

**PROJET PILOTE :
ÉQUIPES TERRITORIALES EN SANTÉ MENTALE À L'INTENTION
DES ENFANTS, DES ADOLESCENTS, DE LEURS PARENTS ET DE LEURS PROCHES
SUR TROIS TERRITOIRES : CLSC LA SOURCE,
CLSC ORLÉANS ET LE CENTRE DE SANTÉ DE PORTNEUF**

RAPPORT D'IMPLANTATION

**Pierre Racine
Direction de la santé publique
Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec**

Janvier 2001



Vous pouvez vous procurer ce document pour la somme de 15,00 \$, payable à l'avance auprès de :

Madame Sylvie Bélanger

Direction de la santé publique de Québec

2400, d'Estimauville

Beauport (Québec) G1E 7G9

Téléphone : (418) 666-7000 poste 215 ou 217

Télécopieur : (418) 666-2776

Courrier électronique : sbelanger@cspq.qc.ca

ISBN : 2- 89496 - 163 - 4

Comment citer ce document :

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DE DEUX ÉQUIPES TERRITORIALES EN SANTÉ MENTALE À L'INTENTION DES ENFANTS, DES ADOLESCENTS, DE LEURS PARENTS ET DE LEURS PROCHES SUR TROIS TERRITOIRES : CLSC LA SOURCE, CLSC ORLÉANS ET LE CENTRE DE SANTÉ DE PORTNEUF - IMPLANTATION

**PROJET PILOTE :
ÉQUIPES TERRITORIALES EN SANTÉ MENTALE À L'INTENTION
DES ENFANTS, DES ADOLESCENTS, DE LEURS PARENTS ET DE LEURS PROCHES
SUR TROIS TERRITOIRES : CLSC LA SOURCE,
CLSC ORLÉANS ET LE CENTRE DE SANTÉ DE PORTNEUF**

RAPPORT D'IMPLANTATION

**Pierre Racine
Direction de la santé publique
Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec**

Janvier 2001

AVANT-PROPOS ET REMERCIEMENTS

La région de Québec est engagée, depuis plusieurs années, dans un processus de consolidation des services en santé mentale et en pédopsychiatrie. C'est ainsi qu'en mai 1999, cette région se dote, à titre de projet pilote, de deux équipes territoriales en santé mentale à l'intention des enfants, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches. Trois territoires de CLSC sont ainsi couverts : CLSC La Source, CLSC Orléans et le Centre de santé de Portneuf.

Ce projet pilote, expérimenté sur une période d'une année, s'est déroulé en deux étapes. Une première, dite de préimplantation (mai 1999 à novembre 1999), a consisté à mettre en place l'ensemble des éléments leur permettant de réaliser la deuxième étape dite d'implantation (novembre 1999 à mai 2000), laquelle avait pour but principal d'actualiser et de valider l'ensemble des éléments élaborés au cours de la première étape.

Afin de réaliser l'évaluation de l'implantation des équipes territoriales, la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la région de Québec a octroyé, à la Direction de la santé publique de Québec, les sommes d'argent nécessaires à l'embauche d'un agent de recherche.

Ce rapport présente les résultats d'une collecte d'information réalisée à l'étape de l'implantation qui s'est déroulée de novembre 1999 à mai 2000.

L'auteur tient à remercier les personnes suivantes qui ont rendu possible la réalisation de ce projet : les membres des comités aviseurs et de façon particulière, les coordonnatrices de chacune des équipes territoriales ainsi que leurs intervenantes qui, durant six mois et de diverses manières, ont participé à la réalisation de cette étape du projet.

Des remerciements s'adressent aussi à madame Antonyne Bourassa et madame Lucie Murphy qui ont réalisé l'édition finale de ce rapport.

RÉSUMÉ

Dans la région de Québec, des investissements importants ont été faits en ce qui a trait à la problématique de la santé mentale de sa population et à l'organisation de son réseau de services. En ce sens, la présente étude s'intéresse à l'implantation de deux équipes territoriales à l'intention des enfants, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches, sur trois territoires : CLSC La Source, CLSC Orléans et Centre de santé de Portneuf. Les équipes territoriales ont pour mandat « d'assurer l'évaluation et le traitement des enfants et des adolescents aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de détresse psychologique dont le niveau de services requis dépasse celui des services offerts par les équipes des services locaux ». Ce mandat couvre deux volets : un premier a trait à l'« intervention clinique » et un second au « soutien aux partenaires ». La clientèle prioritaire retenue, pour la première année d'implantation, présente un problème d'hyperactivité ou de déficit de l'attention (TDAH) chez les jeunes, âgés entre 6 et 12 ans. Finalement, ces équipes sont constituées de diverses professions (éducatrice, infirmière, médecin, psychologue et travailleuse sociale) et un pédopsychiatre agit à titre de « pédopsychiatre-conseil ».

L'étape d'implantation s'est déroulée sur une période de six mois (novembre 1999 à mai 2000). La population à l'étude comprend les deux équipes territoriales, lesquelles visent trois clientèles : les enfants et les adolescents, les parents et les proches ainsi que les partenaires. Les sources de données ont été nombreuses et diversifiées (système d'information clientèle, questionnaires, entrevues, compte rendus, instruments de collecte de données et observations de la part de l'évaluateur). Le traitement et l'analyse des données de cette étude ont tenu compte de la nature des données recueillies tant quantitatives que qualitatives.

La première partie des résultats traite des clientèles rejointes : enfants et adolescents et partenaires. Les données montrent que les équipes territoriales ont offert des services à 57 enfants et adolescents, ayant des problèmes de TDAH, les garçons représentent la majorité d'entre eux et plus des deux tiers étaient âgés entre 6 et 12 ans. Quant au profil des partenaires ayant référé aux équipes territoriales, les CLSC (équipes famille-enfance-jeunesse) et les écoles arrivent en tête de peloton. Les demandes de services ont couvert chacun des volets, à savoir : « soutien aux partenaires » (43,9 %) et « intervention clinique » (31,9 %), en ce qui a trait à la problématique TDAH. Quant au quart restant, ce sont des activités de « soutien aux partenaires » qui ont été offertes, mais pour des problématiques autres que celles reliées au TDAH.

La deuxième partie des résultats porte sur les activités réalisées en lien avec les mandats, à savoir : « intervention clinique » et « soutien aux partenaires ». En ce qui a trait aux « interventions cliniques », ces dernières ont été majoritairement de type « individuel » et se sont déroulées en CLSC. Quatre raisons d'interventions principales ont été relevées : troubles mentaux non spécifiés, problèmes de comportement, problèmes d'adaptation sociale et problèmes reliés à la vie familiale. Quatre actes principaux ont été posés : observation ou suivi, concertation, évaluation ou réévaluation et poursuite de démarches. En ce qui a trait aux activités de « soutien aux partenaires », ces dernières ont été des activités ponctuelles de type « individuel » et ont été réalisées au CLSC. Deux raisons ressortent davantage : demande d'information conseil-santé et demande d'information conseil-social. Quant aux actes réalisés, le principal est la discussion clinique, pour le tiers d'entre eux. La majorité des parents et des

partenaires sont satisfaits des services reçus et référerait à nouveau leurs enfants aux équipes territoriales.

La troisième partie des résultats aborde les activités réalisées en lien avec le fonctionnement des équipes territoriales. On relève, de façon générale, que l'équipe territoriale La Source-Orléans a rencontré des problèmes qui ont teinté le fonctionnement de cette dernière tout au long de l'étape d'implantation alors qu'en ce qui a trait à l'équipe territoriale de Portneuf, peu de problèmes ont été rencontrés. Cependant, quelques éléments communs aux deux équipes territoriales ont été relevés: En ce qui a trait au mécanisme de soutien mis en place (comités aviseurs), on relève que ces derniers ont été appréciés et que la RRSSS de Québec aurait dû être plus proche des différentes étapes réalisées. En ce qui a trait à la planification et à l'organisation des services, on relève que les professions d'infirmière, de médecin et de psychologue ont davantage été sollicitées, que le rôle de coordination est central, que les mandats ont été un sujet de discussion très important, que le rôle du médecin et du pédopsychiatre-conseil ont été largement discutés, que le SIC – santé mentale des jeunes s'est avéré un instrument de collecte de données intéressant, quoique toujours en validation. Finalement, les équipes territoriales et les gestionnaires, en majorité, considèrent que le rattachement administratif devrait être maintenu au CLSC. Les principaux bénéfices accordés au projet en ce qui a trait aux parents sont principalement l'accessibilité aux services spécialisés et le maintien du jeune dans son milieu. Pour les partenaires, les plus grands bénéfices sont reliés à l'accessibilité à l'information et un meilleur « confort » dans le suivi des jeunes. Pour les CLSC fiduciaires, les plus grands bénéfices se retrouvent en lien avec l'augmentation et la consolidation de la gamme de services sur une base locale et la diminution de la référence vers des services spécialisés.

Les résultats montrent qu'il n'y a pas d'écarts significatifs entre les « modèles planifiés » et les « modèles réalisés ». De fait, on constate que la clientèle visée a été rejointe et que les mandats ont été réalisés tels que prévus. Quant au fonctionnement des équipes territoriales, celles-ci ont été opérationnelles dès l'automne et ont été en mesure de répondre aux demandes qui leur étaient faites, tant en ce qui a trait aux jeunes, aux parents qu'aux partenaires impliqués dans le projet. Certes des difficultés ont été relevées, mais ces dernières n'ont pas enfreint la dispensation des services telle que planifiée à l'origine du projet.

Finalement, un dernier chapitre ayant trait à la discussion aborde un certain nombre de difficultés émises dans le chapitre des résultats et propose des solutions pour chacune d'elles, traite des conditions favorables à l'implantation de telles équipes et propose un « nouveau » modèle pour le Québec-Métro. Les principales difficultés sont en lien avec la définition de la clientèle cible et la trajectoire de services. Quant aux problèmes rencontrés en ce qui a trait au fonctionnement des équipes territoriales, ils sont forts nombreux, les principaux étant reliés aux stratégies promotionnelles, à la composition des équipes territoriales, ainsi qu'à la compréhension des rôles et des mandats. Un dernier point demeure celui du rattachement administratif.

Quant aux conditions gagnantes, au-delà de l'environnement géographique, on relève que des éléments reliés à l'organisation des services, à la composition des équipes territoriales et au lien développé avec les partenaires ont une importance significative.

Dans la perspective de déployer de telles équipes pour l'ensemble du Québec métropolitain, un « nouveau » modèle est proposé qui allie des caractéristiques des deux modèles initiaux, en ce

sens qu'il met en force les conditions favorables rencontrées dans le modèle *une équipe – un territoire* et identifie un établissement fiduciaire pour l'ensemble des CLSC du Québec-Métro. Cela aurait pour effet d'assurer une homogénéité en ce qui a trait à la trajectoire de services et à la présentation des mandats et des rôles, de minimiser les ententes avec le ou les organismes offrant des services spécialisés aux jeunes (HDSCJ, CPE, CJ etc.), de développer une masse critique plus importante et de centraliser les dossiers cliniques des jeunes à un seul endroit. Cependant, des discussions devront avoir lieu afin de statuer sur un modèle qui puisse répondre à la clientèle et aux objectifs poursuivis par l'équipe territoriale.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS ET REMERCIEMENTS	iii
RÉSUMÉ	iv
TABLE DES MATIÈRES	vii
LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES	ix
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	x
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : CONTEXTE	2
1.1 Éléments de contexte	2
1.2 Objet d'évaluation	4
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE	6
2.1 But, objectifs et population à l'étude	6
2.2 Cadre conceptuel	6
2.3 Sources des données, traitement et analyse	7
2.4 Forces et limites de l'étude	9
CHAPITRE 3 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	11
3.1 Clientèle rejointe	11
3.2 Activités réalisées en lien avec les mandats	13
3.3 Activités réalisées en lien avec le fonctionnement des équipes territoriales	25
3.4 Formation poursuivie par les équipes territoriales et les partenaires	31
3.5 Principaux bénéficiaires de ce projet pour les parents, les partenaires et les établissements fiduciaires	31
3.6 Écarts entre les «modèles planifiés» et les «modèles réalisés»	32
Faits saillants	33
CHAPITRE 4 : DISCUSSION	36
4.1 Discussion sur les principaux problèmes relevés et les pistes de solutions proposées	36
4.2 Discussion concernant les conditions d'implantation des équipes territoriales	45
4.3 Présentation d'un nouveau modèle pour le Québec-Métro	48
4.4 Mise à jour des équipes territoriales (juin à octobre 2000)	50
Faits saillants	53
CONCLUSION	57
RÉFÉRENCES	58

ANNEXES.....60

- Annexe 1 : SIC - santé mentale des jeunes**
- Annexe 2 : Questionnaires - parents, partenaires, équipes territoriales, pédopsychiatres et gestionnaires**
- Annexe 3 : Données – SIC - santé mentale des jeunes**
- Annexe 4 : Données partenaires et parents**
- Annexe 5 : Données - formation poursuivie par les équipes territoriales et les partenaires**
- Annexe 6 : Organisation des services médicaux**

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

- AEO : Accueil-évaluation-orientation
- CLSC : Centres locaux de services communautaires
- CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- CJ : Centre Jeunesse
- CPE : Centre de la petite enfance
- HDSCJ : Hôtel-Dieu-du-Sacré-Cœur-de-Jésus
- MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
- RRSSS : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la région de Québec
- SIC : Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC
- TDAH : Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

TABLEAUX

Tableau 1 : Description des territoires de CLSC par type de milieu	2
Tableau 2 : Données de population par catégorie d'âges, selon le territoire de CLSC et le sexe	3
Tableau 3 : Objectifs du projet-pilote.....	4
Tableau 4 : Description des équipes territoriales – synthèse.....	5
Tableau 5 : Nombre de questionnaires transmis et reçus, selon le groupe de personnes, par territoire de CLSC	11
Tableau 6 : Distribution des usagers, selon le sexe et la catégorie d'âges, par territoire de CLSC	12
Tableau 7 : Distribution des partenaires à partir des catégories d'organismes référents, par territoire de CLSC	12
Tableau 8 : Distribution de la réponse à la demande de services, selon la catégorie de réponses, par territoire de CLSC.....	13
Tableau 9 : Distribution des interventions, selon le sexe et la catégorie d'âges, par territoire de CLSC	14
Tableau 10 : Distribution des interventions individuelles, selon la raison, l'acte, le lieu, le mode et le type de suivi, par territoire de CLSC	16
Tableau 11 : Distribution des membres des équipes territoriales selon l'intervention individuelle, par territoire de CLSC	17
Tableau 12 : Distribution des interventions familiales, selon la raison, l'acte, le lieu, le mode et le type de suivi, par territoire de CLSC	18
Tableau 13 : Distribution des activités ponctuelles individualisées, selon le nombre, le type, la raison, l'acte, le lieu et le mode, par territoire de CLSC	20
Tableau 14 : Distribution des membres des équipes territoriales, par territoire de CLSC.....	21
Tableau 15 : Distribution des partenaires ayant répondu au questionnaire.....	22
Tableau 16 : Synthèse des conditions favorables et défavorables perçues par les différents acteurs impliqués dans l'implantation des équipes territoriales.....	47

Tableau 17 : Synthèse des conditions favorables relevées par l'équipe de la clinique externe de pédopsychiatrie de l'hôpital de Charlevoix.	48
Tableau 18 : Distribution de la réponse à la demande de services, selon la catégorie de réponses, par territoire de CLSC (juin à octobre 2000).....	51
Tableau 19 : Distribution des partenaires à partir des catégories d'organismes référents, par territoire de CLSC (juin à octobre 2000).....	52

FIGURES

Figure 1 : Cadre conceptuel	7
Figure 2 : Modèle d'analyse de l'évaluation de l'intervention	9
Figure 3 : Représentation schématique d'une équipe territoriale en santé mentale à l'intention des enfants, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches, Québec-Métro	49

INTRODUCTION

L'organisation des services en santé mentale dans la région de Québec devait passer par la mise en place de quatre mesures dont une d'entre elles se rapportait à la décentralisation des services sur les plans local et territorial des services généraux et spécialisés en santé mentale des jeunes et en pédopsychiatrie. C'est ainsi qu'en mai 1999 deux équipes territoriales en santé mentale des enfants, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches¹ voient le jour dans la région de Québec. Plus spécifiquement, le projet pilote se déroule sur trois territoires identifiés préalablement, à savoir : les territoires du CLSC La Source, du CLSC Orléans et du Centre de santé de Portneuf.

L'étape de préimplantation, réalisée sur une période de six mois (mai 1999 à novembre 1999) a permis de discuter, de déterminer et de définir un certain nombre d'éléments reliés aux objectifs à atteindre en tant qu'équipes territoriales (mandats, services à offrir, rôles, critères de la clientèle cible, trajectoire de services etc). Elle a également servi à élaborer des instruments de collecte de données. De plus, les résultats de l'analyse des données font ressortir un certain nombre de difficultés inhérentes à un tel processus et des conditions gagnantes pouvant y remédier².

Le but ultime de cette étape était de s'assurer que les équipes territoriales étaient prêtes à offrir des services à leur population respective et à valider tant le processus que les instruments de collecte de données (étape d'implantation).

Le présent document fait état des résultats en lien avec cette deuxième étape et comprend quatre chapitres : un premier aborde le contexte et l'objet d'évaluation de ce projet pilote. Le deuxième chapitre présente la méthodologie alors que les résultats sont abordés au chapitre 3. Le dernier chapitre présente enfin les éléments de discussion en lien avec les problèmes rencontrés et les pistes de solutions proposées, en lien avec les conditions d'implantation des équipes territoriales et la présentation d'un nouveau modèle.

¹ Afin d'alléger le texte, l'expression « équipes territoriales » sera dorénavant utilisée.

² Voir rapport intitulé « Projet pilote : équipes territoriales en santé mentale à l'intention des enfants, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches sur trois territoires : CLSC La Source, CLSC Orléans et le Centre de santé de Portneuf » - Rapport préimplantation », mai 2000.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE

Ce chapitre présente les éléments de contexte et l'objet d'évaluation.

1.1 Éléments de contexte³

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), ainsi que la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux (RRSSS) de Québec sont préoccupés, depuis de nombreuses années, par la santé mentale de leur population et par l'organisation de leur réseau de services. À ce titre, plusieurs documents ont été élaborés et des comités de travail ont été créés afin de développer un réseau de services en santé mentale⁴.

C'est ainsi qu'en 1999, la RRSSS de Québec dégage les argents nécessaires pour la mise en place de deux équipes territoriales sur trois territoires de CLSC (La Source, Orléans et Portneuf). Une description sommaire de ces milieux et de leur population est présentée ci-après.

Les CLSC impliqués dans le projet regroupent divers *types de milieu*, soit urbain, mi-urbain et rural (voir tableau 1).

Tableau 1 : Description des territoires de CLSC par type de milieu

Type de milieu	CLSC La Source	CLSC Orléans	Centre de santé de Portneuf
Milieu urbain	✓	✓	
Milieu mi-urbain	✓	✓	✓
Milieu rural			✓

En ce qui a trait à la *population* (voir tableau 2), on retrouve un total de 51 104 jeunes de 0 à 17 ans, représentant 20,9 % des jeunes de la région de Québec. Cette proportion se retrouve dans chacun des territoires de CLSC couverts par le projet (La Source, 20,1 %; Orléans, 21,4 % et Portneuf, 21,0 %). Quoique chacun des territoires ait des proportions similaires, on constate des écarts importants, en terme de nombre, entre les CLSC urbains et ruraux (CLSC La Source : 18 312 ; CLSC Orléans : 23 107 et Portneuf : 9 685). De plus, il est permis de croire que les jeunes, en milieu urbain sont plus *concentrés* contrairement en milieu mi-urbain et mi-rural où cette population est plus *restreinte* et *dispersée* à l'intérieur du territoire.

Quant à la clientèle cible du projet, soit les 6-12 ans, celle-ci représente 41,0 % (n = 20 971) de l'ensemble des jeunes de 0-17 ans. Considérant qu'entre 3,0 % et 5,0 %⁵ des jeunes de cette catégorie d'âges sont susceptibles de développer un problème relié au trouble déficit de l'attention

³ Dans l'éventualité où une étude portant sur l'efficacité des équipes territoriales se réalisent, on devra documenter davantage le « contexte » par un certain nombre de données touchant la distribution des services, les références, les établissements (type de gestion etc.) et les partenaires, ceci afin de mieux comprendre l'environnement qui existait en l'an 0 et le comparer avec l'environnement en l'an 1 et vérifier si la distribution des services s'est modifiée dans le temps.

⁴ Voir « rapport préimplantation, tableau 1, page 2.

⁵ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-IV, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e édition, Paris, Masson, 1996, p. 98.

avec ou sans hyperactivité (TDAH), deuxième caractéristique de la clientèle cible, il est possible de croire qu'entre 629 et 1 049 jeunes, pour l'ensemble des territoires, seront éventuellement touchés. Il est important de spécifier que ce nombre ne représente pas le nombre de jeunes devant être référés, potentiellement, aux équipes territoriales. En effet, la littérature⁶ mentionne que le tiers des jeunes diagnostiqués TDAH (entre 210 et 350 jeunes) sont des TDAH - simples et peuvent être pris en charge par des intervenants de 1^{ère} ligne. Les deux tiers restants (entre 420 et 670 jeunes) sont diagnostiqués TDAH - complexes (avec comorbidités) et doivent recevoir des services d'intervenants spécialisés de 2^{ème} et de 3^{ème} ligne, jeunes susceptibles d'être référés aux équipes territoriales.

Tableau 2 : Données de population⁷ par catégorie d'âges, selon le territoire de CLSC et le sexe

Catégorie d'âges	CLSC La Source			CLSC Orléans			Centre de santé de Portneuf			Total		
	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T
0-5 ans	2 663	2 686	5 349	3 234	3 390	6 624	1 326	1 457	2 783	7 223	7 533	14 756
6-12 ans	3 583	3 675	7 258	4 892	4 835	9 727	1 954	2 032	3 986	10 429	10 542	20 971
13-17 ans	2 801	2 904	5 705	3 125	3 631	6 756	1 410	1 506	2 916	7 336	8 041	15 377
Population 0-17 ans	9 047	9 265	18 312	11 251	11 856	23 107	4 690	4 995	9 685	24 988	26 116	51 104
18 ans et +	35 137	35 444	72 581	43 436	41 382	84 818	18 119	18 356	36 475	98 692	95 182	193 874
Population globale	46 184	44 709	90 893	54 687	53 238	107 925	22 809	23 351	46 160	123 680	121 298	244 978
Projection 2001 (0-17 ans)			17 5540			21 387			8 581			47 508

Au-delà de ces deux éléments (types de milieu et population), il faut relever que les équipes territoriales ont été implantées dans des *structures* déjà en place ayant chacune leur philosophie de gestion et leur approche avec les partenaires, éléments qui seront à considérer lors de la discussion.

Ce projet étant novateur, des recherches ont été menées afin de savoir si des expériences similaires ou s'y rapprochant existaient et si des évaluations en avaient été faites. C'est ainsi qu'on a trouvé un certain nombre d'expériences réalisées dans diverses régions du Québec (Sherbrooke, Montréal, le centre du Québec (Shawinigan) et Chaudières-Appalaches (Lac

⁶ Données tirées de la présentation du docteur Maurice Boudreault.

⁷ Ces données proviennent du MSSS, Service de l'analyse statistique, juillet 1999 (population année 1999) et de la RRSSS de Québec : « Caractéristiques des territoires au regard du développement de services en santé mentale des jeunes ».

Etchemin). Cependant, il ne semble pas que des évaluations similaires à celle menée dans ce projet aient été réalisées, ce qui auraient permis de comparer les résultats de cette évaluation avec d'autres milieux et de voir s'il y a ou non des similitudes. D'autre part, plusieurs équipes connues sous le nom de « clinique externe de pédopsychiatrie », relevant de centres hospitaliers, existent dans le réseau de la santé et des services sociaux, c'est le cas notamment de la clinique externe de pédopsychiatrie de l'hôpital de Charlevoix où une rencontre avec les intervenants concernés a eu lieu.

1.2 Objet d'évaluation

La présente démarche évaluative porte spécifiquement sur les **équipes territoriales** implantées dans la région de Québec. Il est important de rappeler que trois territoires étaient couverts par ce projet pilote, à savoir : les territoires du CLSC La Source, du CLSC Orléans et du Centre de santé de Portneuf. De plus, deux établissements étaient désignés à titre d'établissement fiduciaire : le CLSC Orléans (pour l'équipe La Source – Orléans) et le Centre de santé de Portneuf (pour l'équipe Portneuf). Les objectifs poursuivis par le projet pilote ainsi qu'une description-synthèse des équipes territoriales sont présentés aux tableaux 3 et 4.

Tableau 3 : Objectifs du projet pilote

Objectifs
1. Assurer l'accessibilité, le développement et la consolidation des services locaux en santé mentale pour les jeunes des territoires ciblés.
2. Assurer une organisation des services adaptés et mieux intégrés aux besoins des jeunes et de leurs parents.
3. Assurer le dépistage des clientèles permettant de les rejoindre dans leur milieu en favorisant la réduction des problèmes associés.
4. Assurer la formation et le soutien clinique des intervenants.
5. Assurer le développement de mécanismes de liaison entre les différents partenaires sur les trois territoires.

Tableau 4 : Description des équipes territoriales – synthèse⁸

Thèmes	Spécificités
Mandat	« Assurer l'évaluation et le traitement des enfants et des adolescents aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de détresse psychologique dont le niveau de services requis dépasse celui des services offerts par les équipes des services locaux ».
Rôles et responsabilités	<p>Volet « intervention clinique » : assurer, suite à une référence, la prise en charge provisoire de la clientèle pour laquelle les intervenants locaux se sentent démunis face à la complexité du cas, que ce soit en terme d'évaluation ou de mise en place de services.</p> <p>Volet « soutien aux partenaires » : amener les intervenants locaux à acquérir les connaissances et les habiletés afin de dépister la clientèle cible et pouvoir en assurer la prise en charge.</p>
Clientèle prioritaire	<p>Clientèle présentant une problématique d'hyperactivité ou de déficit de l'attention, ayant entre 6 et 12 ans (territoires La Source, Orléans et Portneuf).</p> <p>Ajout progressif de deux autres clientèles pour le territoire de Portneuf à savoir : la clientèle des 13-17 ans, notamment au niveau des problèmes d'anxiété et de dépression (détresse psychologique) et la clientèle des 3-4 ans avec retard de développement significatif.</p>
Composition des équipes	<p>Infirmière, psychologue, travailleuse sociale et médecin – composition similaire aux deux équipes territoriales.</p> <p>L'équipe territoriale La Source-Orléans a également une éducatrice</p> <p>De plus, chacune des équipes territoriales peut compter sur un pédopsychiatre-conseil.</p>
Principes directeurs à respecter	Trois principes directeurs étaient en toile de fond, en ce qui a trait aux services : accessibilité; continuité et complémentarité.

⁸ Le rapport de préimplantation décrit de façon plus détaillée ce que sont les équipes territoriales (pages 3-6).

CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE

Le chapitre deux présente la méthodologie utilisée pour évaluer l'implantation des équipes territoriales. Les points suivants seront abordés : but, objectifs et population à l'étude, cadre conceptuel, sources de données, traitement et analyse. Un dernier point abordera les forces et les limites de cette étude, laquelle se veut *descriptive*.

2.1 But, objectifs et population à l'étude

Le **but** de cette étude est d'évaluer l'implantation de deux équipes territoriales desservant trois territoires de CLSC. À cet effet, sept objectifs ont été identifiés :

1. Décrire les principaux facteurs organisationnels du programme cadre.
2. Décrire la prestation de soins et de services réalisés (clientèles desservies et services fournis).
3. Caractériser la trajectoire de services des clientèles ayant fait une demande (référence, suivi de l'intervention, arrimage avec les services locaux et régionaux).
4. Décrire la nature des interventions réalisées en équipe et les modalités de prestations de services (délai pour l'intervention, intervenants impliqués, interventions proposées, continuité des soins etc).
5. Analyser le fonctionnement de l'équipe (utilisation des instruments, participation aux rencontres, disponibilité des ressources, soutien à l'équipe (au plan administratif, clinique, etc).
6. Analyser les relations avec les partenaires (mécanismes de référence et de liaison etc).
7. Identifier les conditions de réussite de l'implantation des équipes territoriales (points forts et points faibles). (Direction de la santé publique, 1999).

La **population à l'étude** comprend les deux équipes territoriales, lesquelles visent trois clientèles : les enfants et les adolescents, les parents et les proches ainsi que les partenaires. L'information colligée dans la présente étude concerne plus particulièrement les enfants et les adolescents et les partenaires. Quant à la clientèle « parents », cette dernière a été approchée uniquement dans le cadre d'une collecte de données ayant pour but de connaître leur satisfaction quant aux services reçus.

2.2 Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel retenu afin d'assurer le suivi de la mise en œuvre des équipes territoriales est celui de Bellavance (1985) où le modèle proposé adopte une perspective systémique et offre une grille d'analyse du processus d'implantation.

Ce cadre conceptuel est constitué de trois étapes, ayant chacune leur propre finalité (voir figure 1). La première étape, la **préimplantation**, permet de connaître le programme tel qu'il a été conçu. Cette connaissance sera utile pour comparer le degré de similitude entre le programme planifié et le programme réalisé et pouvoir expliquer les modifications qui seront apportées. La deuxième étape, le **suivi de l'implantation** et de **processus**, permet de vérifier dans quelle mesure les objectifs fixés sont respectés, d'expliquer les raisons et les conséquences des changements apportés et de bien documenter ces changements. Finalement, la troisième étape, celle de la **détermination de l'utilité du programme**, correspond à l'évaluation de l'efficacité

ou de l'atteinte des objectifs poursuivis envers la clientèle cible, les modes d'intervention, les mécanismes de référence, les situations de gestion et les liens entre les partenaires.

Le présent rapport fait état des résultats ayant trait à la deuxième étape de ce cadre. Cette étape a été réalisée de novembre 1999 à mai 2000. L'évaluation de l'implantation est une étape fort importante à réaliser, car elle représente une étape préalable à la mesure des effets (KING et al, 1987). De plus, quelques éléments partiels seront présentés en lien avec la troisième étape. De fait, on ne peut tirer que des résultats partiels, le temps d'expérimentation, soit six mois, étant trop court pour parler véritablement d'effets des modèles sur les services offerts à la clientèle ciblée.

Figure 1 : Cadre conceptuel

SUIVI DE L'IMPLANTATION	UTILITÉ DU PROGRAMME	PRÉIMPLANTATION	
Prestation de services sous l'angle de : <ul style="list-style-type: none"> ➤ l'accessibilité ➤ la continuité ➤ la complémentarité Caractéristiques : <ul style="list-style-type: none"> ➤ de la clientèle ➤ des dispensateurs de services (structure et organisation) Communication entre partenaires Trajectoire de services Programme de formation Etc.	Analyse des données de prestation de services sous l'angle de : <ul style="list-style-type: none"> ➤ l'accessibilité ➤ la continuité ➤ la complémentarité Analyse des données sous l'angle de la satisfaction de la clientèle : <ul style="list-style-type: none"> ➤ aspect relationnel ➤ aspect professionnel ➤ aspect organisationnel Imprévus observés au cours de l'implantation (changement du contenu et des modalités de gestion)	Éléments du programme cadre : <ul style="list-style-type: none"> ➤ identification des problèmes ➤ identification des besoins de la population âgée entre 0-17 ans ➤ objectifs ➤ composition des équipes ➤ philosophie d'intervention ➤ clientèle cible ➤ instrumentation <ul style="list-style-type: none"> . pour les équipes territoriales . pour les partenaires ➤ approches, rôles et responsabilités <ul style="list-style-type: none"> . des équipes territoriales . des partenaires ➤ volets reliés au fonctionnement : <ul style="list-style-type: none"> . « intervention clinique » . « soutien aux partenaires » ➤ sources de référence ➤ mécanisme de référence 	Partenaires ⁹ : <ul style="list-style-type: none"> ➤ intervenants locaux : <ul style="list-style-type: none"> . intervenants du CLSC . omnipraticiens en cabinet privé . milieu scolaire . milieu de garde . organismes communautaires ➤ intervenants régionaux : <ul style="list-style-type: none"> . HDSCJ . Centre jeunesse
Résultats du modèle	Équipe de conception et de promotion		

2.3 Sources des données, traitement et analyse

Les sources de données utilisées ont été nombreuses et variées (système d'information clientèle, questionnaires, entrevues, comptes rendus, instruments de collecte de données et observations de la part de l'évaluateur).

Ainsi les informations concernant les *enfants* et les *adolescents* ont été collectées par le biais du Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (SIC) - santé mentale des jeunes

⁹ Partenaires : tout organisme ou établissement dispensant des services aux jeunes et à leur famille sur le territoire d'un CLSC.

(voir annexe 1). Les données ayant trait aux *parents* ainsi que celles concernant les *partenaires* ont été recueillies à partir de questionnaires spécifiques à chacun (voir annexe 2). Le questionnaire transmis aux *parents* est constitué de deux parties : une première partie comprend quinze énoncés, avec choix de réponse, portant sur des éléments relationnels et organisationnels et une deuxième réfère à deux questions portant sur l'« aide obtenue » et sur la « qualification » des services reçus. Ce questionnaire s'adresse à tous les parents dont les enfants ont reçu des services de la part des équipes territoriales. Le questionnaire aux *partenaires* est constitué de trois parties : la première consiste en des questions permettant d'identifier le répondant, la deuxième touche le volet « intervention clinique » et le troisième le volet « soutien aux partenaires ». Chacun de ces volets regroupe un certain nombre d'énoncés (respectivement 10 et 6) ainsi qu'un certain nombre de questions ouvertes ou fermées (respectivement 5 et 4). Il s'adresse à tous les intervenants locaux (médecins pratiquant en cabinet privé, Centre de la petite enfance (CPE), Centre jeunesse (CJ), Centres locaux de services communautaires (CLSC), Hôtel-Dieu-du-Sacré-Cœur-de-Jésus (HDSCJ) et milieu scolaire – psychologues, infirmières et travailleuses sociales) ayant fait une demande pour l'un ou l'autre des deux volets couverts par les équipes territoriales.

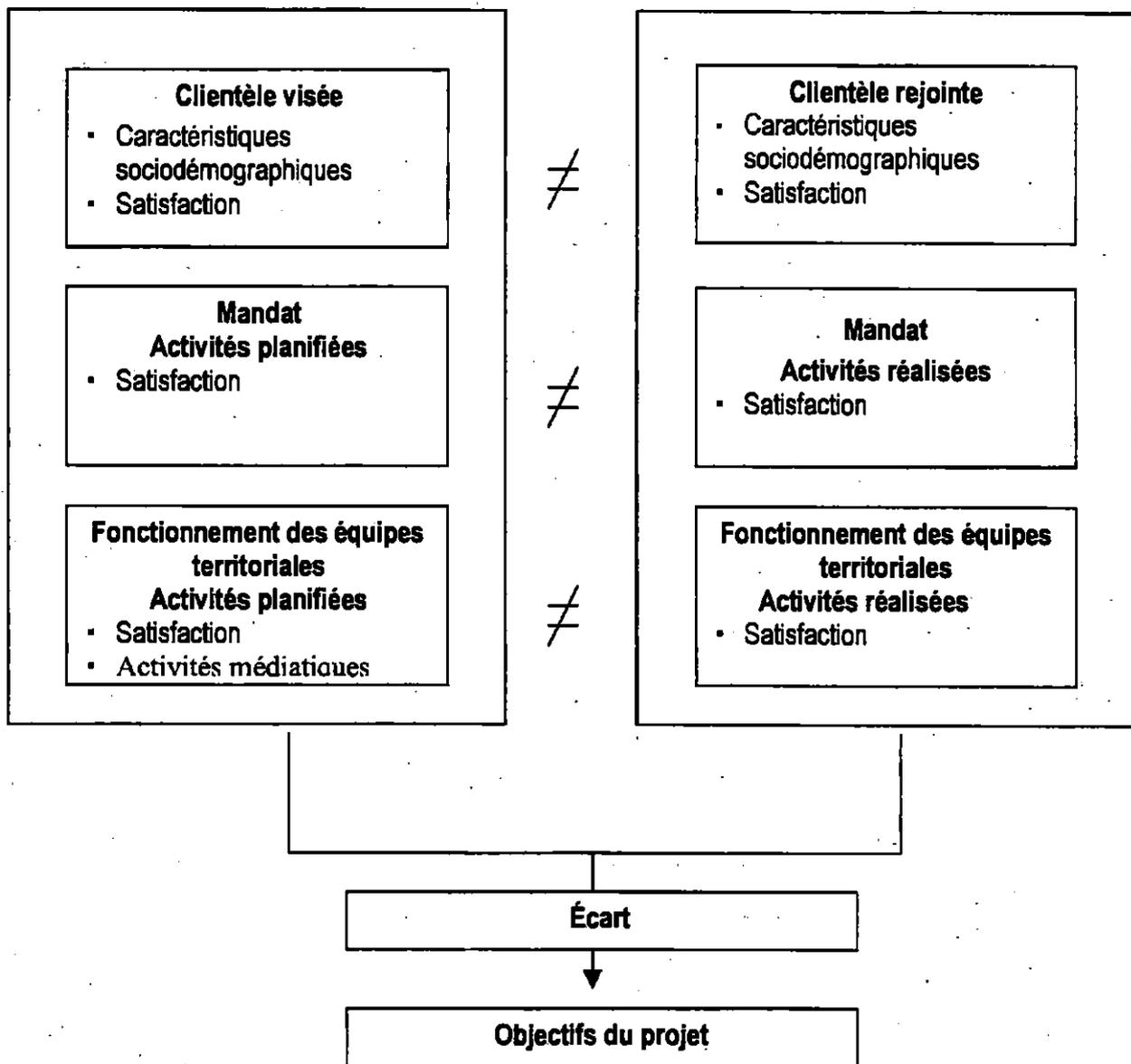
Les équipes territoriales ont également eu à compléter un questionnaire, lequel abordait plusieurs thèmes tels que : la trajectoire de services, les instruments de collecte de données, les différents rôles, la formation reçue et les principaux bénéfiques pour les jeunes et les parents, les partenaires et le CLSC lui-même. Quant aux pédopsychiatres, un questionnaire comportant quatre questions leur a été adressé. Les gestionnaires (coordonnatrices et directeurs généraux) ont été rencontrés à partir d'une entrevue semi-structurée, laquelle abordait davantage des questions en lien avec les façons dont les projets ont été menés, les points forts et les points faibles de certains éléments jugés centraux, les conditions gagnantes à retenir et les principaux bénéfiques pour les jeunes et les parents, les partenaires et le CLSC lui-même (voir annexe 2).

Les comptes rendus rédigés lors des rencontres (comités aviseurs, équipes territoriales), lors des discussions entre l'évaluateur et les coordonnatrices et les observations faites par l'évaluateur lors de sa participation aux différentes rencontres, ont permis de collecter de l'information pertinente à l'évaluation de cette étape. Quant aux instruments de collecte de données élaborés par les équipes territoriales, ils ont été répertoriés et regroupés sous divers thèmes¹⁰.

Le traitement et l'analyse des données de cette étude tiendront compte de la nature des données recueillies. Ainsi les données quantitatives seront présentées sous la forme d'une distribution de fréquences (pourcentage). Il est important de noter qu'à l'origine, quatre catégories de réponses étaient offertes et que pour les fins du rapport ce nombre de catégories a été ramené à deux soit une, représentant l'*aspect positif* des réponses (satisfait – en accord) et une autre, l'*aspect négatif* (insatisfait – en désaccord). Les données qualitatives recueillies, lors des entrevues et par le biais des questions ouvertes, ont fait l'objet d'une analyse de contenu propre aux méthodes qualitatives (Huberman et Miles, 1991 ; Deslauriers, 1991). L'analyse des données se fera à l'aide d'un modèle visant à mettre les écarts en évidence entre ce qui était planifié et ce qui a été réalisé (voir figure 2).

¹⁰ Les instruments de collecte de données seront regroupés dans un document spécifique intitulé « Cahier d'instruments de collecte de données pour les équipes territoriales en santé mentale des jeunes ».

Figure 2 : Modèle d'analyse de l'évaluation de l'intervention



Adapté de Moreault et al., 1992

2.4 Forces et limites de l'étude

Les forces et les limites de l'étude ont principalement été analysées en fonction de deux aspects : le contexte de réalisation et la méthode utilisée. Le *contexte de réalisation* de l'étude mérite qu'on s'y attarde. Premièrement, les équipes territoriales représentaient une « nouvelle ressource » à intégrer dans le réseau de la santé et des services sociaux de la région de Québec, ce qui en soit, constituait un défi majeur. Deuxièmement, plusieurs acteurs (intervenantes des équipes territoriales et partenaires locaux) provenant de diverses professions, de divers secteurs et

de divers paliers décisionnels ont été impliqués dans cette étude. Ce grand nombre d'acteurs représentait un risque de divergences d'interprétation dans la définition des mandats à réaliser. Finalement, le fait que le projet se déroulait dans trois CLSC ayant leurs propres caractéristiques ajoutait au défi à relever quant à l'implantation des équipes territoriales.

Les comités aviseurs mis en place avaient donc un rôle de « vigilance » important à jouer dans un tel contexte.

Quant à la *méthode utilisée*, les forces majeures résident dans son caractère participatif et dans la stratégie d'analyse retenue. D'un côté, la participation des intervenantes à l'élaboration des instruments de collecte de données et le processus itératif dans lequel elles ont été partie prenante tout au long de la collecte de données sont perçus comme ayant favorisé une démarche rigoureuse, répondant aux critères des évaluations constructivistes (Guba et Lincoln, 1989). D'autre part, la stratégie d'analyse utilisant des techniques de triangulation, tant dans le choix des sources de données (questionnaire, entrevues, observations), que dans la combinaison des méthodes (quantitatives et qualitatives) a permis de vérifier la cohérence des informations recueillies. L'utilisation de la rétroaction et de l'itération ont été fort utiles. La rétroaction a pour but de ramener, pour des fins de validation et de compréhension, le traitement de l'information préalablement fournie par le groupe. L'itération permet de construire, au fur et à mesure et de façon dynamique, le produit recherché en y intégrant les nouveaux éléments issus de la réflexion collective et des nouvelles connaissances dans chacun des groupes et d'un groupe à l'autre.

La principale limite, qui en même temps a été une des forces, a été l'utilisation du SIC – santé mentale des jeunes. Cet « instrument », central, a permis de collecter de l'information afin de décrire le profil des clientèles (jeunes et partenaires) et décrire les activités réalisées par les équipes territoriales (volet « intervention clinique » et volet « soutien aux partenaires »). Ce qui en constitue sa *force*. Quant à sa *limite*, elle se retrouve dans son utilisation. En effet, la majorité des intervenantes devant compléter le SIC ne le connaissait pas et cet « instrument » était en phase de *validation*, dans la mesure où des modifications relativement importantes y ont été apportées afin de tenir compte des spécificités de ce projet. À rebours, on a constaté deux réalités : des différences dans la façon de compléter les diverses formules le constituant et des interprétations en ce qui a trait aux variables retenues. Pour ces raisons, les données apparaissant dans ce rapport devront être interprétées avec « prudence ». Il serait également prématuré d'utiliser ces données pour comparer les équipes territoriales entre elles.

CHAPITRE 3 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les résultats¹¹ sont regroupés sous cinq volets : la clientèle rejointe, les activités réalisées en lien avec les mandats, les activités réalisées en lien avec le fonctionnement des équipes territoriales, la formation poursuivie par les équipes territoriales et les partenaires et les principaux bénéficiaires de ce projet pour les parents, les partenaires et les établissements fiduciaires. Finalement, les écarts entre les « modèles planifiés » et les « modèles réalisés » seront abordés.

Au-delà des données statistiques tirées, en majorité, du SIC – santé mentale des jeunes, les données ont été extraites de divers questionnaires transmis aux principaux partenaires impliqués dans ce projet (voir pages 7 - 8). Il est important, avant de présenter les résultats, de dresser un tableau représentant le nombre de questionnaires transmis et reçus afin de bien camper ce sur quoi porte les résultats (voir tableau 5).

Tableau 5 : Nombre de questionnaires transmis et reçus, selon le groupe de personnes, par territoire de CLSC

Groupe de personnes	CLSC La Source-Orléans		Centre de santé de Portneuf		Total	
	Qt*	Qr**	Qt	Qr	Qt	Qr
	Nb	Nb	Nb	Nb	Nb	Nb
Parents	15	–	26	–	41	21
Partenaires	75	24	30	14	105	38***
Équipes territoriales	1	1	1	1	2	2
Coordonnatrices rencontrées	2/2		1/1		3/3	
Gestionnaires rencontrés	1/2		1/1		2/3	

* Qt : questionnaires transmis

** Qr : questionnaires reçus

*** 11 questionnaires ont été rejetés, donc 38 questionnaires traités

3.1 Clientèle rejointe

La clientèle rejointe est constituée de deux groupes : « enfants et adolescents » et « partenaires ».

Description du groupe « enfants et adolescents »

Les données du tableau 6, provenant du SIC – santé mentale des jeunes, montrent que les équipes territoriales ont rejoint 57 enfants et adolescents au cours des six premiers mois (12 pour l'équipe territoriale La Source-Orléans et 45 pour celle de Portneuf). Les garçons représentent la majorité des enfants et adolescents (86,0 %) ayant reçu des services. Quant aux catégories d'âges, celle des 6-12 ans représente 70,2 % des enfants et adolescents. Il est « normal » de ne pas retrouver 100,0 % de la clientèle cible dans cette catégorie d'âges, car dès l'implantation des équipes territoriales, celle de Portneuf a élargi ces critères (voir tableau 4, page 5). C'est ainsi que l'on

¹¹ Les données du CLSC La Source et celles du CLSC Orléans ont été agglomérées et comparées avec celles de Portneuf.

retrouve, pour cette équipe territoriale, 62,2 % des enfants et adolescents dans la catégorie des 6 - 12 ans; suivi de la catégorie des 13 - 17 ans (28,9 %) et finalement des 0-5 ans (8,9 %).

Tableau 6 : Distribution des usagers, selon le sexe et la catégorie d'âges, par territoire de CLSC

Usagers	Équipe territoriale La Source-Orléans		Équipe territoriale Portneuf		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Sexe :						
- garçons	10	83,3	39	86,7	49	86,0
- filles	2	16,7	6	13,3	8	14,0
Total	12	100,0	45	100,0	57	100,0
Catégorie d'âges – 0-17 ans						
- 0-5 ans	--	--	4	8,9	4	7,0
- 6-12 ans	12	100,0	28	62,2	40	70,2
- 13-17 ans	--	--	13	28,9	13	22,8
Total	12	100,0	45	100,0	57	100,0

Description des partenaires

Les données proviennent des « bilans »¹² complétés mensuellement par les équipes territoriales (voir tableau 7). Ces données permettent de dresser un tableau exhaustif, sur une période de six mois (novembre 1999 à mai 2000). Elles représentent le profil des partenaires par catégorie d'organismes et non par catégorie de professions. Les principaux organismes d'où proviennent les demandes de services sont : les CLSC (45,1 %), les écoles (30,2 %) et les cabinets privés (12,1 %). Cependant, il y a des différences importantes entre chacune des équipes territoriales. Alors que l'équipe territoriale La Source-Orléans reçoit près des deux tiers de ces demandes (63,0 %) des CLSC, celle de Portneuf en reçoit près de la moitié (47,3 %) du milieu scolaire.

Tableau 7 : Distribution des partenaires à partir des catégories d'organismes référents, par territoire de CLSC

Provenance des demandes de services	Équipe territoriale La Source-Orléans		Équipe territoriale Portneuf		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
- CLSC*	68	63,0	14	18,9	82	45,1
- CPE	--	--	1	1,4	1	0,5
- CJ	8	7,4	5	6,8	13	7,1
- écoles	20	18,5	35	47,3	55	30,2
- cabinets privés	7	6,5	15	20,3	22	12,1
- HDSCJ	2	1,9	1	1,4	3	1,6
- population	--	--	3	4,1	3	1,6
- autre	3	2,8	--	--	3	1,6
Total	108	100,0	74	100,0	182	100,0

* Équipe famille-enfant-jeunesse des CLSC fiduciaires

¹² Les données de ces « bilans » ont été utilisées à la place des données du SIC – santé mentale des jeunes « Demande de services. Les données cumulées dans cette formule n'ont pas été colligées de la même manière par chacune des équipes territoriales et comportaient un certain nombre d'erreurs, les rendant ainsi peu « valides ».

Une deuxième information est présente, à savoir : la réponse à la demande de services. En effet, les intervenantes des équipes territoriales indiquaient la « réponse à la demande de services » à partir de trois catégories : 1. Information/soutien/orientation (problématique TDAH); 2. Évaluation/intervention (TDAH) et 3. Information/soutien/orientation (autres problématiques). Les résultats montrent (voir tableau 8) que la principale catégorie de réponses est celle ayant trait à la catégorie 1 (43,9 %), laquelle correspond au volet « soutien aux partenaires », suivi de la catégorie 2 (31,9 %), qui correspond au volet « intervention clinique » et finalement arrive la catégorie 3 (24,2 %). Si on compare chacune des équipes territoriales, on s'aperçoit qu'une demande sur deux (56,5 %) a trait à la première catégorie pour l'équipe territoriale La Source-Orléans, tandis que l'on retrouve cette proportion (55,4 %) dans la deuxième catégorie pour l'équipe territoriale de Portneuf. Quant à la troisième catégorie, la proportion est relativement la même pour chacune des équipes territoriales (27,8 % versus 18,9 %).

Tableau 8 : Distribution de la réponse à la demande de services, selon la catégorie de réponses, par territoire de CLSC

Réponse à la demande de services	Équipe territoriale La Source-Orléans		Équipe territoriale Portneuf		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Information/soutien/orientation (problématique TDAH)	61	56,5	19	25,7	80	43,9
Évaluation/intervention (TDAH)	17	15,7	41	55,4	58	31,9
Information/soutien/orientation (autres problématiques)	30	27,8	14	18,9	44	24,2
Total	108	100,0	74	100,0	182	100,0

3.2 Activités réalisées en lien avec les mandats

Les équipes territoriales avaient deux mandats à réaliser dans le cadre de leur travail, un en lien avec le volet « intervention clinique » et un avec le volet « soutien aux partenaires ». La description des activités réalisées pour chacun de ces volets sera effectuée à partir du SIC – santé mentale des jeunes.

3.2.1 Volet « intervention clinique »

Le but principal du volet « intervention clinique » est de s'assurer de la prise en charge provisoire de la clientèle, pour laquelle les intervenants locaux se sentent démunis face à la complexité du cas, que ce soit en terme d'évaluation ou de mise en place de services.

Les « interventions cliniques » seront décrites en quatre points : 1. Type d'interventions (individuelle ou familiale); 2. Distribution des interventions par sexe et par catégorie d'âges; 3. Distribution des interventions individuelles et familiales à partir des éléments suivants : raisons, actes, lieux, modes et type de suivi et 4. Identification des intervenantes impliquées.

Les données montrent (voir annexe 3, « Description des activités usagers-individus, tableau 6) que la presque totalité des interventions cliniques (96,5 %) ont été des interventions individuelles (100,0 % pour l'équipe territoriale La Source-Orléans et 95,6 % pour celle de Portneuf, cette dernière réalisant des interventions familiales¹³ dans 4,4 % de ces interventions).

Le tableau 9 montre qu'un total de 377 interventions (individuelles et familiales) ont été réalisées par les équipes territoriales (100 pour l'équipe territoriale La Source-Orléans et 277 pour celle de Portneuf). Les jeunes reçoivent, en moyenne, 6,6 interventions chacun. Les garçons représentent 91,2 % des interventions effectuées (82,0 % pour l'équipe territoriale La Source-Orléans et 94,6 % pour celle de Portneuf). Quant aux catégories d'âges, celle des 6-12 ans représente 78,5 % des interventions. Ce pourcentage s'expliquant de par les décisions prises par chacune des équipes territoriales lors de leur implantation (voir tableau 4, page 5). C'est ainsi que l'on retrouve pour l'équipe territoriale La Source-Orléans, la totalité des jeunes dans la catégorie des 6-12 ans et une répartition plus éclatée pour celle de Portneuf, à savoir : 70,7 % dans la catégorie des 6-12 ans, suivi de la catégorie des 13-17 ans (18,1 %) et des 0-5 ans (11,2 %)

Tableau 9 : Distribution des interventions, selon le sexe et la catégorie d'âges, par territoire de CLSC

Usagers	Équipe territoriale La Source-Orléans		Équipe territoriale Portneuf		Total	
	Nb I *	%	Nb I	%	Nb I	%
Sexe :						
- garçons	82	82,0	262	94,6	344	91,2
- filles	18	18,0	15	5,4	33	8,8
Total	100	100,0	277	100,0	377	100,0
Catégorie d'âges – 0-17 ans						
- 0-5 ans	--	--	31	11,2	31	8,2
- 6-12 ans	100	100,0	196	70,7	296	78,5
- 13-17 ans	--	--	50	18,1	50	13,3
Total	100	100,0	277	100,0	377	100,0

*Nb I : nombre d'interventions

NB : Seul le nombre d'interventions a été retenu, car il était difficile d'obtenir le nombre d'usagers différents pour chacune des équipes territoriales. Par contre, 57 jeunes ont bénéficié des services lors de l'implantation.

Interventions individuelles

Le tableau 10 montre que les principales *raisons* d'interventions individuelles sont au nombre de quatre et représentent 94,9 % des interventions individuelles totales réalisées, à savoir : « troubles mentaux non-spécifiés » (25,2%), « problèmes de comportement » (24,2 %), « problèmes d'adaptation sociale, de développement et de croissance personnelle » (23,6 %) et « problèmes liés à la vie familiale » (21,8 %). Au niveau des principaux actes posés, ces derniers sont au nombre de quatre, représentant 68,3 % de leur totalité, à savoir : « observation ou suivi » (24,4 %), « concertation » (15,3 %), « évaluation ou réévaluation » (15,0 %) et « poursuites des démarches » (13,7 %). Cependant, pour chacune des équipes territoriales, l'ordre dans lequel les

¹³ Il a été mentionné par l'équipe territoriale La Source-Orléans que des interventions familiales ont été réalisées, au cours de cette période. Cependant, les données concernant ces interventions n'ont pas été compilées dans le volet « Description des activités usagers-individus », mais dans le volet « Description des activités ponctuelles ».

raisons et les *actes* se présentent diffèrent d'une équipe territoriale à l'autre. La majorité des interventions se sont déroulées au « CLSC » (92,8 %), suivi par des rencontres à « l'école » (4,2 %) et à « domicile » (2,9 %). En ce qui a trait au mode d'intervention, les données montrent que dans trois cas sur quatre (72,5 %), les intervenantes contactent soit les parents, soit les partenaires (communications téléphoniques (53,1 %), rencontres (17,4 %)). Les intervenantes rencontrent l'utilisateur lui-même un cas sur quatre. La majorité des suivis sont qualifiés de « suivi sans référence formelle » (89,9 %). Les résultats concernant le lieu, le mode et le type de suivi se comparent d'une équipe territoriale à l'autre (pour plus de détails voir annexe 4 « Description des activités usagers-individus, tableaux 7 à 12).

Le tableau 11 indique que la distribution des intervenantes doit être analysée selon le nombre d'utilisateurs et le nombre d'interventions, car il y a des différences importantes. Les données montrent que l'intervenante la plus sollicitée, par rapport au nombre d'utilisateurs, est l'infirmière (84,2 %), cependant celle-ci ne représente que 38,2 % du nombre d'interventions individuelles. Ce résultat est en lien direct avec le rôle qui lui est octroyé, à savoir : assumer les rôles d'accueil/évaluation/orientation (AEO) et de liaison et, par le fait même, être moins impliquée dans l'intervention et la prise en charge provisoire. En deuxième place, vient la psychologue (43,9 % des utilisateurs) pour 20,2 % des interventions. En troisième place arrive la travailleuse sociale (21,1 % des utilisateurs) pour 28,4 % des interventions. Finalement, arrive le médecin (15,8 % des utilisateurs) pour 4,0 % des interventions. Cet ordre est le même pour chacune des équipes territoriales, mais avec des « variantes » en ce qui a trait au pourcentage. En ce qui a trait à l'éducatrice¹⁴, celle-ci a vu deux utilisateurs sur trois (66,7 %) pour une intervention sur trois (35,0 %):

¹⁴ Il est important de spécifier que les données référant à l'éducatrice seront toujours traitées de façon spécifique, car cette dernière n'est représentée que dans une des deux équipes territoriales, à savoir l'équipe territoriale La Source-Orléans. Cette façon de traiter l'information est justifiée, du fait que les premiers résultats présentés sont des résultats dits *agglomérés* et en ce sens l'éducatrice se retrouve automatiquement désavantagée quant à l'importance de son rôle dans une équipe territoriale.

Tableau 10 : Distribution des interventions individuelles, selon la raison, l'acte, le lieu, le mode et le type de suivi, par territoire de CLSC

Thèmes	Équipe territoriale La Source-Orléans		Équipe territoriale Portneuf		Total	
	Nb I*	%	Nb I	%	Nb I	%
Raisons d'interventions **						
Principales raisons d'interventions :						
- troubles mentaux non-spécifiés	92	44,0	117	18,9	209	25,2
- problèmes de comportement	38	18,2	163	26,3	201	24,2
- problèmes d'adaptation sociale, de développement et de croissance personnelle	12	5,7	184	29,7	196	23,6
- problèmes reliés à la vie familiale	62	29,7	119	19,2	181	21,8
- autres	5	2,4	37	5,9	42	5,1
Total	209	100,0	620	100,0	829	100,0
Actes d'interventions **						
Principaux actes d'interventions :						
- observation ou suivi	36	24,3	117	24,4	153	24,4
- concertation	2	1,4	94	19,6	96	15,3
- évaluation ou réévaluation	55	37,2	39	8,1	94	15,0
- poursuite de démarches	8	5,4	78	16,3	86	13,7
- autres	47	31,8	152	31,7	199	31,7
Total	148	100,0	480	100,0	628	100,0
Lieu						
- CLSC	93	93,0	257	92,8	350	92,8
- école	5	5,0	11	4,0	16	4,2
- domicile	2	2,0	9	3,2	11	2,9
Total	100	100,0	277	100,0	377	100,0
Mode d'intervention dans les CLSC						
- <i>en présence de l'utilisateur :</i>						
- rencontre	56	60,2	30	11,7	86	24,6
- communication téléphonique	8	8,6	2	0,8	10	2,9
- <i>en l'absence de l'utilisateur :</i>						
- rencontre	2	2,1	59	23,0	61	17,4
- communication téléphonique	27	29,0	159	61,9	186	53,1
- communication autre	--	--	7	2,7	7	2,0
Total	93	100,0	257	100,0	350	100,0
Type de suivi						
Principal type de suivi						
- suivi sans référence formelle	91	91,0	248	89,5	339	89,9
- autres	9	9,0	29	10,5	38	10,1
Total	100	100,0	277	100,0	337	100,0

* Nb I = nombre d'interventions

** Comme un même usager peut avoir plus d'une raison d'intervention ou plus d'un acte d'intervention et qu'il peut être compilé plus d'une fois, nous n'avons retenu que le nombre d'interventions pour les fins d'analyse.

Tableau 11 : Distribution des membres des équipes territoriales selon l'intervention individuelle, par territoire de CLSC

ET*	Équipe territoriale La Source-Orléans				Équipe territoriale Portneuf				Total			
	Nb U*	%	Nb I*	%	Nb U	%	Nb I	%	Nb U	%	Nb I	%
	(n= 12)		(n= 100)		(n= 45)		(n= 277)		(n= 57)		(n= 377)	
E	8	66,7	35	35,0	NA	--	NA	--	8	14,0	35	9,3
I	11	91,7	15	15,0	37	82,2	129	46,6	48	84,2	144	38,2
M	6	50,0	11	11,0	3	6,7	4	1,4	9	15,8	15	4,0
P	8	66,7	29	29,0	17	37,8	47	17,0	25	43,9	76	20,2
TS	3	25,0	10	10,0	9	20,0	97	35,0	12	21,1	107	28,4

ET : équipe territoriale - E : éducatrice; I : infirmière; M : médecin; P : psychologue; TS : travailleuse sociale

* Nb U = nombre d'usagers

* Nb I = nombre d'interventions

N.B. : un même jeune peut être vu par plus d'un membre de l'équipe territoriale, en raison de la problématique et de la complexité de ce dernier.

Interventions familiales

Le tableau 12 montre que la principale *raison* d'intervention familiale est celle reliée à la vie « familiale » (66,7%). Les principaux *actes* se retrouvent au niveau de l'« évaluation et de la réévaluation » (50,0 %) et de l'« observation ou du suivi » (33,3 %). L'ensemble des interventions familiales se sont déroulées à domicile, en présence de l'utilisateur, avec un suivi « sans référence formelle » (pour plus de détails voir annexe 4 « Description des activités usagers-individus », tableaux 14 à 19).

Tableau 12 : Distribution des interventions familiales, selon la raison, l'acte, le lieu, le mode et le type de suivi, par territoire de CLSC

Thèmes	Équipe territoriale La Source-Orléans		Équipe territoriale Portneuf		Total	
	Nb I*	%	Nb I	%	Nb I	%
Raisons d'interventions **						
Principale raison d'interventions :						
- problèmes reliés à la vie familiale	—	—	6	66,7	6	66,7
- autres	—	—	3	33,3	3	33,3
Total	—	—	9	100,0	9	100,0
Actes d'intervention **						
Principaux actes :						
- évaluation ou réévaluation	—	—	3	50,0	3	50,0
- observation ou suivi	—	—	2	33,3	2	33,3
- autres	—	—	1	16,7	1	16,7
Total	—	—	6	100,0	6	100,0
Lieu						
- domicile	—	—	2	100,0	2	100,0
Total	—	—	2	100,0	2	100,0
Mode d'intervention						
- en présence de l'usager :						
- rencontre	—	—	2	100,0	2	100,0
Total	—	—	2	100,0	2	100,0
Type de suivi						
Principal type de suivi						
- suivi sans référence formelle	—	—	4	100,0	4	100,0
Total	—	—	4	100,0	4	100,0

* Nb I = nombre d'interventions

** Comme un même usager peut avoir plus d'une raison d'intervention ou plus d'un acte d'intervention et qu'il peut être compilé plus d'une fois, nous n'avons retenu que le nombre d'interventions pour les fins d'analyse.

3.2.2 Volet «soutien aux partenaires »

Le but principal du volet « soutien aux partenaires » est d'amener les intervenants locaux à acquérir les connaissances et les habiletés afin de dépister la clientèle cible et pouvoir en assurer la prise en charge.

Les principales données traitées proviennent du SIC – santé mentale des jeunes et du questionnaire transmis aux partenaires.

Le tableau 13 montre qu'un total de 491 activités ponctuelles ont été réalisées par les équipes territoriales (431 pour l'équipe territoriale La Source-Orléans et 60 pour celle de Portneuf). La majorité de ces activités ponctuelles (99,6 %) ont été « individuelles »¹⁵. On constate que pour neuf activités ponctuelles sur 10 réalisées (93,1 %), une *seule* raison a été identifiée. Les deux principales raisons sont la « demande d'information conseil-santé » (29,9 %) et la « demande d'information conseil-social » (20,6 %). Cependant, un fort taux de réponse identifié sous le

¹⁵ Veuillez noter que les données ayant trait aux activités ponctuelles de type *familial* n'ont pas été traitées, car elles ne représentaient que 0,4 % de l'ensemble des données.

thème « autres » est à relever (46,0 %). On retrouve une différence importante entre chacune des équipes territoriales particulièrement en ce qui a trait à la « demande d'information conseil-santé ». Alors que l'équipe territoriale La Source-Orléans identifie 33,8 % de ces activités ponctuelles en lien avec cette raison, ce pourcentage chute à 3,4 % pour l'équipe territoriale de Portneuf. Cette différence trouve son explication dans le fait que cette raison n'apparaissait pas sur la formule SIC – santé mentale des jeunes de l'équipe territoriale de Portneuf et ne pouvait être codifiée. Quant à la raison intitulée « demande d'information conseil-social », cette raison est mentionnée trois fois moins souvent dans l'équipe territoriale La Source-Orléans, comparativement à celle de Portneuf (17,4 % versus 42,4 %). Quant aux actes réalisés, la majorité ont également été « uniques » (90,5 %). Le principal acte se retrouve dans la catégorie « autres » (55,3 %) dont le principal est la « discussion clinique » (38,6 %), suivi des « démarches auprès de l'utilisateur » (24,5 %). La majorité des activités ont été réalisées au « CLSC » (96,3 %), par le biais de « rencontre » (78,2 %). Les intervenantes les plus concernées par les activités ponctuelles se distribuent ainsi : infirmière (28,7 %), psychologue (22,6 %), travailleuse sociale (22,4 %) et médecin (12,2 %). En ce qui a trait à l'éducatrice, celle-ci a réalisé 16,0 % des activités ponctuelles pour l'équipe territoriale La Source-Orléans (voir annexe 4, « Activités ponctuelles », tableaux 1 à 6).

Tableau 13 : Distribution des activités ponctuelles individualisées, selon le nombre, le type, la raison, l'acte, le lieu et le mode, par territoire de CLSC

Thèmes	Équipe territoriale La Source-Orléans		Équipe territoriale Portneuf		Total	
	Nb A*	%	Nb A	%	Nb A	%
Nombre d'activités réalisées	431	100,0	60	100,0	491	100,0
Type d'activité	Nb A	%	Nb A	%	Nb A	%
Individuelle	429	99,5	60	100,0	489	99,6
De groupe	2	0,5	—	—	2	0,4
Total	431	100,0	60	100,0	491	100,0
Raison *	Nb A	%	Nb A	%	Nb A	%
Principales raisons des activités :						
1 raison :	411	95,4	45	76,3	456	93,1
- autres	199	48,1	18	30,5	217	46,0
- demande – information conseil-santé	140	33,8	2	3,4	142	29,9
- demande – information conseil-social	72	17,4	25	42,4	97	20,6
- autres	20	4,6	14	23,7	34	6,9
Total	431	100,0	59	100,0	490	96,5
Actes	Nb A	%	Nb A	%	Nb A	%
Principaux actes :						
1 acte :	391	90,7	48	88,9	439	90,5
- autres	231	53,6	37	68,5	268	55,3
- démarches pour l'utilisateur	119	27,6	—	—	119	24,5
- autres	40	9,3	6	11,1	46	9,5
Total	431	100,0	54	100,0	485	100,0
Lieu	Nb A	%	Nb A	%	Nb A	%
- CLSC	411	95,8	59	100,0	470	96,3
- autres	18	4,2	—	—	18	3,7
Total	429	100,0	59	100,0	488	100,0
Mode	Nb A	%	Nb A	%	Nb A	%
Rencontre	364	84,8	17	29,3	381	78,2
Communication téléphonique	53	12,4	23	39,7	76	15,6
- autres	12	2,8	18	31,0	30	6,2
Total	429	100,0	58	100,0	487	100,0

Nb I = nombre d'activités

** Comme un même usager peut avoir plus d'une raison d'intervention ou plus d'un acte d'intervention et qu'il peut être compilé plus d'une fois, nous n'avons retenu que le nombre d'actes pour les fins d'analyse.

Tableau 14 : Distribution des membres des équipes territoriales, par territoire de CLSC

Membre de l'équipe territoriale	Équipe territoriale La Source-Orléans		Équipe territoriale Portneuf		Total	
	Nb A*	%	Nb A	%	Nb A	%
Éducatrice	69	16,0	NA	--	69	14,1
Infirmière	114	26,5	27	45,0	141	28,7
Médecin	59	13,7	1	1,7	60	12,2
Psychologue	91	21,1	20	33,3	111	22,6
Travailleuse sociale	98	22,7	12	20,0	110	22,4
Total	431	100,0	60	100,0	491	100,0

* Nb A = Nombre d'activités

N.B. : un même jeune peut être vu par plus d'un membre de l'équipe territoriale, en raison de la problématique et de la complexité de ce dernier.

3.2.3 Satisfaction des partenaires et des parents – volet « intervention clinique » et volet « soutien aux partenaires »

La satisfaction des partenaires et des parents quant aux services reçus sera présentée à partir du questionnaire qui leur a été transmis.

Des données concernant le « profil du répondant » - partenaire ont été colligées et sont présentées préalablement aux résultats ayant trait à la satisfaction des services reçus. On se rappelle que 38 questionnaires ont été retournés et traités (24 pour le secteur La Source Orléans (63,2 %) et 14 pour le secteur de Portneuf (36,8 %) (voir tableau 5, page 11). Le tableau 15 montre que deux milieux de travail, particulièrement, ont référé aux équipes territoriales : les « CLSC »¹⁶ (44,7 %), et le « milieu scolaire » (31,6 %). Les principales professions sont en lien direct avec chacun de ces milieux; en effet, les travailleuses sociales représentent 31,6 % des professions et les psychologues 23,7 %. Le quart des partenaires ont fait soit une demande en lien avec le volet « intervention clinique » (23,7 %) ou avec le volet « soutien aux partenaires (26,3 %). La moitié d'entre eux ont recouru aux deux volets. En ce qui a trait au volet « intervention clinique », les partenaires y ont recouru *une fois* dans une proportion de 42,9 %. Plus du tiers des partenaires ont eu affaire à deux intervenantes (35,7 %) et plus ou moins le quart à 1 ou 3 intervenantes, respectivement 28,6 % et 21,4 %. L'« infirmière » se retrouve dans 75,0 % des dossiers, la « psychologue » dans la moitié des dossiers (53,6 %), la travailleuse sociale et le médecin dans le tiers des dossiers (respectivement 39,3 % et 32,1 %) et finalement, l'éducatrice dans le quart des dossiers (25,0 %). Quant au volet « soutien aux partenaires », ceux-ci y ont recouru *une fois* dans une proportion de 51,7 % (pour plus de détails voir annexe 4 « Tableaux - partenaires », tableaux 1-6 et 8-9).

¹⁶ Les CLSC représentent les équipes famille/enfant/jeunesse de chacun des CLSC fiduciaires.

Tableau 15 : Distribution des partenaires ayant répondu au questionnaire

Thèmes	Équipe territoriale La Source-Orléans		Équipe territoriale Portneuf		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Milieu de travail						
- Cabinet privé	2	8,3	2	14,3	4	10,5
- CJ	1	4,2	2	14,3	3	7,9
- CLSC	11	45,8	6	42,9	17	44,7
- Milieu scolaire	8	33,3	4	28,6	12	31,6
- autres	2	8,3	—	—	2	5,3
Total	24	100,0	14	100,0	38	100,0
Profession						
- infirmière	4	16,7	—	—	4	10,5
- médecin	3	12,5	3	21,4	6	15,8
- psychologue	6	25,0	3	21,4	9	23,7
- travailleuse sociale	6	25,0	6	42,9	12	31,6
- autres	5	20,8	2	14,3	7	18,4
Total	24	100,0	14	100,0	38	100,0
Volets						
- intervention clinique	4	16,7	5	35,7	9	23,7
- soutien aux partenaires	8	33,3	2	14,3	10	26,3
- intervention clinique et soutien aux partenaires	12	50,0	7	50,0	19	50,0
Total	24	100,0	14	100,0	38	100,0
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Intervention clinique						
- 1 fois	8	50,0	4	33,3	12	42,9
- 2 fois	4	25,0	—	—	4	14,3
- 3 fois	2	12,5	3	25,0	5	17,9
- 3-5 fois	—	—	1	8,3	1	3,6
- 5 fois et +	1	6,2	3	25,0	4	14,3
- nombre de fois non mentionné	1	6,2	1	8,3	2	7,1
Total	16	100,0	12	100,0	28	100,0
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Soutien aux partenaires						
- 1 fois	11	47,4	4	44,4	15	51,7
- 2 fois	3	15,8	2	22,2	5	17,2
- 3 fois	3	15,8	1	11,1	4	13,8
- 3-5 fois	3	15,8	2	22,2	5	17,2
- 5 fois et +	—	5,3	—	—	—	—
Total	20	100,0	9	100,0	29	100,0

Les données concernant le taux de satisfaction des *partenaires*¹⁷, en ce qui a trait au volet « *intervention clinique* », montrent que les deux tiers de ceux-ci (67,9 %) sont *satisfaits* de la qualité des services offerts par les équipes territoriales et y réfèreraient à *nouveau* (81,5 %) des jeunes. On mentionne que le soutien apporté au diagnostic, la diminution des délais, le professionnalisme et l'expertise des intervenantes, la rapidité de la réponse et l'aspect multidisciplinaire de l'intervention font en sorte qu'ils recourraient à nouveau à ces équipes. Certains partenaires (14,8 %) ont mentionné que la lourdeur du processus et le manque de suivi ont eu, pour conséquences, que ces derniers ne réfèreront plus de jeunes aux équipes territoriales (voir annexe 4 « Tableaux - partenaires », tableaux 14 et 15).

Au-delà de la satisfaction générale des partenaires, on a cherché à connaître leur point de vue sur un ensemble d'aspects reliés au projet. Pour cela, ils devaient se prononcer (en accord ou en désaccord) sur sept énoncés (réception de la demande, pertinence de l'information et des documents demandés, transmission de l'information, orientation proposée, retour d'information et délais reliés au processus d'évaluation). Le pourcentage de partenaires « en accord » avec ces énoncés varie entre 66,7 % et 96,4 %. Trois des énoncés ressortent comme plus négatifs : les délais reliés au processus d'évaluation (33,3 %), le retour d'information (25,9 %) et l'orientation proposée (20,0 %) (voir annexe 4 « Tableaux – partenaires », tableau 7). Finalement, la satisfaction des partenaires quant à l'information transmise, le temps accordé et les délais de réponses accordés par les intervenantes des équipes territoriales varient entre 88,9 % et 100,0 %, toute catégorie d'intervenantes confondues (voir annexe 4 « Tableaux – partenaires », tableau 10).

Deux autres questions étaient posées, l'une en lien avec l'« amélioration de la communication avec les autres partenaires » et l'autre en lien avec le « renforcement de la capacité à intervenir auprès de la clientèle TDAH ». Ces questions cherchaient à savoir si, de par le contact avec les équipes territoriales, ces deux points s'étaient améliorés. Plus de la moitié des partenaires répondent par la négative (respectivement 54,5 % et 63,6 %) (voir annexe 4 « Tableaux – partenaires », tableaux 12 et 13).

Le taux de satisfaction des *parents*, quant aux services reçus, est très élevé. L'analyse des données montre que pour l'ensemble des affirmations proposées, le taux de satisfaction varie entre 81,0 % et 100,0 %. De plus, un taux de satisfaction élevé apparaît quant à l'appréciation de l'aide obtenue (85,7 %) et l'appréciation des services reçus (90,5 %) (voir annexe 4 « Questionnaires aux parents », tableaux 1 à 3). Finalement, les parents qui ont complété la partie « Autres commentaires » font ressortir l'importance de l'aide et du soutien apportés. Ils relèvent quelques insatisfactions en lien avec le temps que les intervenants ont à consacrer aux enfants et aux parents, qui leur apparaît minime; la complexité de la démarche, la quantité de papiers, le nombre d'interventions et finalement les délais dans lesquels il est possible d'avoir un diagnostic.

¹⁷ Il est important de mentionner que les commentaires proviennent pour une très large part (76,3 %) des professionnels travaillant en CLSC ou en milieu scolaire. Deux réalités peuvent expliquer cette situation. La première est reliée à la catégorie d'âges de la clientèle cible (6-12 ans). De par ce critère, on a exclu, plus ou moins, les CPE et le CJ. Quant aux médecins travaillant en cabinet privé, ces derniers ont été formés tardivement, ce qui pourrait expliquer, entre autres, le faible taux de participation, donc le peu de commentaires de ces derniers.

Les données concernant le taux de satisfaction des *partenaires*, en ce qui a trait au volet « *soutien aux partenaires* », montrent que la majorité de ceux-ci (85,2 %) sont *satisfaits* de la qualité des services reçus par les intervenantes des équipes territoriales. Dans l'ensemble, la majorité (89,3 %) référerait à nouveau aux équipes territoriales (voir annexe 4, « Tableaux – partenaires », tableaux 21 et 22).

Au-delà de la satisfaction générale des partenaires, on a cherché à connaître leur point de vue sur un ensemble d'aspects reliés au projet. Pour cela, ils devaient répondre (en accord ou en désaccord) à six énoncés (pertinence de l'information, réponse offerte, orientation proposée, temps accordé, délai de réponse et type de soutien). Le pourcentage de partenaires « en accord » avec ces énoncés varie entre 75,9 % et 96,3 %. Deux des énoncés ressortent comme plus négatifs : la correspondance de la réponse offerte (24,1 %) et le type de « soutien » offert (14,3 %) (voir annexe 4, « Tableaux – partenaires », tableau 16). Quant aux questions cherchant à savoir si les partenaires avaient 1) amélioré leurs connaissances, 2) leurs interventions, 3) leurs communications avec les partenaires et 4) leur capacité d'évaluer ou de prendre en charge la clientèle TDAH, environ 1 partenaire sur 2 a répondu *oui* à chacun de ces énoncés (respectivement 64,3 %, 51,9 %, 50,0 % et 54,5 %) (pour plus de détails voir annexe 4, « Tableaux – partenaires », tableaux 17 à 20). Les partenaires mentionnent que leur capacité de prise en charge a augmenté. Les raisons évoquées sont à l'effet qu'ils connaissent mieux la problématique et sont davantage capables d'identifier des comportements.

3.2.4 Difficultés rencontrées

L'identification des difficultés rencontrées proviendra des questionnaires transmis aux parents, aux partenaires, aux équipes territoriales et des entrevues menées auprès des gestionnaires ainsi que de l'analyse de divers comptes rendus

Les difficultés rencontrées concernent principalement le volet « intervention clinique » et touche particulièrement la trajectoire de services. En effet, tous les acteurs concernés par ce projet relèvent des difficultés ou des insatisfactions en lien avec la trajectoire de services. Ces difficultés sont la complexité de la démarche, sa « lourdeur » et les délais que cela peut entraîner.

La coordonnatrice de l'équipe territoriale de Portneuf, quoique reconnaissant la trajectoire retenue comme adéquate, est consciente de ces difficultés et tentent d'y remédier. En parallèle, elle relève que certains éléments internes à l'équipe territoriale (surcharge de travail de certaines intervenantes, temps du médecin, intégration des rôles, etc.) et d'autres externes (la disponibilité de certains partenaires, la réception de documents incomplets et l'obligation de les retourner aux partenaires pour être complétés etc.) peuvent expliquer, en partie, cette lourdeur.

Quant à la coordonnatrice de l'équipe territoriale La Source-Orléans, cette dernière mentionne que la trajectoire initiale a été calquée, presque intégralement, sur celle de Shawinigan, sans qu'il y ait une critique profonde ou que l'on ait tenu compte des critiques de certaines des intervenantes.

Un autre gestionnaire relève que la trajectoire retenue était perçue comme un processus rigide et linéaire. C'était une trajectoire fermée sur elle-même; permettant peu de liens avec les partenaires. Cependant, des ajustements importants ont été faits au cours de l'étape

d'implantation en vue d'alléger cette trajectoire. Initialement, un formulaire intitulé « évaluation multidisciplinaire » devait être complété par l'ensemble des partenaires impliqués auprès d'un jeune, alors que ces exigences ne sont maintenant plus requises.

Une autre difficulté soulevée tant par les *équipes territoriales* que par les *gestionnaires* est reliée au fait qu'il n'y a pas eu d'accès privilégié à l'HDSCJ. Tous sont d'accord pour dire qu'il faudra corriger cette situation et créer un « corridor de services » plus direct avec cette dernière.

3.3 Activités réalisées en lien avec le fonctionnement des équipes territoriales

Les données utilisées afin de documenter ce point ont été extraites du questionnaire complété par les équipes territoriales, des entrevues avec les gestionnaires et de divers comptes rendus. Les données présentées ont été regroupées sous cinq thèmes : mécanisme de soutien aux équipes territoriales et les stratégies de promotion, planification et organisation des équipes territoriales, rôles des partenaires, rattachement administratif et rencontre interéquipes.

Mécanisme de soutien aux équipes territoriales et les stratégies de promotion

Afin de soutenir l'implantation des équipes territoriales, deux comités aviseurs ont été mis sur pied, un dans chacune des régions pilotes, quatre rencontres ayant eu lieu au cours de l'étape d'implantation. Les comités aviseurs ont été appréciés, particulièrement, pour avoir servi de canal d'échange avec les partenaires locaux, avoir servi de lieu de cheminement, de validation et de création d'interface et avoir servi d'intermédiaires avec la RRSSS en se mobilisant pour faire des revendications ou des recommandations. Cependant, on mentionne que les comités aviseurs auraient dû être davantage décisionnels, particulièrement en ce qui a trait à la définition de la clientèle.

On relève que sans la RRSSS, les équipes territoriales n'auraient jamais vu le jour. Cependant, la majorité des *gestionnaires* soulignent que celle-ci aurait dû être plus proche des différentes étapes et des difficultés rencontrées à chacune d'elles (préimplantation et implantation). L'absence régulière de son représentant au comité aviseur a également été identifiée comme lacune. Une participation plus active de sa part aurait possiblement permis de recentrer les différents partenaires sur les objectifs initiaux de ce projet et ainsi permettre d'activer leur mise en place. Le fait que la RRSSS ait maintenu un certain « flou », particulièrement en ce qui a trait à la clientèle et à la place de l'équipe territoriale dans le réseau de la santé et des services n'a en rien facilité la réalisation de ce projet.

Quant à la participation des partenaires aux comités aviseurs, on constate que ceux de Portneuf ont été présents et constants, tandis que ceux de La Source-Orléans ont, pour une partie d'entre eux, démissionnés (effritement de la participation des membres du comité aviseur) ou ont eu une participation moins soutenue.

Quant aux activités reliées à la promotion des équipes territoriales, au-delà du fait que les comités aviseurs devaient en être une, les équipes territoriales elles-mêmes devaient être proactives en identifiant et en réalisant des stratégies promotionnelles. On constate que suite au *lancement officiel* de chacune des équipes territoriales, peu ou pas de promotion a été faite par la suite. Les informations collectées montrent que l'information transmise aux partenaires semble encore

confuse, car ils mentionnent ne pas savoir exactement ce que font ces équipes, comment les rejoindre, etc. En ce sens, les *gestionnaires* des deux équipes territoriales relèvent l'importance de faire des relances, de voir les différents groupes d'acteurs, afin de présenter à nouveau les objectifs et les rôles des équipes territoriales et d'identifier leurs besoins spécifiques afin d'en arriver à une façon de travailler tenant compte des réalités de chacun.

Planification et organisation des équipes territoriales

Les données concernant la planification et l'organisation des équipes territoriales ont été regroupées sous les éléments suivants : composition des équipes territoriales, coordination, compréhension du mandat, définition des rôles, planification du temps de travail individuel et d'équipe, organisation et environnement de travail et instruments de collecte de données.

Au cours de l'implantation, un constat, quant à la composition des équipes territoriales, a été fait tant par les *équipes territoriales* que par les *gestionnaires* : la sollicitation plus importante de trois professions, à savoir : l'infirmière, le médecin et la psychologue, comparativement à celle de l'éducatrice et de la travailleuse sociale. Les données du SIC – santé mentale des jeunes viennent nuancer ce constat. Il est un fait que l'infirmière est toujours en premier plan, tant en ce qui a trait au volet «intervention clinique» qu'en ce qui a trait au volet «soutien aux partenaires». La psychologue arrive également en deuxième place pour chacun de ces volets. Cependant, c'est la travailleuse sociale qui arrive en troisième place si on regarde le nombre d'interventions et non le médecin (voir tableaux 11 et 14 pages 17 et 21). Certes le médecin demeure très important, mais il ne faut pas sous-estimer la place de la travailleuse sociale.

La coordination des équipes territoriales est un rôle capital dans leur implantation et ne s'est pas réalisée sans problème. Les deux *équipes territoriales* ainsi que les *gestionnaires* ont déploré la sous-estimation du temps requis pour assumer adéquatement l'ensemble des tâches (porte-parole au comité aviseur, rôles stratégique, organisationnel, relationnel, administratif et clinique). Cependant, il faut mentionner que les coordonnatrices, afin de pallier au manque de temps, ont fait preuve d'initiatives, d'imagination, de souplesse et ont déployé beaucoup d'énergie pour réaliser les mandats qui leur avaient été octroyés. De plus, la perspicacité, la sensibilité et le soutien dans le cadre des supervisions individuelles ont été d'un grand soutien à chacune des équipes territoriales. Finalement, tant les *gestionnaires* que les *équipes territoriales* relèvent l'importance que la coordonnatrice ait les capacités d'assumer un rôle d'«encadrement clinique» auprès d'elles.

L'*équipe territoriale* de Portneuf souligne que la réussite de la coordination de leur équipe est liée aux éléments suivants : le soutien de la direction en nommant une coordonnatrice sans en avoir préalablement le financement et la stabilité de la coordonnatrice. Au-delà de ces deux éléments, l'*équipe territoriale* souligne l'importance d'engager quelqu'un connaissant le milieu, les partenaires et la culture CLSC, ce que la coordonnatrice possédait, car elle originait du milieu et travaillait déjà dans l'organisation. De plus, la coordonnatrice engagée a fait montre d'ouverture d'esprit, de disponibilité, d'un souci du succès de l'équipe territoriale et de l'harmonie dans cette équipe.

En ce qui a trait à l'équipe territoriale La Source-Orléans, celle-ci a été confrontée à une réalité différente, qui a amené un certain nombre de difficultés à surmonter tout au long de

l'implantation et qui se poursuivent aujourd'hui encore. *L'équipe territoriale* ainsi que les *gestionnaires* de ce milieu font ressortir que le changement fréquent de la personne au poste de coordination a été une difficulté majeure. En effet, on souligne qu'à chaque fois qu'une personne nouvelle assumait ce rôle, cette dernière avait une compréhension « différente » du mandat à assumer avec ce que cela comporte comme effets sur les personnes déjà en place. De plus, chacun des départs occasionnait des délais pour l'embauche de la personne suivante et faisait en sorte que les intervenantes de cette équipe, somme toute, devaient assurer, au meilleur de leur connaissance, la mise en place de l'équipe territoriale. Les *gestionnaires*, quant à eux, relèvent deux autres difficultés soit le fait que la coordonnatrice ait été « extérieure » au milieu tant en ce qui a trait à la culture CLSC qu'à la connaissance du milieu lui-même (géographique, partenaires etc.) et le fait que cette dernière ne relevait pas directement de la directrice de l'équipe famille/enfance/jeunesse. Ce dernier point est important dans la mesure où la directrice de l'équipe famille/enfance/jeunesse représentait la « stabilité » et aurait pu s'approprier davantage ce projet, servir de liens entre les coordonnateurs qui se sont succédés et ainsi assurer une certaine « uniformité » dans la compréhension des mandats à réaliser. En ce sens, ils font ressortir que la coordonnatrice de telles équipes devrait posséder la connaissance tant du milieu géographique que de la culture organisationnelle de l'établissement qui les recevra, être en mesure d'assumer des tâches d'« encadrement clinique » et administratives, faire alliance avec les gestionnaires de son milieu d'accueil et être en lien direct avec le gestionnaire de qui relèvera éventuellement une telle équipe.

La compréhension des mandats a été un sujet de discussion important lors de l'étape d'implantation, malgré toute la réflexion accomplie au cours de la préimplantation. Les *équipes territoriales* autant que les *gestionnaires* ont relevé deux difficultés inhérentes à la compréhension des mandats à réaliser : l'identification des équipes territoriales comme étant des équipes de « 1,5 ligne », donnant ainsi l'impression de « chevaucher » les services offerts par la 1^{ère} et la 2^{ème} ligne et les interprétations diverses des mandats qu'en ont les divers acteurs (les établissements fiduciaires, les équipes territoriales, les partenaires, la pédopsychiatrie et la RRSSS).

La difficulté de cerner clairement les mandats à réaliser s'est reflétée lors de l'application des rôles tels que définis au cours de l'étape de la préimplantation. De fait, ces rôles ont été, soit difficiles à réaliser, soit difficiles à faire comprendre aux partenaires. Quoique les deux équipes territoriales n'aient pas vécu les mêmes difficultés, chacune d'entre elles a été confrontée aux « attentes » ou aux « compréhensions » qu'en avaient les partenaires, tels que : les équipes territoriales serviraient de « corridor » pour le transfert des jeunes à l'HDSCJ; qu'elles participeraient aux discussions cliniques qui se déroulent en milieu scolaire, qu'elles diminueraient les tâches de travail d'un certain nombre d'intervenants, particulièrement les psychologues en milieu scolaire, etc. Face à ces « attentes » ou « compréhensions », chacune des équipes territoriales a dû préciser régulièrement ses rôles, pouvant aller jusqu'à les redéfinir afin d'en arriver à une compréhension commune de leur travail.

En lien avec les *rôles*, une nuance a été relevée par rapport à chacune des équipes, à savoir la façon dont les équipes territoriales se sont définies par rapport à leurs partenaires, tant à l'interne qu'à l'externe. L'équipe territoriale de Portneuf s'est présentée non pas comme une équipe d'experts, mais comme une équipe qui était « complémentaire » aux partenaires et avait un rôle de soutien tant en ce qui a trait à l'information à transmettre, à l'évaluation, qu'à un certain type

de prise en charge. En fait, cette équipe a tenu compte de la « culture CLSC ». L'équipe territoriale La Source-Orléans s'est présentée davantage comme une équipe d'« experts ». Un des gestionnaires mentionne que plus une équipe se perçoit comme « expert », plus celle-ci risque de se « cristalliser ». De plus, l'équipe territoriale a considéré les intervenantes du CLSC au même titre que les autres partenaires, créant une relation très « formaliste » auprès, particulièrement de l'équipe famille/enfance/jeunesse, créant beaucoup d'irritants, alors qu'aurait dû s'installer une relation de « collégialité ».

Les *équipes territoriales* mentionnent une dernière difficulté, quant à leurs rôles, soit le fait d'avoir assumé des rôles reliés soit à la planification, à l'organisation, à la médiation (clarifier constamment les mandats aux partenaires) ou à des activités « secrétaires ». Une partie de ces rôles auraient dû être assumés par une coordonnatrice à temps plein et une secrétaire afin de libérer les intervenantes pour des tâches cliniques.

Finalement, l'équipe territoriale La Source-Orléans relève les difficultés rencontrées en lien avec le rôle du médecin de l'équipe. Les intervenantes soulignent que le médecin de cette équipe a eu constamment à justifier son rôle devant le CMDP du CLSC Orléans.

La planification du temps de travail individuel est difficile principalement pour les raisons suivantes : le fait que certaines des intervenantes occupent des postes à demi-temps et l'étendue du territoire que doivent couvrir ces équipes. Quant à la planification du temps de travail en équipe, dans la mesure où un temps est déterminé, il ne semble pas y avoir de problèmes particuliers.

L'organisation et l'environnement de travail peuvent sembler un élément banal, à prime abord, mais dans la réalité, il n'en est rien. Les deux équipes territoriales ont rencontré des problèmes d'accès à des bureaux que ce soit l'identification de bureaux permanents pour chacune des équipes territoriales ou pour des bureaux de consultation, pour lesquels il faut prévoir des réservations très tôt afin de s'assurer d'une disponibilité.

Pour l'équipe territoriale de Portneuf, outre les difficultés mentionnées antérieurement, il n'y a pas eu de problèmes majeurs, car cette dernière a été intégrée dès les premiers jours dans les locaux du CLSC.

En ce qui a trait à l'équipe territoriale La Source-Orléans, leur intégration dans les locaux du CLSC fiduciaire est survenue plusieurs mois après la constitution de l'équipe. Cette intégration leur a permis de se sentir davantage intégrée au CLSC et de créer des contacts avec les membres des équipes locales. De plus, au cours de l'étape d'implantation, un local a été rendu disponible (janvier 2000), deux jours semaines dans le second CLSC, ce qui a permis d'assurer une présence de l'équipe territoriale à l'intérieur de ces murs et de commencer à se faire connaître davantage. De plus, un accès à la salle d'entrevue familiale a été rendu possible une journée semaine.

Finalement, quand on demande aux équipes territoriales leur perception quant au soutien apporté par l'établissement fiduciaire dans le cadre de l'implantation de leur équipe respective, on retrouve des perceptions fort différentes. L'équipe territoriale de Portneuf relève qu'elle s'est sentie appuyée par son organisation. Cet appui s'est concrétisé de deux façons particulières : un intérêt soutenu à ce projet par le directeur du programme famille/enfance/jeunesse (animation du

comité aviseur, promotion du projet aux différents comités conjoints avec les partenaires et liens privilégiés avec la coordonnatrice du projet) et des efforts marqués, tant par la coordonnatrice que par le directeur du programme famille/enfance/jeunesse pour intégrer, rapidement, l'équipe territoriale dans l'établissement fiduciaire. Cette intégration s'est faite tant en ce qui a trait à l'aspect physique (locaux, matériel etc.) qu'en ce qui a trait à la « promotion » du projet auprès des autres équipes de cet établissement.

Quant à l'équipe territoriale La Source-Orléans, cette dernière émet certaines réserves quant au soutien de l'établissement fiduciaire. Le fait qu'il y ait eu autant d'interprétations des mandats à réaliser que de coordonnateurs laisse à penser qu'il n'y avait pas de liens entre ces personnes et les gestionnaires de l'établissement fiduciaire. L'intégration tardive de l'équipe territoriale dans les locaux de l'établissement fiduciaire (tant ceux du CLSC Orléans que ceux du CLSC La Source) a été perçue comme un manque d'intérêt au projet. Le lieu physique dans lequel elle a passé les huit premiers mois était tout à fait inadéquat. On n'a pas l'impression que l'équipe territoriale a été présentée auprès des autres équipes de l'établissement fiduciaire, et qu'on a maintenu des questionnements en ce qui a trait à la pertinence ou à l'apport positif d'une telle équipe. Finalement, on déplore le fait que peu d'aide cléricale ait été apportée, la majorité du travail accompli ayant été fait par les intervenantes de l'équipe territoriale elle-même.

Un dernier problème a été soulevé, par l'équipe territoriale La Source-Orléans, par rapport au « dossier clinique » du jeune. Ce problème n'est survenu que dans cette équipe du fait que cette dernière couvre deux territoires de CLSC. En fait, les archivistes de ces milieux avaient deux préoccupations majeures : une première ayant trait à l'ouverture du dossier et une seconde en lien avec la circulation du dossier, lequel soulevait un certain nombre de questions telles que : le dossier circulant ne risque-t-on pas de l'égarer ? L'aspect confidentialité est-il maintenu ? En cas d'urgence, les archivistes peuvent-elles avoir accès rapidement au dossier ? Afin de répondre à ces deux interrogations, une réponse rapide a été apportée. À la première question, il a été décidé que le dossier serait ouvert et conservé sur le territoire où le jeune résidait. À la seconde question, il a été proposé de faire des copies du dossier et de le transmettre par courrier recommandé à l'intervenant concerné. Cependant, cette réponse cause des délais et peut faire en sorte que les intervenantes n'aient pas les informations requises au moment voulu.

Des *instruments de collecte de données* ont été utilisés et validés lors de l'étape d'implantation. Ces documents ou instruments de collecte de données se regroupent sous plusieurs thèmes, à savoir : demande de services; évaluation du client pour diagnostics; discussion en équipe; suivi; rôles des intervenants; gestion interne; promotion-sensibilisation; soutien pour des partenaires; autres (ces documents apparaîtront dans un cahier spécial regroupant l'ensemble de ces outils). De façon générale, les deux équipes territoriales mentionnent que l'ensemble des documents et des instruments de collecte de données ont été utilisés et parfois légèrement modifiés et que d'autres instruments de collecte de données ont été élaborés lors de l'étape d'implantation.

Finalement, un travail important a été fait en ce qui a trait au système d'information sur la clientèle CLSC (SIC). Ce système supporte la saisie, la validation, le traitement et l'archivage des données ainsi que la production de rapports normalisés ou de rapports spéciaux sur les « demandes de services », les dossiers « usagers » (individu, groupe, communautaire) et les « activités ponctuelles » (usager, groupe, communautaire). Afin que ce système d'information puisse correspondre à la clientèle cible de ce projet, des rencontres ont eu lieu avec la responsable

de ce système pour la région 03, les archivistes de chacun des CLSC impliqués ainsi que les équipes territoriales. Ces rencontres avaient pour but d'identifier les variables utiles au projet et à uniformiser, au mieux, la compréhension liée à l'utilisation de ce système, entre les équipes territoriales, pour en arriver à une version adaptée du SIC - santé mentale des jeunes.

Rôles des partenaires

Les rôles des partenaires, quant à eux, semblaient clairs, au sein des équipes territoriales, lors de leur mise en place. En ce qui a trait au volet « soutien aux partenaires », on ne relève pas d'attentes particulières de la part des partenaires et ce volet ne semble pas causer de problèmes. D'un autre côté, le volet « intervention clinique » est beaucoup moins clair pour les partenaires et pose problèmes tant en ce qui a trait aux rôles des intervenantes des équipes territoriales qu'en ce qui a trait aux rôles des partenaires. Les difficultés rencontrées sont liées principalement aux attentes des partenaires et aux « zones grises » entre des professions similaires.

Rattachement administratif

Le rattachement administratif des équipes territoriales à un CLSC, à titre d'établissement fiduciaire, a été choisi parce que ce dernier est l'établissement pouvant offrir des services le plus près possible de la population et créer des liens avec les partenaires locaux afin d'assurer la complémentarité et la continuité des services offerts. En ce sens, la majorité des *intervenantes des équipes territoriales* et des *gestionnaires* suggèrent que les équipes territoriales soient maintenues dans les CLSC. Plusieurs raisons ont été émises afin de soutenir cette idée. Les CLSC, depuis 1980, intègrent des services spécifiques ou spécialisés dans sa gamme de services (exemples : info-santé, santé mentale adulte, orthophonie etc). C'est un établissement identifié comme la « porte d'entrée » des services de santé et des services sociaux, qui a des interfaces privilégiées avec un ensemble de partenaires tels que maison des jeunes, milieu scolaire, municipalités, loisirs, pastorale, médecins en cabinet privé, centres hospitaliers etc. Les CLSC sont également perçus comme des établissements étant près de leur population et qui ont une approche dite globale et communautaire.

Un autre point de vue a été émis par un certain nombre de personnes à l'effet que les équipes territoriales devraient être rattachées à l'HDSCJ. Deux raisons principales viennent appuyer cette idée : les mandats confiés aux équipes territoriales sont des mandats de 2^{ème} ligne et les services offerts sont des services spécialisés. Il leur apparaît souhaitable de modifier le modèle actuel pour en faire une équipe de 2^{ème} ligne, relevant de la pédopsychiatrie et dont le mandat principal serait d'intervenir en soutien à la 1^{ère} ligne sociosanitaire. Le fait de relever administrativement et cliniquement de la pédopsychiatrie clarifierait le rôle de cette équipe et de chacun de ses membres et assurerait le soutien des pédopsychiatres.

Au-delà du rattachement administratif, un certain nombre *d'intervenantes des équipes territoriales* ainsi que de *gestionnaires* se demandent si une équipe territoriale peut, non pas desservir deux territoires géographiques, mais s'arrimer à deux CLSC ayant des cultures organisationnelles relativement différentes.

Rencontres interéquipes

Des rencontres interéquipes se sont déroulées à trois reprises (décembre, février et avril). Ces rencontres, fort positives, ont permis de créer des alliances dans le but de partager sur de multiples éléments tels que la compréhension de leurs mandats, leurs approches, leurs difficultés, leurs outils etc.

3.4 Formation poursuivie par les équipes territoriales et les partenaires

La formation poursuivie ou offerte aux *équipes territoriales* se divise en deux catégories : une première reliée à la « formation continue » et une seconde à la « formation spécifique ». La « formation continue » correspond à la formation que les intervenantes se donnent entre elles de par leur expertise personnelle et à la formation offerte par le pédopsychiatre-conseil lors de leurs discussions-cliniques. Quant à la « formation spécifique », celle-ci réfère aux formations qu'elles vont chercher par le biais de colloques, de participation à des ateliers particuliers etc. (voir annexe 5). Les deux équipes territoriales relèvent que la participation du pédopsychiatre-conseil est des plus formatrice et que les formations reçues ont été fort diversifiées et de qualité.

Finalement, une partie des *gestionnaires* mentionne qu'il faudrait accorder un peu plus de temps de supervision auprès des équipes territoriales. La formation continue et l'encadrement clinique sont essentiels.

La formation offerte aux *partenaires*, peut provenir soit des équipes territoriales, par le biais du volet « soutien aux partenaires », soit par d'autres intervenants ou organismes. À cet effet, deux pédopsychiatres de la région de Québec ont été mandatés par la RRSSS de Québec afin d'élaborer une formation portant sur le TDAH. Cette formation, comportant trois volets, a été offerte entre janvier et mars 2000. Un total de 53 médecins ont été rejoints (35, du secteur de La Source-Orléans et 18, du secteur de Portneuf), particulièrement des omnipraticiens pratiquant en cabinet privé. Cette formation a pour but d'habiliter à évaluer et traiter la clientèle TDAH en 1^{ère} ligne et de partager les connaissances et une vision commune de l'intervention auprès de cette clientèle. Les résultats des évaluations des participants montrent un taux de satisfaction très élevé (4,5/5) (voir annexe 5, « Formation-réseau sur le TDAH – Résultats des évaluations des participants »).

3.5 Principaux bénéfiques de ce projet pour les parents, les partenaires et les établissements fiduciaires

Il a été demandé aux *intervenantes* des équipes territoriales et aux *gestionnaires* quels étaient les principaux bénéfiques que les jeunes et les parents, les partenaires et les CLSC fiduciaires pouvaient retirer de la présence d'équipes territoriales en santé mentale des jeunes sur leur territoire et dans leur établissement.

Selon eux, les *jeunes* et les *parents* bénéficieront des équipes territoriales, à plusieurs titres. L'accès à un nouveau service spécialisé sera facilité et devrait améliorer la réponse à leurs besoins. La rapidité de la réponse à leurs problèmes, de par la concertation et l'intervention réseau, souvent absentes des services provenant du milieu hospitalier, devrait se réaliser. Le

maintien du jeune dans son milieu et le soutien rapproché aux parents ne pourront que permettre de meilleurs soins.

Les intervenantes des équipes territoriales et les gestionnaires sont d'avis que les *partenaires* auront accès à de l'information plus rapidement et pourront augmenter leurs connaissances afin d'être de plus en plus habilités en ce qui a trait au diagnostic et à l'intervention. Ils pourront également valider des interventions à réaliser auprès de la clientèle donc un meilleur « confort » dans le suivi de cas plus complexes. Cette équipe est une ressource supplémentaire pour les intervenants locaux par rapport à la gamme de services. Finalement, la création d'une concertation et d'une interaction plus importante avec les partenaires, maximisera l'intervention auprès des jeunes et des parents.

Finalement, ils considèrent que les CLSC augmenteront et consolideront la gamme de services sur une base locale auprès des jeunes et des parents ainsi que l'accessibilité à leurs services. Ces services devraient être une réponse plus adéquate à une clientèle spécifique et diminuer la référence vers des services spécialisés. Bref, l'arrivée de telles équipes dans les CLSC devrait permettre de répondre à un plus grand nombre de problèmes reliés à la santé mentale des jeunes, apporter un soutien important aux partenaires locaux et assurer une meilleure référence vers les services spécialisés.

3.6 Écarts entre les «modèles planifiés» et les «modèles réalisés»

L'existence ou non d'écarts entre les «modèles planifiés» et les «modèles réalisés» sera déterminée à partir du modèle d'analyse présenté dans le chapitre 2 (voir page 9). Les données du chapitre 3 montrent qu'il n'y a pas d'écarts significatifs entre les « modèles planifiés » et les « modèles réalisés ». De fait, on constate que la clientèle visée a été rejointe : plus de trois jeunes sur quatre correspondaient aux critères de sélection, le reste des jeunes correspondant à des décisions prises par les comités aviseurs dès l'implantation des équipes territoriales. Quant aux mandats à réaliser, les équipes territoriales y ont répondu : on retrouve 377 interventions cliniques référant au volet « intervention clinique » et 491 activités ponctuelles référant au volet « soutien aux partenaires ». Quant au fonctionnement des équipes territoriales, celles-ci ont été opérationnelles dès l'automne et ont été capables d'offrir les services aux jeunes et aux partenaires impliqués dans ce projet. Certes, des difficultés ont été relevées, tel qu'en fait foi les résultats présentés dans ce chapitre, mais ces difficultés n'ont pas enfreint la dispensation des services de façon à mettre en péril le projet. Finalement, tant les parents que les partenaires mentionnent, en général, un taux de satisfaction élevé et référerait à nouveau aux équipes territoriales.

On peut donc penser que les équipes territoriales ont réussi à atteindre leurs principaux objectifs à savoir : **assurer** l'accessibilité, le développement et la consolidation des services locaux en santé mentale pour les jeunes des territoires ciblés, **assurer** une organisation de services adaptés et mieux intégrés aux besoins des jeunes et de leurs parents; **assurer** le dépistage des clientèles permettant de les rejoindre dans leur milieu en favorisant la réduction des problèmes associés, **assurer** la formation et le soutien clinique des intervenants et enfin **assurer** le développement de mécanismes de liaison entre les différents partenaires de chacun des territoires.

FAITS SAILLANTS DU CHAPITRE 3

3.1 Clientèle rejointe – « enfants-adolescents »

- 57 enfants et adolescents ayant des problèmes de TDAH ont été rejoints, les garçons représentent la majorité d'entre eux (86,0 %), plus des deux tiers (70,2 %) étaient âgés entre 6 et 12 ans

Clientèle rejointe – « partenaires »

- les principaux partenaires ayant référé aux équipes territoriales sont les CLSC (45,1 %) et les écoles (30,2 %)
- les demandes de services ont été en lien avec : information/soutien/orientation (TDAH), évaluation/intervention (TDAH) et information/soutien/orientation (autres problématiques) dans les proportions suivantes, 43,9 %, 31,9 % et 24,2 %

3.2 Activités réalisées en lien avec les mandats

Volet « intervention clinique »

- 57 enfants et adolescents ont reçu des services, pour un total de 377 interventions cliniques
- 96,5 % des interventions cliniques réalisées sont de type « individuel »
- 94,9 % des raisons d'interventions se regroupent autour de : « troubles mentaux non spécifiés » (25,2 %); « problèmes de comportement » (24,2 %); « problèmes d'adaptation sociale, de développement et de croissance personnelle » (23,6 %) et « problèmes liés à la vie familiale » (21,8 %)
- 68,3 % des actes posés se regroupent autour de : « observation ou suivi » (24,4 %); « concertation » (15,3 %); « évaluation ou réévaluation » (15,0 %) et « poursuites de démarche » (13,7 %)
- 92,8 % des interventions cliniques se sont déroulées au CLSC

Volet « soutien aux partenaires »

- 491 activités ponctuelles ont été réalisées par les équipes territoriales
- 99,6 % des activités ponctuelles sont de type « individuel »
- 50,5 % des raisons tournent autour de : « demande d'information conseil-santé » (29,9 %) et « demande d'information conseil-social » (20,6 %)
- 38,6 % des actes posés réfèrent à la « discussion clinique »
- 96,3 % des activités ponctuelles ont été réalisées au CLSC

Degré de satisfaction – volet « intervention clinique » et volet « soutien aux partenaires »

- La satisfaction globale des services reçus pour l'ensemble des volets, tant par les partenaires que par les parents est élevée (taux variant entre 67,9 % et 100,0 %). Quant au fait de référer à nouveau un jeune aux équipes territoriales, les taux varient entre 81,5 % et 95,2 %. Finalement, environ 1 intervenant sur 2 affirme avoir amélioré ses connaissances (63,3 %), ses interventions (40,7 %), ses communications avec les partenaires (50,0 %) et sa capacité à évaluer ou à prendre en charge la clientèle TDAH (54,5 %)

FAITS SAILLANTS DU CHAPITRE 3 – SUITE

Difficultés rencontrées

- Deux problèmes importants ressortent au niveau du volet « intervention clinique » :
 - la complexité de la trajectoire de services qui entraîne une certaine lourdeur
 - aucun accès privilégié à l'HDSCJ

3.3 Activités réalisées en lien avec le fonctionnement des équipes territoriales

Mécanisme de soutien aux équipes territoriales et les stratégies de promotion

- les comités aviseurs ont été appréciés, particulièrement, pour avoir servi de canal d'échanges avec les partenaires locaux, avoir servi de lieu de cheminement, de validation et de création d'interfaces avec la RRSSS de Québec
- on relève que la RRSSS de Québec aurait du être plus proche des différentes étapes et des difficultés rencontrées autant lors de l'étape de la préimplantation que de celle de l'implantation
- on relève un manque de stratégies promotionnelles du projet

Planification et organisation des équipes territoriales

- une des deux équipes territoriales a vécu des problèmes majeurs
- trois professions sont davantage sollicitées : infirmière, médecin et psychologue
- le rôle de la coordination est un rôle central, incluant l'encadrement clinique
- les mandats ont été un sujet de discussion très important de par les interprétations diverses qu'en avaient les principaux acteurs impliqués dans le projet, par le fait même, les rôles ont dû être discutés
- le rôle du médecin-conseil au sein des équipes territoriales et du pédopsychiatre a été largement discuté
- le SIC-santé mentale des jeunes a été élaboré et s'est avéré un instrument intéressant quoique toujours en validation
- les équipes territoriales et les gestionnaires, en général, considèrent que le rattachement administratif des équipes territoriales devrait demeurer au CLSC, cependant, quelques personnes considèrent que ces équipes devraient relever davantage de l'HDSCJ

3.4 Formation

- les équipes territoriales poursuivent leur formation par le biais de la formation continue ou spécifique
- une formation spécifique a été offerte à 53 médecins pratiquant, en général, en cabinet privé; cette formation a été donnée par deux pédopsychiatres de la région de Québec, lesquels ont élaboré une formation sur le TDAH, suite à une demande de la RRSSS de Québec

FAITS SAILLANTS DU CHAPITRE 3 – SUITE

3.5 Principaux bénéfices de ce projet pour les parents, les partenaires et les établissements fiduciaires

- parents : accès aux services spécialisés facilités; plus grande rapidité de réponse et maintien du jeune dans son milieu et soutien aux parents
- partenaires : accès à de l'information plus rapidement, augmentation de leurs connaissances et de leurs habilités, meilleur « confort » dans le suivi de jeunes, création d'une concertation et d'une interaction avec les partenaires
- établissements fiduciaires : augmentation et consolidation de la gamme de services sur une base locale, plus grande accessibilité à leurs services, réponse plus adéquate à une clientèle spécifique, diminution de la référence vers des services spécialisés et apport d'un meilleur soutien aux partenaires.

3.6 Écarts entre les « modèles planifié » et les « modèles réalisés »

- les données montrent qu'il n'y a pas d'écarts significatifs entre les « modèles planifiés » et les « modèles réalisés »
- on constate que la clientèle visée a été rejointe et que les mandats ont été réalisés
- on constate que les équipes territoriales ont été opérationnelles dès l'automne, malgré la présence de difficultés importantes pour l'équipe territoriale La Source-Orléans

CHAPITRE 4 : DISCUSSION

Ce chapitre est divisé en trois parties. Une première discute des principaux problèmes rencontrés en cours d'implantation et propose des pistes de solutions pour chacun d'eux. Une deuxième partie aborde l'implantation des équipes territoriales et des conditions favorables et défavorables qui s'en dégagent. Finalement, une dernière partie présente un modèle modifié pour le Québec-Métro.

4.1 Discussion sur les principaux problèmes relevés et les pistes de solutions proposées

Les problèmes relevés seront abordés selon les thèmes présentés au chapitre 3, à savoir : la clientèle rejointe, les activités réalisées en lien avec les mandats et les activités réalisées en lien avec le fonctionnement des équipes territoriales.

4.1.1 Clientèle rejointe

Deux clientèles devaient être rejointes par les équipes territoriales : les «jeunes» et les «partenaires».

En ce qui a trait aux «jeunes», une question a toujours été en filigrane, à savoir : doit-on élargir la clientèle visée? En ce sens, deux points de vue émergent. Le premier réfère à *l'intégration progressive* de nouvelles catégories d'âges et de nouvelles problématiques, à titre de clientèle cible, permettant ainsi aux intervenantes d'acquérir les connaissances et les habiletés nécessaires à leur prise en charge. Le deuxième point de vue prône plutôt *l'offre de services immédiate* à la clientèle cible (0-17 ans, toutes problématiques), dès la mise en place des équipes territoriales, ce à quoi les partenaires locaux s'attendaient. Jusqu'à ce jour les deux points de vue ont été maintenus.

En ce qui a trait aux «partenaires», les données du chapitre 3 montrent que plusieurs des partenaires identifiés ont été rejoints et ont référé aux équipes territoriales. Cependant, une insatisfaction ou une certaine frustration demeure pour un certain nombre d'entre eux (particulièrement le CPE et le CJ) du fait qu'ils n'ont pas eu accès aux équipes territoriales. Cette «non-accessibilité» est reliée directement aux critères restrictifs de la clientèle cible et à la décision des comités aviseurs de maintenir ces critères.

Doit-on ouvrir ou non à la clientèle 0-17 ans, toutes problématiques, dès la mise en place des équipes territoriales? Le débat est ouvert. Cependant, force est de constater qu'il n'est pas «stratégique» de mettre en place des équipes territoriales n'étant pas en mesure de répondre aux demandes provenant des partenaires locaux. Il demeure important, pour la crédibilité des équipes territoriales et la création de liens avec les partenaires locaux, d'instaurer rapidement cette dynamique.

Pistes de solutions

Clientèle rejointe – « jeunes »

1. Définir la clientèle cible (clientèle – santé mentale des jeunes ou clientèle – pédopsychiatrique).
2. Couvrir la clientèle cible (0-17 ans, toutes problématiques) dès l'implantation des équipes territoriales. Cependant des conditions devraient être mises en place afin que les équipes territoriales puissent y parvenir telles que :
 - 2.1 Offrir de la formation aux équipes territoriales en lien avec les principales problématiques rencontrées chez les jeunes.
 - 2.2 Établir des ententes avec les services de 3^{ème} ligne pouvant répondre rapidement aux cas complexes.

Clientèle rejointe – « partenaires »

1. Répondre, le plus possible, aux demandes des partenaires locaux.

4.1.2 Activités réalisées en lien avec les mandats

Les différents partenaires impliqués dans ce projet ont relevé que la trajectoire de services (volet « intervention clinique ») était complexe et lourde, ce qui avait pour conséquence principale d'entraîner des délais plus ou moins importants. Devrait-on avoir une trajectoire « unique » ou une trajectoire « adaptée » aux différents partenaires impliqués? Cette question demeure ouverte. Ce qui est certain, c'est qu'il faut élaborer une trajectoire de services simple, rapide et qui sache tenir compte des réalités de chacun des partenaires impliqués.

En ce qui a trait à la trajectoire de services des équipes territoriales vers l'HDSCJ, on constate qu'il n'y a pas eu d'entente particulière. Les équipes territoriales ont mentionné que cette situation ne pouvait perdurer dans le temps. Certes, l'HDSCJ reçoit et traite les demandes provenant des équipes territoriales, mais ce, au même titre que toute autre demande. Si l'on accepte l'idée que les équipes territoriales ont l'expertise pour évaluer un jeune, que le dossier de ce dernier est discuté en présence du pédopsychiatre-conseil de l'HDSCJ et que l'on juge que ce jeune doit être référé à cet endroit pour diagnostic ou prise en charge, on peut être à même de croire que cette demande devrait avoir un traitement particulier de la part de l'HDSCJ, sinon on " frise " l'inefficacité.

Pistes de solutions

Trajectoire de services

1. Impliquer les partenaires locaux dans l'élaboration de la trajectoire afin de tenir compte de leurs réalités.
2. Formaliser une entente de services avec l'HDSCJ afin que cette dernière puisse prendre en charge rapidement la clientèle, pour laquelle une évaluation plus spécialisée est demandée ou pour laquelle les équipes territoriales ne peuvent répondre.

4.1.3 Activités réalisées en lien avec le fonctionnement des équipes territoriales

Ce point permettra de discuter des principales difficultés présentées au chapitre 3 en lien avec le mécanisme de soutien aux équipes territoriales et les stratégies de promotion, la planification et l'organisation des équipes territoriales et le rattachement administratif.

Mécanisme de soutien aux équipes territoriales et stratégies de promotion

Le *mécanisme de soutien* identifié pour assurer l'implantation des équipes territoriales, à savoir le comité aviseur, ressort comme un mécanisme important, particulièrement chez les gestionnaires. Cependant, les commentaires émis soulèvent les questions suivantes : le comité aviseur est-il un comité ayant un rôle « politique » ou un rôle davantage « stratégique et tactique »? Les mandats et la composition de ce comité sont-ils statiques ou peuvent-ils évoluer, selon les étapes auxquelles les équipes territoriales sont rendues? Ces questions sont importantes dans la mesure où les réponses détermineront les mandats et la composition d'un tel comité.

Pistes de solutions

Mécanisme de soutien

1. Mettre en place un comité aviseur qui aurait pour rôle principal de soutenir l'implantation des équipes territoriales dans son développement (axé davantage sur des éléments stratégiques et tactiques).
2. S'assurer que les personnes représentant les partenaires sont celles permettant d'actualiser les mandats du comité aviseur.
3. S'assurer que le directeur général de l'établissement fiduciaire et la RRSSS se concertent et assument les aspects « politiques » reliés à l'implantation des équipes territoriales.

RRSSS

1. S'assurer que la RRSSS assume pleinement son rôle.

Les équipes territoriales et les gestionnaires relèvent que les *stratégies* mises en place afin de sensibiliser et d'informer les partenaires à l'existence des équipes territoriales ont été peu nombreuses. Du fait que les partenaires soient diversifiés, que ces derniers oeuvrent dans des milieux ayant des particularités, des besoins qui leurs sont propres etc. devraient faire en sorte qu'un ensemble de stratégies, y compris des stratégies de relance, soient développées afin de rejoindre les partenaires impliqués.

Pistes de solutions

Stratégies

1. Élaborer une stratégie générale pour l'ensemble des partenaires.
2. Élaborer des stratégies spécifiques tenant compte du profil des partenaires locaux.
3. Établir un calendrier de promotion tout au long de la 1^{ère} année de mise en place.
4. Prévoir, dans une planification à moyen terme, des relances auprès des partenaires impliqués.

Planification et organisation des équipes territoriales

La *composition* des équipes territoriales est un sujet qui ressort de façon importante à travers les commentaires émis par les équipes territoriales et les gestionnaires. Outre la composition elle-même, trois autres points émergent particulièrement, à savoir : le profil des intervenantes, le rôle et le temps accordés au médecin et les « modes de pratique ».

La *composition* des équipes territoriales touche à deux aspects : les types de professions et le statut accordé aux intervenantes occupant ces postes. Si l'on réfère aux données, deux intervenantes, soit la travailleuse sociale et l'éducatrice, semblent avoir été moins sollicitées au cours de l'étape d'implantation. Cette situation est difficile à comprendre. En effet, l'origine du poste de *travailleuse sociale* est reliée au fait que les milieux scolaires n'assument pas le suivi des jeunes en dehors de ce milieu (que ce soit individuel ou familial) et que les jeunes ayant des problèmes de TDAH ont souvent des problèmes familiaux associés, d'où la nécessité d'être vus par une travailleuse sociale. Quant au poste d'*éducatrice*, cette dernière devait jouer un rôle important, particulièrement auprès des milieux scolaires, milieux privilégiés dans le cadre de ce projet.

Certains éléments peuvent expliquer cette réalité, tels que la détermination des rôles, la « rareté » ou non d'une profession donnée et la façon de codifier les interventions réalisées. Le rôle de l'infirmière a été campé dès les débuts du projet. Cette dernière, de par sa formation, est habilitée à évaluer les aspects bio-psycho-sociaux de l'usager, qualifications importantes pour assumer les rôles reliés à l'AEO. Le médecin, quant à lui, devait rencontrer tous les jeunes afin de les investiguer davantage. Finalement, la psychologue, de par la problématique retenue et la « rareté » de sa profession en CLSC, était susceptible d'être sollicitée davantage que l'éducatrice et la travailleuse sociale. Quant à ces dernières, le fait qu'elles aient été moins sollicitées peut s'expliquer du fait qu'il semble y avoir un plus grand « chevauchement » de ces professions soit à l'intérieur de l'équipe elle-même (pour l'équipe territoriale La Source-Orléans), soit entre l'équipe territoriale et les partenaires locaux, particulièrement les travailleuses sociales des équipes famille-enfance-jeunesse. Finalement, la façon de codifier les interventions, lors des premières collectes de données, semblent avoir eu un impact sur le profil de ces deux professions.

On ne peut présumer de la pertinence ou non de ces deux professions, à partir des données statistiques, lesquelles sont trop restrictives. Dans l'éventualité où une réflexion mènerait à prendre position sur une composition différente des équipes territoriales, il serait important de prendre en compte des éléments portant sur les besoins de la clientèle cible et sur la clarification des mandats de l'équipe territoriale.

Quant aux intervenantes occupant des postes avec un *statut* de demi-temps, on constate que ces dernières peuvent difficilement répondre aux différentes facettes inhérentes à leur travail. En ce sens, une réflexion devrait être faite afin d'analyser les impacts d'un tel statut sur les tâches à accomplir.

En ce qui a trait au *profil* des intervenantes, l'expérience démontre, qu'au-delà des « connaissances cliniques », d'autres points seraient à considérer dans l'embauche de nouvelles personnes. Il serait important de porter une attention particulière à la capacité de ces dernières à

ERRATUM

Rapport « Projet pilote : équipes territoriales en santé mentale à l'intention des enfants, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches sur trois territoires : CLSC La Source, CLSC Orléans et le Centre de santé te Portneuf – Rapport d'implantation ».

Suite à la lecture du rapport ci-haut mentionné, il est apparu qu'une erreur s'est malheureusement glissée concernant le fonctionnement de l'équipe médicale au CLSC La Source. En effet, il est mentionné que les médecins du CLSC La Source « sont des médecins dits de programme, lesquels sont dévoués à une clientèle spécifique... » (page 40), ce qui s'avère être inexact. Voici ce que l'on aurait dû lire afin de représenter le fonctionnement de ces médecins :

1^{er} paragraphe de la page 40 :

« ... Au CLSC La Source, les médecins offrent des services médicaux courants sept jours sur sept, sur rendez-vous et sans rendez-vous. Ils ont par ailleurs développé des mécanismes de référence interne afin d'utiliser les expertises de chacun et de donner un service de qualité dans le milieu même du patient tout en respectant le médecin traitant. Tandis que pour le CLSC Orléans ... »

Veillez prendre note de cette modification, car cette dernière n'a pu être intégrée dans la version finale du rapport qui vous a été transmis.

travailler selon certains modes de pratique à identifier, à l'intérieur de cultures organisationnelles nouvelles etc.

Le rôle du médecin de l'équipe territoriale a été fortement remis en question et discuté par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du CLSC Orléans. Le désaccord, si on peut s'exprimer ainsi, était à l'effet que le CMDP ne reconnaissait pas à un omnipraticien la possibilité de développer une expertise spécifique à une clientèle et d'avoir un rôle de soutien auprès d'autres omnipraticiens. Cette position était relativement difficile à accepter de par le mandat et le rôle octroyé à ce médecin, dans le cadre de ce projet et a été à la base de nombreuses difficultés. Deux éléments peuvent expliquer cette situation. Un premier réfère aux rôles dévolus aux médecins de chacun des CLSC participant à ce projet, lesquels diffèrent d'un milieu à l'autre. Pour le CLSC La Source, les médecins sont des médecins dits de programme, lesquels sont dévoués à une clientèle spécifique, tandis que pour le CLSC Orléans, les médecins « en plus de dispenser des services médicaux courants, viennent en support aux équipes des programmes en agissant comme médecins conseils et en effectuant un suivi de clientèles. Ils contribuent également aux liens de coordination avec les médecins du secteur privé » (CLSC Orléans, 2000). Dans le cadre de ce projet, les rôles du médecin ressemblaient davantage aux rôles octroyés aux médecins du CLSC La Source. Un deuxième élément est relié à un principe de base évoqué lors de la mise en place des équipes territoriales, lequel est à l'effet que le médecin de ces équipes se devait d'être impliqué systématiquement dans l'évaluation et le traitement des jeunes référés à l'équipe territoriale. Le CMDP du CLSC Orléans, refusant ce principe et le pédopsychiatre-conseil de l'équipe territoriale ne voulant en déroger, a eu pour conséquence que pour l'un des secteurs, les dossiers des jeunes n'étaient pas amenés en discussion de cas.

En ce qui a trait au *temps* accordé au médecin pour réaliser son mandat, les deux équipes territoriales relèvent que ce dernier était nettement insuffisant. Il faut se rappeler que le médecin, au même titre que les autres professionnelles de cette équipe, a à soutenir les omnipraticiens de la 1^{ère} ligne pour l'évaluation et le traitement médical. De plus, il faut se rappeler qu'il y aura ajout progressif de nouvelles clientèles, de sorte que le temps requis par le médecin de l'équipe territoriale devrait augmenter.

Le quatrième et dernier point de discussion concerne les « modes de pratique ». Lors de l'étape d'implantation, les intervenantes ont été confrontées à déterminer leurs rôles respectifs à l'intérieur de l'équipe territoriale. Sans que cette réflexion ait abouti à parler directement soit de la *multidisciplinarité* ou de l'*interdisciplinarité*, ces derniers demeurent en toile de fond et devront possiblement être abordés par les futures équipes territoriales. Cette discussion serait d'autant plus intéressante qu'elle permettrait de différencier ce qu'est la multidisciplinarité, l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité, de voir quels sont les avantages et les inconvénients que chacune de ces notions comporte. D'autant plus que les CLSC prônent de plus en plus l'interdisciplinarité, comme approche.

Ce choix serait d'autant plus justifié de par la problématique même rencontrée chez la clientèle visée. De fait, l'interdisciplinarité est « justifiée de par la complexité des interactions bipsychosociales dans la genèse et le soin de plusieurs maladies et problèmes psychologiques et sociaux » (Hébert, 1997). Celle-ci se définit comme « le regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifique qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée

à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches qui exigent une synthèse et une harmonisation entre les points de vue qui s'intègre en un tout cohérent et coordonné » (Hébert, 1997). Cependant, un ensemble de préalables à un travail interdisciplinaire efficace a été identifié, à savoir :

1. Des buts et des objectifs communs doivent être compris, acceptés et partagés par tous les membres.
2. Chaque membre doit comprendre son rôle, ses fonctions et ses responsabilités.
3. Chaque membre doit comprendre le rôle, les fonctions, les habiletés et les responsabilités des autres membres de l'équipe.
4. Un respect mutuel de ces rôles et habiletés doit exister.
5. Les membres doivent être flexibles dans le partage des rôles et responsabilités qui se chevauchent.
6. Des mécanismes efficaces de communication et de prise de décisions doivent être instaurés et réévalués périodiquement. (Hébert, 1997)

Cette approche est donc loin d'être intégrée, particulièrement pour l'équipe territoriale La Source-Orléans, de par les problèmes rencontrés, tout en n'étant pas sans créer d'insécurité pour une partie des intervenantes devant appliquer une telle approche.

Pistes de solutions

Composition des équipes territoriales :

1. Maintenir une diversité dans le type d'intervenantes au sein de l'équipe territoriale.
2. S'assurer des qualifications cliniques des intervenantes, mais également rechercher un certain nombre de qualifications autres, telles que : la capacité de travailler avec diverses approches, la capacité d'agir en interface avec les partenaires etc.
3. Prévoir, à même les effectifs médicaux (du CLSC, de la région), du temps octroyé à la santé mentale des enfants et des adolescents.

Rôles

1. Décrire clairement les rôles de chacune des professions représentées dans les équipes territoriales par rapport aux partenaires.
2. Porter une attention particulière à la description du rôle du médecin de l'équipe territoriale par rapport à son mandat, que ce soit en terme d'interventions à réaliser à court et à moyen terme, les prises en charge, le traitement intensif, les réévaluations ou les plans de traitement.

Modes de pratique

1. Discuter des différentes notions liées à des modes de pratique, à savoir : multidisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité.
2. S'assurer de la présence des conditions reconnues comme efficaces en ce qui a trait à l'approche interdisciplinaire et au fonctionnement optimal d'un groupe.

La *coordination* des équipes territoriales est une fonction centrale dans toute implantation. Une lacune importante ayant été ressortie est celle ayant trait au *temps* accordé à cette fonction. On a sous-estimé la diversité des tâches et la somme de travail que celles-ci imposaient. Initialement, l'aspect administratif devait être la préoccupation première des coordonnatrices, mais l'aspect encadrement clinique s'est avéré un aspect à ne pas négliger. La définition de ces tâches et la

détermination de la place qu'elle occupe dans l'organisation sont également des points à discuter dès son embauche.

Pistes de solutions

Coordination des équipes territoriales

1. Engager une personne capable d'assumer des tâches administratives et d'encadrement clinique.
2. S'assurer que la personne en poste de coordination relève du responsable de l'équipe qui aura à gérer l'équipe territoriale et non du directeur général.
3. Définir clairement les tâches de la personne devant assumer la fonction de coordination.
4. S'assurer de la stabilité et de la disponibilité de la personne au poste de coordination.

La *compréhension des mandats* a été au cœur des débats et se poursuit. En fait, le problème a moins résidé dans la compréhension des mandats (volet « intervention clinique » et volet « soutien aux partenaires ») que dans la détermination du type de services qui allaient être offerts. Les équipes territoriales offraient-elles des services « généraux » (1^{ère} ligne) ou des services « spécialisés » (2^{ème} ligne) ? À cette question, une réponse rarement claire était offerte. Il était d'autant plus difficile de clarifier la position de ces équipes du fait qu'elles étaient situées dans un établissement de 1^{ère} ligne, que le mandat était relié à la santé mentale des jeunes, qui pourrait davantage se rapprocher de problématiques ayant trait au « bien-être » des jeunes, plutôt qu'à des problématiques pédopsychiatriques et ainsi amener un certain « glissement » vers des services de 1^{ère} ligne.

De plus, des *interprétations* diverses ont été relevées chez les partenaires, avant même la mise en place des équipes territoriales. Ces interprétations étaient liées aux attentes que les partenaires avaient face à ces équipes et au besoin de répondre à leurs propres difficultés. En fait, une certaine confusion était maintenue du fait qu'il ne semblait pas y avoir de leader à ce niveau, capable de ramener les comités aviseurs à l'essence même des mandats.

Il sera des plus importants que les personnes qui auront à prendre des décisions en lien avec les équipes territoriales identifient clairement si les services offerts sont des services de 1^{ère} ou de 2^{ème} ligne. Si on réfère, particulièrement, à la définition des services offerts en 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} ligne et aux problématiques auxquels ces services doivent répondre (voir annexe 6), on se rend compte que les équipes territoriales s'insèrent parfaitement dans les services de 2^{ème} ligne¹⁸.

Pistes de solutions

Compréhension des mandats

1. Clarifier si les équipes territoriales offrent des services « généraux » (1^{ère} ligne) ou des services « spécialisés » (2^{ème} ligne).
2. Avoir un mandat clair.
3. Mettre en place un mécanisme de « concertation » entre les gestionnaires afin d'harmoniser leur compréhension face aux mandats que doivent réaliser les équipes territoriales.
4. Avoir une « ligne de direction » claire (tout le monde pouvait interférer sur la compréhension du projet).
5. Avoir une « constance » dans le discours, peu importe à qui les personnes s'adressent.
6. Diminuer les zones d'influence (qui décide quoi)

¹⁸ Ces définitions sont intéressantes théoriquement et il est vrai que l'on devrait viser à atteindre cette clarté dans la différenciation des rôles, mais dans la réalité, il peut être difficile d'y arriver.

La *planification du temps de travail individuel et d'équipe* est « serrée ». L'aspect clérical a été présenté comme un problème, dans le sens où une partie du temps des équipes territoriales y est consacrée et diminue d'autant le temps clinique. L'impact est encore plus présent en ce qui a trait aux intervenantes ayant des demi-postes.

Pistes de solutions

Planification du temps de travail individuel et d'équipe

1. Obtenir un budget pour augmenter le temps de travail des intervenantes ayant des statuts de demi-temps.
2. Allouer une partie du budget à l'embauche d'une secrétaire, afin de permettre aux intervenantes d'assumer leurs tâches de cliniciennes.

L'*organisation et l'environnement de travail* apparaissent très importants dans un tel projet. De fait, afin de réaliser la diversité des interventions ou des activités reliées à leurs mandats, les équipes territoriales doivent avoir accès à un minimum de locaux à vocation variée. Ne pas répondre à ces besoins de base peut produire des effets négatifs chez ces équipes tel que la non-affiliation au milieu, etc.

Un autre problème est survenu dans l'équipe territoriale la Source-Orléans en ce qui a trait au dossier clinique du jeune. Ce problème ne s'est présenté que dans cette équipe du fait que cette dernière couvre deux territoires de CLSC et que les intervenantes engagées ne relèvent pas administrativement du même CLSC (deux relevant du CLSC La Source et deux relevant du CLSC Orléans). En fait, les archivistes de ces milieux avaient deux préoccupations. La première consistait à savoir dans quel CLSC le dossier du jeune allait être ouvert et la deuxième comment conserver la confidentialité des informations contenues dans le dossier, si ce dernier circulait d'un CLSC à l'autre. Quoique des solutions aient été amenées, ils ne semblent pas que celles-ci aient résolu l'ensemble des problèmes rencontrés ou en a créé d'autres. Il sera donc important de réfléchir à cette question lors de la mise en place des futures équipes territoriales.

Pistes de solutions

Organisation et environnement de travail

1. Intégrer rapidement l'équipe territoriale à l'équipe du CLSC fiduciaire, car tant que cette intégration n'est pas faite, on risque de travailler en opposition avec le milieu.
2. Disposer de locaux permanents et polyvalents (locaux pour les intervenantes, locaux pour les entrevues individuelles, local pour examen physique etc.) – organisation des lieux de pratique.
3. Créer des « passerelles » avec tous les partenaires locaux, y compris les différentes équipes des CLSC.
4. S'assurer que l'établissement fiduciaire croit et défende le projet, car il y a des résistances pouvant provenir de partout (milieu scolaire, CLSC, médecin, HDSCJ etc.).

Dossier clinique du jeune

1. Discuter de la gestion du dossier clinique d'un jeune quand une équipe relève de deux établissements.

Au niveau des *instruments de collecte de données*, on constate que le SIC – santé mentale des jeunes, instrument central, a un potentiel intéressant, mais qu'il reste encore du travail à

accomplir afin de s'assurer de la validité de l'information collectée. De fait, un effort reste à faire afin d'en valider la compréhension et les variables entre les intervenantes. Au-delà du SIC – santé mentale des jeunes, d'autres instruments de collecte de données ont été élaborés par les équipes territoriales. Ces instruments sont très importants et doivent être mis à jour régulièrement afin de s'assurer de leur utilité.

Pistes de solutions

Instruments de collecte de données

SIC- santé mentale des jeunes

1. Impliquer les archivistes pour mieux situer la place du SIC – santé mentale des jeunes à une telle équipe et son utilité.
2. Former les intervenantes des équipes territoriales pour favoriser une compréhension commune des codes du SIC et favoriser l'uniformisation.

Autres instruments

1. S'assurer que les outils développés par les équipes territoriales soient mis à la disposition des nouvelles équipes territoriales afin de pouvoir éventuellement comparer les données collectées d'un milieu à l'autre – standardiser un minimum de variables

Rattachement administratif

Le *rattachement administratif* des équipes territoriales est une préoccupation, tant de la part des équipes territoriales, que des gestionnaires. Les données du chapitre 3 font ressortir que la majorité des intervenantes des équipes territoriales et des gestionnaires ont la conviction que les équipes territoriales doivent relever des CLSC. D'ailleurs, ces dernières sont nées d'une volonté de la RRSSS de décentraliser les services spécialisés, en les plaçant le plus près possible de la communauté, les CLSC lui apparaissant comme l'établissement tout désigné. Cependant, tout au long du processus d'implantation des équipes territoriales et au fil des événements qui sont survenus, des questions ont été soulevées quant à ce rattachement administratif. De fait, un certain nombre d'acteurs impliqués dans ce projet ont mentionné la possibilité de rattacher les équipes territoriales à un autre établissement, tel qu'un CH. Le débat est ouvert. Afin d'en arriver à une décision, un certain nombre de questions préalables à celui du rattachement administratif devront être répondues. Cette démarche permettra de camper la décision du rattachement administratif sur des bases plus « neutres » et ainsi s'assurer que l'établissement désigné est celui qui offre les meilleures conditions pour atteindre les objectifs poursuivis par les équipes territoriales.

Pistes de solutions

Rattachement administratif

Avant de décider du rattachement administratif, les questions suivantes devraient être répondues

1. Identifier clairement quelle est la clientèle cible et les services requis par cette dernière.
2. Identifier les mécanismes de liaison nécessaires pour le bon fonctionnement des équipes territoriales.
3. Clarifier les mandats, les rôles et les responsabilités des équipes territoriales.
4. Clarifier la composition des équipes territoriales.
5. Discuter des conditions favorables à l'atteinte des objectifs des équipes territoriales.

Un dernier point reste à discuter, celui de la *formation* offerte aux équipes territoriales et aux partenaires. En fait, comme il a été mentionné au chapitre 3, en ce qui a trait aux équipes territoriales, la présence du pédopsychiatre-conseil est incontournable. Ce dernier, à travers cette activité, assume également un rôle d'enseignement et de formation. Quant aux partenaires impliqués auprès des jeunes, il est nécessaire de prévoir des formations appropriées à chacun d'eux.

Pistes de solutions

Formation aux équipes territoriales et aux partenaires

1. S'assurer de la présence d'un pédopsychiatre-conseil dès la mise en place des équipes territoriales.
2. S'assurer de l'intérêt de chacune des intervenantes de l'équipe territoriale à participer à une formation continue dans le domaine de la pédopsychiatrie.
3. S'assurer de la mise en place d'une programmation adaptée visant le développement de l'expertise des équipes territoriales et des partenaires, dès l'implantation des équipes territoriales.

Les principaux problèmes ayant été discutés et certaines pistes de solutions émises, on peut aborder l'implantation des équipes territoriales par le biais des conditions ayant favorisé ou non celle-ci.

4.2 Discussion concernant les conditions d'implantation des équipes territoriales

Les résultats du chapitre 3 ont démontré qu'il n'y avait pas d'écarts significatifs entre les « modèles planifiés » et les « modèles réalisés » (voir page 32). Cependant, quand on compare le modèle *une équipe – un territoire* (équipe territoriale de Portneuf) et le modèle *une équipe – deux territoires* (équipe territoriale La Source-Orléans), on constate des différences importantes au niveau opérationnel. Celles-ci peuvent s'expliquer, en large part, à partir des conditions existantes ou mises en place par chacun des organismes fiduciaires, lesquelles se sont avérées soit favorables ou défavorables à l'implantation de ces équipes.

Modèle – une équipe – un territoire

Le modèle *une équipe – un territoire* s'est avéré opérationnel. À prime abord, on serait porté à croire que l'environnement géographique a été un atout important. Certes il l'a été, mais les conditions favorables relevées par l'équipe territoriale et les gestionnaires de ce modèle (voir tableau 16) dépassent largement cet aspect. En effet, les principales conditions favorables

réfèrent également à des éléments liés à l'organisation, à la composition de l'équipe territoriale et aux liens créés avec les partenaires.

Lorsque l'on compare les conditions favorables identifiées au tableau 16 avec celles décrites par les intervenants de la clinique externe de pédopsychiatrie de l'hôpital de Charlevoix (voir tableau 17), on constate une très grande similitude. De plus, cette équipe identifie trois autres conditions gagnantes : la formation des intervenantes, l'« éducation » des partenaires et la clarification des mandats (1^{ère} et 2^{ème} ligne).

Modèle – *une équipe – deux territoires*

Le modèle *une équipe – deux territoires* a rencontré des difficultés opérationnelles majeures (voir tableau 16), suffisamment importantes pour questionner sa « répliquabilité ». Certes, elles démontrent que l'implantation d'une équipe territoriale, travaillant dans deux établissements ayant des cultures organisationnelles différentes, rend plus difficile l'atteinte des objectifs visés. Malgré tout, la majorité des personnes mentionnent que dans la mesure où un certain nombre de prérequis sont identifiés, que certaines clarifications sont apportées, il serait souhaitable de maintenir un tel modèle.

Tableau 16 : Synthèse des conditions favorables et défavorables perçues par les différents acteurs impliqués dans l'implantation des équipes territoriales

Modèle une équipe – un territoire	Modèle une équipe – deux territoires
Conditions favorables	Conditions défavorables
<p>Par rapport à l'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ un seul CLSC – un seul territoire – un petit bassin de population – un milieu scolaire couvrant le même territoire que le CLSC. 	<p>Par rapport à l'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ deux CLSC – deux cultures – deux territoires – grand bassin de population.
<p>Par rapport à l'organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ une coordonnatrice en lien avec le directeur du Programme Enfance-Famille-Jeunesse; ▪ une coordonnatrice provenant du milieu – connaissance de la culture CLSC – des partenaires; ▪ « stabilité » de la coordonnatrice; ▪ la présence de la coordonnatrice, au CLSC, cinq jours/semaine, même si cette dernière n'avait qu'une journée reconnue à ce poste; ▪ volonté du CLSC d'implanter une telle équipe dans son milieu; ▪ approche de l'équipe, complémentaire aux partenaires plutôt qu'experts. 	<p>Par rapport à l'organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ une coordonnatrice en lien avec le directeur général, au lieu de l'être avec la directrice du programme Enfance – Famille – Jeunesse; ▪ une coordonnatrice ne provenant pas du milieu – méconnaissance du milieu, des partenaires, des stratégies mises en place par le milieu; ▪ changement de coordonnatrice (cinq fois en une année); ▪ absence de la coordonnatrice trois jours/semaine; ▪ volonté du milieu à implanter une telle équipe questionnable (mandat de 1,5 ou 2^{ème} ligne) ▪ approche de l'équipe – équipe d'experts. ▪ service des archives qui doit couvrir deux établissements.
<p>Par rapport à la constitution de l'équipe territoriale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ une équipe constituée principalement de personnes travaillant ou ayant travaillé en CLSC et en connaissant la culture; ▪ une « complicité » rapidement présente au sein de l'équipe territoriale; ▪ la perception importante du médecin et du pédopsychiatre dans l'équipe territoriale. 	<p>Par rapport à la constitution de l'équipe territoriale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ une équipe territoriale constituée de personnes provenant de divers milieux (CLSC, CH etc.); ▪ des « tensions » importantes à l'intérieur de l'équipe; ▪ remise en question de l'importance du médecin et du pédopsychiatre dans l'équipe territoriale. ▪ non-acceptation du rôle du médecin tel que défini dans le projet par le CMPD du CLSC Orléans.
<p>Par rapport aux partenaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ partenaires habitués à travailler avec le CLSC; ▪ partenaires peu nombreux. 	<p>Par rapport aux partenaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ partenaires nombreux.

Tableau 17 : Synthèse des conditions favorables relevées par l'équipe de la clinique externe de pédopsychiatrie de l'hôpital de Charlevoix.

Conditions favorables
<p>Par rapport à l'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la « petitesse » du milieu.
<p>Par rapport à l'organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'importance du lien avec le CH ; - l'importance du lien avec l'HDSCJ (soutien, suivi, porte d'entrée).
<p>Par rapport à la constitution de l'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une « petite » équipe; - échanges réguliers entre les membres de l'équipe; - l'importance de l'interdisciplinarité, où chacun des intervenants peut prendre en charge un client (avec une évaluation pédopsychiatrique à chacun des cas); - l'importance d'embaucher des personnes ayant une approche clinique, une approche communautaire, une approche interdisciplinaire.
<p>Par rapport aux partenaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'importance de considérer les partenaires à part entière et de reconnaître leurs besoins; - l'importance de la concertation entre les divers partenaires; - l'importance d'assurer la collaboration de chacun des partenaires et par le fait même le continuum des services; - l'importance d'être vu par les partenaires comme des consultants.
<p>Autres éléments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'importance de maintenir une certaine « distance critique », la « clarté des frontières » de chacun des organismes et de faire attention à la « proximité »; - l'importance de la formation, de l'éducation; - l'importance de clarifier les mandats tant ceux de la 1^{ère} ligne que ceux de la 2^{ème} ligne qui a eu pour conséquences de clarifier les rôles de chacun, d'améliorer les références faites par les médecins pratiquant en cabinet privé.

4.3 Présentation d'un nouveau modèle pour le Québec-Métro

La solution idéale aurait été d'implanter autant d'équipes territoriales qu'il y a de CLSC. Cependant, deux raisons ne permettent pas d'actualiser cette solution : les budgets limités et le fait que chacune des équipes territoriales doit, afin d'être fonctionnelle, être constituée d'un minimum d'intervenants. Les budgets disponibles permettaient de créer quatre équipes territoriales dans la région du Québec-Métro (1. CLSC La Source-Orléans; 2. CLSC – CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier et CLSC CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières); 3. CLSC de la Jacques-Cartier; 4. CLSC CHSLD Sainte-Foy-Sillery-Laurentien), ce scénario prévoyant donc deux équipes territoriales couvrant plus d'un territoire.

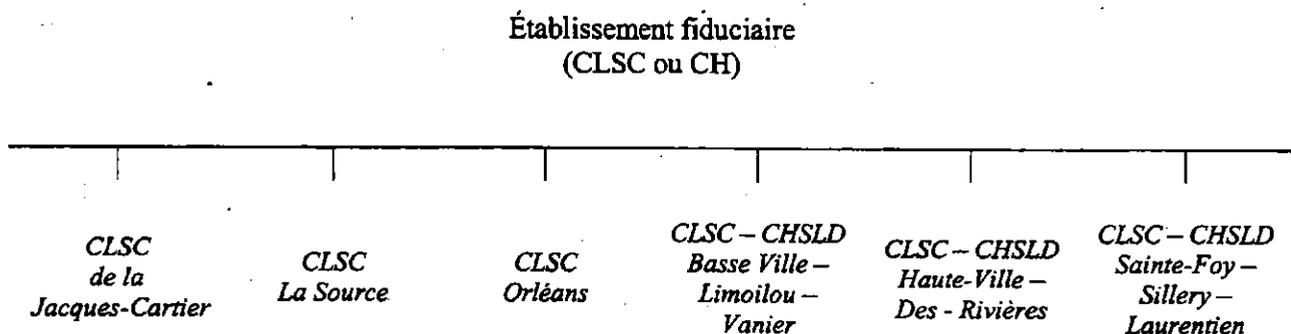
Tenant compte des résultats présentés en ce qui a trait au modèle *une équipe – deux territoires*, un nouveau modèle est proposé pour le Québec-Métro. Le modèle « équipe Québec-Métro » c'est-à-dire une seule équipe couvrant l'ensemble des six territoires de CLSC du Québec-Métro n'est pas en soi, la solution idéale, mais a pour avantages :

1. d'assurer une homogénéité en ce qui a trait à la trajectoire de services;
2. d'assurer une compréhension commune des mandats et des rôles;
3. de minimiser les ententes avec le ou les organismes offrant des services spécialisés auprès des jeunes (HDSCJ, CPE, CJ, etc.);
4. de développer une masse critique plus importante;
5. de centraliser les dossiers cliniques à un seul endroit.

Certes, ce modèle oblige à tenir compte des solutions proposées antérieurement, lesquelles contiennent les éléments reliés aux conditions favorables présentées aux tableaux 16 et 17.

Le modèle pourrait ressembler à la représentation schématique apparaissant à la figure 3. L'équipe territoriale regrouperait les six CLSC du Québec-Métro et serait composée d'environ dix professionnels. Ces derniers pourraient être identifiés d'entrée de jeu à un territoire donné, afin d'assurer la continuité, la constance et créer des liens privilégiés avec les partenaires. L'équipe devrait être composée de diverses professions. Le temps-intervenant pourrait être distribué à partir de la population desservie. Deux demi-temps pédopsychiatres-conseils¹⁹ pourraient être prévus afin d'assurer la continuité des services et le soutien clinique requis par les intervenantes. Il faudrait également penser à un poste de coordination (aspect administratif et aspect encadrement clinique) et à un poste de secrétariat.

Figure 3 : Représentation schématique d'une équipe territoriale en santé mentale à l'intention des jeunes, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches, Québec-Métro



Au-delà des modèles, un certain nombre de points devront être préalablement discutés par les gestionnaires qui auront à prendre une décision quant aux orientations à donner aux équipes territoriales présentes et à venir et au rattachement administratif qui s'en suivra. Ces points ont été présentés antérieurement (voir page 47 – pistes de solutions – rattachement administratif) et sont rappelés ici, à savoir :

1. Identifier clairement quelle est la clientèle cible et les services requis par cette dernière.
2. Identifier les mécanismes de liaison nécessaires pour le bon fonctionnement des équipes territoriales.
3. Clarifier les mandats, les rôles et les responsabilités des équipes territoriales.
4. Clarifier la composition des équipes territoriales
5. Discuter des conditions favorables à l'atteinte des objectifs des équipes territoriales.

¹⁹ Un des pédopsychiatre a proposé une « norme » qui pourrait être de ½ journée/semaine par 10,000 de population.

Une partie des réponses à ces éléments se retrouvent dans la définition que la RRSSS de Québec avait des équipes territoriales à l'origine du projet. Ces équipes devaient être constituées de *cliniciennes*, offrant des *services spécialisés*, à une clientèle *pédopsychiatrique*. Elles devaient également offrir des services le plus près possible de la *communauté* et en lien privilégié avec les *partenaires locaux*. Finalement, ces équipes devaient avoir des *liens privilégiés* avec l'HDSCJ.

En dernier lieu, trois questions, dont les réponses ne pourront être données ici, mais qui mériteraient d'être discutées, seront présentées :

1. Est-ce que les services devraient être décentralisés ou déconcentrés?
2. L'éventualité que des rattachements administratifs soient différents dans le Québec-Métro (CH) par rapport à la région de Portneuf (CLSC) pourrait-il créer une inéquité entre chacune de ces sous-régions ou des territoires ?
3. La « répliquabilité » ou la « transférabilité » du modèle retenu sera-t-elle possible tant dans la région de Québec, qu'ailleurs dans la province?

Les réponses qui découleront des discussions en lien avec chacun de ces points devraient permettre d'établir le profil de l'établissement qui pourrait répondre aux besoins de la clientèle cible et aux mandats dévolus à une équipe territoriale et assurer, à la population, l'accessibilité et la qualité des services.

4.4 Mise à jour des équipes territoriales (juin à octobre 2000)

L'étude descriptive présentée donne un portrait des équipes territoriales en mai 2000. Le dépôt de ce rapport se faisant quelque six mois plus tard, il a été jugé pertinent d'ajouter quelques informations, plus à jour, permettant de rendre justice aux équipes territoriales et au travail accompli depuis mai dernier.

On ne peut affirmer que les équipes territoriales ont atteint leur vitesse de croisière, cependant, à partir des observations et des discussions que l'agent de recherche a eu avec les équipes territoriales, on peut relever que celles-ci ne sont pas restées inertes depuis mai dernier, au contraire.

De façon générale, on observe que des réflexions ont été faites ou sont en cours en ce qui a trait à un certain nombre de problèmes relevés par les équipes territoriales elles-mêmes, par les partenaires et par les comités aviseurs. Ainsi, dans chacune des équipes territoriales, des réaménagements ont été faits en ce qui a trait à la trajectoire de services, des intervenantes ont vu leur rôle redéfini ou du moins précisé et des relances ont été faites auprès de certains partenaires. Des groupes de parents ont également été mis sur pied et les équipes territoriales ont poursuivi leur formation en participant à la formation offerte par les pédopsychiatres. Finalement, les équipes territoriales ont poursuivi leur réflexion quant à l'instrument de collecte de données intitulé SIC – santé mentale des jeunes, en vue de le rendre le plus opérationnel possible, avec le moins d'interprétation possible. De façon plus particulière, l'équipe territoriale La Source-Orléans, a élargi ses critères quant à la clientèle cible, a déployé des efforts afin de concilier les points de vue des médecins du CMDP du CLSC Orléans et ceux des pédopsychiatres en ce qui a

trait au rôle du médecin de l'équipe territoriale et a commencé à offrir de la formation en milieu scolaire (ex : formation offerte à l'intention des enseignants de la Commission scolaire La Seigneurie sur l'intervention auprès des enfants en classe (TDAH). En ce qui a trait à l'équipe territoriale de Portneuf, un effort est mis auprès des partenaires afin de discuter des points forts et des points faibles face au travail accompli à ce jour et des améliorations à y apporter, des outils sont à être élaborés, pour les médecins en vue de leur faciliter la tâche que ce soit en lien avec la référence à l'équipe territoriale ou en lien avec le dépistage et la prise en charge des jeunes susceptibles d'avoir des problèmes reliés au TDAH et les partenaires, autres que médecins, ont suivi la formation offerte par les pédopsychiatres.

Pour terminer ce chapitre, quelques données ont été compilées afin d'avoir un portrait plus à jour. Les tableaux 18 et 19 permettent de décrire le nombre et le type de demandes reçus ainsi que la provenance des partenaires. Les données montrent que 126 demandes ont été effectuées de juin à octobre 2000, dont 46,0 % sont des demandes ayant trait à l'évaluation/intervention (problématique TDAH) et 27,0 % à l'information/soutien/orientation. Entre novembre 1999 et mai 2000, ils avaient répondu à 182 demandes. Au total, pour une année, 308 demandes ont été adressées. Quant aux partenaires ayant fait des demandes, le profil est sensiblement le même que la période analysée soit les CLSC en premier, suivi des écoles et des médecins.

Ces données ne sont pas présentées à titre de comparaison avec les six mois d'implantation, mais à titre d'information complémentaire.

Tableau 18 : Distribution de la réponse à la demande de services selon la catégorie de réponses, par territoire de CLSC (juin à octobre 2000)

Réponse à la demande de services	Équipe territoriale La Source-Orléans		Équipe territoriale Portneuf		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
- information/soutien clinique/orientation (problématique TDAH)	25	25,0	9	34,6	34	27,0
- évaluation/intervention (problématique TDAH)	44	44,0	14	53,8	58	46,0
- information/soutien clinique/orientation (autres problématiques)	31	31,0	3	11,5	34	27,0
Total	100	100,0	26	100,0		100,0

Tableau 19 : Distribution des partenaires à partir des catégories d'organismes référents, par territoire de CLSC (juin à octobre 2000)

Provenance des demandes de services	Équipe territoriale La Source-Orléans		Équipe territoriale Portneuf		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
- CLSC	70	70,0	7	26,9	77	61,1
- CJ	1	1,0	1	3,8	2	1,6
- écoles	15	15,0	10	38,5	25	19,8
- cabinets privés	7	7,0	7	26,9	14	11,1
- population	—	—	1	3,8	1	0,8
- AQETA	2	2,0	—	—	2	1,6
- autres	5	5,0	—	—	5	4,0
Total	100	100,0	26	100,0	126	100,0

Certes, tous les problèmes ne sont pas réglés et les équipes territoriales sont conscientes qu'il y a encore du travail à accomplir. Cependant, elles constatent que le travail réalisé semble utile et désirent faire les efforts nécessaires pour répondre de plus en plus à la clientèle cible et aux mandats qui leur ont été dévolus.

FAITS SAILLANTS DU CHAPITRE 4

4.1 Discussion sur les principaux problèmes relevés et les pistes de solution proposées (seules les pistes de solutions seront présentées)

Clientèle rejointe - « enfants – adolescents »

- définir la clientèle
- couvrir la clientèle cible (0-17 ans, toute problématique) dès la mise en place des équipes territoriales

Clientèle rejointe – « partenaires »

- répondre, le plus possible, aux demandes des partenaires

Activités réalisées en lien avec les mandats

- trajectoire de services :
 - impliquer les partenaires locaux dans l'élaboration de la trajectoire
 - formaliser une entente de services avec l'HDSCJ

Activités réalisées en lien avec le fonctionnement des équipes territoriales

- mécanisme :
 - mettre en place un comité aviseur qui aurait pour rôle principal de soutenir l'implantation des équipes territoriales dans son développement
 - s'assurer que les personnes représentant les partenaires sont celles permettant d'actualiser les mandats
 - s'assurer que le directeur de l'établissement fiduciaire et la RRSSS se concertent et assument les aspects « politiques » reliés à l'implantation des équipes territoriales
- stratégies promotionnelles :
 - élaborer une stratégie générale pour l'ensemble des partenaires
 - élaborer des stratégies spécifiques tenant compte du profil des partenaires locaux
 - établir un calendrier de promotion tout au long de la 1^{ère} année de mise en place
 - prévoir, dans une planification à moyen terme, des relances auprès des partenaires impliqués
- composition des équipes territoriales :
 - maintenir une diversité dans le type d'intervenantes
 - s'assurer des qualifications cliniques des intervenantes et de savoir faire telles que : la capacité de travailler avec diverses approches, la capacité d'agir en interface avec les partenaires etc.
 - prévoir, à même les effectifs médicaux, du temps octroyé à la santé mentale des enfants et des adolescents

FAITS SAILLANTS DU CHAPITRE 4 - SUITE

- rôles :
 - décrire clairement les rôles de chacune des professions présentées dans les équipes territoriales par rapport aux partenaires
 - porter une attention particulière à la description du rôle du médecin de l'équipe territoriale
- modes de pratique :
 - discuter des différentes notions liées à des modes de pratique, à savoir : multidisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité
 - s'assurer de la présence des conditions reconnues comme efficaces en ce qui a trait à l'approche interdisciplinaire et au fonctionnement optimal d'un groupe
- coordination des équipes territoriales :
 - engager une personne capable d'assumer des tâches administratives et d'encadrement clinique
 - s'assurer que la personne en poste de coordination relève de la responsable de l'équipe qui aura à gérer l'équipe territoriale et non du directeur général
 - définir clairement les tâches de la personne devant assumer la fonction de coordination
 - s'assurer de la stabilité et de la disponibilité de la personne au poste de coordination
- compréhension des mandats :
 - clarifier si les équipes territoriales sont des services généraux ou des services spécialisés
 - avoir un mandat clair
 - mettre en place un mécanisme de concertation entre les gestionnaires afin d'harmoniser leur compréhension face aux mandats que doivent réaliser les équipes territoriales
 - avoir une « ligne de direction claire »
 - diminuer les zones d'influence (qui décide de quoi)
 - avoir une constance dans le discours
- planification du temps de travail individuel et d'équipe :
 - obtenir un budget pour augmenter le temps de travail des intervenantes ayant des statuts de demi-temps
 - allouer une partie du budget à l'embauche d'une secrétaire
- organisation et environnement de travail :
 - intégrer rapidement l'équipe territoriale du CLSC
 - disposer de locaux permanents et polyvalents
 - créer des « passerelles » avec tous les partenaires
 - s'assurer que l'établissement fiduciaire croit et défende le projet
- dossier clinique du jeune :
 - discuter de la gestion du dossier clinique d'un jeune quand une équipe relève de deux établissements
- instruments de collecte de données :
 - impliquer les archivistes pour mieux situer la place du SIC – santé mentale des jeunes à une telle équipe et son utilité
 - former les intervenantes des équipes territoriales pour favoriser une compréhension commune des codes du SIC et favoriser l'uniformisation
 - s'assurer que les outils développés par les équipes territoriales soient mis à la disposition des nouvelles équipes

FAITS SAILLANTS DU CHAPITRE 4 – SUITE

- rattachement administratif :
 - identifier clairement qu'elle est la clientèle cible et les services requis par cette dernière
 - identifier les mécanismes de liaison nécessaires pour le bon fonctionnement des équipes territoriales
 - clarifier les mandats, les rôles et les responsabilités des équipes territoriales
 - clarifier la composition des équipes territoriales
 - discuter des conditions favorables à l'atteinte des objectifs des équipes territoriales
- formation aux équipes territoriales et aux partenaires :
 - s'assurer de la présence d'un pédopsychiatre-conseil dès la mise en place des équipes territoriales
 - s'assurer de l'intérêt de chacune des intervenantes de l'équipe territoriale à participer à une formation continue dans le domaine de la pédopsychiatrie
 - s'assurer de la mise en place d'une programmation adaptée visant le développement de l'expertise des équipes territoriales et des partenaires, dès l'implantation des équipes territoriales

4.2 Discussion concernant les conditions d'implantation des équipes territoriales

- Les résultats du chapitre 3 ont démontré qu'il n'y avait pas d'écarts significatifs entre les « modèles planifiés » et les « modèles réalisés ». Cependant, ils montrent, également, qu'il y a eu au niveau opérationnel, des différences importantes entre le modèle *une équipe – un territoire* et le modèle *une équipe – deux territoires*, de façon telle, que ce dernier modèle est à questionner quant à sa « répliquabilité ».

4.3 Présentation d'un nouveau modèle pour le Québec-Métro

- Tenant compte des résultats présentés en ce qui a trait aux problèmes opérationnels lors de l'implantation *une équipe – deux territoires*, un nouveau modèle est proposé pour le Québec-Métro. Ce modèle fusionne les deux modèles dans la mesure où il propose de créer une équipe Québec-Métro en mettant en force les conditions favorables à la réussite de l'implantation d'une équipe territoriale et en identifiant un établissement fiduciaire pour l'ensemble des CLSC du Québec-Métro. Cela aurait pour effet d'assurer une homogénéité en ce qui a trait à la trajectoire de services et en ce qui concerne la présentation des mandats et des rôles cela permettrait également de minimiser les ententes avec le ou les organismes offrant des services spécialisés auprès des jeunes (HDSCJ, CPE, CJ etc.), de développer une masse critique plus importante et de centraliser les dossiers cliniques à un seul endroit.

Au-delà des modèles proposés, un certain nombre de points devront être préalablement discutés par les gestionnaires qui auront à prendre une décision quant aux orientations à donner aux équipes territoriales présentes et à venir et au rattachement administratif qui s'en suivra, à savoir : identification de la clientèle cible et des services requis, identification des mécanismes de liaison, clarification des mandats, des rôles et des responsabilités des équipes territoriales, clarification de leur composition et identification des conditions favorables à l'atteinte des objectifs de ces équipes. De plus il faudra se questionner en ce qui a trait à la décentralisation ou la déconcentration des services, à l'iniquité entre chacune des sous-régions s'il y a un rattachement administratif différent et finalement se questionner sur la « répliquabilité » du modèle retenu.

FAITS SAILLANTS CHAPITRE 4 – SUITE

4.4 Mise à jour des équipes territoriales (juin à octobre 2000)

- Depuis mai 2000, on note que les équipes territoriales ont pris en considération les difficultés rencontrées, que ces dernières aient été constatées par les équipes territoriales elles-mêmes, les partenaires ou les comités aviseurs. Elles ont effectué des réflexions et des modifications particulièrement en lien avec la trajectoire de services, les rôles de certaines intervenantes et des relances ont été faites auprès de certains partenaires. Des groupes de parents ont été mis sur pied et de la formation a été offerte dans certains milieux. Les demandes continuent de rentrer et proviennent principalement des CSLC et des milieux scolaires. Quant aux demandes reçues de juin à octobre 2000, ces dernières sont davantage des demandes concernant l'évaluation/intervention, suivi de demandes concernant information/soutien/orientation – problématique TDAH et et autres problématiques.

CONCLUSION

Cette étude porte sur l'implantation de deux équipes territoriales à l'intention des enfants, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches sur trois territoires de CLSC, lesquelles ont été évaluées sur une période de six mois. Les résultats révèlent que chacune des équipes territoriales a su rejoindre la clientèle cible et répondre aux mandats qui leurs ont été confiés (volet « intervention clinique » et volet « soutien aux partenaires »). Ils montrent également que l'intégration de telles équipes dans des structures déjà existantes n'est pas sans créer de difficultés, particulièrement d'ordre opérationnel.

L'ajout d'une ressource nouvelle à un réseau existant exige un certain mûrissement et donc un certain temps. On commence à percevoir que ces équipes sont appelées à un avenir prometteur compte tenu de l'ampleur des besoins en matière de santé mentale des jeunes et de l'importance de fournir du soutien aux familles et aux partenaires.

Malgré les limites conférées à ce rapport, les enseignements que l'on peut tirer de l'évaluation d'implantation permettront à la RRSSS de Québec et à ses partenaires, de pousser la réflexion quant à l'avenir des équipes territoriales et à leur déploiement.

Dans les réflexions à venir, il faudrait également tenir compte du plan d'action élaboré par le ministère de l'éducation et celui de la santé et des services sociaux, afin de faire les ponts nécessaires pour éviter les duplications et ainsi s'aider davantage dans les actions à mettre de l'avant pour cette clientèle particulière.

Dans la mesure où les équipes territoriales sont là pour demeurer, il serait intéressant de suivre le déroulement de leur évolution et éventuellement procéder à une évaluation de leur efficacité. Cette évaluation aurait pour effet de vérifier l'atteinte des objectifs visés par ces équipes. Cependant dans l'éventualité de la mise en place d'un modèle "nouveau" pour le Québec-Métro, un suivi évaluatif sur des variables clés serait une condition préalable avant la réalisation d'une évaluation portant plus spécifiquement sur les effets observés d'un tel modèle.

REFERENCES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-IV, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e édition, Paris, Masson, 1996, p. 98.

Association québécoise des Psychologues scolaires, (1999). « La psychologie scolaire et les services complémentaires. Nouveaux modèles d'organisation. », 30 pages.

CLSC Orléans, (2000). « Démarche de collaboration entre un CLSC et un réseau de cliniques médicales », 6 pages.

Comité régional en périnatalité et petite enfance (1999). « Organisation des services aux enfants, et à leurs familles. Concertation intersectorielle par territoire. Accès aux services. », 21 pages, document de travail.

Comité régional sur la première ligne des services de santé et des services sociaux (1997). « Promouvoir la première ligne des services de santé et des services sociaux dans la région de Québec », Québec, 32 pages.

Deslauriers, J.P. (1991). « Recherche qualitative : guide pratique. », Mc Grae Hill, Éditeurs, 142 pages.

Gouvernement du Québec (2000). « Rapport du comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention /hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central », Ministère de l'Éducation, 47 pages.

Gouvernement du Québec (2000). « TDAH Agir ensemble afin de mieux soutenir les jeunes. Plan d'action », Ministère de l'Éducation, Québec, 12 pages.

Guba, E.G., Lincoln, Y.S. (1989). « Fourth Generation Evaluation », Newbury Park, Sage Publications, 286 pages.

Hébert, R. (1997). « Définition du concept d'interdisciplinarité ». Colloque « De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité », Québec, 4-5 avril.

Huberman, A.M., Miles, M.B. (1991). « Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods », Sage Publications, 262 pages.

King, J.A., Morris L.L., et Fitz-Gibbons, C.T. (1987). « How to Assess Program Implementation. Sage Publication », Newbury Park, 143 pages.

Morrow-Lette, C. (1999). « Travailler et vivre en interdisciplinarité ». Santé en tête, automne, pages 17 à 19.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1998). « Consolider l'accès aux services sur une base locale et régionale. Plan de consolidation des services 1999-2002 », 149 pages.

Régie régionale de Québec (1994). « Rapport sur l'organisation des services hospitaliers pédopsychiatriques de la région de Québec », 42 pages.

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec (2000). « Projet pilote : Équipes territoriales en santé mentale à l'intention des enfants, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches sur trois territoires : CLSC La Source, CLSC Orléans et Centre de santé de Portneuf », - Rapport préimplantation, » Direction de la santé publique, 28 pages.

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec (1999). « Évaluation de l'implantation de deux équipes territoriales en santé mentale à l'intention des enfants, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches sur trois territoires : CLSC La Source, CLSC Orléans et Centre de santé de Portneuf - Protocole d'évaluation », Direction de la santé publique, Québec, 13 pages.

Service de pédopsychiatrie du CHUQ (2000). « La transformation des services de pédopsychiatrie », Québec, 13 pages.

Saint-Arnaud, Y. (1978). « Les petits groupes. Participation et communication », Les Presses de l'Université de Montréal, 177 pages.

Systeme d'information sur la clientèle et les services des CLSC (SIC) – santé mentale des jeunes

ANNEXES

ANNEXE 1

SIC – SANTÉ MENTALE DES JEUNES

SIC - SANTÉ MENTALE DES JEUNES

DEMANDE DE SERVICES

INTERVENANT

Indiquer votre numéro d'intervenant

SOUS-PROGRAMME

À déterminer localement

RÉFÉRÉ PAR

110 CLINIQUE MÉDICALE PRIVÉE

- 116 Omnipraticien
- 117 Pédiatre
- 118 Pédopsychiatre

130 AUTRE CLSC

- 159 CLSC-CHSLD Haute Ville des Rivières (HDSCJ)

180 CENTRE DE RÉADAPTATION POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE (IRDPO)

190 CENTRE DE RÉADAPTATION POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (La Triade, Barbara Rourke)

200 CENTRE JEUNESSE

250 CENTRE HOSPITALIER DE SOINS DE COURTE DURÉE 268 CHUQ - Hôpital CHUL

610 AUTRE INTERVENANT EN PRATIQUE PRIVÉE

630 INSTITUTION SCOLAIRE

- 696 Préscolaire (incluant la maternelle)
- 697 Primaire
- 698 Secondaire

700 ORGANISME BÉNÉVOLE, COMMUNAUTAIRE OU SOCIO-ÉCONOMIQUE

740 SERVICES DE GARDE

900 AUCUNE RÉFÉRENCE FORMELLE

- 993 CLSC - AEO
- 994 CLSC - FEJ

TYPE DE DEMANDE

- Individuel
- Groupe

OBJET DE LA DEMANDE

1. INFORMATION-CONSEIL

2. FORMATION

3. SOUTIEN CLINIQUE

4. ÉVALUATION CLINIQUE

5. PRISE EN CHARGE

DÉCISION

100 ACCEPTÉE

200 REFUS POUR NON RESPECT DES CRITÈRES DE SERVICES

300 REFUS POUR SERVICES INEXISTANTS

DURÉE

- A. 0 - 15 minutes
- B. 16 - 30 minutes
- C. 31 - 60 minutes
- D. 61 - 90 minutes
- E. 91 - 120 minutes
- F. 121 minutes et plus

SIC – SANTÉ MENTALE DES JEUNES

INTERVENTION CLINIQUE

INTERVENANT

Indiquer votre numéro d'intervenant

SOUS-PROGRAMME

À déterminer localement

TYPE D'INTERVENTION

1. Individualisée
3. Famille
4. Groupe

PROFIL D'INTERVENTION

SANTÉ MENTALE DES JEUNES (enfants - adolescents)

410 SERVICE AUX PERSONNES SOUFFRANT DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

420 SERVICE AUX PERSONNES DONT LA SANTÉ MENTALE EST MENACÉE

RAISON D'INTERVENTION

N.B. Ne pas oublier les codes de 2^{ème} niveau. Avant d'utiliser un code général, vérifier s'il n'y a pas de code plus précis
exemple : 3006 plutôt que 3000.

3000 PROBLÈMES RELIÉS À LA VIE FAMILIALE

- 3004 Relations inter-familiales
- 3005 Relations parents-enfants (0-11 ans)
- 3006 Relations parents-adolescents (12-17 ans)
- 3013 Adaptation au placement d'un membre de la famille
- 3014 Compétences parentales déficientes ou insuffisantes

3015 Épuisement de la famille (conjoint, famille)

3017 Réintégration familiale après placement

3078 Attachement parent-enfant

3080 Besoin d'aide dans un rôle parental ou autres rôles

3081 Communication dans la famille

3083 Difficulté à faire respecter les règles

3084 Difficulté reliée à certains comportements de l'enfant

3088 Manque d'encadrement (absence de règles)

3089 Mésentente entre parents sur les règles

3092 Problèmes conjugaux des parents

3093 Refus de l'autorité parentale

3094 Relation de la fratrie

3095 Relations famille-milieu de garde

3096 Relations famille-école

3098 Suicide dans la famille

3900 PLACEMENT

3907 Placement temporaire pour répit-dépannage

4900 PROBLÈMES DE COMPORTEMENT

4902 Comportement agressif

4903 Délinquance

4905 Abandon ou décrochage scolaire

4935 Colère

4936 Violence envers un pair

4937 Non respect des règles

4938 Dépendance aux jeux

4939 Absentéisme

4940 Agitation

4941 Automutilation

4943 Échec scolaire

4944 Expulsion ou suspension de l'école

4945 Manque de motivation scolaire

4946 Trouble de comportement alimentaire

4947 Encopésie
4948 Énurésie

4950 PROBLÈMES SUICIDAIRES

4951 Idéation suicidaire
4952 Comportement suicidaire

5000 PROBLÈMES D'ADAPTATION SOCIALE, DE DÉVELOPPEMENT ET DE CROISSANCE PERSONNELLE

5001 Adaptation et intégration scolaire
5003 Relations interpersonnelles
5004 Isolement social
5005 Intégration sociale
5008 Inacceptation de soi (estime et image de soi)
5012 Troubles des apprentissages (inclus : troubles de lecture, de calcul, de l'expression écrite etc.)
5013 Développement psychoaffectif
5014 Développement psychomoteur (inclus : coordination etc.)
5015 Troubles du langage (inclus : troubles de la parole, bégaiement etc)
5032 Retard global de développement
5040 Difficulté à fonctionner en groupe
5043 Relation enfant-adolescent-école
5048 Carence affective
5049 Difficulté d'attention et de concentration

5050 PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE NON DIAGNOSTIQUÉS

5095 État de panique
5096 Insécurité
5097 Problèmes d'anxiété
5099 Stress

5110 SCHIZOPHRÉNIE ET AUTRES TROUBLES PSYCHOTIQUES

5120 TROUBLES DE L'HUMEUR
5121 Trouble dépressif

5130 TROUBLES ANXIEUX

5138 Phobie sociale (incluant phobie scolaire)
5139 Stress post-traumatique

5140 TROUBLES SOMATIFORMES

5150 TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

5160 TROUBLES DU CONTRÔLE DES IMPULSIONS

5170 TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ
5179 Trouble obsessionnel compulsif

5200 TROUBLES DE L'ADAPTATION
5209 Deuil pathologique

5210 TROUBLES MENTAUX NON-SPÉCIFIÉS (NON-PSYCHOTIQUES)
5211 Troubles déficitaires de l'attention /hyperactivité

5220 TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (SYNDROME DE Rett)

5221 Autisme
5296 Anxiété de séparation
5297 Mutisme
5298 Tics (incluant le syndrome Gilles de la Tourette)

5600 PRÉVENTION - ÉDUCATION (POUR L'INTERVENTION ET AU BESOIN L'ACTIVITÉ PONCTUELLE NON NORMALISÉE)

5698 Problèmes de santé mentale

5900 AUTRES

5996 Besoin de soutien d'un intervenant

ACTE

6000 DÉMARCHES POUR L'USAGER

6009 Signalement à la DPJ
6010 Démarches auprès des services policiers
6011 Démarches auprès d'un organisme communautaire
6012 Démarches pour répit-dépannage
6013 Démarches pour hospitalisations
6014 Démarches de demande de placement ou d'hébergement
6015 Démarches auprès d'autres établissements (privés et publics)
6082 Démarche organisation de services
6083 Démarche pour camp de vacances
6087 Démarche pour subvention en garderie

6050 POURSUITE DE DÉMARCHE

**6400 ORDONNANCES ET
RECOMMANDATIONS
PROFESSIONNELLES**

- 6405 Ordonnance diagnostic autre
- 6406 Recommandation professionnelle

**6500 ACTIONS D'ÉVALUATION OU DE
RÉÉVALUATION**

- 6502 Évaluation ou réévaluation psychosociale
- 6504 Évaluation ou réévaluation de la capacité mentale
- 6507 Évaluation ou réévaluation psychologique
- 6509 Évaluation ou réévaluation d'un problème ou besoin d'un groupe
- 6515 Évaluation ou réévaluation bio-psycho-sociale
- 6516 Évaluation ou réévaluation nursing
- 6523 Évaluation ou réévaluation en psycho-éducation

**6550 POURSUITE DE L'ÉVALUATION OU
DE LA RÉÉVALUATION**

**6600 ACTIONS À CARACTÈRE
DIAGNOSTIQUE**

- 6628 Tests d'intelligence
- 6629 Tests projectifs
- 6630 Tests neuropsychologiques
- 6631 Autres tests psychologiques
- 6637 Échelles développementales
- 6633 Échelles d'évaluation comportementale
- 6634 Inventaire de personnalité
- 6698 Test de Denver

**6700 ACTIONS D'OBSERVATION OU DE
SUIVI (PHYSIQUE, PSYCHIQUE OU
PSYCHOSOCIAL)**

- 6701 Suivi de l'état physique de l'utilisateur
- 6702 Taille et poids
- 6703 Signes vitaux
- 6704 Suivi et contrôle de la médication
- 6706 Vérification des habitudes alimentaires et de vie
- 6707 Suivi de la situation psychique de l'utilisateur
- 6708 Suivi de la situation psychosociale de l'utilisateur
- 6709 Cueillette d'information sur l'utilisateur en vue d'établir son suivi

- 6771 Observation de l'enfant dans son milieu de vie (domicile, école, centre de la petite enfance etc.)

**7050 ACTIONS ÉDUCATIVES ET DE
PRÉVENTION RELIÉES AUX
SAINES HABITUDES DE VIE**

**7100 ACTIONS ÉDUCATIVES ET DE
PRÉVENTION SUR LA SANTÉ
SEXUELLE ET FAMILIALE**

**7200 ACTIONS ÉDUCATIVES ET DE
PRÉVENTION AU PLAN
PSYCHOSOCIAL**

- 7201 Ajustement aux étapes de la vie
- 7202 Bien-être psychologique
- 7203 Fonctionnement et société
- 7204 Relations interpersonnelles
- 7295 Bien-être psychologique

**7400 ACTIONS ÉDUCATIVES ET DE
PRÉVENTION CONCERNANT LES
AFFAIRES MATÉRIELLES ET
AUTRES**

- 7403 Ressources et services disponibles

**7700 ACTIONS À CARACTÈRE
PSYCHOSOCIAL**

- 7703 Intervention en situation de crise
- 7708 Rencontre de réseau
- 7710 Mobiliser ou soutenir des aidants naturels
- 7797 Intervention suite à une situation de crise
- 7798 Relation d'aide

**7830 SUPPORT AUX RESSOURCES
EXISTANTES (SUPPORT AUX
INTERVENANTS)**

**8100 ACTIONS DE RÉADAPTATION ET
DE RÉINTÉGRATION SOCIALE EN
SANTÉ MENTALE**

- 8101 Support et accompagnement eu égard aux habiletés de la vie quotidienne
- 8103 Support et accompagnement eu égard aux habiletés sociales et communautaires
- 8105 Support et accompagnement eu égard aux habiletés reliées aux études

- 8106 Support, sensibilisation et éducation auprès des proches : famille, amis, voisins, entourage immédiat
- 8107 Support, réorganisation et renforcement des réseaux communautaires : aidants naturels, bénévoles, réseau d'entraide, service de garde etc.
- 8198 Support et accompagnement lors d'une requête pour examen psychiatrique

8310 RÉPIT

9000 ACTIONS DE CONCERTATION

- 9002 Plan d'intervention (PI - CLSC seulement)
- 9003 Plan de services individualisé (PSI)
- 9004 Concertation et mobilisation des ressources du milieu

LIEU

100 CLSC

120 DOMICILE

150 ÉCOLE

150 Nom des écoles

200 EN SERVICE DE GARDE

200 Nom des garderies

500 LOCAUX D'UN ORGANISME COMMUNAUTAIRE OU GROUPE DU MILIEU

600 AUTRES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

900 AUTRES LIEUX

LANGUE D'INTERVENTION

100 FRANÇAIS

200 ANGLAIS

900 AUTRES LANGUES

MODE

En présence de l'utilisateur

1. Rencontre

2. Communication téléphonique

En l'absence de l'utilisateur

3. Rencontre

4. Communication téléphonique

41 Communication autre

5. Groupe d'activités de masse

SUIVI

100 AUCUN SUIVI SANS RÉFÉRENCE FORMELLE

200 AUCUN SUIVI AVEC RÉFÉRENCE FORMELLE À L'INTERNE

230 Aucun suivi avec référence formelle : FEJ

250 Aucun suivi avec référence formelle : santé mentale

211 Médecin

300 AUCUN SUIVI MAIS RÉFÉRENCE À L'EXTERNE

372 CLSC - CHSLD Haute-Ville des Rivières (HDSCJ)

373 Médecin en cabinet privé

374 Milieu scolaire

381 Centre jeunesse

394 Professionnel en pratique privée

396 Organisme ou groupe du milieu

400 SUIVI SANS RÉFÉRENCE FORMELLE

500 SUIVI AVEC RÉFÉRENCE FORMELLE À L'INTERNE

530 Suivi avec référence formelle : FEJ

511 Médecin

600 SUIVI AVEC RÉFÉRENCE FORMELLE À L'EXTERNE

672 CLSC - CHSLD Haute-Ville des Rivières (HDSCJ)

673 Médecin en cabinet privé

674 Milieu scolaire

681 Centre jeunesse

694 Professionnel en pratique privée

696 Organisme ou groupe du milieu

CESSATION

**800 CESSATION RELIÉE À L'ATTEINTE
DES OBJECTIFS**

810 CESSATION RELIÉE AU DÉCÈS

**820 CESSATION RELIÉE AU
DÉMÉNAGEMENT**

**840 CESSATION RELIÉE À
L'HOSPITALISATION**

**850 CESSATION RELIÉE AU RECOURS À
DES RESSOURCES PRIVÉES**

**900 REFUS DE L'USAGER DE RECEVOIR
DES SERVICES DU CLSC**

948 Fermeture par manque d'intérêt

949 Refus des parents

950 REFUS DU CLSC D'INTERVENIR

990 TOUT AUTRE MOTIF DE CESSATION

INTERVENANTS ASSOCIÉS

**Inscrire le code des intervenants associés et le
nombre d'intervenants extérieurs**

DURÉE DE L'INTERVENTION

- A. 0 – 15 minutes
- B. 16 – 30 minutes
- C. 31 – 60 minutes
- D. 61 – 90 minutes
- E. 91 – 120 minutes
- F. 121 minutes et plus

SIC – SANTÉ MENTALE DES JEUNES

ACTIVITÉS PONCTUELLES

INTERVENANT

Indiquer votre numéro d'intervenant

SOUS-PROGRAMME

À déterminer localement

TYPE D'ACTIVITÉS

1. Activité ponctuelle individualisée
4. Activité ponctuelle de groupe

RAISON DE L'ACTIVITÉ PONCTUELLE

5600 PRÉVENTION - ÉDUCATION

5698 Problèmes de santé mentale

5700 DEMANDE D'INFORMATION - CONSEIL SOCIAL

5800 DEMANDE D'INFORMATION - CONSEIL SANTÉ

5900 AUTRES

ACTE

6406 Recommandations professionnelles
8106 Support-sensibilisation-information auprès des proches : famille, amis, voisins, entourage immédiat

9000 ACTIONS DE CONCERTATION

9002 Plan d'intervention (PI – CLSC seulement)
9003 Plan de services individualisé (PSI)
9004 Concertation et mobilisation des ressources du milieu

9900 TOUTES AUTRES ACTIONS

9984 Soutien professionnel entre intervenants
9985 Recherche d'information, de ressources
9986 Co-intervention
9987 Soutien clinique
9988 Références vers d'autres ressources
9989 Demande de « conférences » - formation
9990 Discussion clinique
9991 Transmission d'information
9992 Formation d'intervenants, de multiplicateurs

LIEU

100 CLSC

150 ÉCOLE

150 Nom des écoles

200 EN SERVICE DE GARDE

200 Nom des garderies

500 LOCAUX D'UN ORGANISME COMMUNAUTAIRE OU GROUPE DU MILIEU

600 AUTRES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

900 AUTRES LIEUX

LANGUE DE L'ACTIVITÉ PONCTUELLE

100 FRANÇAIS

200 ANGLAIS

900 AUTRES

MODE DE L'ACTIVITÉ PONCTUELLE

1. Rencontre

2. Communication téléphonique

41. Communication autre

INTERVENANTS ASSOCIÉS

Inscrire le code des intervenants associés et le nombre d'intervenants extérieurs

DURÉE DE L'ACTIVITÉ

- A. 0 – 15 minutes
- B. 16 – 30 minutes
- C. 31 – 60 minutes
- D. 61 – 90 minutes
- E. 91 – 120 minutes
- F. 121 minutes et plus

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRES

- questionnaire – parents
- questionnaire – partenaires
- questionnaire – équipes territoriales
- questionnaire - pédopsychiatres
- questionnaire – gestionnaires

**APPRÉCIATION DES SERVICES OFFERTS PAR
L'ÉQUIPE TERRITORIALE
EN SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS**

QUESTIONNAIRE AUX PARENTS

1. Au cours des six derniers mois, vous avez parlé ou rencontré des intervenantes de l'équipe territoriale en santé mentale des enfants et des adolescents, en lien avec un problème de santé mentale que vit votre enfant. Ci-joint des énoncés sur différents éléments qui peuvent s'avérer important lorsque vous recevez des services du réseau de la santé et des services sociaux. Veuillez répondre à chacun des énoncés à partir des choix de réponse proposés.

Énoncés	Totallement d'accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totallement en désaccord
A. Vous avez été traité avec respect.				
B. On a pris le temps nécessaire pour s'occuper de vous.				
C. Les intervenantes à qui vous avez parlé ou que vous avez rencontrées ont eu une écoute attentive.				
D. On a traité votre dossier de manière confidentielle.				
E. On vous a parlé dans des mots que vous pouviez facilement comprendre.				
F. En général, les intervenantes ont été chaleureuses.				
G. On vous a incité à obtenir le soutien de votre entourage (parents- amis - ressources du milieu (ex.: groupes communautaires, autres équipes du CLSC, etc.).				
H. On vous a mis en contact avec des personnes, des groupes ou des ressources du milieu.				
I. On vous a informé :				
- sur le problème de santé de votre enfant ;				
- sur les traitements ;				
- sur les services disponibles.				
J. L'heure des services vous convient.				
K. La durée des services vous convient.				
L. Le délai de réponse a été satisfaisant.				
M. Si un ami avait besoin d'une aide semblable à la vôtre, vous n'hésiteriez pas à le référer à l'équipe territoriale en santé mentale des enfants et des adolescents.				

2. L'aide obtenue des intervenantes correspondait :

- A. Très bien à vos besoins
- B. Assez bien à vos besoins
- C. Peu à vos besoins
- D. Très peu à vos besoins
- E. Ne sais pas

3. Dans l'ensemble, comment qualifieriez-vous les services reçus par l'équipe territoriale en santé mentale des enfants et des adolescents ?

- A. Très satisfaisant
- B. Satisfaisant
- C. Insatisfaisant
- D. Très insatisfaisant

AUTRE-S COMMENTAIRE -S

Nous vous sommes reconnaissants pour le temps et l'effort que vous avez consacré à compléter ce questionnaire. Pour nous le faire parvenir, nous vous rappelons d'utiliser l'enveloppe préadressée et préaffranchie que vous avez reçue avec ce questionnaire.

Merci de votre collaboration.

**APPRÉCIATION DES SERVICES OFFERTS PAR
L'ÉQUIPE TERRITORIALE
EN SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS**

QUESTIONNAIRE AUX PARTENAIRES

IDENTIFICATION DU RÉPONDANT

1. Quel est votre milieu de travail ?

- A. Cabinet privé
- B. Centre de la petite enfance
- C. Centre jeunesse
- D. CLSC
- E. Hôtel-Dieu-du-Sacré-Cœur-de-Jésus
- F. Milieu scolaire
- G. Autre - Identifiez _____

2. Quelle est votre profession ?

- A. Infirmière
- B. Médecin
- C. Psychologue
- D. Travailleuse sociale
- E. Autre - Identifiez _____

3. Sur quel territoire travaillez-vous ?

- A. Centre de santé de Portneuf
- B. CLSC La Source
- C. CLSC Orléans
- D. Autre - Identifiez _____

4. Quel-s volet-s de l'équipe territoriale en santé mentale des enfants et des adolescents avez-vous utilisé-s et combien de fois ?

Volet	1 fois	2 fois	3 fois	3-5 fois	5 fois et +
Volet « intervention clinique » ¹					
Volet « soutien aux partenaires » ²					

¹ Intervention directe auprès de la clientèle que ce soit pour une évaluation, un traitement ou une prise en charge temporaire.

² Réponse à une demande d'un intervenant en termes de : information-conseil, orientation-référence, soutien clinique, cointervention, collaboration à des PI ou à des PSI, formation, dépistage-prévention-promotion.

VOLET « INTERVENTION CLINIQUE »

**Intervention directe auprès de la clientèle que ce soit pour une évaluation, un traitement
ou une prise en charge temporaire**

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS 5 À 11.

5. Au cours des six derniers mois, vous avez fait une demande à l'équipe territoriale en santé mentale des enfants et des adolescents en lien avec un problème de diagnostic ou de prise en charge. Ci-joint des énoncés concernant l'accueil et le suivi accordés à cette demande. Veuillez répondre à chacun des énoncés à partir des choix de réponse proposés.

Énoncés	Totalelement d'accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalelement en désaccord
A. La réception de la demande est adéquate.				
B. Les informations demandées sont pertinentes.				
C. Les documents demandés sont pertinents.				
D. L'information transmise est adéquate et répond à vos besoins.				
E. L'orientation proposée est adéquate.				
F. Il y a toujours un retour d'information, un suivi.				
G. Les délais reliés aux processus d'évaluation vous conviennent.				

6. Au cours des six derniers mois, vous pouvez avoir eu des contacts soit téléphoniques ou lors de rencontres avec une ou des intervenantes de l'équipe territoriale en santé mentale des enfants et des adolescents.

Pour chacune des intervenantes contactées ou rencontrées, répondre aux énoncés suivants :

Énoncés	Totallement d'accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totallement en désaccord
Éducatrice				
A. L'information transmise est adéquate et répond à vos besoins.				
B. Le temps accordé lors de l'appel téléphonique ou lors de la rencontre est suffisant.				
C. Les délais de réponses sont satisfaisants				
Infirmière				
A. L'information transmise est adéquate et répond à vos besoins.				
B. Le temps accordé lors de l'appel téléphonique ou lors de la rencontre est suffisant.				
C. Les délais de réponses sont satisfaisants				
Médecin				
A. L'information transmise est adéquate et répond à vos besoins.				
B. Le temps accordé lors de l'appel téléphonique ou lors de la rencontre est suffisant.				
C. Les délais de réponses sont satisfaisants				
Psychologue				
A. L'information transmise est adéquate et répond à vos besoins.				
B. Le temps accordé lors de l'appel téléphonique ou lors de la rencontre est suffisant.				
C. Les délais de réponses sont satisfaisants				
Travailleuse sociale				
A. L'information transmise est adéquate et répond à vos besoins.				
B. Le temps accordé lors de l'appel téléphonique ou lors de la rencontre est suffisant.				
C. Les délais de réponses sont satisfaisants				

7. Y-aurait-il des éléments à améliorer en lien avec les formulaires suivants ?

Équipe territoriale de Portneuf

A. « Formulaire de référence et d'autorisation »

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Ne sais pas

Si oui, lesquels ?

Équipe La Source-Orléans

B. Avez-vous utilisé le formulaire « Évaluation multidisciplinaire » ?

- Oui
- Non

Si oui, y aurait-il des éléments à améliorer dans ce formulaire ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquels ?

8. Est-ce que l'intervention de l'équipe territoriale en santé mentale des enfants et des adolescents a permis une meilleure communication entre les différents partenaires impliqués ?

9. L'aide ou l'information reçue de l'équipe territoriale en santé mentale des enfants et des adolescents en ce qui a trait au volet « intervention clinique » a-t-elle renforcé votre capacité à intervenir auprès de cette clientèle ?

VOLET « SOUTIEN AUX PARTENAIRES »

Réponse à une demande d'un intervenant en termes de : information-conseil, orientation-référence, soutien clinique, cointervention, collaboration à des PI ou à des PSI, formation, dépistage-prévention-promotion.

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS 12 À 17.

12. Au cours des six derniers mois, vous avez soit appelé ou soit rencontré des intervenantes de l'équipe territoriale en santé mentale des enfants et des adolescents en lien avec un problème de prise en charge d'un enfant. Ci-joint, des énoncés pour lesquels une réponse vous est demandée à partir des choix suivants ?

Énoncés	Totalment d'accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Totalment en désaccord
A. L'information transmise est adéquate.				
B. La réponse donnée correspond à vos besoins.				
C. L'orientation proposée est adéquate.				
D. Le temps accordé lors de l'appel téléphonique ou lors de la rencontre avec l'intervenante est suffisant.				
E. Le délai de réponse vous convient.				
F. Le type de « soutien » offert est adéquat.				

13. Croyez-vous que le type de soutien obtenu par l'équipe territoriale en santé mentale des enfants et des adolescents vous a permis d'améliorer ?

A. Vos connaissances

- A. Oui
- B. Non
- C. Ne sais pas

B. Vos interventions

- A. Oui
- B. Non
- C. Ne sais pas

14. Est-ce que l'intervention de l'équipe territoriale en santé mentale des enfants et des adolescents a permis une meilleure communication entre les différents partenaires impliqués ?

15. L'aide ou l'information reçue par l'équipe territoriale en santé mentale des enfants et des adolescents a-t-elle renforcé votre capacité à évaluer ou à prendre en charge cette clientèle ?

A. Oui
Pourquoi ?

B. Non
Pourquoi ?

16. De façon globale, comment qualifieriez-vous les services reçus par l'équipe territoriale en santé mentale des enfants et des adolescents ?

- A. Très satisfaisant
- B. Satisfaisant
- C. Insatisfaisant
- D. Très insatisfaisant

**APPRÉCIATION DES SERVICES OFFERTS PAR
L'ÉQUIPE TERRITORIALE
EN SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS**

QUESTIONNAIRE AUX ÉQUIPES TERRITORIALES

IDENTIFICATION DU RÉPONDANT

1. À quelle équipe territoriale appartenez-vous?

- A. Équipe territoriale La Source-Orléans
- B. Équipe territoriale Portneuf

QUESTIONS

2. La trajectoire de services telle qu'élaborée initialement est-elle demeurée la même?

- A. Oui
- B. Non

Si non, en quoi a-t-elle été modifiée et pourquoi?

3. Les outils élaborés initialement pour assurer la réalisation de vos tâches sont-ils tous utilisés?

- A. Oui
- B. Non

Si non, pourquoi?

E. Formation offerte à l'équipe territoriale	
Aspects facilitants	Difficultés rencontrées

F. Soutien de l'établissement fiduciaire	
Aspects facilitants	Difficultés rencontrées

G. Soutien des intervenants du CLSC fiduciaire	
Aspects facilitants	Difficultés rencontrées

H. Rôles du comité aviseur	
Aspects facilitants	Difficultés rencontrées

5. Croyez-vous que vos rôles actuels sont susceptibles de changer?

- A. Oui
- B. Non
- C. Ne sais pas

Si oui, de quelles façons ?

6. Croyez-vous réaliste d'intégrer un tel type d'équipe dans un CLSC (organisme de 1^{ère} ligne)?

- A. Oui
Pourquoi?

- B. Non
Pourquoi?

- C. Ne sais pas

7. Quels seraient les principaux bénéfices d'une équipe territoriale pour :

A. Les jeunes et les parents

B. Les partenaires

**APPRECIATION DES SERVICES OFFERTS PAR
L'ÉQUIPE TERRITORIALE
EN SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS**

QUESTIONNAIRE AUX GESTIONNAIRES

IDENTIFICATION DU RÉPONDANT

1. Poste de la personne rencontrée :

- A. Directeur général
- B. Coordonnateur de l'équipe territoriale en
santé mentale des enfants et des adolescents

2. Équipe territoriale :

- A. Équipe territoriale La Source-Orléans
- B. Équipe territoriale Portneuf

QUESTIONS

3. Si vous aviez à reproduire ce projet :

A. Qu'est-ce que vous referiez de la même façon? Et pourquoi?

Thèmes à aborder :

1. Trajectoire de services
2. Processus d'évaluation
3. Volet « Intervention clinique »
4. Volet « Soutien aux partenaires »

B. Qu'est-ce que vous referiez de façon différente? Et pourquoi?

Thèmes à aborder :

1. Trajectoire de services
2. Processus d'évaluation
3. Volet « Intervention clinique »
4. Volet « Soutien aux partenaires »

4. Quels sont les points forts et les points faibles en lien avec les éléments suivants et améliorations à apporter?

- A. La composition de l'équipe territoriale
- B. La formation des équipes territoriales et des partenaires
- C. La sensibilisation aux partenaires – promotion auprès des partenaires
- D. L'établissement fiduciaire
- E. La coordination
- F. Le rôle du comité aviseur

5. Quelles seraient les conditions gagnantes à **AJOUTER** à celles apparaissant dans le rapport de préimplantation ?

6. Comment voyez-vous votre rôle particulier, en tant que coordonnateur au CLSC ou directeur du CLSC, dans l'implantation et le fonctionnement de telles équipes?

7. Selon vous, quel rôle doit jouer la régie régionale dans l'implantation de telles équipes?

8. En ce qui concerne l'expérimentation actuelle, êtes-vous satisfait du rôle que la régie régionale a joué?

A. Oui

Pourquoi ?

B. Non

Pourquoi ?

ANNEXE 3

DONNÉES – SIC – santé mentale des jeunes

SIC-SANTÉ MENTALE DES JEUNES

DESCRIPTION DES ACTIVITÉS USAGERS-INDIVIDUS

Tableau 1 : Distribution des usagers, par territoire de CLSC, selon le sexe et l'âge

Territoire de CLSC	Féminin						Masculin						Total					
	0-5		6-12		13-17		0-5		6-12		13-17		0-5		6-12		13-17	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
La Source	--	--	--	--	--	--	--	--	8	100,0	--	--	--	--	8	100,0	--	--
Orléans	--	--	2	50,0	--	--	--	--	2	50,0	--	--	--	--	4	100,0	--	--
Portneuf	--	--	6	13,3	--	--	4	8,9	22	48,9	13	28,9	4	8,9	28	62,2	13	28,9
Total	--	--	8	14,0	--	--	4	7,0	32	56,2	13	22,8	4	7,0	40	70,2	13	22,8

Tableau 2 : Distribution des interventions, par territoire de CLSC, selon le sexe et l'âge

Territoire de CLSC	Féminin						Masculin						Total					
	0-5		6-12		13-17		0-5		6-12		13-17		0-5		6-12		13-17	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
La Source	--	--	--	--	--	--	--	--	51	100,0	--	--	--	--	51	100,0	--	--
Orléans	--	--	18	36,7	--	--	--	--	31	63,3	--	--	--	--	49	100,0	--	--
Portneuf	--	--	15	5,4	--	--	31	11,2	181	65,3	50	18,1	31	11,2	196	70,8	50	18,0
Total	--	--	33	8,7	--	--	31	8,2	263	69,8	50	13,3	31	8,2	296	78,5	50	13,3

Tableau 3 : Distribution des usagers et des interventions selon les sous-secteurs du territoire de La Source

Sous-secteurs - La Source	Usagers		Interventions	
	Nombre	%	Nombre	%
Charlesbourg	7	87,5	43	84,3
Lac Saint-Charles	1	12,5	8	15,7
Total	8	100,0	51	100,0

Tableau 4 : Distribution des usagers et des interventions selon les sous-secteurs du territoire d'Orléans

Sous-secteurs - Orléans	Usagers		Interventions	
	Nombre	%	Nombre	%
Beauport	2	50,0	18	36,7
Charlesbourg	1	25,0	11	22,5
L'ange-Gardien	1	25,0	20	40,8
Total	4	100,0	49	100,0

Tableau 5 : Distribution des usagers et des interventions selon les sous-secteurs du territoire de Portneuf

Sous-secteurs – Portneuf	Usagers		Interventions	
	Nombre	%	Nombre	%
Donnacona	30	66,7	244	88,0
Pont-Rouge	1	2,2	1	0,4
Saint-Marc	1	2,2	1	0,4
Saint-Raymond	12	26,7	30	10,8
Saint-Ubalde	1	2,2	1	0,4
Total	45	100,0	277	100,0

Tableau 6 : Distribution des usagers, selon le type d'intervention, par territoire de CLSC

Type d'intervention	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb U	%	Nb U	%	Nb U	%	Nb U	%
Individuelle	8	100,0	4	100,0	43	95,6	55	96,5
Familiale	--	--	--	--	--	--	--	--
Individuelle et familiale	--	--	--	--	2	4,4	2	3,5
Groupe	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	8	100,0	4	100,0	45	100,0	57	100,0

Nb U : nombre d'usagers

Tableau 7 : Nombre d'usagers et d'interventions individuelles, selon la raison, par territoire de CLSC (catégorie générale)

Raison d'intervention	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I
Problèmes reliés à la vie familiale	8	25	9	37	34	119	51	181
Placement	--	--	--	--	1	1	1	1
Problèmes de comportement	5	21	4	17	39	163	48	201
Problèmes suicidaires	1	1	--	--	1	1	2	2
Problèmes d'adaptation sociale, de développement et de croissance personnelle	1	3	2	9	46	184	49	196
Problèmes de santé mentale non diagnostiqués	--	--	--	--	4	8	4	8
Troubles de l'humeur	--	--	--	--	5	16	5	16
Troubles de la personnalité	--	--	--	--	1	3	1	3
Troubles de l'adaptation	2	4	--	--	--	--	2	4
Troubles mentaux non –spécifiés	8	45	5	47	24	117	37	209
Troubles envahissants du développement	--	--	--	--	1	4	1	4
5310 – Violence familiale	--	--	--	--	1	1	1	1
5600 – Information-conseil	--	--	--	--	2	3	2	3
Autres	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	25	99	20	110	159	620	204	829

NB : ces données ne sont pas mutuellement exclusives, i.e qu'un « jeune » peut avoir eu une intervention individuelle pour plus d'une raison

Nb U : nombre d'Usagers

Nb I : nombre d'Interventions

Tableau 8 : Nombre d'usagers et d'interventions individuelles, selon la raison, par territoire de CLSC (catégorie générale et spécifique)

Raison d'intervention	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I
Problèmes reliés à la vie familiale :								
- Problèmes reliés à la vie familiale	--	--	--	--	19	42	19	42
- Relations parents-enfants	2	6	2	6	--	--	4	12
- Relations parents-adolescents	--	--	--	--	--	--	--	--
- Épuisement de la famille	--	--	2	4	--	--	2	4
- Besoin d'aide dans un rôle parental ou autres rôles	2	6	2	9	3	15	7	30
- Communication dans la famille	--	--	--	--	--	--	--	--
- Difficulté à faire respecter les règles	3	10	2	14	1	4	6	28
- Difficultés reliées à certains comportements de l'enfant	--	--	1	4	4	36	5	40
- Manque d'encadrement	--	--	--	--	3	7	3	7
- Problèmes conjugaux des parents	--	--	--	--	1	2	1	2
- Relation de la fratrie	--	--	--	--	1	10	1	10
- Relations famille-école	1	3	--	--	2	3	3	6
Sous-total	8	25	9	37	34	119	51	181
Placement :								
- Placement	--	--	--	--	1	1	1	1
Sous-total	--	--	--	--	1	1	1	1
Problèmes de comportement :								
- Problèmes de comportement	1	6	--	--	24	133	25	139
- Comportement agressif	2	8	3	15	--	--	5	23
- Colère	2	7	1	2	1	2	4	11
- Violence envers un pair	--	--	--	--	1	1	1	1
- Agitation	--	--	--	--	1	2	1	2
- Échec scolaire	--	--	--	--	3	5	3	5
- Expulsion ou suspension de l'école	--	--	--	--	3	8	3	8
- Manque de motivation scolaire	--	--	--	--	5	11	5	11
- 4949 Dép. indue ?????	--	--	--	--	1	1	1	1
Sous-total	5	21	4	17	39	163	48	201
Problème suicidaires :								
- Problèmes suicidaires	--	--	--	--	1	1	1	1
- Idéations suicidaires	1	1	--	--	--	--	1	1
Sous-total	1	1	--	--	1	1	2	2
Problème d'adaptation sociale, de développement et de croissance personnelle :								
- Problèmes d'adaptation sociale, de développement et de croissance personnelle	1	3	--	--	32	142	33	145
- Adaptation et intégration scolaire	--	--	--	--	--	--	--	--
- Troubles des apprentissages	--	--	1	5	--	--	1	5
- Difficulté à fonctionner en groupe	--	--	--	--	3	14	3	14
- Relation enfant-adolescent-école	--	--	1	4	1	3	2	7
- Difficulté d'attention et de concentration	--	--	--	--	10	25	10	25
Sous-total	1	3	2	9	46	184	49	196
Problèmes de santé mentale non diagnostiqués :								
- Problèmes de santé mentale non diagnostiqués	--	--	--	--	4	8	4	8
- Problèmes d'anxiété	--	--	--	--	--	--	--	--
Sous-total	--	--	--	--	4	8	4	8
Troubles de l'humeur :								
- Troubles de l'humeur	--	--	--	--	5	16	5	16
Sous-total	--	--	--	--	5	16	5	16
Troubles de la personnalité :								
Troubles obsessionnels compulsifs	--	--	--	--	1	3	1	3
Sous-total	--	--	--	--	1	3	1	3
Troubles de l'adaptation :								
- Troubles de l'adaptation	2	4	--	--	--	--	2	4
Sous-total	2	4	--	--	--	--	2	4

Troubles mentaux non-spécifiés :								
- Troubles mentaux non-spécifiés	--	--	1	1	24	117	25	118
- TDAH	8	45	4	46	--	--	12	91
Sous-total	8	45	5	47	24	117	37	209
Troubles envahissants du développement								
- troubles envahissants du développement	--	--	--	--	1	4	1	4
Sous-total	--	--	--	--	1	4	1	4
5310 – Violence familiale	--	--	--	--	1	1	1	1
Sous-total	--	--	--	--	1	1	1	1
5600 – Information-conseil	--	--	--	--	2	3	2	3
Sous-total	--	--	--	--	2	3	2	3
Autres								
- Autres	--	--	--	--	--	--	--	--
Sous-total	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	25	99	20	110	159	620	204	829

NB : données non mutuellement exclusives; Nb U: nombre d'usagers; Nb I : nombre d'intervention

Tableau 9 : Nombre d'usagers et d'interventions individuelles, selon les actes, par territoire de CLSC (catégorie générale)

Acte d'intervention	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I
Démarches pour l'utilisateur	1	2	6	17	14	27	21	46
Poursuite de démarches	2	7	1	1	15	78	18	86
Ordonnances et recommandations professionnelle	--	--	3	10	13	29	16	39
Actions d'évaluation ou de réévaluation	18	37	10	18	23	39	51	94
Poursuite de l'évaluation ou de la réévaluation	1	1	--	--	15	39	16	40
Actions à caractères diagnostique	--	--	1	1	1	1	2	2
Actions d'observation ou de suivi	7	9	13	27	36	117	56	153
Actions éducatives et de prévention au plan psychosocial	--	--	--	--	6	15	6	15
Actions éducatives et de prévention concernant les affaires matérielles et autres	--	--	--	--	7	12	7	12
Actions à caractère psychosocial	2	4	3	10	10	21	15	35
Support aux ressources existantes	--	--	--	--	3	3	3	3
Actions de réadaptation et de réinsertion sociale en santé mentale	1	2	--	--	4	5	5	7
Actions de concertation	1	1	1	1	28	94	30	96
Total	33	63	38	85	175	480	246	628

Tableau 10 : Nombre d'usagers et d'interventions individuelles, selon les actes, par territoire de CLSC (catégorie générale et spécifique)

Acte d'intervention	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I
Démarches pour l'usager :								
- Démarches pour l'usager	--	--	3	8	12	18	15	26
- Démarches pour répit-dépannage	--	--	--	--	--	--	--	--
- Démarches auprès d'autres établissements	1	2	3	9	--	--	4	11
- Démarche organisation de services	--	--	--	--	1	2	1	2
- Démarche pour camp de vacances	--	--	--	--	1	7	1	7
Sous-total	1	2	6	17	14	27	21	46
Poursuite de démarches :								
- Poursuite de démarches	2	7	1	1	15	78	18	86
Sous-total	2	7	1	1	15	78	18	86
Ordonnances et recommandations personnelles :								
- Ordonnance et recommandation professionnelle	--	--	3	10	13	29	16	39
- Recommandation professionnelle	--	--	--	--	--	--	--	--
Sous-total	--	--	3	10	13	29	16	39
Actions d'évaluation ou de réévaluation :								
- Actions d'évaluation ou de réévaluation	--	--	--	--	23	39	23	39
- Psychosociale	2	6	1	3	--	--	3	9
- Médicales	3	3	3	3	--	--	6	6
- Psychologique	5	17	3	8	--	--	8	25
- Nursing	7	10	3	4	--	--	10	14
- Psycho-éducation	1	1	--	--	--	--	1	1
Sous-total	18	37	10	18	23	39	51	94
Poursuite de l'évaluation ou de la réévaluation								
- Poursuite de l'évaluation ou de la réévaluation	1	1	--	--	15	39	16	40
Sous-total	1	1	--	--	15	39	16	40
Actions à caractères diagnostique :								
- Actions à caractères diagnostic	--	--	1	1	1	1	2	2
Sous-total	--	--	1	1	1	1	2	2
Actions d'observation ou de suivi :								
- Actions d'observation ou de suivi	1	1	1	2	36	117	38	120
- Suivi de l'état physique de l'usager	--	--	2	3	--	--	2	3
- Suivi et contrôle de la médication	1	1	2	4	--	--	3	5
- Surveillance immu.	--	--	2	4	--	--	2	4
- Suivi de la situation psychique de l'usager	1	1	2	5	--	--	3	6
- Cueillette d'information sur l'usager en vue d'établir son suivi	3	5	4	9	--	--	7	14
- Observation de l'enfant dans son milieu de vie	1	1	--	--	--	--	1	1
Sous-total	7	9	13	27	36	117	56	153
Actions éducatives et de prévention au plan psychosocial								
- Actions éducatives et de prévention au plan psychosocial	--	--	--	--	6	15	6	15
Sous-total	--	--	--	--	6	15	6	15
Actions éducatives et de prévention concernant les affaires matérielles et autres								
- Actions éducatives et de prévention concernant les affaires matérielles et autres	--	--	--	--	7	12	7	12
Sous-total	--	--	--	--	7	12	7	12
Actions à caractère psychosocial :								
- Actions à caractère psychosocial	--	--	--	--	7	15	7	15
- Relation d'aide	2	4	3	10	3	6	8	20
Sous-total	2	4	3	10	10	21	15	35
Support aux ressources existantes								
- Support aux ressources existantes	--	--	--	--	3	3	3	3
Sous-total	--	--	--	--	3	3	3	3

Actions de réadaptation et de réintégration sociale en santé mentale								
- Actions de réadaptation et de réintégration sociale en santé mentale	--	--	--	--	4	5	4	5
- Support et accompagnement eu égard aux habiletés de la vie quotidienne	1	2	--	--	--	--	1	2
Sous-total	1	2	--	--	4	5	5	7
Actions de concertation :								
- Actions de concertation	--	--	--	--	28	94	28	94
- Plan d'intervention	1	1	1	1	--	--	2	2
Sous-total	1	1	1	1	28	94	30	96
Total	33	63	38	85	175	480	246	628

Tableau 11 : Nombre d'usagers et d'interventions individuelles, selon le lieu et le mode, par territoire de CLSC

Lieu	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I
CLSC								
En présence de l'utilisateur :								
- rencontre	8	31	4	25	16	30	28	86
- communication téléphonique	3	5	3	3	3	2	9	10
En l'absence de l'utilisateur :								
- rencontre	--	--	2	2	23	59	25	61
- communication téléphonique	4	13	4	14	32	159	40	186
- communication autre	--	--	--	--	6	7	6	7
Sous-total	15	49	13	44	80	257	108	350
Domicile								
En présence de l'utilisateur :								
- rencontre	--	--	2	2	5	5	7	7
En l'absence de l'utilisateur :								
- rencontre	--	--	--	--	1	4	1	4
Sous-total	--	--	2	2	6	9	8	11
École								
En présence de l'utilisateur :								
- rencontre	1	1	2	2	1	5	4	8
En l'absence de l'utilisateur :								
- rencontre	--	--	1	1	1	4	2	5
- communication téléphonique	1	1	--	--	2	2	3	3
Sous-total	2	2	3	3	4	11	9	16
En service de garde								
	--	--	--	--	--	--	--	--
Locaux d'un organisme communautaire ou groupe du milieu								
	--	--	--	--	--	--	--	--
Autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux								
	--	--	--	--	--	--	--	--
Autres lieux								
	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	17	51	18	49	90	277	125	377

Tableau 12: Nombre d'usagers et d'interventions individuelles, selon le type de suivi, par territoire de CLSC

Suivi	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I
Aucun suivi sans référence formelle	1	1	2	5	5	7	8	13
Aucun suivi avec référence formelle à l'interne	--	--	--	--	6	7	6	7
Aucun suivi mais référence à l'externe	--	--	--	--	2	2	2	2
- Milieu scolaire	--	--	--	--	5	5	5	5
Suivi sans référence formelle	8	50	4	41	43	248	55	339
Suivi avec référence formelle à l'interne	--	--	1	3	2	8	3	11
Suivi avec référence formelle à l'externe	--	--	--	--			--	--
Total	9	51	7*	49	63	277	79	377

Tableau 13 : Distribution des membres des équipes territoriales pour l'intervention individuelle, par territoire de CLSC

ET*	La Source				Orléans				Portneuf				Total			
	Nb U	%	Nb I	%	Nb U	%	Nb I	%	Nb U	%	Nb I	%	Nb U	%	Nb I	%
E	4	50,0	14	27,5	4	100,0	21	42,8	NA	--	NA	--	8	14,0	35	9,3
I	7	87,5	10	19,6	4	100,0	5	10,2	37	82,2	129	46,6	48	84,2	144	38,2
M	3	37,5	4	7,8	3	75,0	7	14,3	3	6,7	4	1,4	9	15,8	15	4,0
P	5	62,5	17	33,3	3	75,0	12	24,5	17	37,8	47	17,0	25	43,9	76	20,2
TS	2	25,0	6	11,8	1	25,0	4	8,2	9	20,0	97	35,0	12	21,1	107	28,4

ET : équipe territoriale - E : éducatrice; I : infirmière; M : médecin; P : psychologue; TS : travailleuse sociale

Tableau 14 : Nombre d'usagers et d'interventions familiales, selon la raison, par territoire de CLSC (catégorie générale)

Raison d'intervention	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I
Problèmes reliés à la vie familiale	--	--	--	--	10	6	10	6
Problèmes de comportement	--	--	--	--	2	1	2	1
Problèmes d'adaptation sociale, de développement et de croissance personnelle	--	--	--	--	2	1	2	1
Troubles mentaux non –spécifiés	--	--	--	--	2	1	2	1
Total	--	--	--	--	16	9	16	9

Tableau 15 : Nombre d'usagers et d'interventions familiales, selon la raison, par territoire de CLSC (catégorie générale et spécifique)

Raison d'intervention	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I
Problèmes reliés à la vie familiale :								
- Problèmes reliés à la vie familiale	--	--	--	--	2	1	2	1
- Besoin d'aide dans un rôle parental ou autres rôles	--	--	--	--	2	2	2	2
- Difficulté à faire respecter les règles	--	--	--	--	2	1	2	1
- Difficultés reliées à certains comportements de l'enfant	--	--	--	--	4	2	4	2
Sous-total	--	--	--	--	10	6	10	6
Problèmes de comportement :								
- Problèmes de comportement	--	--	--	--	2	1	2	1
Sous-total	--	--	--	--	2	1	2	1
Problème d'adaptation sociale, de développement et de croissance personnelle :								
- Problèmes d'adaptation sociale, de développement et de croissance personnelle	--	--	--	--	2	1	2	1
Sous-total	--	--	--	--	2	1	2	1
Troubles mentaux non-spécifiés :								
- Troubles mentaux non –spécifiés	--	--	--	--	2	1	2	1
Sous-total	--	--	--	--	2	1	2	1
Total	--	--	--	--	16	9	16	9

Tableau 16 : Nombre d'usagers et d'*interventions familiales*, selon les actes, par territoire de CLSC (catégorie générale)

Acte d'intervention	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I
Actions d'évaluation ou de réévaluation	--	--	--	--	4	3	4	3
Actions d'observation ou de suivi	--	--	--	--	4	2	4	2
Actions à caractère psychosocial	--	--	--	--	2	1	2	1
Total	--	--	--	--	10	6	10	6

Tableau 17 : Nombre d'usagers et d'*interventions familiales*, selon les actes, par territoire de CLSC (catégorie générale et spécifique)

Acte d'intervention	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I
Actions d'évaluation ou de réévaluation :								
Actions d'évaluation ou de réévaluation	--	--	--	--	4	3	4	3
Sous-total	--	--	--	--	4	3	4	3
Actions d'observation ou de suivi :								
- Actions d'observation ou de suivi	--	--	--	--	2	1	2	1
- Observation de l'enfant dans son milieu de vie	--	--	--	--	2	1	2	1
Sous-total	--	--	--	--	4	2	4	2
Actions à caractère psychosocial :								
- Actions à caractère psychosocial	--	--	--	--	--	--	--	--
- Relation d'aide	--	--	--	--	2	1	2	1
Sous-total	--	--	--	--	2	1	2	1
Total	--	--	--	--	10	6	10	6

Tableau 18 : Nombre d'usagers et d'interventions familiales selon le lieu et le mode, par territoire de CLSC

Lieu	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I
CLSC								
En présence de l'utilisateur :								
- rencontre	--	--	--	--	--	--	--	--
- communication téléphonique	--	--	--	--	--	--	--	--
En l'absence de l'utilisateur :								
- rencontre	--	--	--	--	--	--	--	--
- communication téléphonique	--	--	--	--	--	--	--	--
- communication autre	--	--	--	--	--	--	--	--
Sous-total	--	--	--	--	--	--	--	--
Domicile								
En présence de l'utilisateur :								
- rencontre	--	--	--	--	2	2	2	2
En l'absence de l'utilisateur :								
- rencontre	--	--	--	--	--	--	--	--
Sous-total	--	--	--	--	2	2	2	2
École								
En présence de l'utilisateur :								
- rencontre	--	--	--	--	--	--	--	--
En l'absence de l'utilisateur :								
- rencontre	--	--	--	--	--	--	--	--
- communication téléphonique	--	--	--	--	--	--	--	--
Sous-total	--	--	--	--	--	--	--	--
En service de garde								
	--	--					--	--
Locaux d'un organisme communautaire ou groupe du milieu								
	--	--		--	--	--	--	--
Autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux								
	--	--	--	--	--	--	--	--
Autres lieux								
	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	--	--	--	--	2	2	2	2

Tableau 19 : Nombre d'usagers et d'interventions familiales, selon le type de suivi, par territoire de CLSC

Suivi	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I	Nb U	Nb I
Aucun suivi sans référence formelle	--	--	--	--	--	--	--	--
Aucun suivi avec référence formelle à l'interne	--	--	--	--	--	--	--	--
Aucun suivi mais référence à l'externe	--	--	--	--	--	--	--	--
Suivi sans référence formelle	--	--	--	--	4	3	4	3
Suivi avec référence formelle à l'interne	--	--	--	--	--	--	--	--
Suivi avec référence formelle à l'externe	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	--	--	--	--	4	3	4	3

Tableau 20 : Distribution des membres des équipes territoriales pour l'intervention familiale, par territoire de CLSC

ET	La Source				Orléans				Portneuf				Total			
	Nb U	%	Nb I	%	Nb U	%	Nb I	%	Nb U	%	Nb I	%	Nb U	%	Nb I	%
E	--		--		--		--		NA		--		--		--	
I	--		--		--		--		--		--		--		--	
M	--		--		--		--		--		--		--		--	
P	--		--		--		--		--		--		--		--	
TS	--		--		--		--		4		3		4		3	

SIC-SANTÉ MENTALE DES JEUNES

DESCRIPTION DES ACTIVITÉS PONCTUELLES

Tableau 1 : Distribution des activités ponctuelles selon le type d'activités, par territoire de CLSC

Type d'activités	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Activité ponctuelle individualisée	151	100,0	278	99,3	60	100,0	489	99,6
Activité ponctuelle de groupe	—	—	2	0,7	—	—	2	0,4
Total	151	100,0	280	100,0	60	100,0	491	100,0

Tableau 2 : Distribution des activités ponctuelles selon la raison, par territoire de CLSC

Raison	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1 raison								
Prévention-éducation	—	—	3	1,0	2	3,4	5	1,0
Demande d'information –conseil social	65	43,0	7	2,5	25	42,4	97	19,8
Demande d'information – conseil santé	—	—	140	50,0	2	3,4	142	29,0
Autres	86	57,0	113	40,4	18	30,5	217	44,3
5996 ?????	—	—	—	—	11	18,6	11	2,2
Sous-total	151	100,0	263	93,9	58	98,3	472	96,3
2 raisons								
Prévention-éducation + demande d'information conseil-social	—	—	2	0,7	—	—	2	0,4
Demande d'information conseil-social + demande d'information conseil-santé	—	—	1	0,4	—	—	1	0,2
Prévention-éducation + autres	—	—	1	0,4	—	—	1	0,2
Autres	—	—	4	1,4	—	—	4	0,8
Sous-total	—	—	8	2,9	—	—	8	1,6
3 raisons								
	—	—	9	3,2	1	1,7	10	2,0
Sous-total	—	—	9	3,2	1	1,7	10	2,0
Total	151	100,0	280	100,0	59	100,0	490	100,0

2 raisons :

- 5211 + 5012=4

3 raisons :

- 5211 + 3083 + 4902= 5

- 5211 + 3083 + 3080= 3

- 4902 + 4935 + 3005=1

Tableau 3 : Distribution des activités ponctuelles, selon le type d'acte posé, par territoire de CLSC

Acte	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Démarches pour l'utilisateur :								
- démarches pour l'utilisateur	--	--	119	42,5	--	--	119	24,5
Sous-total	--	--	119	42,5	--	--	119	24,5
Ordonnances et recommandations professionnelles :								
- recommandations professionnelles	--	--	5	1,8	6	11,1	11	2,3
- Support-sensibilisation-information auprès des proches	--	--	--	--	3	5,6	3	0,6
Sous-total	--	--	5	1,8	9	16,7	14	2,9
Actions de concertation :								
- actions de concertation	--	--	36	12,9	2	3,7	38	7,8
Sous-total	--	--	36	12,9	2	3,7	38	7,8
Autres actions :								
-autres actions	24	15,9	--	--	--	--	24	4,9
- soutien professionnel aux intervenants	--	--	--	--	--	--	--	--
- recherche d'information, de ressources	--	--	3	1,1	3	5,6	6	1,2
- co-intervention	--	--	--	--	--	--	--	--
- soutien clinique	--	--	5	1,8	1	1,9	6	1,2
- référence vers d'autres ressources	1	0,7	1	0,4	1	1,9	3	0,6
- demande de « conférences » - formation	--	--	--	--	--	--	--	--
- discussion clinique	104	68,9	80	28,6	3	5,6	187	38,6
- transmission d'information	6	4,0	7	2,5	16	29,6	29	6,0
- formation d'intervenants, de multiplicateurs	--	--	--	--	13	24,1	13	2,7
Sous-total	135	89,4	96	34,3	37	68,5	268	55,3
Combinaison *								
2 actes	8	5,3	24	8,6	1	1,9	33	6,8
3 actes	8	5,3	--	--	--	--	8	1,6
Sous-total	16	10,6	24	8,6	1	1,9	41	8,5
Autres								
6015	--	--	--	--	2	3,7	2	0,4
7400	--	--	--	--	3	5,6	3	0,6
Sous-total	--	--	--	--	5	9,3	5	1,0
Total	151	100,0	280	100,0	54	100,0	485	100,0

- Combinaison La Source :
2 raisons : 9990 + 9991 = 8
3 raisons : 9990 + 9991 + 6406 = 8

- Combinaison Orléans :
• 6000 + 6406=3
• 6000 + 9000=1
• 6406 + 9000=1
• 6709 + 7403=-1

- 9000 + 9991=2
• 9985 + 9991=1
• 9987 + 9988=1
• 9987 + 9991=2
• 9990 + 9991=12
• 9985 + 9988 + 9991=1

Tableau 4 : Distribution des activités ponctuelles, selon le lieu de dispensation de services, par territoire de CLSC

Lieu	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
CLSC	151	100,0	260	93,5	59	100,0	470	96,3
École (150)	--	--	11	4,0	--	--	11	2,3
160	--	--	3	1,1	--	--	3	0,6
En service de garde	--	--	--	--	--	--	--	--
Locaux d'un organisme communautaire ou groupe du milieu	--	--	4	1,4	--	--	4	0,8
Autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux	--	--	--	--	--	--	--	--
Autres lieux	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	151	100,0	278	100,0	59	100,0	488	100,0

Tableau 5: Distribution des activités ponctuelles, selon le mode d'interventions, par territoire de CLSC

Mode	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Rencontre	132	87,4	232	83,4	17	29,3	381	78,2
Communication téléphonique	19	12,6	34	12,2	23	39,7	76	15,6
Communication autre	--	--	12	4,3	9	15,5	21	4,3
Code 4	--	--	--	--	9	15,5	9	1,8
Total	151	100,0	278	100,0	58	100,0	487	100,0

Tableau 6 : Distribution des membres de l'équipe territoriale, par territoire de CLSC

Membre de l'équipe territoriale	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb Act.	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Éducatrice	24	15,9	45	16,1	NA	--	69	14,1
Infirmière	28	18,5	86	30,7	27	45,0	141	28,7
Médecin	27	17,9	32	11,4	1	1,7	60	12,2
Psychologue	37	24,5	54	19,3	20	33,3	111	22,6
Travailleuse sociale	35	23,2	63	22,5	12	20,0	110	22,4
Total	151	100,0	280	100,0	60	100,0	491	100,0

Tableau 7: Distribution des activités ponctuelles, selon la durée de l'activité, par territoire de CLSC

Durée de l'activité	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
0 *	--	--	114	40,7	--	--	114	33,5
1 - 15 minutes	--	--	14	5,0	25	41,7	39	11,5
16 - 30 minutes	--	--	100	35,7	19	31,7	119	35,0
31 - 60 minutes	--	--	42	15,0	12	20,0	54	15,9
61 - 90 minutes	--	--	--	--	3	5,0	3	0,9
91 - 120 minutes	--	--	3	1,1	1	1,7	4	1,2
121 minutes et plus	--	--	7	2,5	--	--	7	2,1
Total	--	--	280	100,0	60	100,0	340	100,0

ANNEXE 4

DONNÉES

- parents
- partenaires

QUESTIONNAIRES AUX PARTENAIRES

IDENTIFICATION DU RÉPONDANT

(n=38)

Tableau 1 : Proportion des répondants, par territoire de CLSC

Territoire de CLSC	Nb	%
CLSC La Source	9	23,7
CLSC Orléans	15	39,5
Centre de santé de Portneuf	14	36,8
Autre	--	--
Total	38	100,0

Tableau 2 : Proportion des répondants par milieu de travail, par territoire de CLSC

Milieu de travail	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Cabinet privé	2		--		2		4	10,5
Centre de la petite enfance	--		--		--		--	--
Centre jeunesse	--		1		2		3	7,9
CLSC	3		8		6		17	44,7
HDSCJ	--		--		--		--	--
Milieu scolaire	3		5		4		12	31,6
Autre	1		1		--		2	5,3
Total	9		15		14		38	100,0

Tableau 3 : Proportion des répondants par profession, par territoire de CLSC

Profession	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Infirmière	--		4		--		4	10,5
Médecin	3		--		3		6	15,8
Psychologue	3		3		3		9	23,7
Travailleuse sociale	2		4		6		12	31,6
Autre	1		4		2		7	18,4
Total	9		15		14		38	100,0

Tableau 4 : Proportion des répondants selon les volets « intervention clinique » et « soutien aux partenaires, par territoire de CLSC

Volets	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Volet « intervention clinique »	3	33,3	1	6,7	5	35,7	9	23,7
Volet « soutien aux partenaires »	2	22,2	6	40,0	2	14,3	10	26,3
Volet « intervention clinique » volet « soutien aux partenaires »	4	44,4	8	53,3	7	50,0	19	50,0
Total	9	100,0	15	100,0	14	100,0	38	100,0

Tableau 5 : Proportion des répondants selon le volet « intervention clinique », par territoire de CLSC

Volet « intervention clinique »	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1 fois	2	28,6	6	66,7	4	33,3	12	42,9
2 fois	2	28,6	2	22,2	—	—	4	14,3
3 fois	1	14,3	1	11,1	3	25,0	5	17,9
3-5 fois	—	—	—	—	1	8,3	1	3,6
5 fois et +	1	14,3	—	—	3	25,0	4	14,3
Nombre de fois non mentionné	1	14,3	—	—	1	8,3	2	7,1
Total	7	100,0	9	100,0	12	100,0	28	100,0

Tableau 6 : Proportion des répondants selon le volet « soutien aux partenaires », par territoire de CLSC

Volet « soutien aux partenaires »	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1 fois	4	66,7	7	50,0	4	44,4	15	51,7
2 fois	1	16,7	2	14,3	2	22,2	5	17,2
3 fois	—	—	3	21,4	1	11,1	4	13,8
3-5 fois	1	16,7	2	14,3	2	22,2	5	17,2
5 fois et +	—	—	—	—	—	—	—	—
Nombre de fois non mentionné	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	6	100,0	14	100,0	9	100,0	29	100,0

VOLET « INTERVENTION CLINIQUE »
(n=28)

Tableau 7 : Proportion des répondants selon les énoncés proposés, par territoire de CLSC

Énoncés	La Source (n= varie entre 4 et 7)				Orléans (n= 9)				Portneuf (n=12)				Total (n= entre 25 et 28)			
	En accord		En désaccord		En accord		En désaccord		En accord		En désaccord		En accord		En désaccord	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Réception de la demande adéquate	7	100,0	--	--	8	88,9	1	11,1	12	100,0	--	--	27	96,4	1	3,6
Informations demandées pertinentes	6	100,0	--	--	8	88,9	1	11,1	12	100,0	--	--	26	96,3	1	3,7
Documents demandés pertinents	6	100,0	--	--	7	77,8	2	22,2	11	91,7	1	8,3	24	88,9	3	11,1
Information transmise adéquate - répond aux besoins	5	100,0	--	--	7	77,8	2	22,2	10	83,3	2	16,7	22	84,6	4	15,4
Orientation proposée adéquate	4	100,0	--	--	5	55,6	4	44,4	11	91,7	1	8,3	20	80,0	5	20,0
Retour d'information suivi constant	5	83,3	1	16,7	7	77,8	2	22,2	8	66,7	4	33,3	20	74,1	7	25,9
Délais reliés au processus d'évaluation conviennent	4	66,7	2	33,3	6	66,7	3	33,3	8	66,7	4	33,3	18	66,7	9	33,3

Tableau 8 : Proportion des intervenantes, par territoire de CLSC

Nombre d'intervenantes	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1	1	14,3	4	44,4	3	25,0	8	28,6
2	3	42,8	2	22,2	5	41,7	10	35,7
3	1	14,3	1	11,1	4	33,3	6	21,4
4	1	14,3	2	22,2	--	--	3	10,7
5	1	14,3	--	--	--	--	1	3,6
Total	7	100,0	9	100,0	12	100,0	28	100,0

Tableau 9 : Proportion des intervenantes intégrées au dossier du client, par territoire de CLSC

Intervenantes	La Source (n= 7)		Orléans (n= 9)		Portneuf (n= 12)		Total (n= 28)	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Éducatrice	2	28,6	5	55,6	—	—	7	25,0
Infirmière	6	85,7	5	55,6	10	83,3	21	75,0
Médecin	4	57,1	—	—	5	41,7	9	32,1
Psychologue	4	57,1	5	55,6	6	50,0	15	53,6
Travailleuse sociale	3	42,9	4	44,4	4	33,3	11	39,3

Tableau 10: Proportion des répondants selon les énoncés proposés par catégorie d'intervenantes, par territoire de CLSC

Énoncés	La Source				Orléans				Portneuf				Total			
	En accord		En désaccord		En accord		En désaccord		En accord		En désaccord		En accord		En désaccord	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Éducatrice																
Information transmise adéquate - répond aux besoins	2		--		5		--		--				7	100,0	--	--
Temps accordé suffisant	2		--		5		--		--				7	100,0	--	--
Délais de réponse satisfaisant	2		--		5		--		--				7	100,0	--	--
Infirmière																
Information transmise adéquate - répond aux besoins	6		--		4		1		10		--		20	95,2	1	4,8
Temps accordé suffisant	6		--		5		--		9		1		20	95,2	1	4,8
Délais de réponse satisfaisant	5		--		5		--		8		2		18	90,0	2	10,0
Médecin																
Information transmise adéquate - répond aux besoins	4		--		--		--		5		--		9	100,0	--	--
Temps accordé suffisant	4		--		--		--		4		1		8	88,9	1	11,1
Délais de réponse satisfaisant	4		--		--		--		4		1		8	88,9	1	11,1
Psychologue																
Information transmise adéquate - répond aux besoins	4		--		5		--		5		1		14	93,3	1	6,7
Temps accordé suffisant	4		--		5		--		5		1		14	93,3	1	6,7
Délais de réponse satisfaisant	3		--		5		--		5		1		13	92,9	1	7,1
Travailleuse sociale																
Information transmise adéquate - répond aux besoins	3		--		3		1		4		--		10	90,9	1	9,1
Temps accordé suffisant	3		--		4		--		4		--		11	100,0	--	--
Délais de réponse satisfaisant	2		--		3		1		4		--		9	90,0	1	10,0

Tableau 11 : Proportion des répondants quant à l'amélioration de certains formulaires, par territoire de CLSC

Réponse	La Source		Orléans		Portneuf		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
« Formulaire de référence et d'utilisation » - Portneuf								
Oui	--	--	--	--	3	25,0	3	25,0
Non	--	--	--	--	5	41,7	5	41,7
Ne sait pas	--	--	--	--	4	33,3	4	33,3
Aucune réponse	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	--	--	--	--	12	100,0	12	100,0
Formulaire « Évaluation multidisciplinaire » La Source – Orléans								
Utilisation								
Oui	1		2		--	--	3	18,7
Non	6		7		--	--	13	81,3
Aucune réponse	--		--		--	--	--	--
Total	7		9		--	--	16	100,0
Améliorations à apporter								
Oui			1		--	--	1	6,2
Non	1				--	--	1	6,2
Ne sait pas	--				--	--	--	--
Ne s'applique pas	6		8				14	87,6
Total	7		9		--	--	16	100,0

Tableau 12 : Proportion des répondants selon l'amélioration de la communication entre les différents partenaires impliqués, par territoire de CLSC

Réponse	La Source (n= 3)		Orléans (n= 7)		Portneuf (n= 12)		Total (n= 22)	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Oui	1	33,3	2	28,6	3	25,0	6	27,3
Non	1	33,3	5	71,4	6	50,0	12	54,5
Ne sait pas	1	33,3	--	--	3	25,0	4	18,2
Autre	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	3	100,0	7	100,0	12	100,0	22	100,0

Tableau 13 : Proportion des répondants selon le renforcement de la capacité des intervenantes à intervenir auprès de la clientèle TDAH, par territoire de CLSC

Réponse	La Source (n= 5)		Orléans (n= 7)		Portneuf (n= 10)		Total (n= 22)	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Oui	3	60,0	2	28,6	2	20,0	7	31,8
Non	2	40,0	5	71,4	7	70,0	14	63,6
Ne sait pas	--	--	--	--	1	10,0	1	4,5
Autre	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	5	100,0	7	100,0	10	100,0	22	100,0

Tableau 14 : Proportion des répondants selon la qualification globale des services reçus par l'équipe territoriale, par territoire de CLSC

Réponse	La Source (n= 7)		Orléans (n= 9)		Portneuf (n= 12)		Total (n= 28)	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Satisfaisant	6	85,7	5	55,6	8	66,7	19	67,9
Insatisfaisant	1	14,3	4	44,4	4	33,3	9	32,1
Autre	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	7	100,0	9	100,0	12	100,0	28	100,0

Tableau 15 : Proportion des répondants selon l'intérêt des partenaires à référer à nouveau des enfants à l'équipe territoriale, par territoire de CLSC

Réponse	La Source (n= 7)		Orléans (n= 9)		Portneuf (n= 12)		Total (n= 28)	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Oui	6	100,0	5	55,6	11	91,7	22	81,5
Non	--	--	3	33,3	1	8,3	4	14,8
Oui et non	--	--	1	11,1	--	--	1	3,7
Ne sait pas	--	--	--	--	--	--	--	--
Autre	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	6	100,0	9	100,0	12	100,0	27	100,0

VOLET « SOUTIEN AUX PARTENAIRES »
(n=29)

Tableau 16 : Proportion des répondants selon les énoncés proposés, par territoire de CLSC

Énoncés	La Source (n= varie entre 2 et 6)				Orléans (n= varie entre 12 et 14)				Portneuf (n= varie entre 6 et 9)				Total (n= varie entre 20 et 29)			
	En accord		En désaccord		En accord		En désaccord		En accord		En désaccord		En accord		En désaccord	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Information transmise adéquate	6	100,0	--	--	12	100,0	--	--	8	88,9	1	11,1	26	96,3	1	3,7
Réponse offerte correspond aux besoins	5	83,3	1	16,7	11	78,6	3	21,4	6	66,7	3	33,3	22	75,9	7	24,1
Orientation proposée adéquate	3	100,0	--	100,0	11	91,7	1	83,3	8	100,0	--	--	22	95,6	1	4,3
Temps accordé suffisant	3	75,0	1	25,0	13	100,0	--	--	8	88,9	1	11,1	24	92,3	2	7,7
Délai de réponse convient	4	80,0	1	20,0	14	100,0	--	--	7	87,5	1	12,5	25	92,6	2	7,4
Type de « soutien » offert adéquat	2	100,0	--	100,0	12	92,3	1	7,7	4	66,7	2	33,3	18	85,7	3	14,3

Tableau 17 : Proportion des répondants selon l'amélioration des connaissances, par territoire de CLSC

Réponse	La Source (n= 5)		Orléans (n= 14)		Portneuf (n= 9)		Total (n= 28)	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Oui	2	40,0	11	78,6	5	55,6	18	64,3
Non	3	60,0	3	21,4	3	33,3	9	32,1
Ne sait pas	--	--	--	--	1	11,1	1	3,6
Autre	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	5	100,0	14	100,0	9	100,0	28	100,0

Tableau 18 : Proportion des répondants selon l'amélioration des interventions, par territoire de CLSC

Réponse	La Source (n= 5)		Orléans (n= 13)		Portneuf (n= 9)		Total (n= 27)	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Oui	2	40,0	8	61,5	1	11,1	11	40,7
Non	3	60,0	5	38,5	5	55,6	13	48,1
Ne sait pas	--	--	--	--	3	33,3	3	11,1
Autre	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	5	100,0	13	100,0	9	100,0	27	100,0

Tableau 19 : Proportion des répondants selon l'amélioration de la communication entre les différents partenaires impliqués, par territoire de CLSC

Réponse	La Source (n= 4)		Orléans (n= 8)		Portneuf (n= 8)		Total (n= 20)	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Oui	3	75,0	4	50,0	3	37,5	10	50,0
Non	1	25,0	3	37,5	4	50,0	8	40,0
Ne sait pas	--	--	1	12,5	1	12,5	2	10,0
Autre	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	4	100,0	8	100,0	8	100,0	20	100,0

Tableau 20 : Proportion des répondants selon l'amélioration de la capacité d'évaluer ou de prendre en charge la clientèle TDAH, par territoire de CLSC

Réponse	La Source (n= 5)		Orléans (n= 10)		Portneuf (n= 7)		Total (n= 22)	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Oui	2	40,0	8	80,0	2	28,6	12	54,5
Non	3	60,0	2	20,0	3	42,8	8	36,4
Oui et non	--	--	--	--	2	28,6	2	9,1
Autre	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	5	100,0	10	100,0	7	100,0	22	100,0

Tableau 21 : Proportion des répondants selon la qualification globale des services reçus par l'équipe territoriale, par territoire de CLSC

Réponse	La Source (n= 6)		Orléans (n= 13)		Portneuf (n= 8)		Total N= 27)	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Satisfaisant	5	83,3	12	92,3	6	75,0	23	85,2
Insatisfaisant	1	16,7	1	7,7	2	25,0	4	14,8
Autre	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	6	100,0	13	100,0	8	100,0	27	100,0

Tableau 22 : Proportion des répondants selon l'intérêt des partenaires à référer à nouveau à l'équipe territoriale, par territoire de CLSC

Réponse	La Source (n= 6)		Orléans (n= 114)		Portneuf (n= 8)		Total (n= 28)	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Oui	4	66,7	13	92,9	8	100,0	25	89,3
Non	1	16,6	1	7,1	--	--	2	7,1
Oui et non	1	16,6	--	--	--	--	1	3,6
Autre	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	6	100,0	14	100,0	8	100,0	28	100,0

QUESTIONNAIRES AUX PARENTS
(n = 21)

Tableau 1 : Proportion des parents selon les affirmations concernant divers aspects des services reçus

Affirmations	En accord		En désaccord		Aucune réponse	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Vous avez été traité avec respect	21	100,0	—	—	—	—
On a pris le temps nécessaire pour s'occuper de vous	20	95,2	01	4,8	—	—
Les intervenantes à qui vous avez parlé ou que vous avez rencontrées ont eu une écoute attentive	21	100,0	—	—	—	—
On a traité votre dossier de manière confidentielle	18	85,7	—	—	03	14,3
On vous a parlé dans des mots que vous pouviez facilement comprendre	21	100,0	—	—	—	—
En général, les intervenantes ont été chaleureuses	20	95,2	01	4,8	—	—
On vous a incité à obtenir le soutien de votre entourage	17	81,0	02	9,5	02	9,5
On vous a mis en contact avec des personnes, des groupes ou des ressources du milieu	18	85,7	03	14,3	—	—
On vous a informé :						
- sur le problème de santé de votre enfant	20	95,2	—	—	01	4,8
- sur les traitements	18	85,7	02	9,5	01	4,8
- sur les services disponibles	18	85,7	02	9,5	01	4,8
L'heure des services vous convient	21	100,0	—	—	—	—
La durée des services vous convient	20	95,2	01	4,8	—	—
Le délai de réponse est satisfaisant	19	90,5	02	9,5	—	—
Si un ami avait d'une aide semblable à la vôtre, vous n'hésiteriez pas à le référer à l'équipe territoriale en santé mentale des enfants et des adolescents	20	95,2	01	4,8	—	—

Tableau 2 : Proportion des parents selon que l'aide obtenue correspondait ou non à leurs besoins

Appréciation	Nombre	%
Correspond bien à leurs besoins	18	85,7
Correspond peu à leurs besoins	02	9,5
Ne sait pas	01	4,8
Total	21	100,0

Tableau 3: Proportion des parents selon leur appréciation générale des services reçus

Appréciation	Nombre	%
Satisfait	19	90,5
Insatisfait	02	9,5
Total	21	100,0

ANNEXE 5

DONNÉES

- FORMATION POURSUIVIE PAR LES ÉQUIPES TERRITORIALES**
- FORMATION POURSUIVIE PAR LES PARTENAIRES**

Objectif : Amener les équipes territoriales à acquérir les connaissances et les habiletés afin d'assurer le mandat, les rôles et responsabilités qui leur ont été dévolus.

1. INFORMATION

2. FORMATION

CENTRE DE SANTÉ DE PORTNEUF

Information/ Formation	Type d'activités	Participant-s	Thème abordé	Nombre de rencontres ou autres	Durée des rencontres ou autres
1	3	6-9*	Présentation des professionnels de l'HDSCJ et des équipes territoriales ainsi que leurs rôles	1	7
1	3	2-4-5	Sic – nomenclature	3	7
1	4	5-9	Outils d'évaluation familiale systémique	1	7
1	3	5	Préparation des groupes-parents avec AQETA	2	6
1	1-3	5	Outils d'évaluation /service social	1	7
1	4	6-9*	Fonctionnement des équipes, profil des références, échanges d'outils, statistiques, évaluation	2	7
1	4	5-9*	Outil d'évaluation/service social	1	5
1	3	6-9*	Nomenclature (SIC)	1	5
1-2	7	2-5	Troubles d'apprentissage Idem	1 2	6 8 (chacune)

* : superviseur clinique

Type d'activités	Participant	Nombre de rencontres	Durée des rencontres ou autres
1. Documentation écrite	1. Éducatrice	1. 1 rencontre	1. moins de 14 minutes
2. Appel téléphonique	2. Infirmière	2. 2 rencontres	2. 15-29 minutes
3. Rencontre	3. Médecin	3. 3 rencontres	3. 30-44 minutes
4. Échange d'expertise entre les membres de l'équipe territoriale	4. Psychologue	4. Entre 3 et 5 rencontres	4. 45-59 minutes
5. Jumelage avec des pairs de l'HDSCJ	5. Travailleuse sociale	5. Plus de 5	5. 60-89 minutes
6. Rencontre avec un pédopsychiatre	6. Tous les membres de l'équipe	9. Autre	6. 90-119 minutes
7. Participation à des colloques	9. Autre		7. 3 heures
9. Autre			8. 1 journée
			9. Autre

Objectif : Amener les équipes territoriales à acquérir les connaissances et les habiletés afin d'assurer le mandat, les rôles et responsabilités qui leur ont été dévolus.

1. INFORMATION

2. FORMATION

CENTRE DE SANTÉ DE PORTNEUF

Information /Formation	Type d'activités	Participant-s	Thème abordé	Nombre de rencontres ou autres	Durée des rencontres ou autres
1-2	3	5	Réponses aux parents d'enfants TDAH/APEDAH	1	7
1-2	5	5-9	Journée clinique «service social»	1	8
2	9 Conférence	5	Plans d'interventions à l'école	1	7
2	1-6	6-9*	TDA/H par Dr Maurice Boudreault et Dr René Boisvert	3	9(4,5 hres)
2	9 Conférence	5	Encadrement des enfants avec TDA/H	1	7
2	9	5	Formation systémique service social	2	8(chacune)

* = superviseur clinique

Type d'activités	Participant	Nombre de rencontres	Durée des rencontres ou autres
1. Documentation écrite	1. Éducatrice	1. 1 rencontre	1. moins de 14 minutes
2. Appel téléphonique	2. Infirmière	2. 2 rencontres	2. 15-29 minutes
3. Rencontre	3. Médecin	3. 3 rencontres	3. 30-44 minutes
4. Échange d'expertise entre les membres de l'équipe territoriale	4. Psychologue	4. Entre 3 et 5 rencontres	4. 45-59 minutes
5. Jumelage avec des pairs de l'HDSCJ	5. Travailleuse sociale	5. Plus de 5	5. 60-89 minutes
6. Rencontre avec un pédopsychiatre	6. Tous les membres de l'équipe	9. Autre	6. 90-119 minutes
7. Participation à des colloques	9. Autre		7. 3 heures
9. Autre			8. 1 journée
			9. Autre

Objectif : Amener les équipes territoriales à acquérir les connaissances et les habiletés afin d'assurer le mandat, les rôles et responsabilités qui leur ont été dévolus.

1. INFORMATION

2. FORMATION

CLSC LA SOURCE - ORLÉANS

Information/ Formation	Type d'activités	Participant-s	Thème abordé	Nombre de rencontres ou autres	Durée des rencontres ou autres
1	3	1-2-4-5	SIC nomenclature	3	7
2	1-3-9	6	Programme de formation de parents d'enfants désobéissants	2	8
2	1-3-9	6	Formation sur le TDAH par pédopsychiatre	3	7
2	3	5	Évaluation familiale	1	7
2	7	4	Évaluation TDAH en psychologie scolaire	2	8
2	9	2	Examen de la vue primaire	2	--
2	9	2	Examen auditif primaire	2	--
2	9	6	Groupe Barkeley (formateurs de l'Hôtel-Dieu-de-Lévis)	2	8
2	9	6	Plan d'intervention	2	7
2	Formation	6	Programme de formation s'adressant aux parents d'enfants ayant des troubles extériorisés.	2	8
2	Formation	6	Formation des pédopsychiatres sur le trouble déficitaire de l'attention / hyperactivité	1	9 (4 heures)

Type d'activités	Participant	Nombre de rencontres	Durée des rencontres ou autres
1. Documentation écrite	1. Éducatrice	1. 1 rencontre	1. moins de 14 minutes
2. Appel téléphonique	2. Infirmière	2. 2 rencontres	2. 15-29 minutes
3. Rencontre	3. Médecin	3. 3 rencontres	3. 30-44 minutes
4. Échange d'expertise entre les membres de l'équipe territoriale	4. Psychologue	4. Entre 3 et 5 rencontres	4. 45-59 minutes
5. Jumelage avec des pairs de l'HDSCJ	5. Travailleuse sociale	5. Plus de 5	5. 60-89 minutes
6. Rencontre avec un pédopsychiatre	6. Tous les membres de l'équipe	9. Autre	6. 90-119 minutes
7. Participation à des colloques	9. Autre		7. 3 heures
9. Autre			8. 1 journée
			9. Autre

**FORMATION-RÉSEAU SUR LE TROUBLE DÉFICITAIRE DE
L'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ(TDAH)
RÉSULTATS DES ÉVALUATIONS DES PARTICIPANTS**

Groupe/Volet:	La Source-Orléans			Portneuf		
	G#1-V1 (MD)	G#1-V2 (MD)	G#1-V3 (MD)	G#2-V1 (MD)	G#2-V2 (MD)	G#2-V3 (MD)
Type de professionnel:	(MD)	(MD)	(MD)	(MD)	(MD)	(MD)
Date:	20/01/00	24/02/00	23/03/00	17/02/00	02/03/00	30/03/00
N de participants:	N=35			N=18		
Énoncés:						
Les connaissances transmises sont complètes.	4,5	4,5	4,5	4,67	4,62	4,57
Les connaissances transmises correspondent à mes attentes.	4,41	4,35	4,41	4,75	4,46	4,43
La présentation informatisée supporte bien la matière enseignée.	4,64	4,65	4,59	4,83	4,69	4,69
Le manuel facilite l'apprentissage.	4,36	4,43	4,41	4,75	4,54	4,79
Les connaissances acquises influenceront ma pratique.	4,5	4,61	4,45	4,42	4,54	4,43
Les outils cliniques du manuel seront utiles à ma pratique.	4,45	4,48	4,48	4,42	4,38	4,36
Résultat global:	4,5	4,5	4,5	4,6	4,5	4,5

Échelle d'évaluation:
"Entièrement d'accord" = 5
4
"D'accord" = 3
2
"Pas du tout d'accord" = 1

Groupe G# 1= La Source/Orléans V1= Volet # 1 V2= Volet # 2 V3= Volet # 3
Groupe G# 2= Portneuf V1= Volet # 1 V2= Volet # 2 V3= Volet # 3

ANNEXE 6

**ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX
(HIÉRARCHISATION DES SERVICES)**

Organisation des services médicaux (hiérarchisation des services)
sur la base de l'inscription de la population auprès d'un médecin de 1^{re} ligne
et des modes mixtes de rémunération des médecins liés aux responsabilités assumées par ces médecins

Services	Définition	Usagers	Caractéristiques essentielles	Dispensateurs	Lieux de prestation
1 ^{ère} ligne	Services courants de santé qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de régler la majorité des préoccupations et des problèmes communs de la population.	Population vivant à domicile au moment de consulter un médecin	Accessibilité 24/7 Globalité Continuité Homogénéité	Omnipraticiens agissant comme pivot responsable du maintien de la santé de ses patients, des services courants et de la continuité des soins dans le système de santé	Cabinets médicaux CLSC Centre de santé Milieux de travail Institution d'enseignement Domicile
2 ^{ème} ligne	Résolution de problèmes complexes de santé	Personnes ayant des problèmes complexes ne pouvant être résolus en 1 ^{ère} ligne	Accessible uniquement sur recommandation de professionnels de la 1 ^{ère} ligne	Médecins spécialistes auxquels s'ajoutent des médecins omnipraticiens exerçant en 2 ^{ème} ligne.	CH généraux CH spécialisés
3 ^{ème} ligne	Services médicaux ultra-spécialisés	Personnes présentant des problèmes très complexes de santé ou dont la prévalence est faible	Accessible uniquement sur recommandation d'un médecin	Équipes de médecins spécialisés et surspécialisés	CH à vocation sur spécialisés



G 15,206

E 4358

Ex. 2

AUTEUR

RACINE, PIERRE

REGIE REGIONALE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE
QUEBEC - DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE

TITRE :

PROJET PILOTE EQUIPES TERRITORIALES EN SANTE MENTALE A
L'INTENTION DES ENFANTS, DES ADOLESCENTS, DE LEURS PARENTS ET DE
LEURS PROCHES SUR TROIS TERRITOIRES - CLSC LA SOURCE, CLSC
ORLEANS ET LE CENTRE DE SANTE DE PORTNEUF - RAPPORT

DATE

NOM

G 15,206

Ex. 2