant doit chercher à obtenir des informations cliniques sur l'enfant ou l'adolescent qui proviennent de sources multiples. Pour se faire, l'enfant ou l'adolescent ainsi que chacun de ses parents sont encouragés à remplir les questionnaires d'appréciation tels que les RCADS ou le WSAS-Y de manière indépendante et autonome. Bien que leurs scores soient parfois similaires, il est néanmoins recommandé de passer un questionnaire à chacun des parents pour pouvoir préciser davantage l'analyse des symptômes, des comportements et du fonctionnement de l'enfant ou de l'adolescent¹³⁶.

Les scores obtenus de la part du jeune et de chaque parent doivent alors être analysés et comparés pour faire ressortir les similitudes et les différences, ainsi qu'identifier les causes qui pourraient expliquer celles-ci. De façon générale, l'intervenant peut s'attendre à de plus grandes similarités entre les résultats d'un enfant (6 à 11 ans) et de ses parents, comparativement aux plus grands écarts qui peuvent être observés entre un adolescent et ses parents. Ceci peut s'expliquer, en partie, par la plus grande diversité de situations auxquelles les adolescents s'exposent en l'absence de leurs parents¹³⁷.

136 Duhig, A. M., Renk, K., Epstein, M. K., et Phares, V. (2000). « Interparental agreement on internalizing, externalizing, and total behavior problems: A meta-analysis. » *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(4): p. 435–453.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.7.4.435>

137 Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., et Howell, C. T. (1987). « Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. » *Psychological Bulletin*, 101 (2): p. 213–232.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.213>

Les questionnaires d'appréciation RCADS permettent à l'intervenant d'appuyer son analyse sur un score normalisé (score T) qui permet de comparer le résultat de l'enfant ou de l'adolescent à une population de jeunes du même âge et sexe¹³⁸. Cet ajustement peut contribuer à réduire les écarts entre les scores provenant de différentes sources. Néanmoins, des réponses discordantes entre l'enfant ou l'adolescent et ses parents, peuvent suggérer la présence de différentes situations ou d'interactions avec des personnes particulières qui causent des variations dans les manifestations des symptômes, des comportements et du fonctionnement du jeune¹³⁹. Par exemple, l'enfant ou l'adolescent peut agir différemment avec l'un des parents ou son enseignant, ainsi que vivre des situations différentes à l'extérieur de la maison, tel qu'à l'école. L'identification de ses différences peut permettre à l'intervenant de préciser des objectifs d'intervention spécifiques à différents milieux. Ces discordances entre les scores obtenus peuvent également révéler des différences de perceptions ou de comportements de chaque parent envers l'enfant, qui méritent d'être précisées lors de l'évaluation. Dans tous les cas, la diversité des sources d'information reflète de manière plus réaliste la complexité des variations situationnelles de l'enfant ou l'adolescent, par rapport à une conclusion clinique établie à partir d'un seul point de vue¹⁴⁰.

4.2.8.1. Démarche d'analyse des questionnaires de l'enfant ou l'adolescent ainsi que des parents

Une approche systématique pour analyser les scores des questionnaires de l'enfant ou de l'adolescent et de ses parents, débutent par l'analyse des scores totaux pour chacune des sous-échelles du RCADS, tant pour le score T que le score brut. Si des discordances existent, l'intervenant peut ensuite identifier le ou les items les plus divergents pour poursuivre l'analyse¹⁴¹. Pour le WSAS, il n'existe pas de score T, alors l'intervenant peut débuter en comparant les scores totaux de l'enfant ou de l'adolescent et de ses parents, puis comparer les réponses pour chacune des cinq sphères mesurées dans le questionnaire. Que les réponses soient divergentes ou convergentes, l'intervenant peut s'entretenir individuellement ou en regroupant la famille, selon la situation, pour compléter son processus d'analyse.

Il s'avère judicieux d'obtenir d'autres sources d'information, tels un enseignant ou un autre membre de la famille, pour une analyse plus poussée¹⁴². Cette collecte d'information peut prendre d'autres formes, telles des entrevues. Ces informations complémentaires permettent de clarifier le niveau de besoin du jeune et déterminer si des interventions spécifiques doivent avoir lieu à l'extérieur du contexte familial.

¹³⁸ Chorpita, B. F., Moffitt, C. E., & Gray, J. (2005). « Psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a clinical sample. *Behaviour research and therapy*, 43(3), 309–322. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.02.004>

¹³⁹ Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., et Howell, C. T. (1987). « Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. » *Psychological Bulletin*, 101 (2): p. 213–232. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.213>

¹⁴⁰ Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., et Howell, C. T. (1987). « Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. » *Psychological Bulletin*, 101 (2): p. 213–232. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.213>

¹⁴¹ McConaughy, S.H. (2001) «The Achenbach System of Empirically Based Assessment». dans *Handbook of Psychoeducational Assessment*. San Diego, CA, É.-U. : Academic Press. 544 p.

¹⁴² Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., et Howell, C. T. (1987). « Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. » *Psychological Bulletin*, 101 (2): p. 213–232. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.213>

À partir des différentes pistes d'interventions identifiées, la prise de décisions partagées avec le jeune, sa famille et l'entourage, permet d'établir généralement un consensus sur les interventions à prioriser en tenant compte des besoins et perceptions de chacun.

4.2.9. Modalités de cueillette de l'information pour fin d'analyse des résultats

4.2.9.1. Formulaire papier

La section réservée à l'intervenant est disponible, au besoin, aux intervenants qui n'ont pas accès au chiffrier Excel ou à l'éventuelle plateforme de soins virtuels. Elle permet principalement d'ajuster le score du questionnaire en cas de réponses manquantes afin de pouvoir analyser les résultats.

4.2.9.2. Chiffrier Excel

Des chiffriers Excel permettent de compiler les réponses de tous les questionnaires. L'onglet « Identification » contient toutes les informations nécessaires pour identifier adéquatement la personne. Ces informations seront transcrites automatiquement dans les autres onglets du chiffrier. Les questionnaires sont présents dans les différents onglets au bas du chiffrier. Les résultats inscrits à chaque consultation sont automatiquement ajustés en cas de réponses manquantes. Au fil des consultations, des graphiques sont générés dans d'autres onglets du chiffrier afin de suivre visuellement l'évolution de la condition de la personne et d'appuyer l'analyse par l'intervenant.

4.2.9.3. Plateforme de soins virtuels

Une plateforme de soins virtuels est présentement en développement pour faciliter la consultation des personnes utilisatrices de services, tant pour des troubles mentaux que physiques. À terme, il sera possible aux personnes d'accéder à un portail Web et mobile afin de remplir leurs questionnaires avant leur prochaine consultation.

Au moment de son déploiement, cette plateforme informatique permettra de sauver le temps d'administration et de retranscription des résultats de la personne par l'intervenant et viendra maximiser le temps de l'intervenant auprès de l'enfant ou de l'adolescent.

4.2.10. Tenue de dossier

4.2.10.1. Analyse des données

Lorsque les résultats d'un jeune doivent être partagés, certains ordres professionnels exigent que leurs membres accompagnent ces résultats partagés d'une analyse. Il est de la responsabilité du professionnel de s'assurer qu'il agit en conformité avec son code de déontologie et les exigences de son ordre professionnel.

Tant sur le formulaire papier que sur le chiffrier Excel ou la plateforme de soins virtuels, une boîte ou un champ de texte permet au professionnel d'inscrire une note résumant son analyse des données des différents questionnaires utilisés, afin de faciliter le partage des résultats. Cette note d'analyse ne remplace pas la note au dossier.

4.2.10.2. Note au dossier

En plus de rendre compte du travail effectué par le professionnel auprès de la personne, la note au dossier doit contenir l'analyse qualitative des réponses et des résultats globaux aux questionnaires, l'échange à ce sujet avec l'enfant ou l'adolescent, la famille ou de l'entourage ainsi que les ajustements qui en découlent. Lorsqu'un professionnel doit joindre son analyse des résultats au formulaire papier ou au chiffrier Excel, il peut reprendre son texte d'analyse dans sa note au dossier et la compléter avec les autres informations pertinentes.

4.2.10.3. Données brutes

Les différents formats de questionnaires (formulaires papier, chiffrier Excel et solution informatique en soins et services virtuels) offrent tous la possibilité d'enregistrer et de conserver les données brutes de manières inaliénables et inaltérables. Les professionnels doivent se référer à leurs ordres professionnels pour prendre connaissance de leurs obligations concernant la conservation des données brutes.

4.2.11. Fin du suivi

Dans une perspective de rétablissement, l'intervenant appuie son jugement clinique sur l'atteinte des objectifs au plan d'intervention. Il prend également en compte la présence de facteurs de risque ou de protection dans l'environnement de l'enfant ou de l'adolescent et de tout autre élément pertinent à la situation.

L'intervenant se base aussi sur l'amélioration significative (voir la section 4.2.4.3) et le passage sous le seuil clinique (voir la section 4.2.4.2) des symptômes des troubles mentaux visés, mesurés à l'aide des différents questionnaires d'appréciation utilisés durant la mesure clinique en continu (voir tableau 2). Il demeure essentiel de tenir compte de l'amélioration ou de la détérioration perçue par chaque parent tout en vérifiant si les résultats aux questionnaires correspondent à l'expérience réelle vécue par l'enfant ou l'adolescent. Ainsi, la poursuite du suivi peut être considérée même si le score de l'enfant s'améliore significativement avec un passage sous le seuil clinique, alors qu'il pourrait être en discordance avec les scores obtenus auprès d'un ou des deux parents. Dans ces circonstances, cette poursuite présente des opportunités d'agir sur les perceptions des parents et de pérenniser les facteurs de protection qui doivent être présents dans la situation familiale.

Avec toutes ces informations en sa possession, l'intervenant discute avec l'enfant ou l'adolescent, la famille ou l'entourage de la réponse aux besoins et explore les moyens à disposition afin de maintenir les acquis et prévenir une détérioration ou la réémergence de facteurs de risque. Dans le cadre du processus de décision partagée, l'intervenant pourrait proposer de poursuivre le suivi, d'espacer graduellement les rencontres afin de soutenir le maintien des acquis, d'orienter l'enfant ou l'adolescent, la famille et l'entourage vers un service plus approprié ou de mettre fin au suivi.

4.3. PILIER 3 : INTERVENANTS FORMES ET SOUTENUS CLINIQUEMENT

La formation des intervenants et le soutien clinique sont fondamentaux à la réussite du PQPTM.

4.3.1. Formation sur le PQPTM

Afin d'être en mesure de comprendre et s'approprier les éléments composant le PQPTM, les intervenants doivent recevoir des formations concernant le programme lui-même. Pour s'assurer de la compréhension de celui-ci, le MSSS a mis en place divers moyens tels que la désignation de chargés de projet dans les CISSS et les CIUSSS, le développement d'une trousse d'outils concernant les autosoins ainsi que des capsules de formation qui sont disponibles sur l'ENA ou sur la communauté de pratique (CdP) du PQPTM :

- Capsule d'introduction au PQPTM (ENA) : elle est d'une durée de 20 minutes et présente brièvement le PQPTM, ses objectifs et ses piliers. Par la suite, un temps d'appropriation est nécessaire aux intervenants afin de se familiariser avec les différents outils.
- Capsules sur la mesure clinique en continu (ENA et CdP) : elles forment les intervenants sur le rôle de la mesure clinique en continu en fonction de chacun des guides de pratique clinique, l'utilisation des différents instruments de mesure et les actions à envisager en fonction des résultats obtenus. Les capsules permettent également de se familiariser avec les questionnaires choisis par le PQPTM et d'expérimenter la saisie des réponses dans un chiffrier Excel à l'aide de cas cliniques fictifs.

4.3.2. Activités réservées et professionnels dûment habilités

Le système professionnel québécois est régi par le Code des professions (RLRQ, chapitre C-26). Il régit la pratique de plusieurs professions et précise les conditions d'exercice de celles-ci, notamment le champ d'exercices et les activités réservées.

L'évaluation du trouble mental et la psychothérapie sont les deux principales activités réservées à certains professionnels dans le cadre du PQPTM.

4.3.2.1. Évaluation du trouble mental

L'évaluation du trouble mental vise à confirmer ou non la présence d'un trouble mental, c'est-à-dire de se prononcer sur la nature des « affections cliniquement significatives qui se caractérisent par le changement du mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales¹⁴³ ». Cette évaluation est effectuée sur la base de la classification internationale des maladies (CIM)¹⁴⁴ et du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)¹⁴⁵, deux systèmes de classification des troubles mentaux reconnus en Europe et en Amérique du Nord. Le professionnel peut appuyer son évaluation à l'aide de l'utilisation

¹⁴³ Organisation mondiale de la Santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Consulté le 2 septembre 2020 : <https://www.who.int/whr/2001/fr/>.

¹⁴⁴ Organisation mondiale de la Santé (2019). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (11^e éd.)

¹⁴⁵ American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

des questionnaires validés scientifiques proposés par le PQPTM.

Cette activité est réservée en raison du niveau de connaissance requis et également parce qu'elle est considérée comme étant à risque de préjudice grave¹⁴⁶. En effet, la confirmation de la présence d'un trouble mental a un caractère quasi irrémédiable et est susceptible d'entraîner la perte d'un droit (ex. : autorité parentale, gestion des biens, etc.).

Le terme *évaluation du trouble mental* est donc utilisé lorsqu'il s'agit de cette évaluation spécifique, qui doit être effectuée par un professionnel dûment habilité.

4.3.2.2. Psychothérapie et interventions qui s'y apparentent

L'article 187.1 du Code des professions définit la psychothérapie comme suit :

« La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. »

Au Québec, la psychothérapie est une activité réservée uniquement à certains professionnels dûment habilités. À moins d'indication contraire, l'utilisation du terme psychothérapie dans les guides de pratique renvoie à l'exercice de la psychothérapie tel que réservé par le Code des professions. Celle-ci doit donc être offerte uniquement par un professionnel dûment habilité.

4.3.3. Formation sur les traitements recommandés

Chacune des analyses, interventions ou activités réservées en fonction du Code des professions (ex. : évaluation des troubles mentaux, psychothérapie, etc.) doit être offerte par un intervenant ou un professionnel compétent et formé spécifiquement pour celle-ci. Le PQPTM n'offre pas de formations spécifiques aux traitements recommandés. Il est de la responsabilité des établissements de s'assurer de l'embauche et de l'affectation des intervenants ou professionnels compétents pour répondre aux besoins de santé mentale de la population tout en respectant les lois en vigueur au Québec. Ils sont également responsables d'offrir des activités de formation afin d'assurer une prestation de travail sécuritaire qui vise le développement des compétences de son personnel¹⁴⁷.

D'un point de vue déontologique, il est de la responsabilité individuelle du professionnel de s'assurer du maintien et du développement de ses compétences selon les exigences requises par son ordre professionnel.

¹⁴⁶ Office des professions (2013). *Guide explicatif : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*.

https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf

¹⁴⁷ Entreprises Québec (2019). *Formation de la main-d'œuvre*. Consulté le 2 septembre 2020 :

<https://www2.gouv.qc.ca/entreprises/portail/quebec/ressourcesh?lang=fr&q=ressourcesh&sg=personnel&t=o&e=435444407>

4.3.4. Intervenants soutenus cliniquement

4.3.4.1. Intervenants bénéficiant d'un soutien clinique hebdomadaire

Le soutien clinique est l'un des éléments clés permettant d'améliorer l'efficacité du traitement des troubles mentaux dans le cadre du PQPTM. Il favorise le développement continu de compétences chez l'intervenant, permet de dénouer les défis cliniques et est centré sur l'amélioration de la condition du jeune, de la réponse à ses besoins et ceux de sa famille et l'entourage.

Le soutien clinique a trois fonctions essentielles :

- 1) Améliorer l'efficacité des traitements pour les personnes qui les reçoivent;
- 2) Soutenir les intervenants qui offrent le traitement;
- 3) Contribuer au développement professionnel.

4.3.4.2. Professionnels offrant le soutien clinique

Le soutien clinique doit être offert par un clinicien d'expérience qui connaît bien le système professionnel, les champs d'exercices et les activités réservées ainsi que les différents traitements ciblés par les guides de pratique. Celui-ci doit également connaître les trajectoires de services afin d'assurer un continuum de services le plus fluide possible.

Le ratio proposé est de 1 équivalent temps complet pour 13 à 15 intervenants (1/15). Ce ratio permet, entre autres, aux personnes désignées en soutien clinique d'intégrer l'accompagnement des intervenants dans le déploiement du PQPTM.

Le soutien clinique offert aux professionnels en lien avec les activités réservées (p. ex.: évaluation du trouble mental, psychothérapie, etc.) doit être offert par un professionnel dûment habilité qui répond lui-même aux conditions d'exercice de cette activité.

4.3.4.3. Soutien clinique et supervision

Dans le cadre du PQPTM, le soutien clinique se distingue des activités de supervision, qui sont davantage considérées comme étant de l'ordre du respect des politiques de gestion et de l'évaluation du rendement ou encore comme étant une obligation de formation continue exigée par un ordre professionnel. Bien qu'elles soient essentielles et complémentaires, il peut arriver, dans certains milieux, que ces fonctions soient réalisées par la même personne¹⁴⁸.

Or, comme la fonction de supervision est susceptible de venir influencer la relation entre le superviseur et le supervisé, la personne affectée au soutien clinique doit être distincte de la personne qui assure les activités de supervision. Il est recommandé de bien informer les membres de l'équipe de cette distinction et de s'assurer de leur compréhension à cet égard.

¹⁴⁸ Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2009). *Guide sur la supervision professionnelle des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Consulté le 14 septembre 2020 : https://www.otstcfq.org/docs/documents-accueil/guide_supervision.pdf.

4.3.4.4. Fréquence du soutien clinique

Chaque intervenant devrait pouvoir compter sur une rencontre de soutien clinique d'une heure chaque semaine.

La discussion lors de cette rencontre doit porter sur les situations cliniques rencontrées et être soutenue par les données de la personne lors de la mesure clinique en continu. L'intervenant devrait avoir été en mesure de discuter de l'ensemble des dossiers composant sa charge de cas chaque mois.

Les enjeux administratifs concernant la gestion des charges de cas, tels que l'atteinte de cibles de rendez-vous ou le nombre de dossiers, relèvent de la responsabilité des gestionnaires et devraient être abordés avec ceux-ci au besoin.

En plus des rencontres individuelles, des rencontres de soutien clinique, unidisciplinaire ou multidisciplinaire en petits groupes, peuvent également être organisées, au besoin, afin de favoriser les échanges et le partage de solutions. Ces rencontres devront être plus longues afin d'être efficaces.

5. DÉPLOIEMENT DU PQPTM

Le PQPTM est un projet d'envergure implanté au Québec. Il vise à fournir une réponse optimale aux besoins de la population en santé mentale. Pour parvenir à une implantation réussie qui atteint les standards de qualité, il faut une combinaison de différentes activités incluant l'évaluation, la collaboration et la négociation, de la réflexion et de l'analyse ainsi qu'une planification organisée et structurée. Considérant l'ampleur des travaux à effectuer, l'implantation du programme au sein des établissements doit faire l'objet d'une préparation adéquate, être soutenue par une structure organisationnelle solide ainsi qu'un plan structuré favorisant le soutien des personnes impliquées et faisant l'objet d'une réévaluation en continu. Une stratégie d'évaluation et d'analyse critique de l'implantation doit également être prévue afin de tirer des enseignements des réussites et défis rencontrés¹⁴⁹.

5.1. ACTEURS PRINCIPAUX DU DÉPLOIEMENT DU PQPTM

Le PQPTM est déployé dans les services qui devraient déjà posséder le nombre d'intervenants requis, comme le stipulent les deux derniers PASM^{150,151}. Il transforme les services offerts en y intégrant le modèle de soins par étapes et des guides de pratique clinique. Il intègre une notion de mesure de qualité et de suivi d'indicateurs. Par conséquent, en plus du personnel administratif, des gestionnaires et des professionnels en soutien clinique, sa réussite repose sur la mise en place des ressources suivantes :

¹⁴⁹ Meyers, D. C., Durlak, J. A., & Wandersman, A. (2012). The quality implementation framework: a synthesis of critical steps in the implementation process. *American journal of community psychology*, 50(3-4), 462-480.

¹⁵⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*. Québec : Gouvernement du Québec, 97 p. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>

¹⁵¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Faire ensemble et autrement : Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*. Consulté en ligne à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>.

5.1.1. Chargé de projet

Le chargé de projet a le mandat de déployer ~~implanter~~ le PQPTM dans son établissement et contribuer à la transformation des trajectoires de services de santé mentale adulte et jeunesse. Il détient une expérience professionnelle solide en santé mentale, connaît le système professionnel et la gouvernance et maîtrise l'ensemble du PQPTM et ses processus. Il a notamment la responsabilité d'implanter le modèle de soins par étapes et les guides de pratique, d'harmoniser l'offre de services, de renforcer la structure de soutien clinique, d'effectuer la gestion du changement (organisationnelle et humaine), d'offrir des formations auprès des gestionnaires, des responsables cliniques et des intervenants et de soutenir les professionnels en soutien clinique dans leurs fonctions. Il travaille en collaboration avec les responsables d'autres projets visant l'amélioration de l'accès et des trajectoires de services, dans un souci d'assurer la cohérence et la fluidité de la trajectoire au sein des différents programmes clientèle de son organisation. Il assure également, spécifiquement au sein des trajectoires de services pour les jeunes, une collaboration intersectorielle, notamment avec les milieux scolaires.

Le chargé de projet doit être affecté à temps plein à sa tâche afin d'être en mesure de voir à l'ensemble des activités reliées au déploiement. Certains établissements choisissent d'affecter un chargé de projet spécifiquement à la trajectoire de services de santé mentale jeunesse. Dans cette éventualité, les deux chargés de projets doivent collaborer activement afin d'harmoniser les trajectoires en cohérence avec les principes du PQPTM de même qu'en assurant une fluidité lors du passage des services jeunesse aux services adultes.

Le chargé de projet assure également la liaison avec le pilote des actifs informationnels, intervient auprès des gestionnaires lors de situations cliniques particulières ou selon le besoin énoncé et collabore étroitement avec l'équipe de soutien au déploiement du PQPTM au MSSS, notamment au sein des regroupements, de la communauté de pratique et lors des rencontres nationales.

5.1.2. Pilote des actifs informationnels

Le pilote des actifs informationnels occupe un rôle crucial au sein du PQPTM. La présence de mesures de qualité est l'un des éléments essentiels à l'amélioration de l'efficacité des processus et modalités d'intervention visés par le PQPTM. Le pilote est responsable de la gestion et de l'analyse des données à l'échelle locale et doit régulièrement transmettre celles-ci au MSSS.

5.2. PREPARATION DU PROJET

Le PQPTM transforme l'ensemble de la trajectoire de service de santé mentale pour les jeunes, leur famille et leur entourage. Un projet de cette importance nécessite une préparation conséquente et une compréhension fine de toutes les variables du programme, des messages clés à transmettre, du sens clinique à donner aux transformations, en plus de susciter un engagement et une mobilisation de l'ensemble

des niveaux de directions de l'établissement¹⁵².

5.2.1. Analyse initiale et planification

Les chargés de projet devront donc procéder à la planification du projet. Un outil de planification et résolution de problème tel que le A3 peut soutenir l'analyse de la situation actuelle et des écarts.

Les activités reliées à cette phase de préparation nécessitent la collecte de différentes données sur l'offre de service actuelle et sur l'accès à ces services. Par exemple, les ratios de soutien clinique actuels, la capacité à rejoindre la population en fonction du requis populationnel ou les différents goulots dans la trajectoire de service. Des données sur l'expérience des usagers sont souhaitables pour bonifier l'analyse initiale. Il est recommandé d'interpeller les directions de la qualité (DQEPE), de même que les responsables de l'amélioration de l'accès afin de compléter ces démarches d'analyse.

5.2.2. Renforcement de la capacité de l'organisation et des principaux acteurs

L'opérationnalisation de la transformation nécessaire à l'implantation du PQPTM requiert la contribution de l'ensemble des directions impliquée afin que chaque enfant ou adolescent présentant des symptômes relatifs à un trouble mental puisse recevoir un service adapté à ses besoins, au moment opportun.

Afin de soutenir la capacité de l'organisation et des principaux acteurs à déployer le programme et soutenir une gestion humaine du changement, il faut au préalable procéder à une analyse des différentes parties prenantes, anticiper leurs préoccupations et adapter le plan de déploiement et de gestion du changement en conséquence de cette analyse. La direction des ressources humaines, les syndicats et les directions des services multidisciplinaires peuvent contribuer à cette analyse, et font partie des acteurs dont les intérêts doivent être pris en considération.

Renforcer la capacité de ces principaux acteurs signifie de s'assurer de leur adhésion explicite au changement proposé. La démarche de transformation doit être entérinée et appuyée par les hautes instances de l'organisation (directions) et l'ensemble de l'équipe de la direction doit créer un climat propice à une gestion humaine du changement. Ces acteurs doivent avoir une connaissance suffisante du programme et être en mesure de l'expliquer et le défendre dans leurs équipes. Ils doivent ainsi être les premiers formés et informés. Leurs préoccupations doivent être prises en compte afin qu'ils puissent par la suite transmettre un message constructif du programme à leurs équipes.

Au sein des équipes, il est important d'identifier des professionnels pouvant soutenir le déploiement au quotidien et d'experts pouvant inspirer ou amener leurs pairs à implanter les différentes composantes du programme. Les professionnels en soutien clinique peuvent participer à ce rôle, mais des professionnels et intervenants bénéficiant d'une

¹⁵² Burn, A. M., Vainre, M., Humphrey, A., & Howarth, E. (2020). Evaluating the CYP-IAPT transformation of child and adolescent mental health services in Cambridgeshire, UK: a qualitative implementation study. *Implementation science communications*, 1(1), 1-13.

bonne crédibilité dans l'équipe pourraient également contribuer significativement. Entre autres, il est recommandé qu'un professionnel habileté à la psychothérapie soit intégré à l'équipe de soutien clinique. Ces personnes doivent également démontrer une adhésion explicite au programme.

Les différents acteurs du déploiement doivent comprendre et porter la raison d'être du changement de même que percevoir les changements nécessaires et bénéfiques pour la population. Ils devraient être en mesure d'expliquer dans quelle mesure le programme s'intègre au contexte particulier de l'établissement. Leur engagement et leur adhésion sont des facteurs de succès important dans l'implantation du programme¹⁵³. En plus de transmettre adéquatement les informations, ils sont en mesure d'apporter les changements nécessaires dans leur équipe afin de permettre la mise en œuvre du programme.

5.2.3. La formation

Le renforcement de la capacité de l'organisation et des principaux acteurs passe par une formation adéquate concernant le programme et ses principes. Ainsi, un plan de déploiement incluant une gestion humaine du changement doit inclure un plan de formation laissant un temps suffisant à l'appropriation du contenu et des processus (lecture des guides, temps destinés aux présentations, visionnement des capsules, rencontres d'appropriation, etc.) ainsi qu'à l'écoute des préoccupations et des questions posées concernant le programme.

La formation doit couvrir l'ensemble des principes du programme, la théorie le soutenant, y compris le modèle de soins par étapes, les guides de pratique clinique et la mesure clinique en continu, ainsi que les différentes habiletés nécessaires à leurs applications. Les présentations autoportantes, créées pour le déploiement, constituent une introduction aux principaux éléments du programme. Chaque établissement peut également approfondir certains sujets en fonction des besoins identifiés et faire appel à des experts internes (ou externes) pour renforcer les compétences des équipes.

5.2.4. Créer une structure pour le déploiement

Au-delà de la structure administrative, l'implantation du programme doit être soutenue par une équipe en interaction directe avec les intervenants et responsable de l'application du plan de déploiement. Des comités portant différents mandats peuvent être créés afin de soutenir l'implantation des composantes du programme dans les équipes.

Les rôles de chaque personne doivent être bien définis et des canaux de communication doivent être mis en place entre les équipes et le chargé de projet afin que les préoccupations et enjeux soient rapidement pris en compte.

¹⁵³ Burn, A. M., Vainre, M., Humphrey, A., & Howarth, E. (2020). Evaluating the CYP-IAPT transformation of child and adolescent mental health services in Cambridgeshire, UK: a qualitative implementation study. *Implementation science communications*, 1(1), 1-13.

5.2.5. Amélioration continue et soutien en cours de déploiement

Une fois la structure mise en place, il est important de s'assurer de bien soutenir l'ensemble des intervenants de façon continue. Les professionnels en soutien clinique doivent offrir un soutien régulier, offrir une présence auprès des équipes et s'assurer de répondre aux différentes questions pouvant émerger pendant cette phase.

Des indicateurs de suivis spécifiques à votre établissement peuvent être identifiés, en plus des principaux indicateurs suivis par le MSSS. Ces indicateurs permettront de juger de la santé du projet et ainsi d'adapter le déploiement aux enjeux rencontrés.

Des mécanismes de rétroaction bidirectionnels doivent être mis en place afin que tous puissent suivre l'avancement du déploiement et les succès de l'équipe. Ces mécanismes peuvent prendre différentes formes, mais l'inscription du projet aux différentes salles de pilotages concernées est essentielle. Ainsi, il est nécessaire que le déploiement du PQPTM soit suivi à la salle stratégique de l'établissement et aux salles qui en découlent (tactiques de direction et opérationnelles auprès des équipes). L'implication des équipes par des caucus et l'utilisation d'outils visuels en suivi de différents indicateurs de déploiement de même que le suivi des différents enjeux rencontrés par les principes d'escalade et de cascade en sont des éléments majeurs¹⁵⁴.

5.2.6. Évaluation du déploiement

La stratégie locale d'évaluation d'implantation doit être établie dès le départ afin de favoriser la collecte des données en continu. Cette stratégie doit être arrimée avec les modalités de suivi de l'implantation et de la performance établies par le MSSS, mais peut compter des indicateurs n'étant pas suivis sur le plan national.

Nous suggérons une révision des stratégies d'implantation utilisée de manière périodique afin de tenir compte des commentaires et rétroactions, de même que des enjeux rencontrés. L'objectif principal de cette révision demeure d'apprendre de l'expérience vécue et de déterminer si les efforts mis jusqu'à maintenant permettent une implantation de qualité.

5.3. SOUTIEN AUX ÉTABLISSEMENTS DANS LE DÉPLOIEMENT

Des mécanismes sont développés et mis en place par la Direction des services en santé mentale et en psychiatrie légale afin de soutenir les établissements dans la mise en place du PQPTM, tels que :

- la transmission d'outils de gestion de projet (MOP, séquence de déploiement, diagramme de Gantt, structure de gouvernance, etc.) aux chargés de projet ;
- des présentations thématiques nationales aux établissements ;
- une communauté de pratique pour les chargés de projet provinciaux ainsi que

¹⁵⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité. Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion. Novembre 2012. Consulté en ligne : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre_de_reference_ministeriel_devaluation_de_la_performance.pdf

- certaines professionnels exerçant des activités de soutien clinique de tous les établissements du Québec ;
- une offre de soutien personnalisé aux chargés de projet provinciaux et leur équipe de projet, au besoin.

5.4. SUIVI DE L'IMPLANTATION

L'implantation des différents éléments du programme sera suivie à l'aide de différents moyens, notamment un formulaire mesurant l'évolution d'indicateurs concernant la formation et le soutien clinique ainsi que le déploiement des recommandations des guides de pratique, particulièrement les traitements recommandés, le repérage et l'appréciation du profil de risque, de même que la mesure clinique en continu.

Aussi, un suivi qualitatif sera effectué lors des rencontres entre les chargés de projet et les conseillers aux établissements du MSSS de même qu'un suivi régulier de l'atteinte des objectifs inscrits au Gantt national sera effectué dans le cadre des mêmes rencontres. Ces suivis visent à repérer différents enjeux rencontrés dans le déploiement.

5.5. SUIVI DE LA PERFORMANCE

L'analyse de la performance du PQPTM se fera à la suite du déploiement des actions retenues par le Ministère et par le réseau pour répondre aux objectifs du programme. Le suivi de la performance du PQPTM se fera à l'aide d'un tableau de bord présentant des indicateurs de performance pour chacune des dimensions définies dans le cadre de référence du MSSS¹⁵⁵. Ce tableau de bord permet de souligner les améliorations et de signaler d'éventuelles situations problématiques. Le cadre de référence ministériel vise à intégrer les autres composantes du système de santé et de services sociaux qui doivent être considérées lors de la mesure et de l'analyse de la performance¹⁵⁶. À terme, les indicateurs de ce tableau de bord seront mis à jour régulièrement et déclinés selon les divers paliers impliqués dans l'implantation du PQPTM, que ce soit le MSSS, les établissements ou les services eux-mêmes.

La plus-value du PQPTM est qu'il repose sur plusieurs indicateurs qui mesureront, grâce à la mesure clinique en continu, les effets du programme sur les conditions de santé des personnes qui en bénéficieront. Cette caractéristique rend la reddition de comptes du PQPTM plus engageante et pertinente à l'ensemble des parties prenantes qui y contribuent, y compris les intervenants et les personnes utilisatrices de services.

¹⁵⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Guide de sélection et d'élaboration des indicateurs aux fins de l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux*. Québec : Gouvernement du Québec, 30 p. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Guide_de_selection_et_delaboration_des_indicateurs.pdf

¹⁵⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. Québec : Gouvernement du Québec, 31 p. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre_de_reference_ministeriel_devaluation_de_la_performance.pdf

6. LE PROJET ACCES ET LE PQPTM, DEUX PROJETS STRUCTURANTS

Le PQPTM s'inscrit en continuité des PASM^{157,158} et des orientations qui y sont associées relativement à l'offre et à l'organisation des services^{159,160}. La révision des trajectoires de soins et services, l'actualisation du modèle de soins par étapes et l'implantation des guides de pratiques cliniques auront des impacts significatifs sur l'accessibilité. Néanmoins, le projet de suivi de l'amélioration de l'accès qui comprend plusieurs mesures et des indicateurs de suivis propres vient soutenir la réussite du PQPTM. Les chargés de projet du PQPTM doivent donc s'assurer de travailler conjointement avec les personnes responsables de ce projet.

Divers éléments d'efficience sont mis de l'avant à travers le projet d'amélioration de l'accès. Plusieurs sont des principes ou bonnes pratiques cliniques associées au PQPTM, comme la collaboration interprofessionnelle, le modèle de soins par étapes ou le soutien clinique.

Le projet d'amélioration de l'accès vise la mise en place de mécanismes d'accès efficaces. Les mécanismes d'accès aux services de santé mentale des jeunes sont au cœur du réseau intégré de services et jouent un rôle déterminant dans leur hiérarchisation. Ils assurent une évaluation adéquate et complète du jeune, permettant une orientation vers le bon niveau de service, offert par le bon professionnel et au bon moment.

Les mécanismes d'accès sont davantage que des portes d'entrée qui orientent les jeunes dans un des programmes-services ou vers un type de professionnel. Ils offrent les premières interventions du modèle de soins par étape et des suivis court-terme (individuels, groupes, familiaux). Ils assurent la communication, la collaboration et la liaison entre différents niveaux de services, de même qu'avec les partenaires du RSSS.

Le projet d'amélioration de l'accès vise également la révision de l'ensemble des trajectoires de services de santé mentale. Par la cartographie de ces trajectoires et du parcours de l'utilisateur dans celles-ci, il permet d'identifier les goulots restreignant l'accès ainsi que les enjeux et écarts de mise en œuvre des pratiques cliniques et recommandations du PQPTM.

¹⁵⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*. Québec : Gouvernement du Québec, 97 p. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>

¹⁵⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*. Québec : Gouvernement du Québec, 87 p. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17V.pdf>

¹⁵⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS : la force des liens*. Québec : Gouvernement du Québec. ISBN : 978-2-550-54414-2 (version PDF). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-914-08.pdf>

¹⁶⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS : la force des liens*. Québec : Gouvernement du Québec, 68 p. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-914-01F.pdf>

7. PQPTM : BÉNÉFICES ET POSSIBILITÉS

Le déploiement du PQPTM comporte plusieurs avantages et bénéfices, notamment en venant accroître et améliorer l'accès et la qualité des soins et services en santé mentale au Québec pour les personnes de tous âges et en incluant une offre publique de services allant des autosoins à la psychothérapie.

En effet, le modèle de soins par étapes, le repérage précoce et la mesure clinique en continu permettent une réponse clinique plus rapide et adaptée au besoin de l'enfant ou l'adolescent, sa famille et son entourage. Le déploiement en cours dans les trajectoires adultes, l'expérience de déploiement dans les sites précurseurs, notamment celui en jeunesse, ainsi que plusieurs accompagnements de révision des mécanismes d'accès menés faits auprès d'établissements par le MSSS depuis le début du PQPTM ont permis d'observer un rehaussement de l'organisation des soins et services et une meilleure efficience de l'accès pour la population. De plus, la pertinence clinique des interventions offertes lors des premiers pas des personnes dans les services s'est avérée probante pour répondre à plusieurs besoins croissants par la population.

