

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

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

Mai 2000

WM  
105  
R335  
2000



*Vous pouvez vous procurer ce document 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](mailto:sbelanger@cspq.qc.ca)

ISBN : 2-89496-148-0

**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**

**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**

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

*Institut national de santé publique du Québec  
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200  
Montréal (Québec) H2J 3G8  
Tél.: (514) 597-0606*

**Mai 2000**

## 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. Suite à une démarche régionale menée auprès des principaux partenaires intervenant dans ce dossier, un certain nombre d'éléments relatifs à l'organisation des services sont ressortis. On constate, entre autres, que les services sont centralisés, qu'ils ne sont pas nécessairement disponibles rapidement, qu'il y a un manque de coordination entre eux entraînant une réponse incomplète aux besoins des personnes, que des activités se font en parallèle (dédoublément de services) et qu'il y a une méconnaissance des rôles respectifs des différents partenaires.

Au regard de ces préoccupations, la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec adoptait, en septembre 1995, un plan concernant la transformation des services de santé et des services sociaux (1995-1998). Ce plan comportait, en lien avec la problématique santé mentale, quatre mesures soit : unifier la pédopsychiatrie, ouvrir quatre lits d'urgence au CHUL, fermer quinze lits à l'interne de l'Hôtel-Dieu-du-Sacré-Cœur-de-Jésus et déconcentrer les services sur les plans local et territorial des services généraux et spécialisés en santé mentale des jeunes et en pédopsychiatrie. Les trois premières mesures ont été réalisées entre 1995 et 1998. En même temps, il y a eu la mise en place de deux ressources humaines spécialisées en pédopsychiatrie au centre hospitalier de Charlevoix pour desservir le territoire de Charlevoix. Quant à la quatrième, les démarches en vue de sa réalisation ont commencé en 1998 et ont abouti en 1999 avec l'implantation *de deux équipes territoriales en santé mentale à l'intention des enfants, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches à titre de projet pilote.*

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

Ce rapport présente les résultats d'une collecte d'information réalisée lors de l'étape de la *préimplantation* (mai à octobre/novembre 1999). Un second rapport sera publié à l'automne 2000 présentant les résultats de l'étape d'implantation (novembre à mai).

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 ce projet.

Des remerciements s'adressent aussi à madame Antonyne Bourassa qui a contribué à l'édition finale de ce rapport.

## RÉSUMÉ

Depuis plusieurs années, la région de Québec est préoccupée par la santé mentale de sa population et par l'organisation de son réseau de services. Les jeunes constituent une clientèle qui ressort de plus en plus, tant en ce qui a trait à ses problèmes de santé mentale, qu'en ce qui a trait à la distribution des services. En 1998-1999, un comité régional de pédopsychiatrie est mis en place et recommande, entre autres, l'implantation d'équipes territoriales en santé mentale à l'intention des enfants, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches. En mai 1999, deux équipes territoriales voient le jour et sont implantées, à titre de projet pilote, sur trois territoires de CLSC à savoir : La Source, Orléans et 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, ayant entre 5 et 12 ans. Finalement, ces équipes sont constituées d'intervenantes provenant de diverses professions (éducatrice, infirmière, médecin, psychologue et travailleuse sociale) et un pédopsychiatre agit à titre de « pédopsychiatre conseil ».

Une étude de type descriptif a été réalisée au cours de la préimplantation (mai à novembre 1999), laquelle a permis d'assurer le suivi de la mise en œuvre des équipes territoriales. Les résultats, dans leur globalité, montrent que les équipes territoriales ont atteint leur premier objectif soit celui de mettre en place l'ensemble des éléments allant leur permettre de réaliser l'implantation officielle de ces équipes quelques mois plus tard. Plus spécifiquement, elles se sont assurées d'une compréhension commune du mandat à réaliser, ont déterminé leurs rôles, ont défini la clientèle, le volet « intervention clinique » et le volet « soutien aux partenaires » et elles ont déterminé une trajectoire de services. Finalement, elles ont transposé le fruit de ce travail dans des documents de programmation et ont élaboré des instruments de collecte de données.

L'analyse des données a également permis d'identifier un certain nombre de difficultés rencontrées en cours de préimplantation, inhérentes à un tel processus. Ces difficultés se retrouvent, plus particulièrement, au niveau organisationnel. Les principales difficultés relevées ont trait à l'ajustement d'une équipe ayant à couvrir deux territoires ; à la coordination ; à la compréhension du mandat ; à la définition des rôles, particulièrement ceux du médecin et du pédopsychiatre et à l'adaptation du système d'information clientèle des CLSC pour la clientèle prioritaire. Quant à l'aspect professionnel, un des principaux problèmes a été celui de la formation à assurer, particulièrement, auprès des équipes territoriales.

Finalement, un certain nombre de conditions gagnantes ont été identifiées, en lien avec les difficultés rencontrées. Les principales sont : s'assurer de la compréhension commune du mandat ; s'assurer de la constitution complète des équipes territoriales ; prévoir du temps médical à la santé mentale des jeunes ; créer des passerelles avec les autres équipes et s'assurer de la formation. L'identification de ces conditions gagnantes a pour but d'éviter les difficultés mentionnées antérieurement aux futures équipes territoriales.

## TABLE DES MATIÈRES

AVANT PROPOS ET REMERCIEMENTS.....	iii
RÉSUMÉ.....	iv
TABLE DES MATIÈRES.....	v
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	vi
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES.....	vii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE.....	2
1.1 Éléments de contexte.....	2
1.2 Objet d'évaluation.....	3
1.3 Contexte d'implantation.....	5
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION.....	7
2.1 But, objectifs et population à l'étude.....	7
2.2 Cadre d'analyse.....	7
2.3 Sources des données, traitement et analyse.....	8
CHAPITRE 3 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	9
3.1 Planification et organisation des équipes territoriales.....	9
3.2 Réalisation du mandat.....	11
CHAPITRE 4 : DISCUSSION.....	17
4.1 Aspect organisationnel.....	17
4.2 Aspect professionnel.....	20
4.3 Aspect relationnel.....	22
4.4 Conditions gagnantes.....	23
4.5 Forces et limites de l'étude.....	25
CONCLUSION.....	26
RÉFÉRENCES.....	27
ANNEXES.....	29
Annexe 1 : Synthèse des principales activités reliées au développement de l'expertise.....	29
Annexe 2 : Identification des problématiques importantes à répondre dans les prochaines années.....	34

## **LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES**

---

- AEO : Accueil, évaluation et orientation
- CHUL : Centre hospitalier de l'université Laval
- CHUQ : Centre hospitalier de l'université du Québec
- CLSC : Centre local de services communautaires
- CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- HDSCJ : Hôtel-Dieu-du-Sacré-Cœur-de-Jésus
- MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
- PI : Plan d'intervention
- PSI : Plan de services individualisé
- RRSSS : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec
- SIC : Système d'information clientèle en CLSC
- TDAH : Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

## LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

---

<b>Tableau 1</b> : Éléments de contexte reliés à l'organisation des services en santé mentale de la région de Québec.....	2
<b>Tableau 2</b> : Composition des équipes territoriales.....	5
<b>Figure 1</b> : Cadre conceptuel.....	8

## INTRODUCTION

En septembre 1995, la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec adoptait, dans son plan de transformation de services de santé et services sociaux 1995-1998, une mesure visant la déconcentration, sur les plans local et territorial, des services généraux et spécialisés en santé mentale des jeunes et en pédopsychiatrie. Les travaux réalisés par le comité régional de pédopsychiatrie de Québec venaient renforcer cette orientation et y spécifiait la mise en place d'équipes territoriales en santé mentale à l'intention des jeunes, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches. C'est ainsi qu'au printemps 1999, la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec dégage les argents nécessaires à la mise en place de deux équipes territoriales : l'une desservant les territoires des CLSC La Source et Orléans et l'autre du Centre de santé de Portneuf. De plus, des argents sont octroyés afin d'en faire l'évaluation et d'assurer la formation des équipes territoriales et des partenaires impliqués dans ce projet pilote.

Ce document comprend quatre chapitres : un premier aborde la problématique, un second présente la méthodologie d'évaluation, le suivi des résultats est présenté au chapitre 3 et un dernier chapitre aborde des éléments de discussion.

## CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

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

### 1.1 Éléments de contexte

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), ainsi que la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la région de Québec (RRSSS) sont préoccupés, depuis de nombreuses années, par la santé mentale de sa population et par l'organisation de son réseau de services. Plusieurs documents ont été élaborés et comités de travail mis en place afin de développer un réseau de services en santé mentale (voir tableau 1).

Tableau 1 : Éléments de contexte reliés à l'organisation des services en santé mentale de la région de Québec.

Année	Documents - comités de travail
1989	Le Québec se dote de sa première politique de santé mentale.
1992	Élaboration de la politique de la santé et du bien-être, politique allant encadrer les futures réflexions quant à l'organisation des services de santé mentale.
1993-1994	Exercice régional mis en place afin d'identifier les priorités régionales de la santé et du bien-être, lequel a permis de mettre en évidence les préoccupations particulières que suscite, dans la région de Québec, la santé des jeunes.
1994	Comité mis sur pied (RRSSS) ayant pour mandat de réfléchir sur la réorganisation des services psychiatriques, lequel met en évidence l'importance des jeunes en santé mentale de même que l'écart existant entre le besoin d'interventions psychiatriques et le besoin d'autres interventions de santé mentale.
1995	La RRSSS adopte son plan d'action en matière d'objectifs de santé et de bien-être pour la région autour de huit problématiques dont la santé mentale.
1996	Mise en place d'un second comité (comité régional de pédopsychiatrie de Québec) ayant pour mandat de définir un modèle d'organisation de services en pédopsychiatrie.
1998-1999	Mise en place d'un troisième comité devant assumer la continuité du comité mis en place en 1996.
<b>Documents d'orientation ayant trait à l'organisation des services</b>	
1990	PROS en santé mentale de la région de Québec.
1995-1998	Plan triennal de transformation du réseau de la santé de la région de Québec.
1998	Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale (MSSS).
1999-2002	Plan de consolidation du réseau de la santé, région de Québec.

La mise en place du dernier « comité régional de pédopsychiatrie de Québec », lequel avait reçu pour mandat « d'élaborer un réseau de services en santé mentale des jeunes et en pédopsychiatrie », a été à l'origine des équipes territoriales en santé mentale des jeunes, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches. De fait, suite à une collecte d'information

auprès des principaux partenaires intervenant auprès des jeunes et des adolescents, on constate un certain nombre de problèmes reliés à l'organisation des services tels qu'une centralisation, une disponibilité restreinte, un manque de coordination entraînant une réponse incomplète aux besoins des personnes, un dédoublement et une méconnaissance des rôles respectifs des différents partenaires.

Des données de 1996-97<sup>1</sup>, provenant de l'HDSCJ, montrent que 33 % des jeunes âgés entre 0 et 17 ans se retrouvent dans les catégories diagnostiques suivantes : trouble déficit de l'attention ou trouble des comportements perturbateurs (i.e. hyperactivité, opposition, conduite).

Au cours de la même année, la consommation de services professionnels se traduit ainsi :

- 54 % des clients ne sont rencontrés que par le pédopsychiatre ;
- 44 % des clients sont rencontrés, en plus du pédopsychiatre, par les professionnels de la santé suivant : travailleur social (17,5 % des clients), orienteur (14 % des clients), orthopédagogue (12 % des clients), psychologue (8,5 % des clients), orthophoniste et ergothérapeute (7 % des clients). Il faut mentionner que le client peut recevoir des services de plusieurs de ces professionnels.

De ces différents problèmes et constats, ledit comité en arrive à recommander, entre autres, la mise en place d'équipes territoriales<sup>2</sup>.

## **1.2 Objet d'évaluation**

La présente démarche évaluative porte spécifiquement sur les deux *équipes territoriales*. Leur description sera faite à partir des éléments suivants : milieux participants, mandat, rôles et responsabilités, clientèle prioritaire et composition.

Les *milieux participants* sont au nombre de trois, il s'agit des territoires de La Source, Orléans et Portneuf. Les équipes territoriales sont rattachées cliniquement et administrativement à un CLSC, lequel agira à titre d'organisme fiduciaire. Deux équipes territoriales ont été constituées, l'une couvrant deux territoires à savoir ceux de La Source et Orléans, l'autre couvrant Portneuf. L'équipe territoriale ayant à couvrir deux territoires sera localisée au CLSC Orléans.

Les équipes territoriales<sup>3</sup> ont pour *mandat* « d'assurer l'évaluation et le traitement<sup>4</sup> des enfants et des adolescents aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de détresse

---

<sup>1</sup> Statistiques de l'HDSCJ

<sup>2</sup> Équipes territoriales : cette expression sera utilisée en remplacement de l'expression suivante : équipes territoriales en santé mentale à l'intention des jeunes, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches, afin d'alléger le texte.

<sup>3</sup> Ces équipes se situent entre la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> ligne.

<sup>4</sup> Traitement : interventions cliniques spécifiques, limitées dans le temps, visant à réévaluer et à ajuster les interventions biopsychosociales, pour stabiliser l'état de santé du jeune et permettre aux services référents d'assurer le suivi.

psychologique dont le niveau de services requis dépasse celui des services offerts par les équipes des services locaux » (RRSSS, 1999).

Les rôles et responsabilités liés à ce mandat ont été regroupés sous deux volets :

- volet « *intervention clinique* » qui vise à assurer 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. De façon plus spécifique, les objectifs poursuivis sont les suivants :
  - assurer la liaison avec les intervenants du milieu et prendre la relève provisoirement lorsque l'instabilité, l'intensité et la sévérité des problématiques le nécessitent ;
  - fournir une évaluation complémentaire à celles déjà effectuées et assurer le traitement pour stabiliser l'état de santé et permettre aux personnes référentes d'assurer le suivi ;
  - participer à l'élaboration et à la réalisation du plan de services individualisés (PSI) ;
  - assurer la liaison et référer aux services spécialisés les enfants et adolescents qui, après évaluation, nécessitent de tels services et assurer le retour dans le milieu avec ou sans le soutien des services régionaux.
  
- volet « *soutien aux partenaires* » qui vise à 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. De façon plus spécifique, les objectifs poursuivis sont les suivants :
  - soutenir, sur demande, les médecins omnipraticiens, les pédiatres et les intervenants des services locaux ;
  - participer, sur demande, à la formation des intervenants du milieu ;
  - collaborer, au besoin, aux activités de prévention, de promotion et de dépistage dans ce secteur.

Finalement, il est prévu que ces équipes participent aux activités d'évaluation et de recherche.

La *clientèle prioritaire* présente une problématique d'hyperactivité ou de déficit de l'attention, ayant entre 5 et 12 ans. Cependant, les bassins de population différant d'un territoire à l'autre, il a été convenu, pour le territoire de Portneuf, qu'il y ait un ajout progressif de deux autres clientèles : la clientèle des 12-17 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.

La *composition* des équipes territoriales, préétablie par la Régie régionale, devait comprendre, minimalement, une infirmière, une travailleuse sociale, une psychologue, une éducatrice spécialisée et un médecin, tous à temps plein, pour l'équipe se retrouvant sur le territoire de la Communauté urbaine de Québec (équipe territoriale La Source-Orléans). L'équipe de Portneuf devait comprendre, pour sa part, un médecin et 2,5 postes

professionnels dont une infirmière. De plus, un pédopsychiatre devait être désigné, par territoire, à titre de « pédopsychiatre conseil » (voir tableau 2).

Ces deux équipes peuvent également compter sur le soutien et l'expertise des ressources humaines spécialisées en pédopsychiatrie de l'HDSCJ.

Tableau 2 : Composition des équipes territoriales

CLSC La Source-Orléans	Centre de santé de Portneuf
Coordonnatrice : 2 jours/semaine <sup>5</sup> ➤ 1 éducatrice (temps complet) ➤ 1 infirmière (temps complet) ➤ 1 psychologue (temps complet) ➤ 1 travailleuse sociale (temps complet) ➤ 1 médecin (2 jours semaine)	Coordonnatrice : ½ journée/semaine <sup>6</sup> ➤ 1 infirmière (temps complet) ➤ 1 psychologue (demi-temps) ➤ 1 travailleuse sociale (temps complet) ➤ 1 médecin (1 ½ jour/semaine)
À titre de « pédopsychiatre conseil »	
➤ 1 pédopsychiatre : ½ journée/semaine (fréquence pourra être revue en fonction des besoins et des ressources disponibles)	➤ 1 pédopsychiatre : ½ journée/semaine (fréquence pourra être revue en fonction des besoins et des ressources disponibles)

### 1.3 Contexte d'implantation

Le *contexte d'implantation* sera abordé à trois niveaux : un premier a trait aux moyens mis en place afin de s'assurer de la réalisation de ce projet, un deuxième à l'importance de connaître l'environnement dans lequel chacun des projets va se dérouler et un troisième a trait à des principes directeurs.

Les *moyens* mis en place afin de réaliser ce projet sont divers. Un premier moyen réfère à la mise en place de *comités aviseurs*, constitués des partenaires impliqués auprès de la clientèle visée. Leurs mandats sont les suivants :

- de faciliter l'implantation du projet pilote, son suivi et son évaluation ;
- de participer au développement des connaissances relatives à la clientèle, incluant la formation ;
- de faire connaître leur avis sur le projet par des recommandations à l'organisme concerné ;
- d'assurer l'intégration des équipes territoriales à la structure locale ;
- de s'assurer de la liaison et de la complémentarité avec les services régionaux en pédopsychiatrie et les services locaux des territoires.

<sup>5</sup> La fonction de coordonnatrice touche deux aspects : gestion et supervision clinique.

<sup>6</sup> Idem à 5.

Un deuxième moyen utilisé a été l'*allocation*, par la RRSSS, d'un *montant non récurrent pour la coordination de la mise en place de ces équipes*.

Un dernier moyen mis en place est né de la volonté de chacune des équipes territoriales de *se rencontrer afin d'échanger sur l'élaboration du projet et les différentes modalités de fonctionnement*.

Le contexte d'implantation ne s'avère pas être le même pour chacune des équipes territoriales et en ce sens, elles devaient tenir compte d'un certain nombre d'éléments reliés à l'*environnement* tels que la situation géographique, la population à desservir, les organisations dans lesquelles chacune d'elles aura à travailler et les partenaires avec lesquels elles devront collaborer. Cet aspect est à retenir, car il influencera, de diverses manières, la mise en place des équipes territoriales.

Finalement, il est important de mentionner que les équipes territoriales étaient guidées par un certain nombre de *principes directeurs*, émis par le comité régional de pédopsychiatrie de Québec, pour « répondre correctement aux besoins des jeunes et de leurs parents » (RRSSS, 1999). Ces principes, ayant comme toile de fond la décentralisation des services, sont au nombre de trois et se libellent ainsi :

- être *accessible* c'est-à-dire que les services doivent être disponibles, [simples à obtenir], à proximité des utilisateurs et dispensés dans les meilleurs délais ;
- être en *continuité* c'est-à-dire que des mécanismes de liaison formels doivent être convenus entre les différents partenaires en vue d'assurer une trajectoire de services ininterrompue ;
- être *complémentaire* c'est-à-dire que les rôles et responsabilités des différents dispensateurs de services doivent être articulés de façon à éviter l'absence de services ou les dédoublements (RRSSS, 1999).

## CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

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 d'analyse, sources des données, traitement et analyse. Il est bon de rappeler que cette étude en est une *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, huit objectifs ont été identifiés. Le présent rapport ne couvrant que l'étape de la préimplantation, seuls les objectifs ayant trait à cette étape sont présentés, à savoir :

- décrire les principaux facteurs organisationnels du programme cadre ;
- analyser le fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire (utilisation des instruments, participation aux rencontres, disponibilité des ressources, soutien à l'équipe (au plan administratif, clinique, etc.) ;
- 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.

### 2.2 Cadre d'analyse

Le cadre d'analyse 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 d'analyse est constitué de trois étapes ayant chacune leur propre finalité (voir figure 1). La première étape, la *préimplantation* est le point de départ du processus ; elle 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, de cette façon, 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 bien documenter ces changements. Comme le souligne Bellavance, cette étape permet de fournir périodiquement des informations standardisées, fiables et utiles sur les aspects les plus importants du projet par le biais de collectes de données.

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 (analyse de la prestation de services sous l'angle de l'accessibilité, la continuité, la complémentarité et la satisfaction).

Dans le cadre de ce rapport, seule l'étape 1 (préimplantation) sera documentée.

Figure 1 : Cadre conceptuel

PRÉIMPLANTATION		SUIVI DE L'IMPLANTATION	UTILITÉ DU PROGRAMME
Éléments du programme cadre : > identification des problèmes > identification des besoins de la population âgée entre 0-17 ans > objectifs > composition des équipes > philosophie d'intervention > clientèle cible > instrumentation . pour les équipes territoriales . pour les partenaires > approches, rôles et responsabilités . des équipes territoriales . des partenaires > volets reliés au fonctionnement : . « intervention clinique » . « soutien aux partenaires » > sources de référence > mécanisme de référence	Partenaires <sup>7</sup> : > intervenants locaux : . intervenants du CLSC . omnipraticiens en cabinets privés . milieu scolaire . milieu de garde . organismes communautaires > intervenants régionaux : . HDSCJ . Centre jeunesse	Prestation de services sous l'angle de : > l'accessibilité > la continuité > la complémentarité Caractéristiques : > 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 : > l'accessibilité > la continuité > la complémentarité Analyse des données sous l'angle de la satisfaction de la clientèle : > aspect relationnel > aspect professionnel > aspect organisationnel Imprévus observés au cours de l'implantation (changement du contenu et des modalités de gestion)
Équipe de conception et de promotion			Résultats du modèle

### 2.3 Sources des données, traitement et analyse

Quatre sources de données ont été exploitées afin de documenter l'étape de la préimplantation à savoir : 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. De plus, l'ensemble des documents élaborés par les équipes territoriales seront répertoriés et analysés.

Le traitement et l'analyse des données seront faites à partir de l'analyse de contenu propre aux méthodes qualitatives (Huberman et Miles, 1991 ; Deslauriers, 1991).

<sup>7</sup> Partenaires : tout organisme ou établissement dispensant des services aux jeunes et à leur famille sur le territoire d'un CLSC.

## CHAPITRE 3 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les résultats présentés couvrent l'étape de la préimplantation, laquelle s'est déroulée sur une période de six mois, plus précisément de mai à octobre/novembre 1999.

Afin de réaliser cette étape, trois moyens ont été utilisés, à savoir : les comités aviseurs, la coordination des équipes territoriales et les rencontres interéquipes. De façon globale, ces moyens se sont avérés pertinents et utiles.

Les *comités aviseurs*, lesquels se réunissaient, en moyenne, aux six semaines, ont particulièrement été utiles à titre d'interface avec la RRSSS et l'HDSCJ afin de faire connaître un certain nombre de problèmes et essayer de trouver des solutions. Ces comités ont également permis de soulever des questions, d'amener certaines clarifications auprès des partenaires et de valider le plan d'action de chacune des équipes territoriales. Finalement, ils ont été un lien important avec les partenaires impliqués, visant ainsi une plus grande intégration de tous et chacun.

La *coordination* des équipes a joué un rôle essentiel. Elle a permis de concentrer les actions des membres des équipes territoriales autour du mandat qui leur était dévolu et de le rendre « opérationnel » pour la mise en place de l'étape d'implantation.

Finalement, les *rencontres interéquipes* se sont avérées très positives. En effet, ce moyen a permis aux équipes territoriales d'en arriver à une compréhension commune du travail à faire, de discuter des problèmes rencontrés en cours de route qu'ils soient similaires ou différents et de se soutenir tout au long de ce processus.

Les résultats, dans leur globalité, montrent que les équipes territoriales ont atteint leur premier objectif soit celui de mettre en place l'ensemble des éléments allant leur permettre de réaliser l'implantation officielle de ces équipes quelques mois plus tard. Elles se sont assurées d'une compréhension commune du mandat à réaliser, ont déterminé leurs rôles, ont défini la clientèle, le volet « intervention clinique » et le volet « soutien aux partenaires » et elles ont déterminé une trajectoire de services. Finalement, elles ont transposé le fruit de ce travail dans des documents de programmation et ont élaboré des instruments de collecte de données.

Afin de présenter, de façon plus détaillée, les résultats, ces derniers ont été regroupés sous deux volets : planification-organisation des équipes territoriales et réalisation du mandat.

### ***3.1 Planification et organisation des équipes territoriales***

La planification et l'organisation des équipes territoriales réfèrent aux éléments suivants : constitution des équipes, compréhension du mandat, définition des rôles, planification du temps de travail individuel et d'équipe et organisation de l'environnement de travail.

La *constitution des équipes* s'est réalisée au cours du mois d'avril 1999. La coordonnatrice de l'équipe territoriale La Source-Orléans, avec la participation des coordonnatrices des équipes famille-enfance-jeunesse du CLSC La Source et du CLSC Orléans, ainsi que le directeur des programmes enfance-famille-adulte du territoire de Portneuf ont discuté du processus et ont utilisé la même approche tant pour l'ouverture des postes (définitions) que pour les entrevues de sélection (orale et écrite). L'ensemble des postes de chacune des équipes territoriales ont été comblés au printemps (10 et 17 mai 1999).

La *compréhension du mandat* est une étape très importante à franchir tant par les équipes territoriales que par les partenaires. Les équipes territoriales sont parvenues à une compréhension commune des deux volets couverts par le mandat et à déterminer un modèle organisationnel compatible avec le mandat dévolu. Quant aux partenaires, une première sensibilisation a été faite lors de rencontres qui ont démontré que les attentes et les intérêts étaient diversifiés et pas nécessairement en lien avec le mandat octroyé aux équipes territoriales et qu'à ce titre, il fallait qu'elles s'assurent de leur compréhension la plus juste possible.

Les *rôles* devaient être définis à deux niveaux : les rôles de l'équipe territoriale en tant que ressource et les rôles des intervenantes de l'équipe territoriale.

Les rôles de *l'équipe territoriale* ont été définis, certes à partir du mandat qui leur était octroyé, mais également à partir de ce que les autres intervenants du réseau de la santé et des services sociaux accomplissaient dans le réseau. Cette réflexion était extrêmement importante à faire, car les équipes territoriales sont des équipes qui viennent en complément aux services existants. Quant aux rôles de chacune des *intervenantes*, ceux-ci ont été déterminés de diverses façons c'est-à-dire à partir de la description officielle de chacune des professions et des rencontres entre intervenantes de même profession (à l'intérieur de chacune des équipes territoriales ou à l'HDSCJ).

De plus, il avait été identifié, dès l'origine de ce projet, la nécessité de déterminer une personne qui aurait à jouer les rôles d'accueil-évaluation-orientation (AEO) et de liaison. C'est à l'infirmière que ces rôles ont été dévolus. Deux éléments soutiennent ce choix. Un premier a trait au fait que l'infirmière, de par sa formation, est à même d'effectuer une évaluation dite « globale ». Un deuxième réfère au fait que l'infirmière, une fois son évaluation bio-psycho-sociale effectuée, n'a pas souvent à revoir le jeune alors que les autres intervenantes de l'équipe territoriale sont susceptibles de devoir rencontrer plus d'une fois le jeune et/ou sa famille, que ce soit pour l'évaluation ou pour une prise en charge provisoire.

La *planification du temps de travail individuel et d'équipe* a été une étape importante. Chacune des intervenantes avait des tâches à accomplir en lien avec ses compétences et ses fonctions. De plus des rencontres d'équipe hebdomadaires étaient inscrites dans le calendrier de travail et avaient pour but principal d'échanger sur l'avancement des travaux, des difficultés rencontrées et des solutions à mettre en place.

*L'organisation de l'environnement de travail* a été et demeure difficile à réaliser. De fait, les intervenantes arrivaient dans un environnement où, visiblement, les locaux étaient une denrée rare. Pour ce qui est de l'équipe territoriale de Portneuf, il a suffi de quelques mois avant que celle-ci se retrouve dans des locaux plus fonctionnels. Pour l'équipe territoriale La Source-Orléans, les difficultés rencontrées sont plus importantes et ne sont pas encore réglées. Du fait que cette dernière a un local situé à l'extérieur du CLSC fiduciaire et aucun local dans le CLSC du second territoire à couvrir a pour conséquence que l'équipe territoriale est peu ou pas du tout connue par les intervenants de chacun de ces CLSC. Le fait d'être à l'extérieur du CLSC fiduciaire fait en sorte que l'équipe territoriale se sent isolée (manque de communication, de contacts avec les intervenants du CLSC) et trouve très difficile de créer des alliances, élément très important lors de la mise en place de nouvelles équipes.

Les deux équipes territoriales appréhendent beaucoup l'étape d'implantation, car on prévoit déjà les difficultés à surmonter quant à la disponibilité et à l'accessibilité de locaux pour les activités de consultation et d'examen cliniques.

### ***3.2 Réalisation du mandat***

Les résultats reliés au mandat seront abordés à partir de chacun des volets à savoir : le volet « intervention clinique » et le volet « soutien aux partenaires ».

#### ***Volet « intervention clinique »***

Le développement de ce volet couvrirait plusieurs éléments dont les principaux sont les suivants : programme cadre, clientèle cible, « intervention clinique », trajectoire de services et processus d'intervention.

Un *programme cadre* a été élaboré par l'une des équipes territoriales. Ce programme vise à asseoir les bases théoriques et cliniques pour mieux aider à définir l'approche, le rôle des intervenants et pouvoir faire les ajustements nécessaires en cours de route. Il comporte une revue des principales problématiques et facteurs de risque en lien avec la santé mentale des jeunes, l'identification d'un modèle de services et l'application possible en hyperactivité et une revue de données statistiques pertinentes. Ce programme a également servi de base de réflexion à l'autre équipe territoriale.

La *clientèle cible* était définie, dans le projet initial, de la façon suivante : « des enfants et des adolescents dont la problématique, à cause de l'instabilité, de la sévérité et de la complexité de la situation, dépasse le niveau d'intervention offert par les intervenants locaux sans toutefois exiger toute la diversité des services dispensés par les services régionaux (spécialisés) » ou « qui ont reçu des services spécialisés dispensés au niveau régional et pour lesquels une référence est effectuée (RR, 1999). De façon plus spécifique, la RRSSS demandait aux deux équipes territoriales de cibler, prioritairement, la clientèle des 5-12 ans ayant des problèmes d'hyperactivité.

Suite aux discussions concernant la clientèle cible, il est proposé par le comité aviseur d'élargir graduellement la clientèle de l'équipe territoriale de Portneuf. Cette clientèle-cible touchera les 3-4 ans avec un retard de développement significatif et celle des 12-17 ans présentant des problèmes d'anxiété et de dépression (détresse psychologique).

Malgré cette décision, il a été convenu que toutes les demandes seront analysées. Dans l'éventualité où une demande ne correspond pas à la clientèle prioritaire ou à l'un des volets du mandat, une réponse sera donnée avec un maximum d'information, selon les connaissances de l'équipe territoriale. Cette décision tient compte du fait que ces équipes sont en implantation et qu'elles devront, en même temps, offrir des services, se former et finaliser l'ensemble des outils dont elles auront besoin pour réaliser leur travail. De plus, deux types de problématiques ont été identifiés comme *exclus* de facto, il s'agit des clients en crise aiguë et ceux ayant trait aux expertises légales, lesquelles situations seront référées soit à l'urgence du CHUQ - Hôpital CHUL ou à l'HDSCJ.

L'« *intervention clinique* » a été définie comme étant une activité complémentaire aux interventions réalisées par les partenaires. Cette « *intervention clinique* » est provisoire et intensive, ce qui ne présuppose aucune prise en charge à long terme. Il s'agit plus spécifiquement d'effectuer des investigations complémentaires, des évaluations prolongées afin d'établir un diagnostic différentiel, de stabiliser une situation, d'assumer une prise en charge temporaire et intensive visant à ajuster le traitement ou d'organiser la référence aux services spécialisés.

Afin d'assumer ce volet, une formation « continue » avait été prévue. De fait, quoique les intervenantes engagées pour constituer les équipes territoriales aient, en grande partie, les compétences nécessaires pour réaliser leur mandat, il avait été prévu qu'un ou deux pédopsychiatres seraient désigné-s par territoire en vue de les soutenir et de développer tant leur expertise que celle des médecins omnipraticiens des CLSC, celle des médecins de cabinets privés du territoire et celle des pédiatres. On avait même identifié la fréquence des rencontres (1/2 journée/semaine). Ces pédopsychiatres devaient être disponibles dès la mise en place des équipes territoriales. Cependant, des délais importants, reliés à la disponibilité de ces ressources, sont survenus avant que ces derniers puissent se joindre aux équipes territoriales.

Cependant, les équipes territoriales ne sont pas demeurées en attente. En effet, elles ont utilisé d'autres moyens en vue d'acquérir un certain nombre de connaissances portant sur les problèmes de santé mentale vécus par les jeunes et le développement d'un savoir spécifique sur l'évaluation et le traitement des problématiques de santé mentale des jeunes retenues comme étant prioritaires. Les principales activités reliées à cette démarche sont les suivantes : lecture de documentation écrite, échange avec des pairs (appels téléphoniques, rencontres), échange d'expertise entre les membres des équipes territoriales, jumelage avec des pairs de l'HDSCJ, rencontres avec des pédopsychiatres ou avec d'autres partenaires et participation à des colloques. (voir annexe 1)

La *trajectoire de services* est au cœur de ce projet, au-delà du fait qu'elle représente les étapes à franchir pour effectuer une référence, elle campe, concrètement, le rôle des équipes territoriales et celui des partenaires. La logique sous-jacente à la trajectoire de services est liée à deux « principes » à savoir : la *complémentarité* des équipes territoriales aux équipes oeuvrant actuellement dans le réseau et la *non-substitution* de ces équipes territoriales à un manque de ressources ou à un manque de temps des intervenants des autres ressources à assumer leur mandat.

Les équipes territoriales ont défini la trajectoire de services en mettant l'enfant, les parents et leurs proches et les partenaires au cœur de la démarche, dans le sens où elles sont en soutien à l'un comme à l'autre. Cette orientation a débouché sur l'élaboration de protocoles pour les divers partenaires, sur la trajectoire à proprement parlé et sur les outils à utiliser. En ce qui a trait aux outils, la majorité de ceux élaborés sont similaires d'une équipe à l'autre, qu'il s'agisse des formules ayant trait à la confidentialité, à la collecte de données ou à l'autorisation des parents pour divulguer l'information ayant trait à leur enfant etc. Cependant, lorsque l'on arrive à la « mécanique », une différence apparaît.

Pour l'équipe territoriale de Portneuf, des intervenants pivots ont été identifiés pour chacun des partenaires. Ces intervenants ont pour rôle de s'assurer que chacune des références faites par leur intervenant est justifiée, qu'ils ont fait ce qu'ils devaient faire et assurer le suivi. Il ne faut pas comprendre que ce sont les intervenants pivots qui font les références, ce rôle revient toujours à l'intervenant lui-même, au même titre que le retour d'information se fait auprès du référent. De plus, lorsque l'équipe territoriale a des informations à transmettre aux partenaires, elle peut passer par ces intervenants pivots. Seul le groupe des omnipraticiens n'a pas d'intervenants pivots.

Quant à l'équipe territoriale de La Source-Orléans, la mécanique diffère quelque peu dans le sens où un formulaire commun circule et doit être complété par chacun des partenaires ayant à évaluer un jeune. Cette formule a pour but de susciter la collaboration interprofessionnelle et de faciliter la communication d'information confidentielle puisque c'est un outil unique d'autorisation pour les différents professionnels impliqués. De plus, il campe davantage le rôle des équipes traitantes, préalablement à l'intervention de l'équipe territoriale.

Le *processus d'intervention* est différent de la trajectoire dans le sens où il représente les étapes à franchir lorsque la référence est reçue par l'infirmière. Le processus est identique pour les deux équipes territoriales. Il comprend plusieurs étapes à savoir : la réception des demandes, l'évaluation de ces demandes couvrant l'ensemble des besoins (jeunes / famille / intervenants), la vérification de l'admissibilité de la demande et l'orientation de la demande (quatre possibilités : maintien dans la ressource référente avec ou sans soutien de l'équipe territoriale, référence vers des ressources de 1<sup>ère</sup> ligne, référence à l'équipe territoriale ou référence vers des services spécialisés). Si la demande est acheminée à l'*équipe territoriale*, celle-ci procède à l'évaluation de la problématique du jeune et de sa famille par discipline professionnelle (selon le besoin manifesté), statue sur une conclusion clinique ou un diagnostic et établit des recommandations sur le traitement. Selon l'orientation proposée, l'équipe territoriale peut assumer divers rôles tels que l'évaluation, l'observation, le soutien clinique, l'établissement d'un plan d'intervention (PI), d'un plan de services individualisé

(PSI), une prise en charge temporaire ou effectuer une référence vers des services spécialisés. Il y a transmission des informations, auprès des personnes concernées, de façon continue et ce, jusqu'à la fermeture du dossier.

### **Volet « soutien aux partenaires »**

Préalablement au développement de ce volet, une activité visant à recueillir de l'information auprès des principaux partenaires a été réalisée. Cette activité visait à savoir si ces partenaires voyaient la clientèle retenue, quels étaient les besoins non-comblés par les services déjà existants et quels étaient les besoins de formation en lien avec cette clientèle. Des approches différentes ont été utilisées par chacune des équipes territoriales.

L'équipe territoriale de Portneuf a transmis deux lettres une aux intervenants et une aux médecins, avec chacune un questionnaire adapté. Cette lettre a été transmise à tous les partenaires s'occupant ou se préoccupant des 0-17 ans. Un suivi était accordé par le biais d'une rencontre avec les partenaires. Finalement, un bilan a été réalisé faisant ressortir les principaux éléments de besoins (voir annexe 2). L'équipe territoriale La Source-Orléans a utilisé une approche différente. Elle s'est concentrée sur les partenaires préoccupés uniquement par les problèmes d'hyperactivité ou de déficits de l'attention, chez les 5-12 ans. L'importance du nombre de jeunes présentant ce type de problèmes et le fait que d'autres problématiques réfèrent à d'autres partenaires a été à la base de cette décision. La collecte de données s'est faite auprès d'un certain nombre de partenaires lors de rencontres et a été complétée par une démarche plus systématique mise en place lors du lancement officiel de l'équipe, par la remise d'un questionnaire aux partenaires visant spécifiquement les besoins de formation.

Plusieurs types d'activités ont été pensés afin de soutenir les partenaires, il s'agit de l'information-conseil, la référence, la formation et le soutien clinique.

Le volet « soutien aux partenaires » comporte une activité très importante soit celle reliée à la formation. Initialement, les équipes territoriales ont cru qu'elles devaient développer les divers contenus correspondant aux besoins identifiés lors de la collecte de données. Cependant, au cours des premiers mois, une certaine « confusion » s'est installée, car d'autres personnes étaient à développer des « programmes de formation ». En ce sens, une question a été posée : « qui fait quoi ? ». Cette confusion est en partie due au fait qu'initialement, un comité régional de formation, relevant de la RRSSS, devait être mis en place et recevoir les besoins des partenaires et s'assurer du développement de programmes de formation. Ce comité n'ayant pas été mis sur pied a fait en sorte que les équipes territoriales ont cru qu'elles devaient assumer ce mandat. Dans les faits, les équipes territoriales peuvent offrir de la formation, mais davantage dans l'optique d'un « soutien aux partenaires » (exemple : cointervention) ou transmettre de l'information lors de rencontres d'équipes. Par contre, des demandes exigeant davantage de temps devraient être référées au futur comité régional, pour lesquelles, exceptionnellement, les équipes régionales pourraient être mises à contribution.

Quoique le comité de formation ne soit pas encore mis sur pied, deux pédopsychiatres ont été mandatés par la RRSSS pour élaborer un programme de formation s'adressant aux médecins en cabinet privé, en CLSC, aux pédiatres et aux équipes territoriales. Il faut mentionner que bien que ces pédopsychiatres travaillent à l'HDSCJ, ces derniers offriront ces formations à titre privé, car l'HDSCJ n'a pas pour mandat d'offrir de la formation.

Quant aux formations qui s'adressent à tout autre partenaire, ces dernières pourront être offertes par des personnes provenant de divers milieux, y compris les intervenantes des équipes territoriales, via le comité régional de formation. Les principes de base étant que chacun des partenaires ait la formation adéquate, adaptée à chacun d'eux et que soient utilisées les formations déjà existantes.

### ***Élaboration de documents de programmation et d'instruments de collecte de données***

Afin d'élaborer les documents de programmation et les instruments de collecte de données, les équipes territoriales ont fait des recherches sur les projets déjà implantés au Québec et touchant la santé mentale des jeunes particulièrement, la problématique ayant trait au « trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité » (TDAH). Ces expériences sont peu nombreuses, en fait, trois expériences ont été répertoriées, lesquelles se déroulent dans trois régions différentes soit Beauce-Etchemin, Shawinigan et Montréal. Ces expériences, quoique présentant des modèles de fonctionnement qui diffèrent, partagent un certain nombre de points communs dans leur approche. Ces points peuvent se résumer ainsi :

- l'importance du partenariat, particulièrement avec les milieux scolaires, les médecins et les centres jeunesse ;
- l'importance de l'implication des parents dans le suivi de leur enfant ;
- la mise en place d'une équipe multidisciplinaire ;
- une approche multimodale (concertation des différents intervenants) ;
- l'évaluation et la prise en charge des jeunes.

Les équipes territoriales ont donc contacté ou rencontré des personnes en lien avec ces expériences afin d'en connaître les contenus et se procurer la documentation pertinente. L'information ainsi recueillie leur a permis d'alimenter leur réflexion sur divers éléments tels que les rôles des intervenants, les trajectoires de services, les instruments de collecte de données etc.

Les informations glanées au cours de ces rencontres ainsi que leur réflexion personnelle leur ont permis d'élaborer des documents de programmation et des instruments de collecte de données.

Les documents de programmation traduisent, concrètement, la façon dont le mandat sera réalisé. Ces documents, tels que le programme cadre, la trajectoire de services, les critères

de sélection, les protocoles etc. serviront de base, de point de référence tout au long de l'étape d'implantation.

Les instruments de collecte de données, comme le nom l'indique, serviront à collecter l'ensemble des informations nécessaires à l'évaluation des équipes territoriales que ce soit par rapport à la clientèle desservie, les services offerts ou en ce qui a trait aux liens avec les partenaires etc.

## CHAPITRE 4 : DISCUSSION

Afin de faciliter la discussion, les résultats ont été ramenés à trois thèmes correspondant aux aspects suivants : organisationnel, professionnel et relationnel. Dans le cadre d'une préimplantation, il va s'en dire que l'aspect « organisationnel » prend une place prépondérante.

### *4.1 Aspect organisationnel*

L'aspect « organisationnel » réfère à l'ensemble des éléments à mettre en place permettant la réalisation du mandat.

#### *Couverture de deux territoires par une équipe territoriale*

La couverture de deux territoires, par une équipe territoriale unique, a permis d'observer un certain nombre d'éléments qui augmentent les difficultés quant à l'implantation d'une telle équipe. Ces difficultés sont de divers ordres. Au niveau de l'organisation elle-même, il devient difficile de tenir compte de la culture organisationnelle spécifique de chacun des milieux. Au niveau de la compréhension du mandat, une interprétation différente de ce dernier complexifie la réflexion. Au niveau de la localisation de l'équipe territoriale, on observe qu'il y a un non-sentiment d'appartenance pour un des milieux et une méconnaissance de l'équipe dans l'autre milieu. Un autre problème réfère au fait que les intervenantes de l'équipe territoriale ne sont pas toutes engagées par le CLSC fiduciaire, ce qui soulève un certain nombre de questions reliées à la confidentialité des informations, à l'ouverture d'un dossier et son archivage.

#### *Coordination des équipes territoriales*

Le problème de la coordination ne réside pas dans la fonction elle-même, reconnue comme essentielle par les deux équipes territoriales, mais au *temps* octroyé et au *changement de coordonnateur*.

Le *temps* octroyé à la coordination joue sur deux plans : celui de la durée et celui du nombre d'heures affectées par semaine. Initialement, il avait été prévu un montant d'argent non récurrent pour la coordination de la mise en place des deux équipes territoriales. Les modalités devaient être convenues entre le CLSC fiduciaire et le Centre de santé de Portneuf. La proposition était à l'effet d'engager une personne afin d'assurer la coordination des deux équipes territoriales. Ce qui était jugé, par un des milieux, comme peu réaliste. De fait, il était difficile de concevoir qu'une personne puisse gérer deux équipes, sur trois territoires de CLSC, que la personne ait la connaissance de chacun de ces territoires et le temps nécessaire afin de mener à terme chacun des projets. Ce qui a eu pour conséquence, qu'un des milieux a dû absorber à même ses budgets le poste de coordination (1 jour /semaine).

Il ne faudrait pas déduire, trop rapidement, que cette disponibilité restreinte a été à l'origine de la prolongation de la période de préimplantation. De fait, d'autres éléments tels que la « maturation » du projet, l'appriovoisement des intervenantes entre elles et les impondérables (ex : délais) rencontrés quant à la disponibilité soit du médecin ou du pédopsychiatre sont à considérer. Cependant, il est certain que cette difficulté a joué sur la résolution des problèmes, sur l'avancement de certains travaux et sur la perception des intervenantes quant à l'importance de ces équipes. Cette situation suppose donc que les intervenantes fassent preuve d'une grande autonomie.

Le *changement de coordonnateur*, dans une des équipes, a eu certaines conséquences. Le fait que trois personnes assument ce rôle, sur une période de trois mois, dans un contexte de démarrage d'une équipe, n'ait pas sans soulever de difficultés. Une des premières est reliée à l'interprétation qui a été faite du mandat par chacune des personnes et à laquelle les intervenantes ont dû s'adapter. Une seconde est reliée au fait que les intervenantes ont été laissées quelque peu à elles-mêmes, le temps de trouver un remplaçant, ce qui a eu pour conséquence de les déstabiliser et d'amener un certain retard dans la mise en place de cette équipe.

### Compréhension du mandat

La planification et l'organisation du fonctionnement des équipes territoriales sont fortement liées à la compréhension que ces équipes avaient du mandat à réaliser. En fait, c'était le premier défi à relever. Le mandat d'origine mentionnait que les équipes territoriales devaient « assurer l'évaluation et le traitement des enfants et des adolescents ... » à partir d'objectifs identifiés lesquels englobaient tant le volet « intervention clinique » que celui du « soutien aux partenaires ». Cependant, ces deux volets ne ressortaient pas aussi clairement dans le document d'origine. C'est en lisant le libellé des objectifs que ces deux volets ont pu être spécifiés. La difficulté a résidé non pas dans le fait que les deux équipes n'avaient pas perçu les deux volets, mais dans le fait que chacune d'elles n'en avaient priorisé qu'un seul. Devant cette réalité, des discussions, tant avec les équipes territoriales qu'avec les comités aviseurs, ont eu lieu afin de faire le point et d'en arriver à une compréhension commune à savoir que les équipes territoriales devaient être prêtes à réaliser les deux volets lors de l'étape d'implantation, ce à quoi les équipes territoriales sont parvenues. Cependant, il faut noter que le fait que chacune des équipes territoriales ait mis l'emphase plus sur un volet que sur un autre a eu pour avantages que le fruit de cette réflexion a pu être utilisé par chacune des équipes territoriales afin de finaliser sa réflexion sur le volet qui n'avait pas été pris en compte initialement.

### Définition des rôles

Le rôle des *équipes territoriales* a été complexe à déterminer pour de multiples raisons. Premièrement, les équipes territoriales offrent de *nouveaux services* et ont un mandat relativement *complexe* à assumer. Deuxièmement, elles s'intègrent à un *réseau* de services et doivent assumer un rôle qui leur est propre et non pas être perçues comme des équipes pouvant pallier aux manques de ressources dans le réseau et à ce titre être utilisées à des fins

autres que celles visées. Troisièmement, elles doivent répondre à un type de clientèle très précis et déterminer les services à développer en lien avec cette clientèle. Quatrièmement, elles doivent être en *soutien* aux services de 1<sup>ère</sup> ligne. Finalement, du fait que ces équipes se situent entre les services de 1<sup>ère</sup> ligne et les services spécialisés et qu'elles sont localisées dans des organismes offrant des services de 1<sup>ère</sup> ligne vient amplifier la complexité de la description de leurs rôles.

Quant à celui ayant trait aux *intervenantes*, la majorité des rôles ont été faciles à déterminer. Cependant, certaines ambiguïtés persistent par rapport aux intervenants de l'HDSCJ. En fait, la question derrière cette réalité concerne l'arrimage à faire entre les services externes de l'HDSCJ et l'équipe territoriale.

Les rôles de deux professions sont plus difficiles à déterminer clairement, il s'agit du médecin de l'équipe territoriale et du pédopsychiatre. En ce qui a trait au *médecin*, son rôle a été particulièrement difficile à cerner pour une des équipes territoriales. Ce médecin a été confronté au fait que le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) d'un des territoires ne reconnaissent pas au médecin de l'équipe territoriale d'assumer des activités dites cliniques, le voyant davantage dans des activités de programmation. De plus, les activités cliniques de ce médecin sont perçues comme des activités de 2<sup>ème</sup> ligne, alors que dans les faits, ce médecin intègre des notions de pédopsychiatrie à sa pratique générale<sup>8</sup>.

Quoique cette situation ne soit pas encore réglée, des discussions sont en cours afin de trouver une solution satisfaisante pour l'ensemble des acteurs concernés. Cette réalité a des conséquences importantes, car la participation des pédopsychiatres est conditionnelle à ce qu'il y ait un médecin sur l'équipe territoriale et une évaluation clinique suppose également la présence d'un médecin au sein d'une équipe multidisciplinaire.

Au-delà du rôle lui-même, il faut ajouter l'allocation du temps-médical. Ce dernier n'a pas été évalué sur les mêmes bases que les intervenantes non-médicales. De fait, le temps de travail de ces dernières a été octroyé sur la base des besoins populationnels, tandis que celui du médecin a été identifié à partir de la disponibilité du CLSC. Les activités reliées à l'équipe territoriale sont considérées comme des tâches supplémentaires et non intégrées à l'effectif médical du CLSC.

En ce qui a trait au pédopsychiatre, il était difficile de connaître le rôle de ce dernier dans la mesure où il n'était pas en place pour effectuer la réflexion avec les équipes territoriales. Cependant, les intervenantes d'une équipe territoriale ont compris que le pédopsychiatre ferait de l'« intervention clinique » et qu'il pourrait servir de « passerelle » avec l'HDSCJ. Ce qui sera à vérifier ultérieurement, car il n'était pas prévu qu'un accès privilégié soit accordé aux équipes territoriales.

---

<sup>8</sup> Les activités de 2<sup>ème</sup> ligne proposées sont en lien avec la proposition faite par le Collège des médecins en 1999 dans un document intitulé « Accessibilité aux soins médicaux psychiatriques pour la clientèle des adolescents ».

### Organisation de l'environnement de travail

Cet élément peut sembler banal, mais il peut-être au cœur de grandes insatisfactions et de frustrations. De fait, les équipes territoriales ont été confrontées à des difficultés de divers ordres telles que : poste de travail, locaux adéquats etc.

### Définition de l'« intervention clinique »

L'« intervention clinique » a été relativement difficile à cerner, car les équipes territoriales se retrouvent « coincées » entre les services de première ligne et les services spécialisés. Elles ont également la particularité d'être en « soutien aux partenaires » et non d'assurer des prises en charge à long terme. Tous ces éléments ou particularités ont coloré la définition de l'« intervention clinique » et la pertinence des services qu'elles offrent.

### Instrument de collecte de données

Au cours de cette étape, divers outils de collecte de données ont été élaborés par les deux équipes territoriales avec un souci d'uniformisation. Cette préoccupation de l'uniformisation sera maintenue tout au long de l'étape d'implantation. Cet effort est important dans la mesure où ces outils pourront être utilisés par les équipes territoriales à venir.

De plus, il avait été demandé, dès le départ, de regarder comment le système d'information clientèle en CLSC (SIC), qui ne se veut pas un instrument de collecte de données, pouvait être utilisé et ce, afin d'éviter la duplication des instruments de collecte de données et de maximiser son utilisation. À cet égard, une analyse de ce système a été faite en parallèle avec les besoins d'information exigés par le projet. Devant la pertinence de l'utiliser, une rencontre a eu lieu avec la responsable régionale de ce système afin de l'adapter aux fins du projet. Une stratégie de travail a été élaborée afin d'y arriver.

### **4.2 Aspect professionnel**

L'aspect « professionnel » réfère à la formation des intervenants et à celle des partenaires afin de développer l'expertise nécessaire et ainsi assumer leur mandat respectif.

Le développement de l'expertise, auprès des équipes territoriales, des médecins omnipraticiens des CLSC et des cabinets privés et des pédiatres, était considéré comme la pierre angulaire de ce projet. À l'origine, deux types d'activités formatives étaient prévus. Un premier référait à un *soutien clinique*, offert par une équipe de soutien composé d'un ou deux pédopsychiatres, des différents professionnels de pédopsychiatrie ainsi que des pédiatres (RRSSS 1999). Un second était relié à de la *formation*, laquelle devait être assurée par la RRSSS (RRSSS 1999).

En ce qui a trait au *soutien clinique*, il était prévu que les pédopsychiatres, à travers les discussions de cas avec les équipes territoriales, assureraient un type de formation continue, permettant aux intervenantes de ces équipes de développer leur expertise. Certes, au cours de la préimplantation, ce rôle de soutien ne pouvait se jouer par le biais des discussions de cas, mais par une formation continue permettant aux intervenantes de développer, de compléter leurs connaissances. Dans les faits, quelques mois se sont écoulés avant que les pédopsychiatres soient nommés dans ces équipes et ce pour des raisons multiples telles que la non-disponibilité d'un certain nombre de pédopsychiatres (maladie, congé de maternité), la difficulté de recruter des pédopsychiatres à temps partiel et le nombre restreint des pédopsychiatres dans la région de Québec. Les délais dans l'intégration des pédopsychiatres auprès des équipes territoriales ont eu pour effet d'augmenter les difficultés de fonctionnement en termes de soutien, de retarder le développement d'expertises des intervenantes, de « retarder » la création des alliances, d'influencer sur le recrutement du médecin. Quant aux partenaires, la principale conséquence est à l'effet que plus leur formation était retardée, plus la prise en charge par ces derniers l'était également.

En ce qui a trait à la *formation*, le problème principal a consisté en la non-constitution d'un comité relevant de la RRSSS ayant pour mandats de faciliter la préparation et rendre disponible l'accès aux formations de base et d'appoint pour les intervenants impliqués dans la prestation de services du réseau de services en santé mentale des jeunes et en pédopsychiatrie. Les premières formations identifiées à rendre accessibles devaient porter sur l'hyperactivité et le déficit attentionnel.

La non-existence de ce comité a eu deux conséquences. Une première a fait en sorte que les équipes territoriales ont cru qu'elles devaient assumer ce mandat et ont dû en tenir compte dans les activités à réaliser en cours de route. Cependant, il est important de mentionner que peu d'énergie y a été investie, pour les raisons suivantes : une première est que cette activité n'était pas perçue comme prioritaire et une deuxième tient à l'effet que de l'information commençait à circuler à propos de l'engagement de pédopsychiatres, par la RRSSS, ayant pour mandat d'élaborer un programme de formation pour les équipes territoriales, les médecins omnipraticiens en CLSC et en cabinets privés et les pédiatres. Cette information a soulevé plusieurs questions et les équipes territoriales ont voulu s'assurer de leur mandat avant de poursuivre leur réflexion en ce qui a trait à la formation. Ces questions étaient aussi simples que « qui fait quoi? », « y-a-t-il des activités qui peuvent être faites en partenariat? », « les pédopsychiatres formeront-ils les intervenants en milieu scolaire, dans les organismes communautaires, le centre jeunesse? ».

Finalement, il est compris que les pédopsychiatres donneront la formation aux médecins, aux pédiatres et aux équipes territoriales. Il est également compris que ce ne sont ni les pédopsychiatres, ni les équipes territoriales qui assumeront les formations auprès des autres partenaires. Les pédopsychiatres sont prêts à participer à des formations et l'équipe territoriale pourra identifier les besoins, acheminer les demandes à la RRSSS et participer, selon ses compétences, à la formation; cette participation peut prendre diverses formes. Il ne faut pas tout recréer, mais davantage vérifier ce qui existe déjà et maximiser cette réalité.

En ce qui a trait à la formation des médecins, il est important de mentionner certains éléments à prendre en compte, particulièrement pour un des milieux. D'une part, certaines craintes sont soulevées telles que la perte de leur client, le non-retour d'information et la « spécialisation ». D'autre part, certaines contraintes liées au fonctionnement même des médecins travaillant en cabinet privé, ont été soulevées en regard de leur disponibilité relativement restreinte en ce qui a trait aux évaluations d'un client (plus ou moins vingt minutes) et la nécessité d'avoir des instruments d'évaluation simples et efficaces.

### 4.3 Aspect relationnel

L'aspect « relationnel » réfère à l'ensemble des relations qui s'établissent entre les membres d'une équipe. Le terme relation est pris dans son sens le plus large et désigne un lien de dépendance ou d'influence réciproque entre les personnes » (St-Arnaud, 1978).

Cet aspect, au même titre que les deux autres à savoir organisationnel et professionnel, est un aspect important à traiter. Il est jugé pertinent de l'aborder afin de sensibiliser les futures équipes territoriales à l'importance des éléments traités ci-après.

Afin d'aborder ce dernier aspect, la théorie du groupe optimal (St-Arnaud, 1978) sera utilisée. Cette théorie repose sur le développement du groupe, pour lequel deux pré-requis sont essentiels : la perception d'une cible commune et l'établissement de relations entre les membres. Elle met en évidence quatre éléments liés aux conditions de rendement optimal :

- l'organisation du groupe : important dans le sens où l'on sait que les acteurs impliqués dans un projet n'ont pas de temps à perdre et que les réunions doivent être pertinentes et productives. On doit ici se préoccuper de faciliter la naissance du groupe ;
- la participation : interaction de chaque membre avec la cible commune du groupe. On doit ici se préoccuper de faciliter le processus de production pour une bonne participation ;
- la communication : interaction de personnes entre elles. On doit ici se préoccuper du processus de solidarité grâce à une bonne communication ;
- l'entretien du groupe : toutes activités de groupe qui consiste à repérer et à lever les obstacles qui entravent la progression normale du groupe : on doit également se doter de moyens permettant la stabilité du groupe.

La première condition, l'*organisation du groupe*, a été réalisée. En effet, pour chacune des équipes territoriales, on retrouve une structure, un mode de fonctionnement et une composition d'équipe pouvant répondre au mandat dévolu. Une planification définissant les responsabilités et les tâches de chacune, les objectifs poursuivis et les échéanciers ont facilité l'atteinte de cette condition. Chacune des rencontres d'équipes territoriales est planifiée

avec un ordre du jour comportant les principaux points à traiter et le travail à effectuer est discuté avant la fin de chacune des rencontres.

La deuxième condition, la *participation*, a été atteinte. De fait, les intervenantes ont toujours mis leur énergie sur la cible commune, comprise au fur et à mesure de la réflexion enclenchée, peu importe les difficultés rencontrées en cours de route. Elles avaient des objectifs à atteindre et toute leur énergie a été mise à contribution afin d'y arriver et faire en sorte d'offrir des services le plus tôt possible.

La troisième condition, la *communication*, est un travail constant que chacune des équipes territoriales vit quotidiennement. Il faut se rappeler que la dynamique des différentes personnes constituant toute équipe en est une complexe. Chacun des acteurs intervient avec sa connaissance, sa formation, ses fonctions et ses priorités ou intérêts. Cette réalité a pour effet de créer des dynamiques parfois forts complexes, parfois litigieuses, parfois tendues.

La quatrième condition, l'*entretien du groupe*, réfère aux moyens dont on se dote pour repérer et résoudre les différents problèmes ou embûches rencontrés dans une équipe. On n'est pas sans savoir que la mise en place d'équipes nouvelles a son lot de problèmes, lesquels sont multiples et de divers ordres. Ces problèmes vont de l'organisation matérielle aux communications internes et externes. Les coordonnatrices autant que les membres des équipes territoriales ont été à même de relever les divers problèmes de fonctionnement et de trouver les solutions qui allaient leur permettre de poursuivre leur démarche. Un seul problème était hors de leur contrôle et peut avoir un impact important lors de la naissance d'une équipe est la *non-stabilité* des membres dans une équipe. À ce titre, les équipes territoriales ont vécu des difficultés, particulièrement au cours des premiers mois. De fait, dans l'une des équipes territoriales, le départ d'une intervenante n'a pas été sans déstabiliser l'équipe, d'autant plus que cette personne était impliquée depuis les débuts et possédait une information privilégiée au niveau du projet. Ce départ était perçu comme négatif et soulevait des questions. Le fait que le médecin ait changé, dès les premières semaines, a également soulevé un certain nombre de questions. Les délais dans l'intégration du pédopsychiatre aux équipes territoriales a créé une déstabilisation. Cependant, tout a été mis en branle pour trouver des solutions le plus rapidement possible à ces difficultés et permettre aux équipes territoriales de réaliser leur mandat.

Somme toute, la théorie du groupe optimal démontre qu'il est possible de rendre un groupe optimal dans la mesure où un certain nombre d'éléments sont pris en compte et que l'on porte attention à tout problème afin que ces derniers n'interfèrent pas de façon négative dans la bonne marche du projet.

#### **4.4 Conditions gagnantes**

L'analyse des données a permis de dégager un certain nombre de difficultés. Afin de les contrer, quelques « conditions gagnantes » sont proposées et regroupées à partir des mêmes thèmes choisis pour la discussion à savoir : organisationnel, professionnel et relationnel.

### Aspect organisationnel

Les principales conditions gagnantes en lien avec cet aspect peuvent être libellées ainsi :

1. Avoir un mandat clair et s'assurer de sa compréhension commune tant du côté de la direction que des partenaires et des intervenants.
2. S'assurer que l'équipe est constituée de tous ses membres.
3. Prévoir, à même les effectifs médicaux, du temps octroyé à la santé mentale des jeunes.
4. S'assurer de la stabilité et de la disponibilité d'une personne devant coordonner de telles équipes.
5. Si l'embauche d'une coordonnatrice extérieure devait se maintenir, il serait important de déterminer ses fonctions. Il faut penser que de créer des liens avec les partenaires n'est pas facile et qu'il faut tenir compte de tous les liens informels déjà établis par l'organisme ou ces intervenants.
6. Créer des passerelles avec les autres équipes du CLSC.
7. S'assurer de l'identification de moyens permettant l'intégration des équipes territoriales au sein de l'organisme qui les reçoit et de l'équipe (ex : participation aux réunions des équipes famille-enfance-jeunesse).
8. S'assurer des espaces nécessaires à la réalisation du mandat dévolu aux équipes territoriales.
9. S'assurer de la collaboration favorisant le partenariat en les intégrant dans la démarche le plus tôt possible.
10. Clarifier les rôles des acteurs régionaux (Avoir des engagements clairs de qui fait quoi et s'assurer que cela sera fait en temps).
11. Avoir une ligne de direction claire (tout le monde pouvait interférer sur la compréhension du projet).
12. S'assurer de l'autonomie de gestion au niveau local (CLSC fiduciaire).
13. Si une équipe couvre deux territoires de CLSC, il serait important de se poser les questions suivantes pour s'assurer de la reconnaissance de l'équipe par les deux milieux :
  - est-ce que chacun des milieux a une organisation semblable ?
  - est-ce que chacun des milieux a une compréhension commune du mandat ?
  - est-ce que chacun des milieux a le désir de recevoir les membres de cette équipe ?

### Aspect professionnel

1. S'assurer, dès la mise en place des équipes territoriales, de la possibilité de mettre en place une programmation visant le développement de l'expertise tant de ces équipes que des partenaires cibles.
2. Outiller adéquatement les équipes territoriales pour assumer leurs fonctions.

### Aspect relationnel

1. S'assurer de la présence des conditions reconnues comme efficaces en ce qui a trait au groupe optimal.

### **4.5 Forces et limites de l'étude**

Les principales forces de cette étude sont de divers ordres. Premièrement, d'avoir intégré, initialement, un *processus d'évaluation* a permis de s'instrumenter afin de suivre de près l'évolution de ce projet. Deuxièmement, ce projet a intégré une *approche formative*. Cette approche s'est avérée très justifiée, dans la mesure où un certain nombre d'intervenantes n'avaient jamais participé à la mise en place d'un projet et devaient s'approprier à une telle démarche, d'autant plus qu'elles désiraient passer à l'action rapidement. Finalement, il faut savoir que deux mécanismes ont été utilisés pour soutenir la démarche des équipes : la rétroaction et l'itération. 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 consiste dans les délais accordés pour la réalisation du projet, lesquels ont été dépassés de par les imprévus rencontrés en cours de route.

## CONCLUSION

L'étape de préimplantation, telle que définie dans le document, est une étape cruciale dans la mise en place de nouvelles ressources et rejoint deux objectifs. Un premier, est de s'assurer que les équipes territoriales élaborent un ensemble d'outils utiles à la réalisation du mandat, des rôles et responsabilités qui leur sont dévolus. Un second, est de s'assurer que les variables nécessaires à l'évaluation de l'étape dite d'implantation sont disponibles à travers les différents instruments de collecte de données élaborés et que ces derniers comprennent un maximum d'information identique pour chacune des deux équipes territoriales.

Ainsi, au cours des six mois de préimplantation, les équipes territoriales sont parvenues à respecter les exigences qu'incombent cette étape. Dans les faits, elles ont réussi à élaborer un ensemble de documents référents à la programmation et un ensemble d'instruments de collecte de données allant permettre le lancement de chacune des équipes territoriales à l'automne 1999. En ce qui a trait à la formation des membres de chacune des équipes territoriales, un ensemble d'activités leur a permis d'augmenter leur connaissance en lien direct avec la clientèle cible, laquelle sera à compléter tout au long de l'étape dite d'implantation.

La collaboration et l'ouverture d'esprit de tous les acteurs concernés par ce projet ont permis d'atteindre les objectifs poursuivis dans le cadre de cette démarche. Cette étape a exigé un investissement en temps et en énergie important, car les acteurs impliqués de près devaient s'approprier, s'approprier le projet, se former, élaborer les documents essentiels à l'implantation et réagir rapidement à un ensemble d'impondérables survenus tout au long du processus.

Finalement, le travail réalisé tout au long de cette étape aura permis, quoique tout n'est pas finalisé, de lancer le projet officiellement au milieu de l'automne et entamer la seconde partie du projet. Cette deuxième étape, dite d'implantation, se poursuivra jusqu'à la mi-mai dont les résultats seront connus au cours du mois de novembre 2000.

## RÉFÉRENCES

Bellavance, M. (1985). « Les politiques gouvernementales : élaboration, gestion, évaluation », Agence d'ARC, ENAP.

Centre de santé publique de Québec (1995). « Avis de santé publique. Dossier de la réorganisation régionale des services pédopsychiatriques », Organisation des services et évaluation, Janvier, 10 pages.

Collège des médecins du Québec (1999). « Accessibilité aux soins médicaux et psychiatriques pour la clientèle des adolescents », 11 pages.

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

Direction de la santé publique (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, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec, 29 pages.

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

Lebeau, A., Viens, C. (1991). « L'exercice du partenariat : une analyse exploratoire à travers le développement d'un service d'intervention de crise dans le territoire du Haut-Richelieu. », in Santé mentale au Québec, XVI, 12, p.121-138.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). « Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale », Direction de la planification et de l'évaluation, 46 pages.

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec (1999). « Réseau de services en santé mentale et en pédopsychiatrie de la région de Québec à l'intention des enfants, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches », Septembre, 16 pages.

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 » p.39-57.

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

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

Santé Québec (1993). « Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes. Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services. Faits saillants », Hôpital Rivière-des-Prairies, 25 pages.

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

Comptes rendus des réunions des comités aviseurs

Comptes rendus des réunions interéquipes

Comptes rendus des observations de l'agent de recherche

Les expériences québécoises :

- Hôpital des Prairies « Clinique spécialisée des troubles de l'attention »
- Hôpital Douglas « Unité d'évaluation et de traitement des états limites - division de pédopsychiatrie »
- CLSC des Etchemin « Troubles déficitaires de l'attention/hyperactivité »
- CLSC Centre de la Mauricie (Projet Shawinigan)

**ANNEXE 1**

**SYNTHÈSE DES PRINCIPALES ACTIVITÉS RELIÉES AU DÉVELOPPEMENT DE L'EXPERTISE**

**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**

Information/formation	Type d'activités	Participants	Thème abordé	Nombre de rencontres ou autres	Durée des rencontres ou autres
<b>CENTRE DE SANTÉ DE PORTNEUF</b>					
1	1	6 + 9	Documents se rapportant à l'implantation de l'équipe territoriale, lecture de livres et d'articles sur la santé mentale des jeunes et sur la problématique du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité	NA	NA
1	2	6 + 9	Rôles des intervenantes, problématique TDAH et autres problématiques en santé mentale des jeunes	NA	NA
1	3 (14 rencontres)	2 + 4 + 5 + 9  2 + 4 + 5	Visite de l'HDSCJ  Rencontres avec partenaires : . IRDPQ . SAEM . CLSC St-Marc-des-Carières . La Triade . Psychologues scolaires . CPE . AQETA	1  1 1 1 1 1 1	9 (4 heures)  6 6 6 7 7 7 7

**CODES UTILISÉS**

Type d'activités	Participant	Nombre de rencontres	Durée des rencontres
1. Documentation écrite	1. Educatrice	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 rencontres	5. 60-89 minutes
6. Rencontre avec un pédopsychiatre	6. Tous les membres de l'équipe	9. Autres	6. 90-119 minutes
7. Participation à des colloques	9. Autres - coordonnatrice		7. 3 heures
9. Autres			8. 1 journée
			9. Autres

<b>1. INFORMATION</b>	<b>2. FORMATION</b>
-----------------------	---------------------

Information/formation	Type d'activités	Participants	Thème abordé	Nombre de rencontres ou autres	Durée des rencontres ou autres
<b>CENTRE DE SANTÉ DE PORTNEUF</b>					
1	3 (14 rencontres)	2 + 5 + 9	. CLSC - Donnacona	1	6
		5	. Centre Jeunesse . CLSC - St-Raymond	1 1	6 6
		5	SIC	1	7
		4	Fonctionnement des équipes, formation, rôles du médecin et du pédopsychiatre, échange de documents	1	7
1	4	2 + 4 + 9	Fonctionnement des équipes, rôles et responsabilités des membres, besoins de formation, échange d'outils	1	7
		6 + 9	Rôles des travailleurs sociaux, trajectoires de services, processus d'évaluation et d'interventions psychosociales	2	8
		5	Rôles du psychologue, besoin de formation, outils d'évaluation	1	5
		4			

**CODES UTILISÉS**

Type d'activités	Participant	Nombre de rencontres	Durée des rencontres
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 rencontres	5. 60-89 minutes
6. Rencontre avec un pédopsychiatre	6. Tous les membres de l'équipe	9. Autres	6. 90-119 minutes
7. Participation à des colloques	9. Autres – coordonnatrice		7. 3 heures
9. Autres			8. 1 journée
			9. Autres

<b>1. INFORMATION</b>	<b>2. FORMATION</b>
-----------------------	---------------------

Information/formation	Type d'activités	Participants	Thème abordé	Nombre de rencontres ou autres	Durée des rencontres ou autres
<b>CENTRE DE SANTÉ DE PORTNEUF</b>					
1	5	2	Rôle des infirmières de clinique externe HDSCJ	1	6
		4	Rôle du psychologue et trajectoire de services	2	6
		5 + 9	Rôle des travailleurs sociaux	1	7
1	6	2 + 4 + 5	Rôle des membres de l'équipe et du pédopsychiatre	1	7
		6 + 9	Fonctionnement de l'équipe et trajectoire	1	7
1	9 (écoute de documents audio visuel)	2 + 5	« L'hyperactivité chez l'enfant de 6-12 ans »	1	5
		2 + 4 + 5	« Un guide destiné aux parents sur le TDAH » « Les enfants lunatiques et hyperactifs »	1 1	2 5
2	3	6 + 9	Théorie de Barkley sur le TDAH TDAH (Charles Robitaille)	1 1	7 7
2	6	6 + 9	L'hyperactivité + DSM-IV	1	7
2	7	2 + 4 + 5 + 9	Troubles oppositionnels et de conduite	2	8
2	9 (conférence)	2	Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité	1	7
1 - 2	5	2 + 4 + 5 + 9	Discussion de cas et échanges professionnels	1	8

**CODES UTILISÉS**

Type d'activités	Participant	Nombre de rencontres	Durée des rencontres
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 rencontres	5. 60-89 minutes
6. Rencontre avec un pédopsychiatre	6. Tous les membres de l'équipe	9. Autres	6. 90-119 minutes
7. Participation à des colloques	9. Autres - coordonnatrice		7. 3 heures
9. Autres			8. 1 journée
			9. Autres

<b>1. INFORMATION</b>	<b>2. FORMATION</b>
-----------------------	---------------------

Information/formation	Type d'activités	Participants	Thème abordé	Nombre de rencontres ou autres	Durée des rencontres ou autres
<b>CLSC LA SOURCE-ORLÉANS</b>					
1	1	6	Documents se rapportant à l'implantation de l'équipe territoriale, lecture de livres et d'articles sur la santé mentale des jeunes et sur la problématique du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité	NA	NA
1	3	4	Groupe d'intérêt de psychologue en pédopsychiatrie	4	8
		6	Visite des lieux et intégration à l'HDSCJ Visite à Shawinigan - groupe de travail	1 1	7 9 (4 heures)
1	5	1	Rencontre avec l'éducatrice de l'HDSCJ	1	7
		4	Rôle du psychologue en pédopsychiatrie	2	7
			Échanges avec les conseillères d'orientation	1	7
		1+2+4+5	Rencontre et discussion de cas avec ts de l'HDSCJ	1	8
	1+5	Discussion sur travail de la ts et de l'éducatrice à l'HDSCJ	1	7	
2	6	1+2+4+5	Formation avec le docteur Tremblay - pédopsychiatre	1	7
2	9	1+2+4+5	Dépistage violence conjugale	2	9 (5 heures)
2	3	1	« Comment gérer son stress »	1	8
		1+2+4+5	« Comprendre et traiter les enfants adolescents atteints de troubles d'opposition et de troubles de conduite (Ottawa)	2	8
			« Troubles déficitaires d'attention et d'hyperactivité (Lucie Boucher)	1	7
		6	TDAH (Charles Robitaille)	1	7
2	7	4	Neuropsychologie	2	8

**CODES UTILISÉS**

Type d'activités	Participant	Nombre de rencontres	Durée des rencontres
1. Documentation écrite	1. Educatrice	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 rencontres	5. 60-89 minutes
6. Rencontre avec un pédopsychiatre	6. Tous les membres de l'équipe	9. Autres	6. 90-119 minutes
7. Participation à des colloques	9. Autres - coordonnatrice		7. 3 heures
9. Autres			8. 1 journée
			9. Autres

**ANNEXE 2**

**IDENTIFICATION DES PROBLÉMATIQUES IMPORTANTES À RÉPONDRE DANS LES ANNÉES À VENIR**

**(CENTRE DE SANTÉ DE PORTNEUF)**

**N.B. : Seule l'équipe territoriale du Centre de santé de Portneuf a demandé aux partenaires quelles étaient les problématiques sur lesquels ils aimeraient que l'équipe intervienne dans une deuxième année de services.**

**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**

Information/formation	Type d'activités	Participants	Thème abordé	Nombre de rencontres ou autres	Durée des rencontres ou autres
<b>CENTRE DE SANTÉ DE PORTNEUF</b>					
1	1	6 + 9	Documents se rapportant à l'implantation de l'équipe territoriale, lecture de livres et d'articles sur la santé mentale des jeunes et sur la problématique du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité	NA	NA
1	2	6 + 9	Rôles des intervenantes, problématique TDAH et autres problématiques en santé mentale des jeunes	NA	NA
1	3 (14 rencontres)	2 + 4 + 5 + 9  2 + 4 + 5	Visite de l'HDSCJ  Rencontres avec partenaires : . IRDPQ . SAEM . CLSC St-Marc-des-Carières . La Triade . Psychologues scolaires . CPE . AQETA	1  1 1 1 1 1 1	9 (4 heures)  6 6 6 7 7 7 7

**CODES UTILISÉS**

Type d'activités	Participant	Nombre de rencontres	Durée des rencontres
1. Documentation écrite	1. Educatrice	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 rencontres	5. 60-89 minutes
6. Rencontre avec un pédopsychiatre	6. Tous les membres de l'équipe	9. Autres	6. 90-119 minutes
7. Participation à des colloques	9. Autres - coordonnatrice		7. 3 heures
9. Autres			8. 1 journée
			9. Autres

<b>1. INFORMATION</b>	<b>2. FORMATION</b>
-----------------------	---------------------

Information/formation	Type d'activités	Participants	Thème abordé	Nombre de rencontres ou autres	Durée des rencontres ou autres
<b>CENTRE DE SANTÉ DE PORTNEUF</b>					
1	3 (14 rencontres)	2 + 5 + 9	. CLSC - Donnacona	1	6
		5	. Centre Jeunesse . CLSC - St-Raymond	1 1	6 6
		5	SIC	1	7
		4	Fonctionnement des équipes, formation, rôles du médecin et du pédopsychiatre, échange de documents	1	7
1	4	2 + 4 + 9	Fonctionnement des équipes, rôles et responsabilités des membres, besoins de formation, échange d'outils	1	7
		6 + 9	Rôles des travailleurs sociaux, trajectoires de services, processus d'évaluation et d'interventions psychosociales	2	8
		5	Rôles du psychologue, besoin de formation, outils d'évaluation	1	5
		4			

**CODES UTILISÉS**

Type d'activités	Participant	Nombre de rencontres	Durée des rencontres
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 rencontres	5. 60-89 minutes
6. Rencontre avec un pédopsychiatre	6. Tous les membres de l'équipe	9. Autres	6. 90-119 minutes
7. Participation à des colloques	9. Autres – coordonnatrice		7. 3 heures
9. Autres			8. 1 journée
			9. Autres

<b>1. INFORMATION</b>	<b>2. FORMATION</b>
-----------------------	---------------------

Information/formation	Type d'activités	Participants	Thème abordé	Nombre de rencontres ou autres	Durée des rencontres ou autres
<b>CENTRE DE SANTÉ DE PORTNEUF</b>					
1	5	2	Rôle des infirmières de clinique externe HDSCJ	1	6
		4	Rôle du psychologue et trajectoire de services	2	6
		5 + 9	Rôle des travailleurs sociaux	1	7
1	6	2 + 4 + 5	Rôle des membres de l'équipe et du pédopsychiatre	1	7
		6 + 9	Fonctionnement de l'équipe et trajectoire	1	7
1	9 (écoute de documents audio visuel)	2 + 5	« L'hyperactivité chez l'enfant de 6-12 ans »	1	5
		2 + 4 + 5	« Un guide destiné aux parents sur le TDAH » « Les enfants lunatiques et hyperactifs »	1 1	2 5
2	3	6 + 9	Théorie de Barkley sur le TDAH TDAH (Charles Robitaille)	1 1	7 7
2	6	6 + 9	L'hyperactivité + DSM-IV	1	7
2	7	2 + 4 + 5 + 9	Troubles oppositionnels et de conduite	2	8
2	9 (conférence)	2	Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité	1	7
1 - 2	5	2 + 4 + 5 + 9	Discussion de cas et échanges professionnels	1	8

**CODES UTILISÉS**

Type d'activités	Participant	Nombre de rencontres	Durée des rencontres
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 rencontres	5. 60-89 minutes
6. Rencontre avec un pédopsychiatre	6. Tous les membres de l'équipe	9. Autres	6. 90-119 minutes
7. Participation à des colloques	9. Autres - coordonnatrice		7. 3 heures
9. Autres			8. 1 journée
			9. Autres

<b>1. INFORMATION</b>	<b>2. FORMATION</b>
-----------------------	---------------------

Information/formation	Type d'activités	Participants	Thème abordé	Nombre de rencontres ou autres	Durée des rencontres ou autres
<b>CLSC LA SOURCE-ORLÉANS</b>					
1	1	6	Documents se rapportant à l'implantation de l'équipe territoriale, lecture de livres et d'articles sur la santé mentale des jeunes et sur la problématique du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité	NA	NA
1	3	4	Groupe d'intérêt de psychologue en pédopsychiatrie	4	8
		6	Visite des lieux et intégration à l'HDSCJ Visite à Shawinigan - groupe de travail	1 1	7 9 (4 heures)
1	5	1	Rencontre avec l'éducatrice de l'HDSCJ	1	7
		4	Rôle du psychologue en pédopsychiatrie Échanges avec les conseillères d'orientation	2 1	7 7
		1+2+4+5	Rencontre et discussion de cas avec ts de l'HDSCJ	1	8
		1+5	Discussion sur travail de la ts et de l'éducatrice à l'HDSCJ	1	7
2	6	1+2+4+5	Formation avec le docteur Tremblay - pédopsychiatre	1	7
2	9	1+2+4+5	Dépistage violence conjugale	2	9 (5 heures)
2	3	1	« Comment gérer son stress »	1	8
		1+2+4+5	« Comprendre et traiter les enfants adolescents atteints de troubles d'opposition et de troubles de conduite (Ottawa)	2	8
		6	« Troubles déficitaires d'attention et d'hyperactivité (Lucie Boucher)	1	7
		6	TDAH (Charles Robitaille)	1	7
2	7	4	Neuropsychologie	2	8

**CODES UTILISÉS**

Type d'activités	Participant	Nombre de rencontres	Durée des rencontres
1. Documentation écrite	1. Educatrice	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 rencontres	5. 60-89 minutes
6. Rencontre avec un pédopsychiatre	6. Tous les membres de l'équipe	9. Autres	6. 90-119 minutes
7. Participation à des colloques	9. Autres - coordonnatrice		7. 3 heures
9. Autres			8. 1 journée
			9. Autres

**ANNEXE 2**

**IDENTIFICATION DES PROBLÉMATIQUES IMPORTANTES À RÉPONDRE DANS LES ANNÉES À VENIR**

**(CENTRE DE SANTÉ DE PORTNEUF)**

**N.B. : Seule l'équipe territoriale du Centre de santé de Portneuf a demandé aux partenaires quelles étaient les problématiques sur lesquels ils aimeraient que l'équipe intervienne dans une deuxième année de services.**

<b>PROBLÉMATIQUES À VENIR</b>					
<b>La Triade</b>	<b>CPE</b>	<b>CJQ</b>	<b>CLSC</b>	<b>Milieus scolaires IRDPQ</b>	<b>Médecins</b>
Troubles de comportement	Retard de développement	Agressivité	Retard de développement	Isolement	Suicide
Agressivité	Problèmes de langage	Opposition	Suicide	Violence, abus	Toxicomanie
Abus	Dépression	Contrôle de soi	Troubles alimentaires	Intimidation, harcèlement	Dépression - détresse
Violence	Suicide	Suicide	Détresse (adolescent)	Troubles de l'humeur et de personnalité	Troubles alimentaires
Développement des habiletés sociales		Violence	Victimes d'abus sexuels	Diagnostic des différentes problématiques reconnues en santé mentale	Troubles de comportement
		Troubles de personnalité (adolescent)	Autisme	Dépression et toxicologie	Violence
			Troubles de comportement et d'opposition	Anxiété de performance	Abus
			Dépression	Troubles alimentaires	Santé mentale - adolescent
			Estime de soi et confiance en soi	Affirmation et estime de soi	
				Stress	
				Problèmes de communication	
				Troubles d'apprentissage / rééducation	
				Retards de développement	
				Motivation et ambition	

G 14,551  
Ex. 2

E 3367

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.

DATE

NOM

G 14,551  
Ex. 2