

ÉQUIPE TERRITORIALE EN PÉDOPSYCHIATRIE
DE QUÉBEC-MÉTRO

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION
(MAI 2002 À JANVIER 2004)

PIERRE RACINE

AVEC LA COLLABORATION DE LOUISE GRÉGOIRE

DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA CAPITALE NATIONALE

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX
DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE LA CAPITALE NATIONALE

MARS 2005

Pour obtenir un exemplaire du rapport, contacter :

Sylvie Bélanger
Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale
Centre de documentation
2400, avenue d'Estimauville
Beauport (Québec) G1E 7G9
Téléphone : (418) 666-7000, poste 217
Télécopieur : (418) 666-2776
Courriel : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Coût du rapport : 21,00 \$
plus TPS (1,47 \$) : 22,47\$
payable à l'avance par chèque à l'ordre du CHUQ CHUL

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM
Dépôt légal : Bibliothèque du Canada, 2005
Dépôt légal : Bibliothèque du Québec, 2005
ISBN : 2-89496-277-0

Citation proposée : RACINE, P., et Louise GRÉGOIRE (avec la collaboration de). *Équipe territoriale en pédopsychiatrie de Québec-métro. Évaluation de l'implantation (mai 2002 à janvier 2003)*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction régionale de santé publique, 2005, 136 p.

MEMBRES DU COMITÉ DE SUIVI

Marie-Claude Alain*	Représentante des gestionnaires du programme Famille/Enfance/Jeunesse des CLSC de Québec-méto
Michèle April	Directrice, École régionale des Quatre Saisons
Pascale Cholette	Représentante médicale des CLSC de Québec-méto
Roger Desbiens	Chef des Services territoriaux de pédopsychiatrie, Centre hospitalier universitaire de Québec
Jacques Émond	Adjoint à la Direction de l'implantation du Centre mère-enfant du Centre hospitalier universitaire de Québec
Nathalie Gingras	Chef du Département de pédopsychiatrie du Centre hospitalier universitaire de Québec
Richard Goulet	Pédiatre en clinique privée
Christiane Goyette	Représentante de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale
Marc-André Groleau*	Représentant des gestionnaires du programme Famille/Enfance/Jeunesse des CLSC de Québec-méto
Diane Langlois*	Représentante du Comité des usagers du Centre hospitalier universitaire de Québec
Louise Larocque*	Représentante des gestionnaires du programme Famille/Enfance/Jeunesse des CLSC de Québec-méto
Michel Levert	Représentant de la Direction régionale du ministère de l'Éducation du Québec
Suzanne Loisel	Médecin omnipraticien de l'équipe territoriale en pédopsychiatrie de Québec-méto
Hugues Matte*	Représentant des gestionnaires du programme Famille/Enfance/Jeunesse des CLSC de Québec-méto
Paule Mercier*	Représentante de la Commission scolaire des Découvreurs
Marie-Reine Patry	Représentante du Centre jeunesse de Québec
Jean-Pierre Pfisterer	Représentant du Regroupement des centres de la petite enfance
Pierre Racine	Agent de recherche, Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale
Marcel Saint-Louis*	Représentant du Comité des usagers du Centre hospitalier universitaire de Québec
Francine Simard	Représentante du Conseil multidisciplinaire du Centre hospitalier universitaire de Québec
Isabelle Simard*	Représentante du Centre jeunesse de Québec
Hélène Verville*	Représentante de la Commission scolaire des Premières Seigneuries

* Personnes qui ont soit remplacé une autre personne, soit participé à ce comité en alternance.

MEMBRES DU COMITÉ OPÉRATIONNEL

Roger Desbiens	Chef des Services territoriaux de pédopsychiatrie du Centre hospitalier universitaire de Québec
Jacques Émond	Adjoint à la Direction de l'implantation du Centre mère-enfant du Centre hospitalier universitaire de Québec
Nathalie Gingras	Chef du Département de pédopsychiatrie du Centre hospitalier universitaire de Québec
Christiane Goyette	Représentante de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale
Pierre Racine	Agent de recherche, Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale

NOTE

Les données du présent rapport d'évaluation brossent le portrait de l'équipe territoriale de pédopsychiatrie de Québec-méTRO, en date de janvier 2004. Depuis cette date, le Centre de pédopsychiatrie du Centre hospitalier universitaire de Québec a élaboré, de concert avec les anciens CLSC de Québec-méTRO, un plan d'action régional inspiré des résultats préliminaires de l'évaluation d'implantation, présentés au cours d'une rencontre de suivi tenue par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale. Ils ont également conçu un plan de communication afin de diffuser et de promouvoir le modèle d'organisation de services proposé et ainsi, d'accroître l'adhésion des partenaires. Un comité réunissant un représentant de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale ainsi que des représentants du Centre de pédopsychiatrie du Centre hospitalier universitaire de Québec et des centres de santé et de services sociaux de Québec-Nord et de Québec-Sud a pour sa part le mandat de suivre la mise en œuvre du plan d'action tel que proposé par le Centre hospitalier universitaire de Québec.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale pour le financement de l'évaluation, de même que le Centre hospitalier universitaire de Québec et les CLSC de Québec-métro, qui ont rendu cette évaluation possible. Des remerciements particuliers vont aux intervenants de l'équipe territoriale en pédopsychiatrie de Québec-métro et à M^{me} Suzanne Desrochers, infirmière au triage au Centre de pédopsychiatrie du Centre hospitalier universitaire de Québec, qui ont participé à ce projet de diverses manières. Nous tenons enfin à souligner la précieuse contribution de M^{me} Claire Marmen, qui a réalisé l'édition finale du rapport.

RÉSUMÉ

À la suite de l'implantation et de l'évaluation de deux équipes territoriales en santé mentale à l'intention des enfants, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches dans trois CLSC (La Source, Orléans et Portneuf), la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (RRSSS)¹¹ en arrive à la conclusion d'implanter un nouveau modèle d'organisation de services pour le Québec-métro. C'est ainsi qu'en 2001, elle accepte un modèle d'organisation de services sous la responsabilité administrative du Centre de pédopsychiatrie du Centre hospitalier universitaire de Québec. Compte tenu des difficultés éprouvées dans le passé en cette matière, la RRSSS décide d'assortir la mise en œuvre du modèle d'une demande d'évaluation d'implantation.

L'équipe territoriale en pédopsychiatrie de Québec-métro est constituée de médecins omnipraticiens et de professionnels (infirmières, psychologues) auxquels s'associent des pédopsychiatres consultants. Le modèle repose sur la déconcentration des services et prévoit ainsi que ce personnel, à l'exception des pédopsychiatres consultants, sera réparti dans les six CLSC de Québec-métro; par ailleurs, une éducatrice spécialisée et une travailleuse sociale couvriront ces six CLSC. Étant donné les mandats de l'équipe territoriale, deux volets ont été définis : le volet « intervention clinique », qui vise l'évaluation et la prise en charge des jeunes ayant des difficultés telles que les intervenants de première ligne se sentent dépourvus, que ce soit pour l'évaluation ou l'intervention; le volet « soutien aux intervenants de première ligne », qui vise à ce que les intervenants locaux acquièrent les connaissances et les compétences nécessaires au dépistage de la clientèle cible et à l'intervention. La clientèle cible est âgée entre 0 et 17 ans; elle est référée à la suite d'une évaluation médicale et psychosociale/psychopédagogique de première ligne, et présente un problème dont l'instabilité, la gravité et la complexité nécessitent l'intervention d'une équipe spécialisée en pédopsychiatrie. Deux problématiques ont été retenues : le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et le trouble de l'opposition avec provocation (TOP). Le modèle d'organisation de services combine une approche médicale, afin d'établir un diagnostic, à une approche clinique interdisciplinaire dont le traitement se veut de courte durée. En somme, le modèle préconise une prise en charge provisoire.

L'étude s'est déroulée d'octobre 2001 à janvier 2004, en deux phases. Une première, dite *préparatoire*, a permis de présenter aux partenaires le modèle d'organisation de services retenu, de discuter de son opérationnalisation (recrutement et formation du personnel, précision des deux volets choisis, détermination de la trajectoire de services) et de concevoir les instruments de collecte de données. Une seconde phase, dite *suivi d'implantation*, a permis dans un premier temps de décrire les demandes de consultation, la clientèle et les services offerts par l'équipe territoriale (données quantitatives) et, dans un deuxième temps, de recueillir des informations qualitatives (perceptuelles) auprès des principaux acteurs intéressés afin de connaître leur appréciation du modèle d'organisation de services et de son utilité.

Les **données quantitatives** traitées portent sur 322 demandes de consultation. La majorité de ces demandes ont été transmises par des médecins omnipraticiens et des pédiatres pratiquant en cabinet privé et dont le principal motif de référence était la « consultation et la prise en charge ». La clientèle était majoritairement constituée de garçons âgés entre 6 et 12 ans, et chez qui les référents avaient repéré un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (34,2 %), un trouble déficitaire de

1. Maintenant appelée « Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale ».

l'attention (25,2 %) ou un trouble de comportement avec provocation (22,8 %). Les informations relatives à la description du volet « intervention clinique » proviennent de l'analyse de 192 demandes de consultation. Un délai moyen de 82,8 jours s'est écoulé entre le moment où la demande est arrivée aux points de service de l'équipe territoriale et le moment où le médecin omnipraticien a évalué le jeune. À la suite de cette évaluation diagnostique, un peu plus du tiers des demandes de consultation ont été maintenues dans l'équipe territoriale (36,5 %) ou retournées en première ligne (38,5 %), tandis que plus du cinquième (21,9 %) ont été annulées, principalement par les parents. Le délai moyen entre l'évaluation du jeune et sa prise en charge par l'équipe territoriale était de 32,1 jours et la durée moyenne du suivi, de 114,2 jours. En ce qui a trait au volet « soutien aux intervenants de première ligne », 160 demandes ont été reçues par les infirmières et les psychologues de l'équipe territoriale. Les principaux demandeurs étaient des travailleurs sociaux, des éducateurs et des psychologues travaillant, pour la majorité, dans les CLSC et dans les écoles. Le motif de la demande était soit un avis clinique, soit une information sur l'accès aux services. Les deux principaux types de soutien étaient la consultation téléphonique, avec une durée moyenne de moins de 15 minutes, et la discussion clinique, avec une durée moyenne de moins de 30 minutes.

Les **données qualitatives** se rapportent aux **perceptions des acteurs** visés par la mise en place du modèle d'organisation de services (médecins omnipraticiens et professionnels de l'équipe territoriale, gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie et coordonnateurs des équipes Famille/Enfance/Jeunesse des CLSC de Québec-métro).

Les médecins omnipraticiens et les professionnels de l'équipe territoriale ainsi que les gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie estiment que la **déconcentration des services** dans les CLSC assure au jeune et à sa famille une plus grande accessibilité des services. La majorité d'entre eux soulignent le rapprochement entre les services. Selon certains médecins omnipraticiens et professionnels de l'équipe territoriale, le jeune et sa famille peuvent trouver le CLSC moins « menaçant » que le milieu hospitalier. Cependant, la majorité des professionnels de l'équipe territoriale s'interrogent sur les délais d'attente imposés à la clientèle, et dus à des effectifs médicaux restreints. Les médecins omnipraticiens et les professionnels de l'équipe territoriale et les gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie remarquent que **la référence médicale** permet d'éliminer les causes physiques et de retenir la clientèle qui correspond à leur mandat. Les médecins omnipraticiens de l'équipe territoriale soulignent tout de même que les médecins de famille semblent éprouver quelque difficulté à assumer l'évaluation des jeunes ayant des problèmes de santé mentale. Les professionnels de l'équipe territoriale relèvent pour leur part la pertinence de la référence médicale, mais la moitié d'entre eux soulignent l'exclusion des professionnels de la santé et des services sociaux de première ligne à titre de référent et sa conséquence, soit un accès moindre à leurs services. Cette exclusion des professionnels est également déplorée par les gestionnaires de CLSC, qui perçoivent la référence médicale comme une « remise en question » des diagnostics des médecins de familles ou des professionnels de première ligne.

Tous les acteurs en cause déplorent le manque de disponibilité des médecins omnipraticiens à l'équipe territoriale afin d'assumer les tâches dévolues au volet **intervention clinique**. Les médecins omnipraticiens apprécient le soutien des professionnels et des pédopsychiatres consultants ainsi que les liens créés avec les médecins de famille au moment du retour du jeune dans son milieu. Des professionnels de l'équipe territoriale ainsi que les gestionnaires de CLSC soulignent le manque d'autonomie professionnelle et la difficulté à transmettre de l'information compte tenu de la

confidentialité à laquelle ils sont tenus. Les gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie constatent le « choc » des deux cultures (hospitalière et psychosociale). Les gestionnaires reconnaissent l'expertise de l'équipe territoriale; ceux qui ont utilisé ses services considèrent l'expérience comme positive. Enfin, tous les acteurs évoquent les difficultés reliées aux différentes interprétations de la notion « d'urgence » et à la vocation même des établissements (milieu hospitalier et milieu psychosocial).

En ce qui a trait au volet **soutien aux intervenants de première ligne**, tous les acteurs s'accordent sur l'utilité du Service de télésanté en pédopsychiatrie. La majorité des professionnels de l'équipe territoriale estiment que leur présence dans les CLSC facilite le soutien aux intervenants de ces établissements. Cependant, ils relèvent le faible nombre de demandes adressées par d'autres intervenants que ceux des CLSC et des milieux scolaires, une compréhension différente de la notion de « soutien » entre eux et les intervenants des CLSC, et le fait que les activités proposées correspondaient peu à leur compréhension ou à leurs attentes. Selon les gestionnaires médico-administratifs, les activités mises en place étaient très variées et devaient répondre à divers besoins, mais les attentes étaient démesurées compte tenu des moyens dont disposait l'équipe territoriale. Les gestionnaires de CLSC insistent particulièrement sur la difficulté de discuter d'un cas non connu de l'équipe territoriale.

En ce qui concerne **l'utilité et l'appréciation** du modèle d'organisation de services, les médecins omnipraticiens et les professionnels de l'équipe territoriale et les gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie mettent en évidence les éléments suivants : la prestation des services le plus près possible du milieu de vie du jeune, un meilleur soutien et de meilleurs outils offerts à la famille, une certaine fluidité entre les établissements (gestionnaires); la proximité des services, l'instauration de liens plus étroits (professionnels); le soutien aux intervenants de première ligne, un service moins menaçant (médecins omnipraticiens).

Quant à la **diffusion** du modèle d'organisation de services, elle accuse, après la phase *préparatoire*, des lacunes notables. Les professionnels estiment en effet que faute d'une diffusion adéquate, leurs mandats et leurs services sont demeurés peu connus.

La **gestion** du modèle d'organisation de services n'est pas simple parce qu'elle consiste en une gestion à distance des professionnels et des dossiers, et parce qu'il est difficile de réunir régulièrement les médecins omnipraticiens et les professionnels de l'équipe territoriale pour établir des positions médicales et cliniques communes. Selon les gestionnaires de CLSC, des mécanismes de communication et des arrangements auraient dû être créés; l'inexistence de tels mécanismes a constitué une des faiblesses du modèle. Certains d'entre eux admettent par ailleurs ne s'être pas beaucoup investis dans la démarche, et qu'ils auraient pu par conséquent contribuer davantage à la réussite de l'implantation de ce nouveau service.

De l'évaluation, il ressort que le modèle d'organisation de services a été implanté tel que prévu, sauf pour le territoire du Centre de santé Orléans, et qu'il a permis d'améliorer l'accessibilité aux services sous l'angle de la proximité, fait en sorte que le Centre de pédopsychiatrie assume davantage sa mission de services spécialisés et surspécialisés, et contribué à une meilleure orientation des jeunes, en fonction de leurs besoins. L'évaluation a également mis en évidence un certain nombre d'éléments à améliorer. Le manque de disponibilité des médecins omnipraticiens de l'équipe territoriale compromet l'accessibilité de cette dernière, ce qui a pour conséquence de freiner la mise

en place du modèle et, à la limite, de le rendre non opérationnel. Le processus d'orientation des jeunes (par le médecin omnipraticien de l'équipe territoriale seul) a également pour effet de restreindre l'accessibilité en plus de constituer une entrave à l'approche interdisciplinaire. Les interfaces entre la première et la deuxième ligne représentent une difficulté supplémentaire. Le fait que les acteurs en cause ne partageaient pas de vision commune, que deux cultures organisationnelles (hospitalière et psychosociale) devaient cohabiter n'a en rien aidé à la mise en place du modèle. Ainsi les interprétations des termes « urgence » (volet « intervention clinique ») et « soutien » (volet « soutien aux intervenants de première ligne ») ont engendré un certain nombre de difficultés. En outre les CLSC nourrissaient de très grandes attentes, peut-être sans commune mesure avec l'offre de service de l'équipe territoriale. La collaboration mitigée des gestionnaires de CLSC a également nui à la mise en œuvre du modèle. Enfin, quelques aspects organisationnels, tels que la gestion en parallèle assumée par deux personnes distinctes, une pour le groupe médical et une pour le groupe professionnel, et la gestion à distance, ont été qualifiés de problématiques.

Depuis l'implantation du modèle d'organisation de services, toutefois, un comité réunissant les gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie, les gestionnaires de CLSC et des représentants de l'Agence a été mis sur pied. Ils ont pris en compte les résultats préliminaires de l'évaluation et ont élaboré un Plan d'action pour la consolidation de l'équipe territoriale en pédopsychiatrie de Québec-métro.

La mise en place des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des réseaux locaux de services pourrait être l'occasion de relancer les collaborations dans le but de parfaire un modèle d'organisation de services en santé mentale pour les jeunes qui soit centré sur les besoins de la première ligne.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	17
LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES	19
INTRODUCTION.....	21
CHAPITRE 1 ORGANISATION DES SERVICES TERRITORIAUX EN PÉDOPSYCHIATRIE.....	23
1.1 Description du modèle d'organisation des services territoriaux en pédopsychiatrie	23
1.2 Description de l'équipe territoriale	24
1.3 Modalités d'orientation et trajectoire de services proposée	26
1.4 Modalités de suivi.....	28
CHAPITRE 2 OBJET D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE	29
2.1 Objet d'évaluation.....	29
2.2 Méthodologie	30
2.2.1 Cadre d'analyse, stratégie d'évaluation et déroulement de l'étude.....	30
2.2.2 Sources, traitement et analyse des données, et aspects éthiques	31
CHAPITRE 3 CLARIFICATION DU MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES PROPOSÉ (PHASE <i>PRÉPARATOIRE</i>)	33
CHAPITRE 4 DESCRIPTION DES DEMANDES DE CONSULTATION, DE LA CLIENTÈLE ET DES SERVICES (PHASE <i>SUIVI D'IMPLANTATION</i>)	37
4.1 Demande de consultation.....	38
4.2 Clientèle rejointe	40
4.3 Services.....	40
4.3.1 Volet « intervention clinique »	40
4.3.2 Volet « soutien aux intervenants de première ligne ».....	44
CHAPITRE 5 PERCEPTION DES ACTEURS (PHASE <i>SUIVI D'IMPLANTATION</i>)	47
5.1 Modèle d'organisation de services	47
5.1.1 Déconcentration des services.....	47
5.1.2 Référence médicale (mécanisme d'accès)	48
5.2 Services.....	49
5.2.1 Volet « intervention clinique »	49
5.2.2 Volet « soutien aux intervenants de première ligne ».....	52

5.3	Diffusion et gestion du modèle d'organisation de services	53
5.3.1	Diffusion du modèle d'organisation de services	53
5.3.2	Gestion du modèle d'organisation de services	53
CHAPITRE 6	DISCUSSION.....	57
6.1	Forces et limites de l'étude	57
6.2	Des résultats révélateurs	57
CONCLUSION		63
BIBLIOGRAPHIE.....		65
ANNEXES.....		67
Annexe 1	Résolution adoptée à la 73 ^e séance ordinaire du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec	69
Annexe 2	Instruments de collecte de données	75
Annexe 3	Document d'orientation « Soutien à la première ligne ».....	105
Annexe 4	Demandes de consultation – données	111
Annexe 5	Volet « intervention clinique » - données.....	119
Annexe 6	Volet « soutien aux intervenants de première ligne » - données	129

N.B. Pour la version en ligne, prendre note que les annexes sont disponibles en communiquant avec le secrétariat de l'équipe OSE , à la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale.

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableaux

Tableau 1. Répartition prévue des médecins omnipraticiens, des professionnels et des pédopsychiatres consultants de l'équipe territoriale, par territoire de CLSC.....	24
Tableau 2. Principaux paramètres du modèle d'organisation de services proposé	28
Tableau 3. Taux de réponse selon le groupe d'acteurs et la source de données.....	32
Tableau 4. Distribution des CLSC selon la date d'entrée en service et la durée des services offerts.....	37
Tableau 5. Synthèse - Demandes de consultation.....	39
Tableau 6. Synthèse – Clientèle.....	40
Tableau 7. Synthèse – Volet « intervention clinique »	43
Tableau 8. Synthèse - Volet « soutien aux intervenants de première ligne »	45
Tableau 9. Points saillants - Perception des différents groupes d'acteurs	55

Figures

Figure 1. Trajectoire de services proposée	27
Figure 2. Cadre d'analyse.....	30
Figure 3. Trajectoire de services, première ligne, volet « intervention clinique ».....	35
Figure 4. Distribution des demandes de consultation selon les périodes 1 et 2	38
Figure 5. Orientation des demandes de consultation après l'évaluation diagnostique de l'équipe territoriale	42

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AMP	Activités médicales particulières
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CJQ	Centre jeunesse de Québec
FEJ	Équipe Famille/Enfance/Jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CPE	Centre de la petite enfance
CS	Centre de santé
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CRUV	Centre de réadaptation Ubald Villeneuve
DICME	Direction de l'implantation du Centre mère-enfant
DSP	Direction régionale de santé publique
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
TOP	Trouble de l'opposition avec provocation

INTRODUCTION

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (RRSSS) met en place, en 1998, un comité régional de pédopsychiatrie et publie, l'année suivante, un document d'orientation intitulé *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*, dont une des recommandations est l'implantation d'équipes territoriales. C'est ainsi qu'une première expérimentation a lieu en 1999; deux équipes territoriales en santé mentale à l'intention des enfants, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches sont alors implantées dans trois territoires de CLSC (La Source, Orléans et Portneuf). Les résultats de l'étude sur ce projet pilote¹ montrent qu'il n'y a pas d'écarts significatifs entre les modèles planifiés et les modèles concrétisés. Cependant, les difficultés importantes constatées dans les territoires La Source et Orléans amènent la RRSSS, soutenue par un comité d'experts, à revoir le modèle pour le territoire de Québec-métro.

En juin 2001, le conseil d'administration de la RRSSS accepte, par voie de résolution, le modèle d'organisation de services proposé par le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) pour le Québec-métro, modèle qui repose sur l'implantation d'une équipe territoriale en pédopsychiatrie rattachée à son Centre de pédopsychiatrie (le texte de la résolution est présenté à l'annexe 1). Le modèle d'organisation de services étant novateur, la RRSSS² demande une évaluation qui sera réalisée par la Direction régionale de santé publique (DSP).

Le présent rapport porte sur l'évaluation d'implantation de l'équipe territoriale en pédopsychiatrie de Québec-métro mise sur pied en 2001. Ce projet s'est échelonné sur une période de trente mois et s'est déroulé en trois phases. Une première phase dite *préparatoire*, d'octobre 2001 à mai 2002 (huit mois), visait l'acquisition d'une vision commune du projet, la détermination de la trajectoire de services et la création d'instruments de collecte de données. La deuxième phase, dite *suivi d'implantation*, s'est échelonnée de mai 2002 à janvier 2004 (vingt mois). Elle consistait en la mise en place et en l'évaluation de l'implantation du modèle d'organisation de services. Enfin, de décembre 2003 à mars 2004 (quatre mois), la collecte de données qualitatives ainsi que l'analyse de contenu ont été finalisées.

Le rapport compte six chapitres. Le premier présente le modèle d'organisation de services proposé. Le deuxième définit l'objet d'évaluation et la méthodologie utilisée. Le troisième décrit la phase *préparatoire*. Les quatrième et cinquième chapitres présentent les résultats de la phase *suivi d'implantation*; plus précisément, le quatrième est consacré à la description des demandes de consultation, de la clientèle et des services tandis que le cinquième traite de la perception des acteurs en cause quant au fonctionnement du modèle, aux services eux-mêmes et à leur utilité ainsi que de l'appréciation des services. Le dernier chapitre présente les forces et les limites de l'étude, ainsi qu'une discussion sur les principaux constats relevés pour chacune des phases de l'étude.

1. Pierre Racine. *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 de préimplantation*, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2000, 35 p.

Pierre Racine. *Projet pilote : Équipes territoriales en santé mentale à l'intention des enfants, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches sur trois territoires : CLSC La Source, CLSC Orléans et le Centre de santé de Portneuf. Rapport d'implantation*, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2001, 59 p. + annexes.

2. Dorénavant, le terme « Agence » sera utilisé afin de respecter la nouvelle appellation.

CHAPITRE I

ORGANISATION DES SERVICES TERRITORIAUX EN PÉDOPSYCHIATRIE

Le présent chapitre décrit le modèle d'organisation des services territoriaux en pédopsychiatrie ainsi que les principaux éléments reliés à l'équipe territoriale en pédopsychiatrie de Québec-métro¹.

I . I DESCRIPTION DU MODÈLE D'ORGANISATION DES SERVICES TERRITORIAUX EN PÉDOPSYCHIATRIE

Le modèle d'organisation des services territoriaux en pédopsychiatrie retenu repose sur la mise en place d'une équipe territoriale rattachée au Centre de pédopsychiatrie du CHUQ qui en assume la gestion. Le nouveau service offert par cette équipe s'ajoute à la gamme de services déjà disponibles à ce centre : services ambulatoires, externes et d'hospitalisation et centre de traitement avec scolarisation adaptée.

Des principes directeurs sous-tendent le modèle d'organisation de services et confirment les orientations de l'Agence. Seule la nécessité de recourir à des évaluations diagnostiques complexes et à des traitements spécialisés justifie le recours aux services spécialisés de pédopsychiatrie, lesquels doivent :

- être accessibles le plus près possible du milieu de vie des enfants et des adolescents² et de leurs parents, pour le maintien des liens avec l'environnement (milieu scolaire, familial, etc.), d'où la déconcentration des services vers les CLSC;
- être complémentaires aux services de base des CLSC (services de première ligne) avant, pendant et après le traitement spécialisé;
- offrir un soutien et une expertise aux intervenants de première ligne afin de renforcer leurs compétences.

Le Centre de pédopsychiatrie s'est vu octroyer une somme récurrente de 619 400 \$ pour l'embauche des professionnels appelés à constituer l'équipe territoriale. Ainsi, l'équipe territoriale sera composée de médecins omnipraticiens et de professionnels (infirmières, psychologues) totalisant treize équivalents temps complet, et répartis dans les six CLSC de Québec-métro. Un équivalent temps complet de pédopsychiatre sera disponible à l'équipe territoriale à titre de consultant (voir le tableau 1). L'équipe comprendra également une travailleuse sociale et une éducatrice spécialisée qui couvriront l'ensemble des six territoires de CLSC de Québec-métro.

1. Dorénavant, l'expression « équipe territoriale » sera utilisée afin d'alléger le texte.

2. Dorénavant, le terme « jeunes » sera utilisé afin d'alléger le texte et représente les 0-17 ans (enfants : 0-12 ans; adolescents : 13-17 ans).

Tableau 1. Répartition prévue des médecins omnipraticiens, des professionnels et des pédopsychiatres consultants de l'équipe territoriale, par territoire de CLSC

Professions	CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières	CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier	CLSC-CHSLD Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	CLSC-CHSLD La Source	CS de la Haute-Saint-Charles	CS Orléans	Total
Infirmière ¹	0,5	0,5	1,0	1,0	1,0	1,0	5,0 TCP ⁴
Psychologue ¹	0,5	0,5	1,0	1,0	1,0	1,0	5,0 TCP
Médecin omnipraticien ²	0,3	0,3	0,6	0,5	0,7	0,6	3,0 ETC ⁵
Total	1,3	1,3	2,6	2,5	2,7	2,6	13,0

Pédopsychiatre consultant – équipe territoriale ³	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	1,0 ETC ⁵
--------------------------------------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------------------------

1. Répartition du temps prévu : 35 heures semaine / 20 000 habitants (0-17 ans – données 2001).
2. Répartition du temps prévu : 20 heures semaine / 20 000 habitants (0-17 ans – données 2001).
3. Répartition du temps prévu : 7 heures semaine / 20 000 habitants (0-17 ans – données 2001).
4. Temps complet permanent.
5. Équivalent temps complet.

1.2 DESCRIPTION DE L'ÉQUIPE TERRITORIALE

Les **mandats** de l'équipe territoriale sont les suivants :

- évaluer et traiter les jeunes ayant des troubles mentaux qui nécessitent des évaluations plus complexes que celles faites en première ligne afin d'établir un diagnostic différentiel et amorcer des traitements pédopsychiatriques spécialisés de deuxième ligne;
- faciliter la co-intervention et la réintégration des jeunes dans leur milieu, et assurer la liaison et la concertation avec tous les partenaires engagés auprès d'eux;
- soutenir et guider les intervenants de première ligne;
- collaborer au dépistage des jeunes qui ont besoin d'un accès rapide à des services en pédopsychiatrie.

Afin que l'équipe territoriale puisse mener à bien ces mandats, deux volets ont été mis en place : « intervention clinique » et « soutien aux intervenants de première ligne ». Le volet « intervention clinique » vise à assurer la prise en charge provisoire des jeunes qui présentent des difficultés telles que les intervenants locaux se sentent impuissants, que ce soit pour l'évaluation ou l'intervention. Plus précisément, les **rôles** et **responsabilités** rattachés à ce volet consistent :

- à assurer la liaison avec les intervenants du milieu et à prendre la relève lorsque l'instabilité, l'intensité et la gravité des problèmes l'exigent;
- à fournir des évaluations complémentaires à celles déjà effectuées;

- à assurer le traitement pour stabiliser l'état de santé et à permettre aux référents d'assurer le suivi;
- à faire le suivi et à orienter vers les services spécialisés et surspécialisés les jeunes qui, après évaluation, ont besoin de tels services;
- à assurer le retour dans le milieu;
- à participer à l'élaboration et à la réalisation du plan de services individualisés (PSI);
- à favoriser le dépistage précoce des jeunes qui ont des problèmes de santé mentale.

Le volet « soutien aux intervenants de première ligne » vise l'acquisition, par les intervenants locaux, des connaissances et des compétences qui leur permettent de dépister la clientèle cible et de faire les interventions adéquates. Plus précisément, les **rôles** et **responsabilités** rattachés à ce volet consistent :

- à apporter un soutien, sur demande, aux omnipraticiens, pédiatres et intervenants des services de première ligne;
- à participer à la formation des intervenants de première ligne.

Les activités reliées au volet « soutien aux intervenants de première ligne » sont de plus appuyées par deux autres instances. Le Comité régional de formation en santé mentale et pédopsychiatrie de l'Agence est chargé des formations aux intervenants de première ligne (professionnels des CLSC et des écoles, médecins, professionnels du Centre jeunesse de Québec (CJQ) et du Centre de réadaptation Ubalde Villeneuve(CRUV), etc.)¹. Le Service de télésanté en pédopsychiatrie du Centre de pédopsychiatrie est un service de consultation téléphonique destiné à tous les professionnels travaillant auprès des moins de 18 ans, qui permet un accès direct à un pédopsychiatre pour discuter d'un cas clinique, obtenir des renseignements ou compléter un diagnostic.

Enfin, des activités de recherche sur les modes de pratique et d'intervention peuvent être réalisées par l'équipe territoriale.

La **clientèle visée** est les jeunes :

- âgés entre 0 et 17 ans;
- référés à la suite d'une évaluation médicale et psychosociale/psychopédagogique de première ligne;
- présentant un problème dont l'instabilité, la gravité et la complexité nécessitent une intervention et des traitements d'une équipe interdisciplinaire spécialisée en pédopsychiatrie;

Ces jeunes ont un trouble mental qui est source de détresse pour eux-mêmes et leurs parents et qui représente, pour les intervenants engagés auprès d'eux, une complexité élevée (crises récurrentes, importantes répercussions systémiques, pronostic de plus en plus sombre, grande intensité de traitements, etc.).

1. Bien que le CJQ et le CRUV soient des établissements offrant des services de deuxième ligne, ils sont invités à participer aux activités de formation.

Dans le cadre de l'implantation, la clientèle visée est restreinte aux jeunes dont la symptomatologie est reliée au *trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité* (TDAH) ou au *trouble de l'opposition avec provocation* (TOP)¹. Les critères d'exclusion sont les suivants : dossiers demandant une expertise psycholégale ou demandant une expertise psychologique ou orthopédagogique uniquement (évaluation intellectuelle).

L'approche retenue met l'accent sur le volet médical pour établir un diagnostic et la priorité est accordée à *l'évaluation et au traitement de la dimension biologique*. Une approche clinique interdisciplinaire est prônée, dans la perspective d'une évaluation globale (dimensions biologique, psychologique, familiale et sociale ainsi que leurs interactions). Les interventions sont de deux types : les *diagnostiques*, assurées par les médecins omnipraticiens, et les *thérapeutiques*, assurées par les professionnels de l'équipe territoriale (infirmière, psychologue, éducatrice, travailleuse sociale). Quant aux traitements offerts, ils sont de courte durée, c'est-à-dire que la prise en charge du jeune doit être provisoire, et sous la responsabilité clinique du médecin omnipraticien de l'équipe territoriale qui agit en concertation avec les professionnels, le jeune et ses parents.

1.3 MODALITÉS D'ORIENTATION ET TRAJECTOIRE DE SERVICES PROPOSÉE

Lorsqu'une demande de consultation à l'équipe territoriale est indiquée, une évaluation concertée entre le médecin traitant et les intervenants (du CLSC, du CJQ-externe ou de l'école) engagés dans le dossier est requise. Cette demande est dirigée vers une équipe du Centre de pédopsychiatrie (guichet unique) qui établit la marche à suivre en fonction de la complexité du cas, soit :

- rediriger la demande vers les services de première ligne pour compléter l'évaluation de base ou pour une intervention particulière;
- orienter la demande vers l'équipe territoriale (deuxième ligne) dans l'un des six points de services (CLSC) pour l'évaluation diagnostique et le traitement, avec un retour aux services de première ligne à plus ou moins court terme ou à ceux du Centre de pédopsychiatrie, au besoin;
- maintenir d'emblée la demande dans les services du Centre de pédopsychiatrie afin d'en assurer le traitement et le suivi avec la possibilité d'un retour aux services de première ou de deuxième ligne (voir la figure 1).

Si, en cours de route, le jeune doit être orienté vers un autre service, son dossier devra transiter de nouveau par le « guichet unique » pour réorientation.

1. Tout jeune ayant d'autres types de troubles mentaux est évalué et traité par les services du Centre de pédopsychiatrie.

FIGURE 1. TRAJECTOIRE DE SERVICES PROPOSÉE

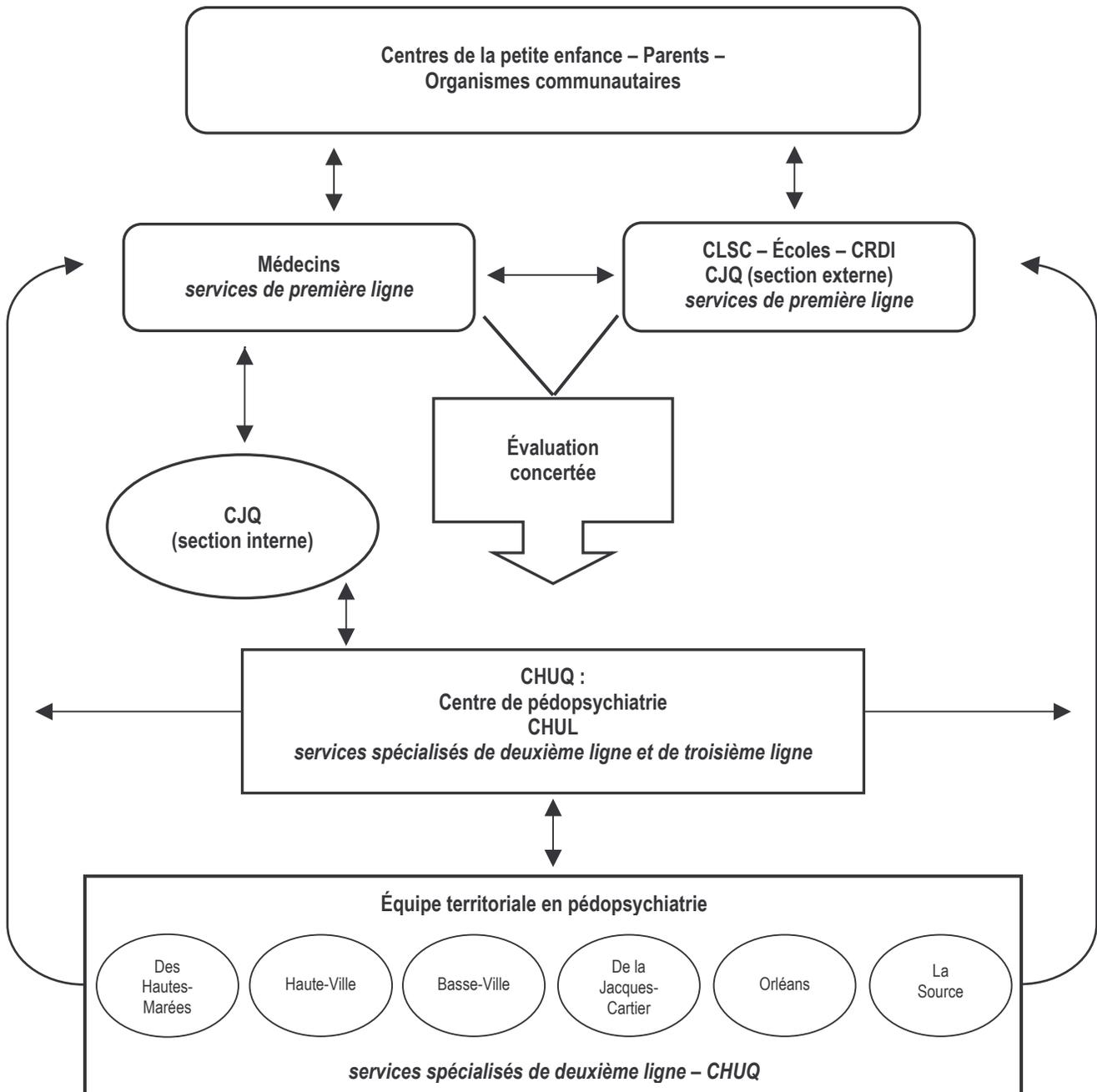


Tableau 2. Principaux paramètres du modèle d'organisation de services proposé

Thème	Paramètres
Mandataire	Centre de pédopsychiatrie du CHUQ
Mandats	<ul style="list-style-type: none"> • évaluer et traiter les jeunes ayant des troubles mentaux qui nécessitent des évaluations plus complexes que celles faites en première ligne • faciliter la co-intervention et la réintégration des jeunes dans leur milieu, et assurer la liaison et la concertation avec tous les partenaires engagés auprès d'eux • soutenir et guider les intervenants de première ligne • collaborer au dépistage des jeunes
Clientèle	<ul style="list-style-type: none"> • jeunes entre 0 et 17 ans • référés à la suite d'une évaluation médicale et psychosociale/psychopédagogique de première ligne • symptomatologie reliée au TDAH ou au TOP
Approche	<ul style="list-style-type: none"> • médicale pour établir un diagnostic • priorité accordée à l'évaluation et au traitement de la dimension biologique • approche clinique interdisciplinaire • interventions de type diagnostique (médecin) et thérapeutique (infirmière, psychologue, éducatrice, travailleuse sociale) • traitement de courte durée, i.e. prise en charge provisoire du jeune

1.4 MODALITÉS DE SUIVI

Le Centre de pédopsychiatrie a mis en place deux structures dans le but de suivre l'ensemble de ses travaux : le *Comité de suivi* et le *Comité opérationnel*.

Le Comité de suivi se compose des décideurs de l'ensemble des organisations visées, des membres du Conseil multidisciplinaire du CHUQ et des représentants d'usagers (voir « Liste des membres du Comité de suivi »). Il a pour mandats :

- de s'assurer que l'implantation des services territoriaux en pédopsychiatrie correspond au modèle d'organisation de services déposé à l'Agence par le CHUQ;
- de connaître et considérer l'avis des partenaires;
- de s'assurer de l'intégration de l'équipe territoriale à la structure locale des CLSC;
- de faire des recommandations aux partenaires et collaborateurs en cause au cours de la mise en place des services territoriaux en pédopsychiatrie afin de procéder au suivi, aux ajustements et à l'évaluation.

Le Comité opérationnel se compose de l'adjoint à la Direction de l'implantation du Centre mère-enfant (DICME) du CHUQ, de la chef du Département de pédopsychiatrie du CHUQ, du chef des Services territoriaux en pédopsychiatrie du CHUQ, de la représentante de l'Agence et du responsable de l'évaluation à la DSP. Ce comité a pour mandats de coordonner les opérations, de fournir au Comité de suivi toute l'information et la documentation dont il a besoin pour mener à bien ses mandats et de planifier les rencontres du Comité de suivi.

CHAPITRE 2

OBJET D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE

L'évaluation proposée est une évaluation d'implantation « *particulièrement importante lorsque l'intervention analysée est complexe et composée d'éléments séquentiels sur lesquels le contexte peut interagir de différentes façons* » (Contandriopoulos, 2000). Le but poursuivi par l'Agence avec la présente étude est qu'elle brosse le portrait de l'équipe territoriale tout en faisant état de ses activités et de son fonctionnement pour s'assurer que le modèle correspond aux conditions du Centre de pédopsychiatrie et qu'il permet d'atteindre les résultats attendus. Le cas échéant, l'Agence désire obtenir des recommandations pour améliorer le modèle d'organisation de services. De plus, elle veut connaître la perception des parents et des partenaires à l'égard des services.

2.1 OBJET D'ÉVALUATION

L'objet d'évaluation est l'*équipe territoriale* mise en place pour répondre aux besoins des jeunes aux prises avec un problème pédopsychiatrique et de leurs parents. Deux questions d'évaluation ressortent :

- 1) Dans quelle mesure le modèle d'organisation de services retenu s'implante-t-il comme prévu ?
- 2) Le modèle d'organisation de services requiert-il des améliorations ?

Afin d'y répondre, la collecte d'information portera sur les éléments suivants :

- la clientèle desservie, afin de vérifier si elle correspond à la clientèle visée;
- les activités reliées aux volets « intervention clinique » et « soutien aux intervenants de première ligne », afin de vérifier si elles correspondent à celles qui étaient prévues;
- les modalités de fonctionnement du service, afin de vérifier si elles sont acceptables, adéquates et si elles correspondent à celles qui étaient prévues à partir de la perception :
 - des parents au regard des services reçus (utilité et appréciation)¹,
 - des partenaires au regard de la prestation de services (utilité et appréciation),
 - des mandataires (gestionnaires, médecins omnipraticiens et professionnels) au regard de la prestation de services (utilité et appréciation);
- les facteurs ayant facilité ou entravé la mise en place du modèle d'organisation de services.

1. Des difficultés de parcours n'ont pas permis d'évaluer la perception des parents par rapport aux services reçus au cours de la période d'implantation.

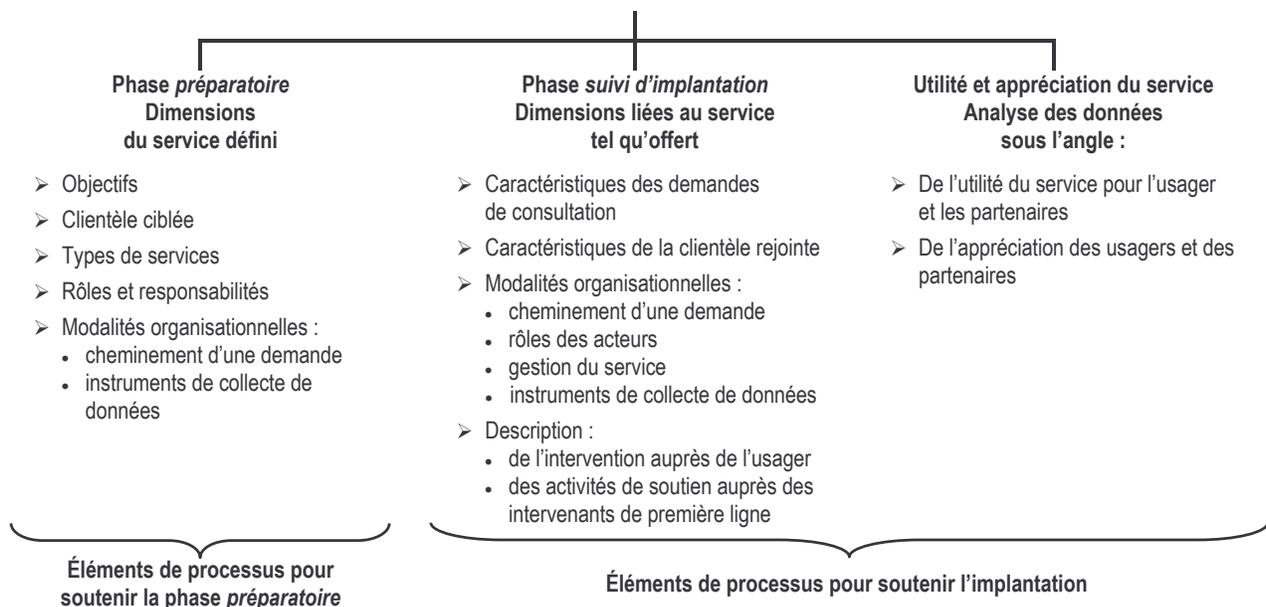
2.2 MÉTHODOLOGIE

La méthodologie sera précisée à partir des thèmes suivants : le cadre d'analyse, la stratégie d'évaluation, le déroulement de l'étude, ainsi que les sources, le traitement et l'analyse des données. Les aspects éthiques seront également abordés.

2.2.1 CADRE D'ANALYSE, STRATÉGIE D'ÉVALUATION ET DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Le **cadre d'analyse** retenu pour l'évaluation de l'implantation de l'équipe territoriale est une adaptation du cadre conceptuel de Bellavance (1985), qui s'inscrit dans une perspective systémique et qui propose une grille d'analyse constituée de deux phases : phase *préparatoire* et phase *suivi d'implantation*. La phase *préparatoire* permet de connaître les différents éléments du service tel qu'il a été conçu. Cette information sera utile pour comparer le degré de similitude entre le service qui a été défini avant son implantation et le service offert, de même que pour expliquer les modifications apportées en cours de route. La phase *suivi d'implantation* permet d'obtenir des données sur les caractéristiques de la clientèle rejointe, d'examiner les modalités organisationnelles, de décrire l'intervention réalisée auprès de l'usager et les interventions faites auprès des intervenants de première ligne. Les informations tirées de ces deux phases permettront de vérifier dans quelle mesure les paramètres fixés ont été respectés, d'expliquer la nature, les raisons et les conséquences des changements apportés et, de façon globale, de juger de la faisabilité de la mise en place de ce nouveau modèle d'organisation de services. Enfin, des données sur l'utilité du service sont fournies en partie par les perceptions des principaux acteurs en cause. En résumé, l'évaluation de l'implantation procède de la mesure des écarts entre le modèle prévu et ce qui a été réalisé, de l'exploration des raisons qui expliquent ces écarts, du recueil des perceptions sur l'utilité du service et d'une appréciation globale de la pertinence et de la faisabilité de l'implantation de l'équipe territoriale. Enfin, l'évaluation d'implantation peut permettre de déterminer des modifications nécessaires pour atteindre les finalités du service (voir la figure 2).

FIGURE 2. CADRE D'ANALYSE



Adaptation du cadre de Bellavance, 1985.

Un ajustement au devis d'évaluation d'origine a été apporté. Au départ, seule une étude prospective était envisagée. L'implantation séquentielle des points de service a fait qu'une étude rétrospective a été privilégiée pour le volet « intervention clinique » et qu'une étude prospective a été maintenue pour le volet « soutien aux intervenants de première ligne ».

La **stratégie d'évaluation** s'appuie sur une approche participative selon laquelle le mandataire et les partenaires sont mis à contribution à toutes les étapes de l'évaluation, de façon à aplanir les difficultés appréhendées ou effectives et à optimiser la contribution de chacun. Elle exige également que les responsables de l'évaluation participent aux échanges durant les réunions des comités mis en place pour assurer l'implantation du modèle proposé. Leur participation assure la circulation de l'information et sa prise en compte au moment de la prise de décision.

L'étude s'est déroulée sur une période de trente mois. La phase *préparatoire* a duré huit mois (d'octobre 2001 à mai 2002) et la phase *suivi d'implantation* s'est poursuivie pendant vingt mois (de mai 2002 à janvier 2004). Au cours de la phase *suivi d'implantation*, les données sur la clientèle et les services ont été recueillies à partir de diverses grilles. L'évaluation s'intéressant de façon particulière au fonctionnement du modèle d'organisation de services implanté, trois groupes d'acteurs ont été sollicités (gestionnaires de CLSC¹, gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie, médecins omnipraticiens et professionnels de l'équipe territoriale) pour donner leur avis sur le fonctionnement du modèle et sur l'utilité du service, et faire connaître leur appréciation. Enfin, une période de quatre mois (de décembre 2003 à mars 2004) a été consacrée à la collecte et à l'analyse des données qualitatives.

2.2.2 SOURCES, TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES, ET ASPECTS ÉTHIQUES

Les **sources de données** étaient diverses et, lorsque cela s'est avéré nécessaire, ont été validées et acceptées par le Comité opérationnel et les professionnels de l'équipe territoriale.

Afin de décrire la clientèle et l'offre de service, quatre grilles de collecte de données ont été élaborées pour prendre en compte les objectifs du modèle d'organisation de services. Elles portaient sur les thèmes suivants : inscription, demande de consultation, intervention clinique et activités de soutien avec les intervenants de première ligne (voir l'annexe 2).

Afin de connaître l'appréciation des services et l'utilité perçue, un questionnaire a été élaboré pour les médecins omnipraticiens et les professionnels de l'équipe territoriale; ce questionnaire a été transmis aux répondants par le chef des Services territoriaux de pédopsychiatrie du CHUQ. Un questionnaire a également été élaboré pour les pédopsychiatres consultants de cette équipe; il a été rempli au cours d'une rencontre animée par la chef du Département de pédopsychiatrie du CHUQ. Des guides d'entrevue semi-dirigée ont été conçus pour les gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie et les gestionnaires de CLSC. L'évaluateur prenait directement rendez-vous avec eux (voir le tableau 3).

1. Les gestionnaires de CLSC rencontrés étaient les coordonnateurs des équipes Famille/Enfance/Jeunesse.

Tableau 3. Taux de réponse selon le groupe d'acteurs et la source de données

Groupe d'acteurs	Source de données	Nombre d'entrevues prévues	Nombre d'entrevues réalisées	%
CLSC • gestionnaires des équipes FEJ	Entrevue semi-dirigée	5	5	100,0
Mandataire : • gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie	Entrevue semi-dirigée	1	1	100,0
Groupe d'acteurs	Sources de données	Nombre de questionnaires envoyés	Nombre de questionnaires retournés	%
• médecins omnipraticiens	Questionnaire	5	3	60,0
• professionnels	Questionnaire	10	8	80,0
• pédopsychiatres	Questionnaire	1*	1	100,0

* L'information venait de sept pédopsychiatres et a été consignée dans un seul questionnaire, qui a été rempli au cours d'une rencontre avec la chef du Département de pédopsychiatrie du CHUQ.

En complément à ces sources de données, la participation de l'évaluateur au Comité de suivi et au Comité opérationnel a permis de recueillir de l'information sur le fonctionnement du modèle d'organisation de services par l'observation participante. Cette approche permet d'avoir une compréhension et une appréciation plus justes de ce qui se passe sur le terrain. Par-delà la simple collecte de données par observation, elle donne l'occasion d'échanger avec les acteurs en cause afin de comprendre davantage ce qui se déroule tout au long de l'expérimentation (Gauthier, 1984).

Le **traitement** et l'**analyse des données** tiennent compte de la nature des données recueillies. Les données *quantitatives* sont traitées sous la forme de distribution de fréquences (pourcentage) et de moyennes, cumulées au cours de la phase *suivi d'implantation*. Les données *qualitatives* recueillies auprès des acteurs ont été traitées par analyse de contenu selon les techniques propres aux méthodes qualitatives (Huberman et Miles, 1991; Deslauriers, 1991).

Les **aspects éthiques** se rapportent à la clientèle ciblée. Afin de conserver la confidentialité des informations et l'anonymat des jeunes et de leurs parents, un code était attribué, par l'infirmière du Centre de pédopsychiatrie, à chacun des formulaires remplis par les membres de l'équipe territoriale. L'agent de recherche de la DSP n'a jamais eu accès aux dossiers des jeunes. Lorsque celui-ci avait besoin d'informations supplémentaires, c'est le code attribué à chacun des formulaires qui permettait à l'infirmière de retracer le dossier et de fournir l'information manquante.

Une dernière information a trait à l'**absence de données** relativement au point de service du Centre de santé Orléans. Le recrutement médical difficile et imprévu a retardé la mise en place de tous les points de service. Ce retard a eu pour conséquence de ne pouvoir intégrer ce point de service au cours de la période d'implantation. Les jeunes habitant dans ce secteur se sont donc retrouvés sur la liste d'attente des pédopsychiatres et ont été traités au Centre de pédopsychiatrie.

CHAPITRE 3

CLARIFICATION DU MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES PROPOSÉ (PHASE PRÉPARATOIRE)

La phase *préparatoire* est une étape cruciale dans la mise en place d'un nouveau modèle d'organisation de services et impose des activités de planification importantes. Les principales activités réalisées ont été : la présentation du modèle d'organisation de services aux partenaires, l'opérationnalisation du modèle et l'élaboration des instruments de collecte de données.

Pour la **présentation du modèle d'organisation de services**, trois stratégies ont été utilisées. Une première stratégie visait les gestionnaires du CHUQ et les gestionnaires des CLSC. La rencontre avec eux avait pour but de leur présenter le modèle d'organisation de services, d'obtenir leur adhésion et de convenir des modalités d'application dans chacun des territoires. Une deuxième stratégie consistait à sensibiliser les divers partenaires (milieux scolaires, centres de la petite enfance, CJQ, etc.), par groupes d'acteurs, afin de leur exposer le modèle et de recueillir leurs commentaires. Au cours de ces démarches, la professionnelle de l'Agence, responsable du dossier jeunesse-santé mentale, était présente. Une troisième stratégie visait l'équipe territoriale (gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie, médecins omnipraticiens, professionnels) et consistait à rencontrer les équipes Familles/Enfance/Jeunesse (FEJ) des CLSC, avec les mêmes objectifs que pour les gestionnaires. Toutes les équipes FEJ ont été rencontrées, à l'exception de celle du secteur Limoilou. Pour les **gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie**, ces rencontres se sont avérées fructueuses car elles leur ont permis de clarifier le modèle d'organisation de services proposé. Un des **gestionnaires de CLSC** a souligné que les informations transmises étaient complètes et que la rencontre s'était déroulée dans un climat d'ouverture. Cependant, la majorité des gestionnaires de CLSC ¹ ont émis des réserves, telles que : durée insuffisante des rencontres, trop long délai (cinq mois) entre le moment de l'arrivée des membres de l'équipe territoriale et le moment de la rencontre, mauvaise période de l'année (été) pour rencontrer les intervenants en raison de l'absence de plusieurs d'entre eux, présentation plus centrée sur ce que l'équipe territoriale ne fera pas que sur ce qu'elle fera. Certains d'entre eux ont déploré le fait que les professionnels de l'équipe territoriale n'étaient pas encore en poste au moment de ces rencontres.

L'**opérationnalisation** du modèle d'organisation de services n'était pas facile à réaliser et comportait plusieurs types d'activités se rapportant à la gestion du changement, au partenariat avec les CLSC, au recrutement et à la formation du personnel, à la précision des services (volets « intervention clinique » et « soutien aux intervenants de première ligne ») et à la détermination de la trajectoire de services.

L'implantation de ce service par le Centre de pédopsychiatrie a exigé, de la part des gestionnaires, une *gestion du changement* tant sur le plan des ressources humaines (tout le personnel visé de près ou de loin a été interpellé) que sur le plan de la logistique (réflexion sur la transmission des

1. Les CLSC étaient des partenaires privilégiés et pour cette raison, leurs représentants ont été rencontrés en entrevue semi-dirigée afin d'obtenir leur point de vue sur l'implantation de l'équipe territoriale. Les autres partenaires, comme les intervenants des milieux scolaires, n'ont pas été rencontrés dans le cadre de l'évaluation, ce qui est relevé comme une limite au chapitre 6, « Discussion ».

demandes de consultation, transmission des dossiers provenant des archives, confidentialité de l'information, etc.).

Le principe privilégié, soit la déconcentration des services dans chacun des territoires de CLSC, avait comme corollaire l'établissement d'un *partenariat* privilégié avec ces derniers. Deux activités de base en ont découlé : la négociation de locaux et l'intégration des membres de l'équipe territoriale aux CLSC. Dans un contexte de rareté de locaux pour le personnel des CLSC même, la libération de locaux pour l'équipe territoriale s'est avérée un problème dans tous les établissements. Cette démarche s'est donc avérée beaucoup plus ardue que prévu. L'intégration des membres de l'équipe territoriale aux équipes FEJ des CLSC a été faite de façon systématique, par des rencontres et des échanges positifs entre les coordonnateurs des équipes FEJ et les responsables du Centre de pédopsychiatrie.

Le *recrutement* du personnel de l'équipe territoriale a été un des points cruciaux de ce projet. Outre le transfert, au CHUQ, des membres de l'équipe territoriale du CLSC-CHSLD La Source et du Centre de santé Orléans, dix postes (médecins, infirmières et psychologues) devaient être ouverts. Les postes de médecins omnipraticiens ont été particulièrement difficiles à pourvoir. Deux hypothèses ont été avancées afin d'expliquer cette difficulté : 1) les problèmes inhérents au fait que le domaine de la santé mentale des jeunes ne soit pas compris dans la liste de priorités des « Activités médicales particulières » (AMP); 2) le peu d'intérêt des médecins de famille à acquérir une expertise en santé mentale des jeunes. Au-delà du recrutement comme tel, il était difficile de planifier l'embauche du personnel, car la disponibilité des locaux dans les CLSC n'était pas connue. La combinaison de ces deux facteurs a eu un effet certain sur la mise en place des points de service.

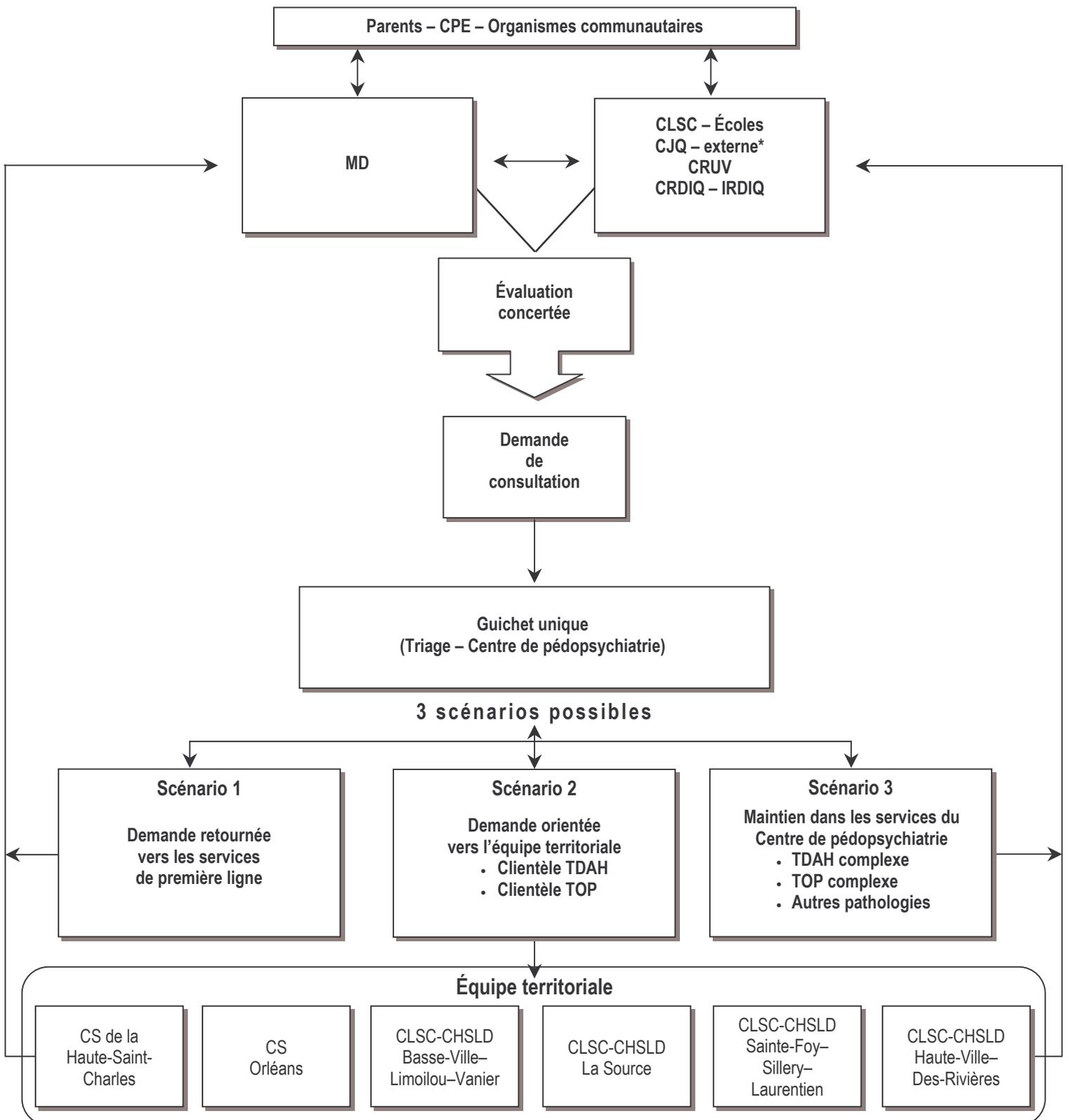
La *formation* des médecins omnipraticiens et des professionnels de l'équipe territoriale a pris plusieurs formes. Des pédopsychiatres du Centre de pédopsychiatrie ont offert de la formation à l'ensemble des membres de l'équipe territoriale, et ont supervisé de façon plus intensive la formation des médecins omnipraticiens. Les infirmières ont suivi un stage particulier et les psychologues ont reçu une formation d'une neuropsychologue.

Le contenu des volets « intervention clinique » et « soutien aux intervenants de première ligne » a été revu, car tous deux exigeaient des clarifications afin de s'assurer d'une compréhension commune des activités qui devaient être réalisées. Le premier volet a suscité une discussion de fond sur l'approche médicale. Le second volet touchant un domaine où le Centre de pédopsychiatrie s'était peu aventuré, il a exigé plusieurs discussions dont les résultats ont été présentés dans un document décrivant les activités de soutien proposées par l'équipe territoriale (voir l'annexe 3).

La figure sur la *trajectoire de services* présentée initialement dans le document du CHUQ était incomplète; elle ne contenait pas l'ensemble des éléments qui la constituent et qui étaient cependant évoqués dans le document. Des discussions ont donc eu lieu afin de clarifier cette trajectoire et de modifier la figure initiale (voir la figure 3).

L'analyse des instruments de collecte de données déjà utilisés par le Centre de pédopsychiatrie a par ailleurs fait ressortir que très peu des données recueillies permettaient de répondre aux objectifs de l'évaluation d'implantation. À partir de ce constat, des instruments de collecte de données adaptés à chacun des deux volets ont été élaborés, puis soumis, pour critiques, aux personnes qui auraient à les utiliser, et modifiés au besoin.

FIGURE 3. TRAJECTOIRE DE SERVICES, PREMIÈRE LIGNE, VOLET « INTERVENTION CLINIQUE »



* Pour les services en internat au Centre Jeunesse, une trajectoire particulière est prévue et fera l'objet d'une évaluation distincte par le CJQ – Institut universitaire

CHAPITRE 4

DESCRIPTION DES DEMANDES DE CONSULTATION, DE LA CLIENTÈLE ET DES SERVICES (PHASE SUIVI D'IMPLANTATION)

La phase *suiwi d'implantation* avait pour but principal de concrétiser l'ensemble des éléments discutés au cours de la phase *préparatoire*. Le présent chapitre et le suivant font état, à partir du cadre d'analyse synthétisé dans la figure 2, des résultats de cette phase. Ce chapitre-ci décrit les demandes de consultation, la clientèle et les services pour les deux volets du modèle d'organisation de services (*données quantitatives*). Quant au chapitre 5, il traite des perceptions des acteurs relativement au fonctionnement du modèle et aux services mêmes, et s'attarde également à la diffusion et à la gestion du modèle.

L'implantation des points de service de l'équipe territoriale s'est échelonnée sur une période de quinze mois; trois ont été ouverts en 2002 (mai et août) et deux en 2003 (mai et août). Seule la clientèle du territoire Basse-Ville-Limoilou-Vanier n'a pas été desservie dans son milieu, faute de locaux disponibles; elle devait se rendre au CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières. La durée des services offerts, calculée en fonction de la date de la fin de l'étude d'implantation (janvier 2004), varie de dix-neuf à cinq mois (voir le tableau 4).

Tableau 4. Distribution des CLSC selon la date d'entrée en service et la durée des services offerts

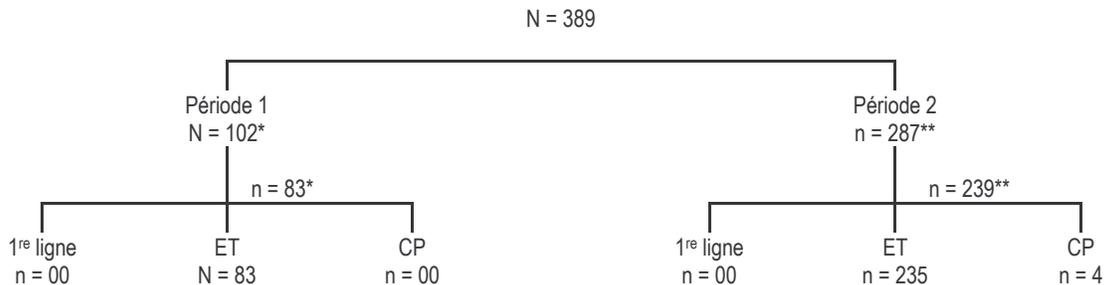
Établissement	Date d'entrée en service	Durée des services offerts (en mois)
CLSC – CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières	21mai 2002	19
CLSC – CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier	21mai 2002	19
CLSC – CHSLD Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	19 août 2002	17
CLSC – CHSLD La Source	5 mai 2003	8
CS de la Haute-Saint-Charles	25 août 2003	5
CS Orléans	—	—

La description des demandes de consultation, de la clientèle et des services offerts par l'équipe territoriale sera faite à partir des données cumulées sur une période de vingt mois (mai 2002 à janvier 2004). Au cours de cette période, 389 demandes de consultation¹ ont été analysées. Ces demandes couvrent deux périodes distinctes. La *période 1* représente le nombre de demandes (n = 102) inscrites sur la liste d'attente du Centre de pédopsychiatrie et transférées à chacun des points de service de l'équipe territoriale afin de permettre aux membres de cette équipe de se « roder » à leurs nouvelles tâches. La *période 2* représente le nombre de demandes (n = 287) ayant cheminé selon la trajectoire de services prévue dans le modèle d'organisation de services. En raison

1. En raison de l'absence d'un des médecins omnipraticiens de l'équipe territoriale pour cause de maladie, 49 demandes de consultation qui devaient être transférées dans les points de service des CLSC sont restées au Centre de pédopsychiatrie.

de délai pour convenir des formulaires destinés à recueillir l'information sur les demandes de consultation, les données sont disponibles pour 322 des 389 demandes (voir la figure 4). Il convient de souligner que les points de service ne peuvent être comparés entre eux, ceux-ci ayant offert les services sur des périodes différentes.

FIGURE 4. DISTRIBUTION DES DEMANDES DE CONSULTATION SELON LES PÉRIODES 1 ET 2



* Dix-neuf de ces dossiers ne contenaient aucune information sur l'orientation.

** Quarante-huit de ces dossiers ne contenaient aucune information sur l'orientation.

Période 1 : demandes provenant de la liste d'attente du Centre de pédopsychiatrie du CHUQ.

Période 2 : demandes ayant cheminé selon la trajectoire prévue dans le modèle d'organisation de services.

ET : équipe territoriale.

CP : Centre de pédopsychiatrie.

4.1 DEMANDE DE CONSULTATION

La très grande majorité des demandes de consultation viennent des omnipraticiens (63,7 %) et des pédiatres (31 %), et le lieu de pratique est le cabinet privé pour plus de huit médecins sur dix (83,8 %). Ces médecins pratiquent principalement dans trois secteurs géographiques de Québec-métro soit : Québec, secteur Basse-Ville (29,5 %), Sainte-Foy (25,8 %) et Charlesbourg (15,8 %). Un seul motif de référence est indiqué dans les demandes de consultation, le plus important étant la « consultation et la prise en charge », invoqué dans plus de neuf demandes sur dix (93,1 %). Les données montrent que les références sont nouvelles dans la quasi-totalité des cas (98,4 %), même si un jeune sur cinq (19,6 %) était déjà connu du Centre de pédopsychiatrie (voir la section 1 de l'annexe 4).

Les demandes de consultation relatives au trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et au trouble de l'opposition avec provocation (TOP), acheminées au guichet unique du Centre de pédopsychiatrie, ont été orientées vers les points de service des CLSC dans 98,8 % des cas. Elles ont été distribuées dans les cinq points de service opérationnels au cours de l'étude. Le quart des demandes ont été dirigées vers le CLSC-CHSLD Sainte-Foy-Sillery-Laurentien (26,4 %)

tandis que les CLSC-CHSLD La Source, Basse-Ville–Limoilou–Vanier et Haute-Ville–Des-Rivières en ont reçu chacun un cinquième (21,7 %, 21,4 % et 19,2 % respectivement). Enfin, le CS de la Haute-Saint-Charles compte pour 11,3 % des demandes de consultation¹. Dans plus de la moitié des cas (52,5 %), la demande de consultation est transmise aux points de service de l'équipe territoriale dans la journée même (40 %) ou le lendemain (12,5 %); le délai de transmission se situe entre deux et cinq jours pour 15 % des demandes, et au-delà de cinq jours pour 32,5 % (voir la section 2 de l'annexe 4).

Tableau 5. Synthèse – Demandes de consultation

Variables	Nb*	%
• Référent :		
o omnipraticien	205/322	63,7
o pédiatre	100/322	31,0
• Lieu de pratique :		
o cabinet privé	269/321	83,8
• Principaux secteurs géographiques :		
o Québec (secteur Basse-Ville)	95/322	29,5
o Sainte-Foy	83/322	25,8
o Charlesbourg	51/322	15,8
• Motif de référence :		
o consultation et prise en charge	298/320	93,1
• Nouvelle référence	317/322	98,4
• Jeunes connus par le Centre de pédopsychiatrie	63/322	19,6
• Délai de transmission de la demande de consultation du Centre de pédopsychiatrie aux points de service :		
o la journée même ou le lendemain	168/320	52,5
o entre 2 et 5 jours	48/320	15,0
o plus de 5 jours	104/320	32,5

* Le dénominateur est indiqué, car les données manquantes ont été exclues des calculs.

1. Les différences de pourcentage s'expliquent principalement par le fait que tous les points de service n'ont pas été opérationnels en même temps, leur implantation s'échelonnant sur une période de quinze mois (de mai 2002 à août 2003).

4.2 CLIENTÈLE REJOINTE

Presque les trois quarts des jeunes (72,7 %) sont des garçons, et plus des deux tiers (68 %) ont entre 6 et 12 ans. Ils vivent principalement dans trois secteurs géographiques de Québec-méto, soit : Québec, secteur Basse-Ville (37,6 %), Charlesbourg (14,9 %) et Sainte-Foy (12,7 %). Près des deux tiers d'entre eux (62,7 %) ont un seul diagnostic posé par le médecin référent; les trois principaux diagnostics sont le TDAH (34,2 %), le TDA (25,2 %) et le trouble de comportement (22,8 %). Près du tiers des jeunes ont deux diagnostics (30,1 %), les principaux étant TDAH + TOP (18,6 %) et TDAH + trouble de comportement (13,4 %). Ces données sont détaillées à la section 3 de l'annexe 4.

Tableau 6. Synthèse – Clientèle

Variables	Nb*	%
• Garçons	234/322	72,7
• Entre 6-12 ans	219/322	68,0
• Principaux secteurs géographiques :		
o Québec (Basse-Ville)	121/322	37,6
o Charlesbourg	48/322	14,9
o Sainte-Foy	41/322	12,7
• Diagnostic :		
o 1 seul diagnostic :		
➢ TDAH	69/202	34,2
➢ TDA	51/202	25,2
➢ Trouble de comportement	46/202	22,8
o 2 diagnostics :		
➢ TDAH + TOP	18/97	18,6
➢ TDAH + trouble de comportement	13/97	13,4

* Le dénominateur est indiqué, car les données manquantes ont été exclues des calculs.

4.3 SERVICES

Les résultats relatifs aux services sont présentés pour chacun des volets couverts par l'équipe territoriale : « intervention clinique » et « soutien aux intervenants de première ligne ».

4.3.1 VOLET « INTERVENTION CLINIQUE »

Les données de la présente section proviennent de tous les dossiers fermés au 31 janvier 2004 (n = 192)¹. Le délai entre le moment où la demande de consultation arrive au point de service et le moment où le médecin omnipraticien de l'équipe territoriale évalue le jeune est de moins de

1. La différence entre le nombre de demandes de consultation (n = 389) et le nombre de dossiers fermés (n = 192) est due au fait qu'aux fins de l'étude, seuls les dossiers fermés, au plus tard en janvier 2004, ont été retenus. Comme les points de service n'ont pas été opérationnels au même moment, et que les délais d'évaluation et de prise en charge ainsi que les durées de suivi ne sont pas identiques pour chacun des jeunes, seulement un dossier sur deux (49,4 %) a pu être analysé.

trois mois dans plus de la moitié des cas (59,6 %), pour un délai moyen de 82,8 jours. L'évaluation diagnostique s'effectue au cours de la journée pour près de neuf jeunes sur dix (88,9 %), ce qui n'entraîne aucun délai, tandis que 6,3 % des évaluations s'effectuent à l'intérieur de six semaines (moins de trois semaines, 3,5 %; moins de six semaines, 2,8 %) et 4,9 % au-delà de six semaines, pour un délai moyen de 6,6 jours (voir les tableaux 1 et 2 de la section 1 de l'annexe 5).

Le médecin omnipraticien et l'infirmière de l'équipe territoriale ont pris part à l'évaluation dans la totalité des cas, tandis que la psychologue y a pris part dans un cas sur cinq (22,5 %; voir le tableau 3 de la section 1 de l'annexe 5). Les médecins omnipraticiens ont précisé le diagnostic du médecin référant et ont également constaté la présence de comorbidité.

Après l'évaluation diagnostique faite par l'équipe territoriale, un peu plus du tiers des demandes (36,5 %) ont été maintenues à l'équipe, l'évaluation ayant démontré la complexité du problème et la pertinence de la prise en charge provisoire du jeune. Un peu plus du tiers (38,5 %) ont été retournées en première ligne et un autre pourcentage, minime (3,1 %), retournées au Centre de pédopsychiatrie (voir la figure 5 et le tableau 5 de la section 1 de l'annexe 5). Plus de une demande de consultation sur cinq (21,9 %) a été annulée et de ces demandes, sept sur dix (71,4 %) l'ont été par les parents. Les principales raisons invoquées sont : amélioration de l'état de santé de l'enfant, délais trop longs, recours aux services privés. Les autres annulations pour lesquelles les raisons sont connues (16,7 %) sont reliées au fait qu'il était impossible de rejoindre le parent, que le parent ne s'était pas présenté au rendez-vous ou qu'il ne retournait pas les documents demandés afin de poursuivre la démarche (voir les tableaux 4 et 5 de la section 1 de l'annexe 5).

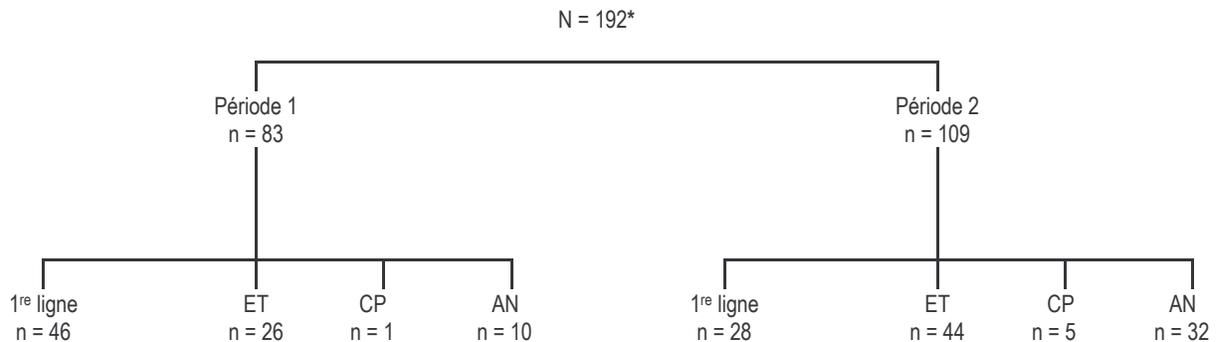
L'équipe territoriale a fait des interventions thérapeutiques auprès de 70 jeunes; ces interventions ont débuté à l'intérieur d'une période de 21 jours pour la moitié d'entre eux. Le délai moyen est de 32,1 jours. Le médecin omnipraticien et l'infirmière prennent part à la quasi-totalité des interventions (respectivement 100 % et 94,2 %) et la psychologue, à un peu plus de la moitié (56,5 %). La travailleuse sociale et l'éducatrice spécialisée sont sollicitées auprès d'un jeune une fois sur cinq (18,8 %). Dans le tiers des cas, deux ou trois intervenants ont été mis à contribution (respectivement 36,2 % et 39,1 %) et dans le quart des cas (24,6 %), on en compte quatre. Enfin, près du cinquième (17,1 %) des 70 jeunes dont la condition requérait une intervention ont reçu des services de professionnels du Centre de pédopsychiatrie : soit d'un neurologue (11 sur 12), soit d'un orthopédagogue (1 sur 12). La moitié des jeunes ont été suivis moins de trois mois, près du quart (23,4 %) entre trois et six mois et plus du quart (26,6 %), plus de six mois; la durée moyenne du suivi est de 114,2 jours. La principale raison de la fermeture des dossiers était « l'atteinte des objectifs » (81,4 %); les dossiers ouverts plus de six mois l'ont été en raison de la complexité du cas et de périodes d'hospitalisation (voir la section 2 de l'annexe 5).

Des données sur les services que recevait un jeune « au moment » de la demande de consultation et « avant » ont été recueillies à titre informatif. Elles montrent qu'*au moment* de la demande de consultation, plus de un jeune sur trois (38 %) ne recevait aucun service autre que celui du médecin de famille, comparativement à près de un sur quatre (22,4 %) *avant* cette demande. Parmi ceux qui recevaient des services, que ce soit *au moment* de la demande de consultation ou *avant*, la majorité (respectivement 79 % et 51 %) les recevaient d'un **seul organisme**, le plus souvent de l'école (respectivement 59,6 % et 55,3 %) suivie du CLSC (respectivement 24,5 % et 11,8 %). Pour ceux qui recevaient les services de **deux organismes** (respectivement 20,2 % et 34,8 %), le tandem principal était l'école et le CLSC (respectivement 54,2 % et 23,1 %). Un plus grand nombre de

jeunes rencontraient **un intervenant** au moment de la demande de consultation, comparativement à la période précédant la demande (respectivement 56,3 % et 34,2 %); les intervenants les plus sollicités sont la psychologue (respectivement 34,3 % et 35,3 %) et l'orthopédagogue (respectivement 23,9 % et 21,6 %). Près de un jeune sur trois (respectivement 31,9 % et 31,5 %) en rencontrait **deux**, le tandem le plus fréquent étant la psychologue et l'orthopédagogue (respectivement 42,1 % et 51,1 %). Ces données sont détaillées à la section 3 de l'annexe 5.

Quant aux jeunes ayant fait l'objet d'un suivi, les trois quarts (75,7 %) sont des garçons, une proportion similaire (72,9 %) ont entre 6 et 12 ans, et près de la moitié (48,6 %) résident à Québec, secteur Basse-Ville (voir la section 4 de l'annexe 5).

**FIGURE 5. ORIENTATION DES DEMANDES DE CONSULTATION
APRÈS L'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE DE L'ÉQUIPE TERRITORIALE**



Période 1 : demandes provenant de la liste d'attente du Centre de pédopsychiatrie du CHUQ.

Période 2 : demandes ayant cheminé selon la trajectoire prévue dans le modèle d'organisation de services.

ET : équipe territoriale.

CP : Centre de pédopsychiatrie.

AN : annulation.

* Voir note 1, p. 40.

Tableau 7. Synthèse – Volet « intervention clinique »

Thèmes	Nb*	%		
Évaluation diagnostique				
<ul style="list-style-type: none"> • Délai entre le moment où la demande est arrivée aux points de service et le moment où le médecin omnipraticien évalue le jeune : <ul style="list-style-type: none"> o moins de 3 mois – délai moyen de 82,8 jours • Délai entre le début et la fin de l'évaluation diagnostique : <ul style="list-style-type: none"> o aucun délai • Médecins omnipraticiens et professionnels de l'équipe territoriale engagés dans l'évaluation : <ul style="list-style-type: none"> o médecin omnipraticien o infirmière o psychologue • Orientation des demandes après l'évaluation diagnostique de l'équipe territoriale : <ul style="list-style-type: none"> o maintenues dans l'équipe territoriale o retournées vers les services de première ligne o retournées au Centre de pédopsychiatrie o annulées <ul style="list-style-type: none"> ➢ par les parents 	86/144 128/144 142/142 142/142 32/142 70/192 74/192 6/192 42/192 30/42	59,6 88,9 100,0 100,0 22,5 36,5 38,5 3,1 21,9 71,4		
Intervention clinique				
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de jeunes ayant reçu des interventions thérapeutiques • Délai de prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> o moins de 21 jours – délai moyen de 32,1 jours • Contribution des médecins omnipraticiens et des professionnels de l'équipe territoriale : <ul style="list-style-type: none"> o médecin omnipraticien o infirmière o psychologue o éducatrice et travailleuse sociale • Durée du suivi : <ul style="list-style-type: none"> o moins de 3 mois o entre 3 et 6 mois o plus de 6 mois <ul style="list-style-type: none"> ➢ durée moyenne de 114,2 jours 	70/192 32/64 69/69 65/69 39/69 13/69 32/64 15/64 17/64	36,5 50,0 100,0 94,2 56,5 18,8 50,0 23,4 26,6		
Contribution d'autres organismes et intervenants « au moment » de la demande de consultation et « avant »				
	« Au moment »		« Avant »	
<ul style="list-style-type: none"> • Organisme : <ul style="list-style-type: none"> o Aucun organisme o 1 seul organisme o 2 organismes • Intervenant : <ul style="list-style-type: none"> o Aucun intervenant o 1 seul intervenant o 2 intervenants 	73/192 94/119 24/119 73/192 67/119 38/119	38,0 79,0 20,2 38,0 56,3 31,9	43/192 76/149 52/149 43/192 51/149 47/149	22,4 51,0 34,9 22,4 34,2 31,5

* Le dénominateur est indiqué, car les données manquantes ont été exclues des calculs.

4.3.2 VOLET « SOUTIEN AUX INTERVENANTS DE PREMIÈRE LIGNE »

Les informations traitées dans la présente section viennent des formulaires de collecte de données remplis par les infirmières et les psychologues de l'équipe territoriale sur une période de neuf mois (mai 2003 à janvier 2004). Ces formulaires avaient pour objectif de décrire les activités de soutien réalisées auprès des intervenants de première ligne (n = 160). Au cours de cette période, ni la travailleuse sociale, ni l'éducatrice spécialisée de l'équipe territoriale n'ont été sollicitées par les intervenants de première ligne. Quant aux médecins omnipraticiens de l'équipe territoriale, ils n'ont rempli aucune grille de collecte de données sur leurs activités de soutien; aucune information n'a donc pu être recueillie en ce qui les concerne.

En matière de soutien, les infirmières et les psychologues de l'équipe territoriale se partagent les demandes dans des proportions de 60,6 % et de 39,4 % respectivement. Plus de neuf demandes sur dix (91,3 %) sont faites par un seul demandeur, les trois principaux étant la travailleuse sociale (37 %), l'éducatrice (26 %) et la psychologue (15,7 %). Les demandes faites aux infirmières viennent principalement des travailleuses sociales (40,6) et des éducatrices (31,9 %); celles adressées aux psychologues viennent surtout des psychologues (38,2 %) et des travailleuses sociales (30,9 %). Les trois quarts des demandes (74,4 %) viennent d'intervenants des CLSC, principalement des travailleuses sociales (44,5 %), tandis qu'un peu moins du cinquième (18,7 %) sont faites par des intervenants des écoles, particulièrement par des psychologues (80 %). Ces données sont détaillées aux tableaux 1 et 2 de l'annexe 6. Les principaux *motifs* de la demande sont des avis cliniques (43,1 %) et de l'information sur l'accès aux services (31,9 %), en rapport avec le TDAH pour plus de une demande sur quatre (26,3 %), avec le TOP pour près de une demande sur cinq (18,1 %), et avec le TDAH + TOP pour près du tiers des demandes (29,4 %). Ces données sont détaillées aux tableaux 3 et 4 de l'annexe 6.

La consultation téléphonique (39,4 %), d'une durée de moins de 15 minutes dans plus des trois quarts des cas (78,7 %), est le premier moyen utilisé. Les discussions cliniques, presque aussi fréquentes (35,6 %), durent en général moins de 30 minutes (61 %). Ces données sont détaillées aux tableaux 5 et 6 de l'annexe 6.

Des informations complémentaires recueillies auprès des gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie montrent que d'autres types d'activités de soutien ont été réalisées. Les médecins omnipraticiens et les professionnels de l'équipe territoriale ont conçu un « Guide de référence en matière d'encadrement, de discipline et d'entraînement aux habiletés sociales chez les enfants et les adolescents » destiné aux intervenants de première ligne. Un pédopsychiatre du Centre de pédopsychiatrie a rédigé un document à l'intention des médecins de première ligne. Des rencontres mensuelles se sont également tenues dans les points de service. Ces rencontres, d'une durée d'une heure, réunissaient tous les membres de l'équipe territoriale et des intervenants du CLSC, et avaient pour but d'augmenter la compétence des intervenants de première ligne par la présentation de cas cliniques. L'équipe territoriale et le pédopsychiatre ont en outre rencontré les intervenants des CLSC et des milieux scolaires afin d'échanger sur les approches et les interventions adaptées à la clientèle ciblée.

On compte enfin, parmi les activités de soutien aux intervenants de première ligne, le Service de télésanté en pédopsychiatrie, en place depuis le 1^{er} octobre 2001. C'est un service de consultation téléphonique, directement avec un pédopsychiatre, qui permet de discuter d'un cas clinique,

d'obtenir des renseignements ou de compléter un diagnostic. Il s'adresse à tous les professionnels qui travaillent auprès des moins de 18 ans, dans la région 03 et l'Est du Québec. Cette consultation téléphonique vise à éclairer et à maximiser le processus d'intervention des professionnels de la première et de la deuxième ligne. Les principaux utilisateurs sont les intervenants des CLSC (infirmières, travailleurs sociaux et médecins) et ceux du milieu scolaire (psychologues et infirmières). La durée des discussions est de vingt minutes en moyenne et environ 40 % des appels viennent de professionnels qui ont déjà eu recours à ce service. Le tiers des appels se rapportent à des jeunes qui ont des problèmes tels que des difficultés d'apprentissage associées à des troubles du comportement et à des difficultés de concentration (Tremblay, 2002).

Tableau 8. Synthèse – Volet « soutien aux intervenants de première ligne »

Variables	Nb*	%
• Professionnel de l'équipe territoriale interpellé :		
o infirmière	97/160	60,6
o psychologue	63/160	39,4
• 1 demandeur :		
o travailleuse sociale	54/146	37,0
o éducatrice	38/146	26,0
o psychologue	23/146	15,7
• Origine des demandeurs :		
o CLSC	119/160	74,4
o École	30/160	18,7
• Motif de la demande :		
o avis clinique	69/160	43,1
o information sur l'accès aux services	51/160	31,9
• Problème pour lequel sont faites les demandes :		
o TDAH	42/160	26,3
o TOP	29/160	18,1
o TDAH + TOP	47/160	29,4
• Type de soutien :		
o consultation téléphonique	63/160	39,4
> moins de 15 minutes	48/61	78,7
o discussion clinique	57/160	35,6
> moins de 30 minutes	36/59	61,0

* Le dénominateur est indiqué, car les données manquantes ont été exclues des calculs.

CHAPITRE 5

PERCEPTION DES ACTEURS (PHASE SUIVI D'IMPLANTATION)

Le présent chapitre comprend trois sections qui traitent des informations *qualitatives* portant sur le modèle d'organisation de services, les services eux-mêmes ainsi que la diffusion et la gestion du modèle. Pour chaque section, les **points de vue** des différents groupes d'acteurs sont présentés distinctement; ce sont, dans l'ordre, les points de vue des médecins omnipraticiens, des professionnels de l'équipe territoriale, des gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie et des gestionnaires de CLSC¹.

Avant de présenter les résultats qui se rapportent à la perception des acteurs, un rappel sur les points de service et la répartition des ressources humaines s'impose. Au cours de cette *phase d'implantation* (mai 2002 à janvier 2004), cinq des six points de service ont été opérationnels. Dans deux points de service (CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières et Basse-Ville-Limoilou-Vanier), les ressources humaines ont été allouées telles que prévues (voir le tableau 1). Quant aux trois autres points de service, des écarts sont constatés. Ainsi, le temps médecin omnipraticien a été réduit au CLSC-CHSLD Sainte-Foy-Sillery-Laurentien (passant de 0,6 à 0,3) et au CS de la Haute-Saint-Charles (passant de 0,7 à 0,4), et augmenté au CLSC-CHSLD La Source (passant de 0,5 à 0,6). Un poste de psychologue était prévu au CS de la Haute-Saint-Charles, mais n'a jamais été ouvert; cependant, le service était assuré par la psychologue du point de service du CLSC-CHSLD Sainte-Foy-Sillery-Laurentien. Quant aux pédopsychiatres consultants, seuls les points de service des CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières et Basse-Ville-Limoilou-Vanier ont eu une diminution du temps prévu (passant de 0,1 à 0,05). Il convient enfin de préciser que les écarts importants quant à la durée des services offerts pendant la période d'observation sont dus à un démarrage étalé dans le temps, qui a varié de dix-neuf à cinq mois.

5.1 MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES

5.1.1 DÉCONCENTRATION DES SERVICES

Tous les **médecins omnipraticiens de l'équipe territoriale** perçoivent de façon positive la *déconcentration* des services vers les CLSC : le fait d'offrir le service le plus près possible du milieu de vie de l'utilisateur l'a rendu plus accessible, tant au jeune qu'à sa famille. Selon un des médecins omnipraticiens, il est « moins menaçant », pour le jeune, de consulter au CLSC qu'à l'hôpital. La majorité d'entre eux ont constaté un rapprochement entre les services spécialisés et les services de première ligne

Les **professionnels de l'équipe territoriale** sont plus mitigés. Tous soulignent, à l'instar des médecins omnipraticiens, l'importance d'offrir le service à proximité du lieu où vivent le jeune et ses parents, puisque cela accroît l'accessibilité. Deux d'entre eux précisent que pour le jeune, il est moins « stigmatisant » de se présenter dans un CLSC qu'à l'hôpital. La moitié des professionnels estiment

1. Les gestionnaires de CLSC ont rencontré les intervenants des équipes Famille/Enfance/Jeunesse afin de pouvoir transmettre leurs points de vue.

par ailleurs que le fait d'être localisés dans un CLSC leur a permis de développer des liens plus étroits avec les intervenants de première ligne du CLSC, en plus de faciliter les échanges avec les autres partenaires et de favoriser la continuité des services. Le désavantage le plus souvent évoqué a trait aux délais. La majorité des professionnels de l'équipe territoriale s'interrogent sur le délai d'attente imposé au jeune et à ses parents, et dû à un effectif médical restreint (ex. : un médecin omnipraticien à mi-temps par point de service, et parfois moins). D'autres désavantages, relevés une seule fois par divers professionnels, peuvent être résumés ainsi : étonnement de certains parents qui s'attendaient à rencontrer un pédopsychiatre et non un médecin omnipraticien, confusion possible entre les services de l'équipe territoriale et ceux des intervenants du CLSC, dispersion des professionnels, dispersion du matériel, éloignement des services et des infrastructures de l'hôpital, communication moins directe entre le pédopsychiatre et les membres de l'équipe territoriale.

Pour les **gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie**, la déconcentration des services spécialisés, dans les locaux des CLSC, est un pas important qui permettra de créer des liens interétablissements et de mettre à profit l'expertise de tout un chacun. Un des principaux avantages relevés est l'offre de service le plus près possible du lieu où vivent le jeune et ses parents.

5.1.2 RÉFÉRENCE MÉDICALE (MÉCANISME D'ACCÈS)

La *référence médicale* impliquait qu'une évaluation de base soit faite par le médecin de famille de première ligne, une modalité que la majorité des **médecins omnipraticiens de l'équipe territoriale** considèrent comme un avantage important. Ils soulignent du même coup que cette évaluation de base n'était pas faite dans tous les cas, ou qu'elle était incomplète. Par ailleurs selon eux, les intervenants de première ligne peuvent percevoir la référence médicale comme un « papier à obtenir », et celle-ci peut s'avérer davantage une contrainte qu'un élément facilitant.

Pour la majorité des **professionnels de l'équipe territoriale**, la *référence médicale* a permis d'éliminer les causes physiques, de retenir la clientèle qui correspondait au mandat de l'équipe territoriale, de mieux orienter et de mieux prioriser. Sur le chapitre des désavantages, la moitié des professionnels de l'équipe territoriale estiment que ce type de référence, par le médecin de première ligne, a pour effet d'exclure les autres professionnels de la santé et des services sociaux de première ligne comme référents possibles, de limiter les références aux professionnels de l'équipe territoriale et, par le fait même, de limiter l'accès à leurs services. Divers professionnels soulignent que la qualité de l'information médicale transmise par le médecin de famille laissait à désirer et certains remettent en cause la nécessité d'une évaluation médicale pour tous les jeunes.

Les **gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie** estiment, à l'instar des professionnels de l'équipe territoriale, que la référence médicale a permis d'éliminer les causes physiques et de retenir la clientèle qui correspond aux mandats de l'équipe. Il convient de rappeler qu'avant l'implantation du modèle actuel, la majorité des médecins de famille référaient vers le Centre de pédopsychiatrie sans procéder à l'évaluation différentielle nécessaire pour éliminer d'autres causes physiques (ce que fait le médecin omnipraticien de l'équipe territoriale).

La majorité des **gestionnaires de CLSC** n'ont que des commentaires négatifs à l'égard de la référence médicale et s'accordent, en partie, avec les professionnels de l'équipe territoriale. Ils considèrent la référence médicale, seul mécanisme possible de référer vers l'équipe territoriale, comme « inacceptable ». Ils s'opposent au fait que seuls les médecins de famille puissent référer vers l'équipe territoriale, ce qui par conséquent exclut la possibilité de référence par les professionnels des CLSC. Cette approche leur apparaît comme une « remise en question » du diagnostic du médecin de famille de première ligne ou du jugement porté par des intervenants expérimentés. Tout en reconnaissant volontiers des composantes biologiques au TDAH et au TOP, ils rappellent que ces troubles ont des composantes psychosociales importantes. Selon eux, le fait de devoir passer par un médecin de famille peut entraîner, entre autres conséquences, la « démobilisation des parents » en raison de la « lourdeur » de la démarche pour une situation que les parents et les intervenants du CLSC jugent urgente.

5.2 SERVICES

5.2.1 VOLET « INTERVENTION CLINIQUE »

Tous les **médecins omnipraticiens de l'équipe territoriale** ont apprécié la présence des professionnels dans l'équipe territoriale et la considèrent comme un atout pour mener à bien le mandat de l'équipe. L'un d'eux souligne par ailleurs l'importance du soutien apporté par le pédopsychiatre. Selon les médecins omnipraticiens, les liens créés avec les médecins de famille de première ligne font que ces derniers sont moins isolés et qu'ils obtiennent plus d'information, deux éléments qui contribuent à un meilleur suivi du jeune. Le suivi auprès du médecin de famille se traduit par la transmission d'un rapport écrit jumelée à un appel personnel et par la possibilité de communiquer avec le médecin omnipraticien de l'équipe territoriale. Quant au suivi auprès des intervenants de première ligne, il a été assuré principalement au moyen de discussions cliniques. Les médecins omnipraticiens soulèvent à l'unanimité le problème du manque de temps pour accomplir toutes les tâches et répondre aux demandes. D'autres problèmes sont évoqués : la difficulté de réduire les délais d'attente que déplorent les intervenants de première ligne, l'inexistence de locaux adaptés aux enfants, la non-disponibilité sur place des dossiers ainsi que la localisation différente des professionnels et du médecin omnipraticien de l'équipe territoriale.

La majorité des **professionnels de l'équipe territoriale** (essentiellement, les infirmières et les psychologues¹) soulignent, à l'instar des médecins omnipraticiens, la facilité du retour du jeune vers le médecin de famille de première ligne, ce dernier étant mieux outillé pour faire son suivi. Comme le suivi *auprès du médecin référent* est effectué par le médecin omnipraticien de l'équipe territoriale, ils n'y ont pas été mêlés. Quant au suivi auprès des intervenants de première ligne, il a été assuré au moyen de discussions téléphoniques ou de rencontres individuelles au cours desquelles étaient discutés les cas cliniques. Ils considèrent avoir procédé rapidement à ce suivi, c'est-à-dire à l'intérieur d'un mois. Selon eux, les intervenants de première ligne bénéficient d'un meilleur soutien pour des jeunes ayant des problèmes complexes, d'un diagnostic précis en ce qui concerne ces jeunes et d'une approche personnalisée. Les professionnels relèvent des avantages sur le plan organisationnel : accès au réseau informatique, accès aux dossiers, accueil et collaboration des CLSC. Deux problèmes ressortent de façon plus marquée : la disponibilité des médecins

1. L'éducatrice et la travailleuse sociale ont été très peu engagées dans le volet « intervention clinique » durant la période d'implantation, leur rôle demeurant imprécis.

omnipraticiens et l'évaluation médicale. En raison de leur *disponibilité limitée*, les médecins omnipraticiens ont consacré peu de temps aux discussions de cas avec les professionnels en plus d'occasionner des délais d'attente pour l'évaluation diagnostique. Par ailleurs comme les professionnels ne pouvaient intervenir auprès des jeunes sans qu'il y ait *évaluation médicale*, certains d'entre eux considèrent que celle-ci pouvait porter atteinte à leur autonomie professionnelle. D'autres déplorent la lourdeur du processus : d'une part, tous les cas devaient être soumis au pédopsychiatre, et celui-ci devait rédiger une note chaque fois qu'un professionnel lui exposait la situation d'un jeune; d'autre part, la transmission d'information aux intervenants des CLSC était difficile, voire impossible, la « règle de confidentialité » empêchant de divulguer des informations minimales aux intervenants des CLSC. Leurs commentaires portent enfin sur les deux *modèles d'évaluation* expérimentés, soit le modèle séquentiel¹ et le modèle combiné². Contrairement au modèle séquentiel, le modèle combiné engage les professionnels dans l'évaluation du jeune dès le début, ce qu'ils ont apprécié tout particulièrement. Les professionnels qui ont dû composer avec le modèle séquentiel expriment en revanche une certaine insatisfaction quant à leur rôle dans une équipe territoriale interdisciplinaire.

La majorité des **médecins omnipraticiens** et des **professionnels de l'équipe territoriale** ont constaté que la notion d'*urgence* ne revêtait pas la même signification pour eux et les gestionnaires de CLSC. Cette différence s'explique par la vocation de leurs établissements respectifs (milieu hospitalier vs milieu psychosocial, urgence médicale vs urgence psychosociale) et pourrait expliquer, selon eux, l'incompréhension manifestée par les intervenants des CLSC lorsque l'équipe territoriale a refusé leurs demandes.

Des thèmes complémentaires ont été abordés avec les membres de l'équipe territoriale, soit le type de soutien et les formations offerts à l'équipe territoriale.

Selon tous les **médecins omnipraticiens** et les **professionnels de l'équipe territoriale**, le *type de soutien* offert était pertinent et enrichissant. Ils sont satisfaits de la *formation* donnée, tant en ce qui a trait à la supervision assumée par le pédopsychiatre qu'aux formations plus étendues. La formation leur a permis d'améliorer leurs connaissances, leurs habiletés et leur capacité à évaluer la situation d'urgence, de même que leurs interventions auprès du jeune et des parents. L'insatisfaction de certains professionnels à l'égard de la formation est liée principalement au fait qu'ils avaient une grande expérience et qu'ils maîtrisaient le contenu proposé.

Selon les **gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie**, les services offerts dans le cadre du volet « intervention clinique » ont permis de clarifier le processus de référence et de prise en charge, d'évaluer un plus grand nombre de jeunes, de mieux structurer l'intervention et d'expérimenter une approche interdisciplinaire. Ils ont en outre permis de mieux soutenir et outiller la famille. Ces gestionnaires relèvent aussi un certain nombre de difficultés. À l'instar de l'ensemble des médecins omnipraticiens et de la majorité des professionnels de l'équipe territoriale, le manque de temps médecin omnipraticien leur apparaît comme un problème de taille, celui-ci étant la clé d'accès aux services. Ils constatent la difficulté de faire accepter aux médecins de

1. Modèle séquentiel : modèle où seul le médecin omnipraticien de l'équipe territoriale évalue un jeune et décide de la nécessité de la contribution des professionnels de l'équipe territoriale.
2. Modèle combiné : modèle où le médecin omnipraticien, l'infirmière et la psychologue de l'équipe territoriale évaluent le jeune en équipe.

famille leur rôle de médecins de première ligne en santé mentale. Ils relèvent également le « choc » de deux cultures (médicale vs psychosociale) qui ont chacune sa philosophie, sa terminologie et son langage. Enfin, remarquent-ils, les CLSC nourrissaient de trop grandes attentes à l'égard de l'équipe territoriale et n'ont pas toujours reconnu la « valeur ajoutée » d'une telle équipe dans leur milieu.

Les **gestionnaires de CLSC** reconnaissent l'expertise des médecins omnipraticiens et des professionnels de l'équipe territoriale. Selon eux, la majorité des intervenants des CLSC qui ont eu recours aux services de l'équipe territoriale pour des jeunes ont connu une expérience positive en raison de l'accueil reçu, de la qualité de l'écoute des professionnels et du traitement de la demande. Des intervenants ont perçu une certaine approche systémique de la part de l'équipe territoriale, d'autres non. Les gestionnaires de CLSC soulignent l'ouverture des professionnels de l'équipe territoriale, mais déplorent le fait que ceux-ci ne pouvaient intervenir sans l'aval du médecin omnipraticien de l'équipe territoriale; ils y ont vu une atteinte à l'autonomie professionnelle ou un manque de latitude. Ils jugent en outre que le transfert de l'information de la première vers la deuxième ligne était très facile, mais que l'inverse ne s'est pas vérifié; l'équipe territoriale ne pouvait pas divulguer aux intervenants des CLSC une information dite « confidentielle », comme cela devrait pourtant être possible entre professionnels. Enfin il serait important, selon eux, d'harmoniser les approches médicale et psychosociale et de réduire le délai d'attente pour l'évaluation diagnostique (ex. : une demande faite en septembre et encore en attente en décembre).

Les **gestionnaires de CLSC** ont une opinion différente de l'équipe territoriale en ce qui a trait au *suivi du dossier*, qu'ils qualifient de « problématique ». Initialement, l'intervenante sociale du CLSC qui faisait déjà un suivi du jeune et de sa famille devait jouer un rôle pivot et servir de courroie de transmission avec les autres intervenants du CLSC engagés auprès du jeune et de la famille; or, ce rôle n'a jamais, ou n'a été que très peu mis en pratique. Les intervenants qui s'occupaient d'un jeune n'étaient pas consultés, et cette situation a entraîné certaines frustrations. De plus, le fait que les intervenants des CLSC n'aient pu avoir accès aux informations détenues par l'équipe territoriale a limité considérablement les collaborations avec l'équipe territoriale. Les gestionnaires de CLSC estiment que les délais de transmission des rapports étaient longs (plus ou moins un mois) et que des solutions devraient être apportées à cet égard (ex. : premières informations données de vive voix). En ce qui concerne les deux conceptions différentes de la notion « d'urgence », les gestionnaires de CLSC les résument ainsi : l'équipe territoriale définit les critères d'urgence en se fondant sur les manifestations de la maladie alors que les CLSC se fondent sur les aspects psychosociaux. Certains gestionnaires ont par ailleurs eu l'impression que dans l'évaluation de la demande de consultation, tous les éléments de la situation du jeune (dimension biopsychosociale) n'étaient pas pris en compte. Enfin, si l'arrivée de l'infirmière de l'équipe territoriale leur est apparue comme un élément positif, la majorité d'entre eux n'ont cependant pas vu de véritables bénéfices à la mise en place de ce service.

Les **pédopsychiatres consultants** soulignent qu'il leur a été facile de remplir les rôles qui leur avaient été confiés auprès des médecins omnipraticiens de l'équipe territoriale. Ils ont apprécié l'accueil de ces derniers. Cependant ils relèvent, à l'instar de la majorité des autres acteurs, le manque de médecins omnipraticiens. Ils jugent en outre que le nombre de locaux était insuffisant et évoquent le climat parfois difficile qui présidait au contact avec les partenaires.

5.2.2 VOLET « SOUTIEN AUX INTERVENANTS DE PREMIÈRE LIGNE »

Les commentaires des **médecins omnipraticiens de l'équipe territoriale** pour le volet « soutien aux intervenants de première ligne » viennent d'un seul d'entre eux. Il évoque la difficulté de discuter de cas non évalués et les attentes parfois considérables des intervenants des CLSC.

La majorité des **professionnels de l'équipe territoriale** (infirmières et psychologues) estiment que leur présence dans les CLSC a facilité le soutien qu'ils pouvaient apporter aux intervenants de ces milieux. Ils n'ont pas été très sollicités par les autres intervenants de première ligne (les écoles, notamment) en raison de la méconnaissance du service. Ils constatent également une difficulté majeure liée à la compréhension du terme « soutien ». Les attentes des CLSC à l'égard de l'équipe territoriale étaient démesurées compte tenu des moyens dont elle disposait, ou encore ne correspondaient pas à ce qui leur avait été dit (ex. : les CLSC croyaient que le pédopsychiatre assisterait aux discussions cliniques, alors que ce dernier était consultant pour l'équipe territoriale exclusivement). Selon l'ensemble des professionnels, les activités liées à ce volet ne correspondaient pas, ou ne correspondaient que très peu aux attentes des CLSC. La question de la confidentialité de l'information est soulevée de nouveau ici. Les professionnels de l'équipe territoriale font valoir qu'ils ne pouvaient divulguer d'information tant que l'équipe territoriale n'avait pas rencontré le jeune, alors que les intervenants des CLSC auraient apprécié recevoir de l'information plus facilement afin de pouvoir s'appuyer sur l'équipe pour poursuivre leurs interventions. Ainsi, les intervenants des CLSC ont très peu utilisé les discussions cliniques, car il était impossible de discuter des cas que l'équipe territoriale n'avait pas évalués.

Les **gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie** font ressortir que les activités proposées dans un document (voir l'annexe 3) étaient diversifiées et devaient répondre à différents besoins; des modifications qui tenaient compte des commentaires des intervenants des CLSC ont été apportées en cours de route, après clarifications. Dans le cadre du mandat d'amélioration des connaissances et des habiletés des intervenants de première ligne, d'autres documents ont été conçus¹. Selon ces interlocuteurs, les CLSC semblaient croire que le soutien aux intervenants de première ligne leur était exclusif, alors que tous les intervenants étaient ciblés (professionnels des milieux scolaires, médecins en cabinet privé, etc.). Ils soulignent que les attentes des CLSC à l'égard de l'équipe territoriale étaient démesurées compte tenu du service que celle-ci pouvait offrir. Enfin, le Service de télésanté en pédopsychiatrie est perçu comme un élément clé du service de soutien.

Les **gestionnaires de CLSC** déplorent, à l'instar des professionnels de l'équipe territoriale, la difficulté, voire l'impossibilité de présenter un cas qui n'avait pas été évalué par l'équipe territoriale. Par le fait même ils comprennent que leurs intervenants aient très peu utilisé les discussions cliniques. Les intervenants espéraient en outre que ces discussions leur donnent l'occasion d'échanger avec le pédopsychiatre, attente qui n'a pas été satisfaite. L'écart entre les attentes et la réalité, et sans doute une compréhension différente du terme « soutien » expliqueraient, selon les gestionnaires de CLSC, la confusion et l'insatisfaction de leurs intervenants. Ils soulignent également

1. À titre d'exemple, durant la période de l'étude, les outils suivants ont été disponibles : 1) « Guide pour l'encadrement et la discipline à domicile »; 2) « Entraînement pour les habiletés sociales chez les enfants d'âge préscolaire et de son réseau primaire »; 3) « Entraînement pour les habiletés sociales de base chez les adolescents »; 4) « Comportements perturbateurs : le point de vue du médecin »; 5) « Les psychostimulants : Guide thérapeutique » (document pharmacologique à l'usage des médecins de première ligne).

le fait que si les intervenants de CLSC discutaient d'un cas avec un professionnel de l'équipe territoriale, ce dernier leur demandait de ne pas inscrire l'information au dossier du jeune à cause de la règle de confidentialité à laquelle il était tenu. Enfin, ils mentionnent que le Service de télésanté en pédopsychiatrie a été très utilisé et très apprécié.

Un des gestionnaires de CLSC insiste sur l'importance du soutien entre pairs et de la co-intervention, qui devrait s'exercer pour tous les cas. En fait, l'accompagnement (« coaching ») lui apparaît comme très important; il pourrait être effectué par la travailleuse sociale, l'éducatrice, etc.

5.3 DIFFUSION ET GESTION DU MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES

5.3.1 DIFFUSION DU MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES

En ce qui a trait à la *diffusion* du modèle d'organisation de services, la majorité des **médecins omnipraticiens** et des **professionnels de l'équipe territoriale** soulignent que leurs mandats ne semblaient pas clairs pour les partenaires en cause et pouvaient entraîner de la confusion dans la détermination des services de première, deuxième ou troisième ligne. Ils constatent que les médecins de famille connaissaient peu le volet « intervention clinique » et que ceux-ci transmettaient encore des demandes de consultation où les évaluations de base étaient inexistantes ou incomplètes, et que le volet « soutien aux intervenants de première ligne » était également peu connu des partenaires, sauf des CLSC. Certains professionnels de l'équipe territoriale soulignent que les milieux scolaires ne semblaient pas tous informés de leur responsabilité quant aux évaluations intellectuelles. Enfin, les réactions de parents portent à croire qu'il y aurait lieu de les informer, car certains se sont étonnés de se retrouver en CLSC alors qu'ils avaient adressé une demande au Centre de pédopsychiatrie.

Les **gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie** constatent que malgré les énergies déployées au cours de la phase *préparatoire*, des incompréhensions ont persisté tout au long de l'implantation. La mise en place d'un plan de diffusion et de communication serré tout au long de la phase *suivi d'implantation* aurait permis d'atténuer certaines difficultés.

5.3.2 GESTION DU MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES

Les **professionnels de l'équipe territoriale** font peu de commentaires sur la gestion du modèle d'organisation de services. Certains se disent satisfaits du soutien apporté par le chef d'équipe. Cependant, le fait d'être dans des points de services différents pouvait rendre cette gestion difficile. D'autres professionnels déplorent qu'il ait été difficile d'avoir des rencontres avec les médecins omnipraticiens de l'équipe territoriale.

Selon les **gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie**, la gestion de la *déconcentration des services* dans divers points de service (gestion à distance) n'était pas simple. Ceux-ci soulèvent plusieurs questions et proposent des solutions. Ces questions sont d'ordre légal (ex. : la transmission des dossiers), d'ordre relationnel avec les membres de l'équipe territoriale (ex. : comment apporter le soutien nécessaire) et d'ordre professionnel (ex. : les « approches », les « outils d'évaluation », etc.). Dès le début de l'implantation avait été mis en place un tandem médico-administratif, formé d'un responsable pour les médecins omnipraticiens et d'un responsable pour les

professionnels, chacun tenant ses propres réunions de service. Dans un tel contexte, il a été difficile de rallier les positions des médecins omnipraticiens et celles des professionnels pour la mise en œuvre du modèle régional.

Les **gestionnaires de CLSC** reconnaissent que la gestion de services déconcentrés n'était pas simple à réaliser; aussi était-il nécessaire d'instaurer des mécanismes de communication et de créer des arrimages. Or ces deux éléments ont connu des ratés au cours de l'implantation. À titre d'exemple, les gestionnaires de CLSC mentionnent qu'ils constataient l'absence d'un membre de l'équipe territoriale sans en avoir été avisés, sans en connaître les raisons, sans savoir s'ils y aurait remplacement ou non. La sous-utilisation de certains professionnels de l'équipe territoriale, alors que les problèmes étaient aussi nombreux et que leurs intervenants étaient sollicités de toutes parts, pouvait devenir irritante. Certains gestionnaires de CLSC reconnaissent n'avoir pas beaucoup échangé avec les gestionnaires du Centre de pédopsychiatrie; ils ont plutôt tenté de résoudre les difficultés en discutant directement avec les professionnels de l'équipe territoriale. Par ailleurs le manque d'information, les « oublis », les préjugés et l'interprétation de l'information reçue ont certainement contribué à la sous-utilisation des services qu'offrait l'équipe territoriale. Enfin, ces mêmes gestionnaires reconnaissent n'avoir peut-être pas investi l'énergie nécessaire à la réussite de l'implantation de cette équipe.

Deux modalités de suivi avaient été mises en place pour assurer l'implantation de l'équipe territoriale. En ce qui concerne le *Comité de suivi*, il aurait été préférable d'identifier les acteurs clés, dans le but de susciter les débats de fond attendus. Une surreprésentation a influencé la dynamique du groupe, de sorte que les principaux partenaires (CLSC) n'avaient pas de véritable lieu pour discuter des problèmes éprouvés et pour trouver des solutions. L'animation du comité aurait dû être confiée à l'Agence, et non au CHUQ, en raison de sa responsabilité de coordination régionale. Quant au *Comité opérationnel*, le nombre et la représentativité des personnes étaient adéquats, mais il a connu un problème de disponibilité des participants (absences ou participation partielle aux réunions, et durée insuffisante de ces mêmes réunions).

Tableau 9 Points saillants – Perception des différents groupes d'acteurs

POINTS SAILLANTS
<p>Modèle d'organisation de services</p> <ul style="list-style-type: none"> + amélioration de l'accessibilité des services en raison de leur plus grande proximité (déconcentration) + créations de liens entre les services de première ligne et les services spécialisés + modèle moins « stigmatisant » pour le jeune et sa famille + pertinence de l'évaluation différentielle par le médecin de famille pour éliminer les causes physiques – délai d'attente pour les services encore trop long – contrainte d'accès reliée à l'obligation de l'évaluation du jeune par le médecin de famille – exclusion des professionnels de première ligne comme référents
<p>Services</p> <p>Volet « intervention clinique » :</p> <ul style="list-style-type: none"> + création de liens avec les médecins de famille facilitant le retour du jeune dans son milieu + formation bénéfique pour améliorer les connaissances, les habiletés, les capacités à évaluer une situation et les interventions auprès du jeune – manque d'effectifs médicaux en omnipratique dans l'équipe territoriale pour assurer le fonctionnement optimal du modèle – compréhension différente de la notion d'urgence selon la vocation des établissements (maladie vs aspects psychosociaux) – non-respect de l'autonomie des professionnels de l'équipe territoriale (orientation subordonnée à la décision médicale) à l'intérieur de l'équipe territoriale même et remise en question du jugement professionnel des intervenants de première ligne – application trop stricte de la « règle de confidentialité » qui empêche la transmission d'information en temps utile de la deuxième vers la première ligne – manque de temps pour effectuer toutes les tâches <p>Volet « soutien aux intervenants de première ligne » :</p> <ul style="list-style-type: none"> – compréhension différente du terme « soutien » entre l'équipe territoriale et les intervenants de première ligne, avec les insatisfactions qui en découlent – absence de soutien pour la discussion de cas non évalués par l'équipe territoriale
<p>Diffusion et gestion du modèle d'organisation de services</p> <ul style="list-style-type: none"> + mise en place du Comité de suivi et du Comité opérationnel pour soutenir l'implantation du modèle – absence d'une vision commune partagée par les partenaires – absence d'un plan de communication soutenu à l'intention des intervenants de première ligne, des autres partenaires et des parents – gestion difficile des ressources humaines dans un contexte de déconcentration

CHAPITRE 6

DISCUSSION

L'implantation du modèle d'organisation de services territoriaux retenu par l'Agence pour répondre aux besoins des enfants ayant des troubles mentaux complexes a fait l'objet d'une évaluation qui vise à déterminer sa faisabilité de même que l'utilité perçue par les partenaires. Les principaux constats qui se dégagent des résultats de l'évaluation sont discutés ici et donnent lieu à quelques réflexions en vue de consolider le modèle d'organisation de services déjà en place.

6.1 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

L'intégration de la démarche d'évaluation au cours de l'implantation du service a permis d'en décrire le processus, d'en repérer les éléments positifs et négatifs et d'apporter un certain nombre de correctifs afin de poursuivre l'implantation du modèle. L'approche formative retenue tout au long de l'évaluation d'implantation a permis de prendre en compte les résultats obtenus et ainsi, de procéder aux ajustements nécessaires pour améliorer le modèle. Le recours à différentes sources de données a permis de faire ressortir les convergences et les divergences et de valider l'interprétation des résultats.

Les six points de service déterminés dans le modèle d'organisation de services n'ont pu tous démarrer en même temps et l'un d'eux n'a pu être mis en place ; conséquemment, la période de collecte de données a été réduite dans certains territoires tandis qu'un autre, soit celui du Centre de santé Orléans, n'a pu être intégré à la présente étude d'évaluation. Une autre limite se rapporte à l'information sur les perceptions des partenaires ; seul le point de vue des gestionnaires de CLSC a été recueilli. Quoique les CLSC soient au cœur du modèle, il aurait été intéressant de connaître les perceptions des intervenants des milieux scolaires et des médecins de famille pratiquant en cabinet privé, entre autres. En outre, des difficultés n'ont pas permis de recueillir le point de vue des parents.

Bien que l'étude soit terminée depuis environ une année, l'Agence a toujours eu accès aux informations nécessaires à sa réflexion, et a pu ainsi prendre des décisions en s'appuyant sur les résultats préliminaires de l'évaluation.

6.2 DES RÉSULTATS RÉVÉLATEURS

La mise en place de l'équipe territoriale en pédopsychiatrie de Québec-métro s'est avérée novatrice dans le domaine de la pédopsychiatrie à plusieurs égards : la déconcentration des services dans les CLSC, l'introduction de diverses disciplines dans l'équipe territoriale et les liens avec la première ligne tant pour le volet « intervention clinique » que pour le volet « soutien aux intervenants de première ligne ». Par ailleurs, l'orientation clinique mise en place repose sur la manière usuelle de consultation entre des services médicaux généraux et des services médicaux spécialisés. À cet égard, le rôle du médecin de famille à titre de référent unique et le rôle central du médecin omnipraticien de l'équipe territoriale à titre de responsable clinique de l'équipe territoriale sont au cœur du modèle d'organisation de services : c'est ce dernier qui décide, après évaluation diagnostique, de

l'orientation du jeune vers les professionnels de l'équipe territoriale ou vers les services de pédopsychiatrie du CHUQ.

Voici les principaux éléments qui se dégagent des résultats de cette évaluation.

➤ **UN MODÈLE IMPLANTÉ TEL QUE PRÉVU**

L'information cumulée au cours de l'expérimentation permet de confirmer que le modèle d'organisation de services retenu a été mis en place selon les conditions et les engagements convenus entre le Centre de pédopsychiatrie du CHUQ et la RRSSS de Québec, sauf pour un territoire¹. Les services ont été déconcentrés et mis en place pour les deux volets (« intervention clinique » et « soutien aux intervenants de première ligne »), la clientèle ciblée a été rejointe et le partenariat avec les CLSC a été amorcé. Enfin, la notion de « prise en charge provisoire » par l'équipe territoriale a été respectée, la moitié des jeunes ayant un suivi de moins de trois mois.

➤ **UN MODÈLE QUI AMÉLIORE L'ACCESSIBILITÉ**

La déconcentration des services a permis d'améliorer l'accessibilité sous l'angle de la proximité et certainement favorisé la création de liens entre les services de première ligne et les services spécialisés. Sur le chapitre des délais, les gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie ont constaté, malgré l'absence de données comparatives, une nette amélioration, du moins en ce qui a trait à l'attente pour une évaluation en pédopsychiatrie. Ainsi, le délai entre l'arrivée d'une demande de consultation au Centre de pédopsychiatrie et sa transmission à l'équipe territoriale a été de moins de cinq jours dans près de 70 % des cas. Quant au délai pour l'évaluation du jeune par le médecin omnipraticien de l'équipe territoriale, il a été de moins de trois mois pour près des deux tiers des demandes. Dans le cas des jeunes maintenus dans l'équipe territoriale après évaluation, la prise en charge s'effectuait dans un délai de moins de trois semaines pour la moitié d'entre eux.

➤ **UN MODÈLE QUI PERMET AU CENTRE DE PÉDOPSYCHIATRIE DU CHUQ
D'ASSUMER DAVANTAGE SA MISSION DE SERVICES SPÉCIALISÉS ET SURSPÉCIALISÉS**

Jusqu'à l'implantation de l'équipe territoriale, le Centre de pédopsychiatrie du CHUQ s'occupait, dans une proportion relativement importante, de jeunes dont les besoins correspondaient davantage à des services de première ligne, afin de compenser l'absence d'une première ligne de services en santé mentale pour les jeunes. Malgré des difficultés de mise en œuvre, l'arrivée de l'équipe territoriale a permis de recentrer l'offre de service en conformité avec les missions respectives des organisations, en appliquant les principes de hiérarchisation des soins dans une perspective de développement d'un continuum de services et de mise en réseau.

1. Les services du Centre de santé Orléans ont débuté en janvier 2005, après la fin de l'étude.

➤ **UN MODÈLE QUI PERMET D'ORIENTER LE JEUNE EN FONCTION DE SES BESOINS**

L'obligation faite au médecin de famille de produire une évaluation plus « poussée » du jeune avant de procéder à une demande de consultation est déjà un premier gain, et a permis de rendre plus adéquates les orientations des demandes adressées à l'équipe territoriale. Par ailleurs, l'accès aux services diagnostiques pour les jeunes qui présentaient un problème de TDAH ou de TOP complexe étant facilité, l'orientation du jeune et de sa famille vers les services les plus adéquats s'en trouve améliorée. Cette orientation peut se traduire par un retour vers les services de première ligne avec soutien et recommandations, par une prise en charge par l'équipe territoriale ou par une demande de consultation aux services de pédopsychiatrie.

Quoique les résultats montrent que le modèle d'organisation de services implanté a, globalement, répondu aux mandats confiés, certains obstacles doivent être pris en compte afin d'améliorer les services offerts.

➤ **UN MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES QUI DEMEURE FRAGILE**

L'**accessibilité** à l'équipe territoriale est facilement compromise à cause de la non-disponibilité ou de la disponibilité restreinte de médecins omnipraticiens à l'équipe territoriale (sur les plans du nombre et des plages horaires). Cette réalité a pour conséquence de freiner ou de rendre non opérationnel le modèle d'organisation de services et pourrait mettre en péril la pérennité de cette équipe. Le manque de disponibilité des médecins omnipraticiens occasionne des délais pour l'évaluation diagnostique. À cet égard, les intervenants de première ligne jugent qu'un délai de trois mois pour une évaluation diagnostique est trop long pour soutenir leurs interventions et répondre aux attentes des parents. Du fait que seul un médecin de famille peut référer un jeune à l'équipe territoriale, les professionnels de première ligne, qui ne peuvent le faire, considèrent que cela restreint l'accessibilité aux services offerts.

Le CHUQ a su pallier cette difficulté en dirigeant vers le Centre de pédopsychiatrie les jeunes des territoires non desservis par un omnipraticien de l'équipe territoriale. Cette situation ne saurait perdurer sans mettre en cause la survie du modèle lui-même.

➤ **UNE PRATIQUE INTERDISCIPLINAIRE DIFFICILE À CONCRÉTISER**

Le modèle proposé met l'accent sur l'interdisciplinarité; Pronovost la définit ainsi : *Dans le domaine de la santé et des services sociaux, l'interdisciplinarité se rapporte aux situations complexes qui exigent l'intégration des ressources, des savoirs, des habiletés propres aux différentes disciplines. C'est un processus qui requiert des interactions constantes et ce, dans une continuelle perspective de coopération.*¹ Lebel apporte une nuance intéressante en montrant qu'une équipe multidisciplinaire peut travailler en interdisciplinarité dans la mesure où les acteurs concernés, chacun *partageant des*

1. Louise Pronovost. *L'interdisciplinarité*, conférence du Groupe de recherche et d'intervention sur les pratiques interdisciplinaires de l'Université de Sherbrooke, présentée au Département de santé publique du CUSE le 27 avril 2000. Cette référence est tirée du document *Le fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation*, Québec, MSSS, Comité de soutien à la qualité du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, décembre 2001.

*responsabilités, travaillent en synergie et en interaction à la compréhension globale des besoins du patient et de sa famille afin de poursuivre des objectifs communs, avec le souci d'une communication efficace.*¹

Bien que la composition de l'équipe territoriale laisse supposer un fonctionnement en interdisciplinarité, les résultats montrent qu'il n'a pas été possible de réunir, au même moment, les médecins omnipraticiens et les professionnels de l'équipe territoriale. De même le modèle séquentiel utilisé dans quatre des cinq points de service ne permet pas d'emblée la participation des professionnels de l'équipe territoriale, puisque c'est le médecin omnipraticien de l'équipe qui décide d'orienter ou non vers ces derniers. Cette façon de procéder suscite des interrogations sur l'utilisation optimale des professionnels eux-mêmes, sur leurs propres possibilités d'utiliser leur expertise particulière et sur leur autonomie professionnelle. Cette réalité a fait dire aux gestionnaires de CLSC que certains professionnels de l'équipe territoriale manquaient d'autonomie et dépendaient des médecins omnipraticiens. Par ailleurs, ils ont relevé la sous-utilisation des professionnels de l'équipe territoriale.

➤ DES INTERFACES DIFFICILES ENTRE LA PREMIÈRE ET LA DEUXIÈME LIGNE

Tout au long de l'expérimentation, l'appropriation du modèle a été source d'un certain malaise pour les gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie. Initialement, plusieurs activités de sensibilisation et des rencontres ont été organisées avec les CLSC afin d'obtenir leur aval, et leur adhésion semblait acquise. L'évaluation révèle que les CLSC ne se sont pas sentis vraiment « interpellés » dans la mise en place de ce nouveau service, en tant que partenaires à part entière ayant des responsabilités dans l'application du modèle (ex. : certains CLSC n'étaient pas « proactifs » dans la résolution des problèmes, ne consultaient pas les responsables de l'équipe territoriale ou ne consultaient pas les bonnes personnes).

L'inexistence d'une vision commune du modèle d'organisation de services et la cohabitation de deux cultures organisationnelles (milieu hospitalier vs milieu psychosocial) possédant chacune sa philosophie, son vocabulaire ainsi que sa façon de faire avec les usagers et les familles ont été à l'origine des insatisfactions mutuelles des acteurs en cause. Les interprétations différentes de notions de base comme l'urgence (volet « intervention clinique ») et le soutien (volet « soutien aux intervenants de première ligne ») ont entraîné des difficultés dès la mise en place du modèle. En raison de la quasi-impossibilité de la circulation de l'information de la deuxième vers la première ligne (problème dû à la « confidentialité » à préserver), des délais dans la transmission des rapports, de la difficulté de discuter du cas d'un jeune s'il n'avait pas été vu par l'équipe territoriale, etc., les intervenants des CLSC se sont sentis plus ou moins exclus de la démarche et ont eu l'impression de « perdre » leurs clients. Une autre source d'insatisfaction des CLSC tient à leurs attentes mêmes, plus ou moins réalistes étant donné l'offre de service de l'équipe territoriale.

1. Paule Lebel. *L'intervention interdisciplinaire : Un défi au quotidien*, présentation au colloque du Conseil québécois de lutte contre le cancer, 17 novembre 2000, Hôtel Delta, Montréal. Cette référence est tirée du document *Le fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation*, Québec, MSSS, Comité de soutien à la qualité du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, décembre 2001.

➤ **DES ASPECTS ORGANISATIONNELS À CONSOLIDER**

La gestion en parallèle assumée par deux personnes distinctes, une pour le groupe médical (médecins omnipraticiens et pédopsychiatres) et une autre pour le groupe professionnel (infirmières, psychologues, travailleuse sociale et éducatrice spécialisée) a été source de problèmes. Ces deux groupes n'ayant pas eu l'occasion d'échanger sur leur compréhension et sur le fonctionnement du projet, on ne peut affirmer que tous ces acteurs partageaient une vision commune du projet, de ses finalités et des conséquences sur leurs pratiques.

Pour soutenir la mise en œuvre, un Comité de suivi à l'implantation a réuni dix-sept acteurs, très diversifiés, concernés par la clientèle des jeunes en difficultés. Les représentants venaient : de l'École régionale des Quatre Saisons, d'une clinique privée (pédiatre), du Comité des usagers du CHUQ, de la Direction régionale du Ministère de l'Éducation du Québec, d'une Commission scolaire, du Centre Jeunesse de Québec, du Regroupement des centres de la petite enfance, du Conseil multidisciplinaire du CHUQ et finalement des CLSC - programme Famille/Enfance/Jeunesse et CLSC – représentant médical, du Centre de pédopsychiatrie, de l'équipe territoriale (médecin omnipraticien) et de l'Agence. Dans les faits, cela n'aura pas permis les débats de fond entre les deux principaux partenaires soit les CLSC et le Centre de pédopsychiatrie.

L'animation du Comité de suivi à l'implantation a été assurée par le gestionnaire du Centre de pédopsychiatrie. Considérant les difficultés rencontrées et les arrangements difficiles entre les CLSC et le Centre de pédopsychiatrie, il eut été préférable que l'Agence assume cette responsabilité, étant un acteur plus neutre.

Finalement, des adaptations du modèle et des services pourraient être encore nécessaires tenant compte des nouvelles clientèles à desservir et des modifications en cours de l'organisation des services en première ligne. Pour cela, des données sur les clientèles et les services (problématique des clientèles, délai d'accès, orientation, services offerts, etc.) devraient être disponibles. Un outil de monitoring des éléments critiques du service (éléments à identifier avec les trois groupes d'acteurs concernés – CLSC, Centre de pédopsychiatrie et Agence) devrait être développé pour aider les prises de décision ultérieure. Les outils utilisés au moment de l'évaluation d'implantation pourraient servir de base à cette réflexion.

➤ **UN MODÈLE QUI COMPORTE DES DÉFIS ET QUI DOIT CONTINUER D'ÉVOLUER**

L'implantation d'un tel modèle a représenté, et demeure un défi important pour le Centre de pédopsychiatrie comme pour les anciens CLSC (aujourd'hui regroupé en deux Centres de santé et de services sociaux (CSSS)). Au Centre de pédopsychiatrie, on a sous-estimé les effets de ce nouveau service sur les modes de pratique, sur la logistique (transfert des dossiers, confidentialité), etc. L'arrivée de services de deuxième ligne dans un établissement de première ligne, le « choc » de deux cultures, hospitalière et psychosociale, qui doivent s'approprier, les répercussions des attentes réciproques et des interprétations, etc. a généré des difficultés dans les CLSC. Enfin, la diffusion et la promotion du modèle d'organisation de services auprès de la population, des parents et de l'ensemble des partenaires de la région de Québec (réseau de la santé et des services sociaux, milieu scolaire et centres de la petite enfance) demeurent nécessaires.

CONCLUSION

La mise en place d'un nouveau modèle d'organisation de services pour les jeunes ayant des problèmes de santé mentale a été un défi important à relever et a commandé une énergie considérable. Force est de reconnaître que l'instauration d'un partenariat entre deux secteurs d'activité « différents » (milieu hospitalier et milieu psychosocial, services de deuxième ligne et services de première ligne, etc.) n'est pas chose simple, et la difficulté d'une telle entreprise met en évidence l'importance de la gestion du changement.

Compte tenu des problèmes importants mis au jour par l'évaluation, en mars 2004, l'Agence a réuni les directeurs généraux des CLSC et les gestionnaires médico-administratifs du Centre de pédopsychiatrie afin d'évaluer le degré d'adhésion des CLSC au modèle d'organisation de services et de déterminer les problèmes ainsi que les solutions possibles. Par la suite, le Centre de pédopsychiatrie a travaillé de concert avec les CLSC et l'Agence pour produire trois documents visant à poursuivre les démarches d'amélioration des services offerts par l'équipe territoriale :

- un plan d'action intitulé *Plan d'action pour la consolidation de l'équipe territoriale en pédopsychiatrie du Québec métropolitain* ;
- un document d'orientation intitulé *Concertation entre les CLSC et l'équipe territoriale de pédopsychiatrie du Québec métropolitain*, qui a pour but de présenter les rôles et les responsabilités de chacun ;
- un plan de communication intitulé *Plan de communication. Mission du Centre de pédopsychiatrie et mécanisme d'accès pour les services offerts*.

La création récente des CSSS et des réseaux locaux de services (Loi 25 et projet de loi 83) est venue consacrer la responsabilité de ces derniers eu égard aux services à offrir à la population de leur territoire. Pour ce faire, les CSSS auront à planifier l'offre de service à leur population, à faciliter le cheminement des personnes dans le réseau, à donner les services généraux et spécifiques de première ligne et enfin, à assurer l'accès aux services spécialisés et surspécialisés de deuxième et troisième ligne au moyen d'ententes avec les établissements à vocation régionale et les autres partenaires du réseau. Par l'élaboration de leur projet clinique, les CSSS auront à assumer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. De façon particulière, en ce qui concerne le programme Santé mentale, pour les jeunes qui présentent des troubles mentaux, le projet clinique de chacun des CSSS devrait contenir une entente spécifique avec le Centre de pédopsychiatrie du CHUQ. Ce sera l'occasion d'améliorer et de clarifier les attentes et les engagements réciproques pour parfaire la mise en place du modèle de services pour la région.

BIBLIOGRAPHIE

BELLAVANCE, M. *Les politiques gouvernementales : élaboration, gestion, évaluation*, Montréal, Agence d'Arc Inc., 1985, 268 p.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC. *Organisation des services territoriaux en pédopsychiatrie dans le Québec métropolitain. Modèle d'organisation intégrée des services*, Québec, janvier 2002, 24 p.

COMITÉ RÉGIONAL DE PÉDOPSYCHIATRIE DE QUÉBEC. *Réseau de services en santé mentale en pédopsychiatrie à l'intention des enfants, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches de la région de Québec*, avril 1999, 14 p.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. *et al.* « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2000, vol. 48, p. 517-539.

DESLAURIERS, J.P. *Recherche qualitative : guide pratique*, Montréal, McGraw-Hill, 1991, 142 p.

HUBERMAN, A.M., et M.B. MILES. *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*, Bruxelles, De Boeck – Wesmael, 1991, 480 p.

LAPERRIÈRE, A. « L'observation directe » dans Benoît Gauthier (sous la direction de), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 1984, p. 223-246.

PATTON, M.Q. *Utilization-Focus Evaluation: The New Century Test*, 3^e édition, Newbury Park, Sage Publication, 1996, 430 p.

RACINE, P. *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*, Québec, Direction de santé publique, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec, mai, 2000, 35 p.

RACINE, P. *Projet-pilote: équipes territoriales en santé mentale à l'intention des enfants, des adolescents, de leurs parents et de leurs proches sur trois territoires : CLSC La Source, CLSC Orléans et le Centre de santé de Portneuf. Rapport d'implantation*, Québec, Direction de santé publique, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec, juin 2001, 59 p. + ann.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *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*, RRSSS de Québec, septembre 1999, 16 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Consolider l'accès aux services sur une base locale et régionale », Plan de consolidation des services 1999-2002*, Québec, RRSSS de Québec, 1998, 51 p.

TREMBLAY, GUY. « La Télésanté en pédopsychiatrie, Stratégie novatrice pour contourner l'inaccessibilité », *PRISME*, 2002, N° 39, p. 142-146.

ANNEXES

ANNEXE I

EXTRAIT DE LA RÉOLUTION ADOPTÉE
À LA 73^E SÉANCE ORDINAIRE
DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC

... SUR PROPOSITION DÛMENT FORMULÉE ET APPUYÉE, IL EST RÉSOLU :

- 1) de rattacher l'équipe territoriale en pédopsychiatrie du Québec métropolitain au Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) aux conditions énumérées dans l'avis du comité d'experts, annexé à la présente résolution pour en faire partie intégrante, et en y intégrant les représentants des parents et des proches, la démarche d'implantation et de suivi;
- 2) de demander au conseil d'administration du CHUQ de déposer à la Régie régionale de Québec une résolution acceptant, d'une part, le rattachement de l'équipe territoriale du Québec métropolitain et, d'autre part, l'ensemble des conditions et modalités contenues dans la présente résolution et notamment les conditions énumérées dans l'avis du comité d'experts;
- 3) de demander au CHUQ de déposer à la Régie régionale de Québec les ententes précisant les liens, les modalités de support et les modalités de fonctionnement générales entre le CHUQ et les équipes territoriales de Portneuf et de Charlevoix;
- 4) que les équipes territoriales assument les services en santé mentale de deuxième niveau requis par la clientèle du Centre jeunesse et définis dans le document intitulé « L'organisation des services au Centre jeunesse de Québec au regard de la santé mentale des jeunes et des parents », et le tout conformément au protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse convenu entre l'Association des centres jeunesse, l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), le Collège des médecins et l'Association des CLSC et CHSLD. À cet effet, le CHUQ devra déposer à la Régie régionale de Québec une entente à intervenir entre le Centre jeunesse de Québec et le CHUQ portant notamment sur l'organisation de ces services et sur les contributions respectives;
- 5) de procéder au transfert des membres de l'équipe territoriale de Orléans-La Source au CHUQ de même que le budget de 232 000 \$ alloué à ce projet pilote;
- 6) d'allouer au CHUQ un montant récurrent de 619 400 \$ à compter du 1^{er} avril 2002. Cependant, pour l'exercice 2001-2002, la date de démarrage de l'équipe alors mise en place sera prise en compte, de sorte que l'allocation pour l'exercice en cours sera établie au prorata du nombre de mois effectifs d'opération, à laquelle s'ajouteront s'il y a lieu des coûts non récurrents d'implantation;
- 7) de verser le budget récurrent en 2001-2002, tel qu'il est recommandé par le comité d'experts, seulement à la suite du dépôt à la Régie régionale de Québec du projet d'implantation de l'équipe du Québec métropolitain, conforme aux paramètres indiqués et des ententes avec les territoires de Portneuf et de Charlevoix;
- 8) que toute somme allouée au CHUQ pour l'organisation des services en pédopsychiatrie soit spécifiquement identifiée à l'intérieur d'un budget fermé à cet effet.

Extrait de la séance ordinaire du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec tenue le 21 juin 2001, à 18h30, au siège social de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 525, boulevard Wilfrid-Hamel Est, Québec.

CONDITIONS ÉNUMÉRÉES DANS L'AVIS DU COMITÉ D'EXPERTS

- Que le CHUQ dépose avant le 1^{er} octobre 2001 un projet d'organisation de services intégrés élaboré conjointement avec les CLSC, les Centres Jeunesse et tous les autres partenaires et qui devrait comprendre :
 - la répartition de la gamme de services entre les équipes de première ligne en CLSC (enfance-jeunesse-famille), les équipes territoriales, les équipes spécialisées au CHUQ et celle de la troisième ligne;
 - l'identification du cheminement des demandes de services inter-établissements (corridor de services, protocole d'ententes) et intra-établissement;
 - que soit privilégiée l'équipe spécialisée territoriale dans l'accès aux services de troisième ligne (hospitalisation, évaluation, consultation, traitement).
- Que le CHUQ garantisse aux équipes territoriales l'accès rapide aux différents professionnels de la troisième ligne, à l'hospitalisation et aux cliniques spécialisées à être développées (en précisant le délai maximum d'attente);
- Que le CHUQ garantisse la présence de pédopsychiatres (équivalent 1 jour/semaine) dans les CLSC de Québec-métro et de Portneuf et ce, dès le jour 1 de l'opérationnalisation du projet (répartition et identification du plan d'effectifs dans chaque CLSC);
- Que le CHUQ prenne les mesures nécessaires pour assurer la présence d'omnipraticiens (équivalent 21 heures/semaine) par territoire de CLSC et ce, dès le jour 1 de l'opérationnalisation du projet (répartition et identification du plan d'effectifs dans chaque CLSC). Ces omnipraticiens devront assurer des liens assidus avec les médecins en cabinets privés (omnipraticiens et pédiatres) en vue de leur faciliter l'accès aux services spécialisés et surspécialisés de même qu'avec les omnipraticiens en Centre Jeunesse;
- Que l'équipe territoriale ait un rôle clinique et un rôle, tout aussi important, de soutien à l'ensemble des partenaires;
- Que le projet conjoint prévoit un comité de pilotage composé des représentants décisionnels de l'ensemble des partenaires et qu'il précise l'organisation clinique et l'organisation décisionnelle de l'encadrement des ressources humaines et de la logistique;
- Que le CHUQ assure un encadrement étroit clinico-administratif de l'équipe territoriale;
- Que le projet déposé prévoit une définition claire des rôles et responsabilités de tous les dispensateurs de services et ceci à tous les niveaux (imputabilité, mécanismes de liaison);
- Que le CHUQ, avec les partenaires régionaux, voit à l'organisation et à la dispensation de programmes de formation, de sensibilisation quant aux problèmes de santé mentale pour l'ensemble des partenaires;
- Qu'une entente entre le CHUQ et le CLSC de Portneuf prévoit les mécanismes permettant l'accès aux enfants, aux adolescents et aux différents intervenants à l'ensemble des services offerts par le CHUQ au même titre qu'à la clientèle et aux intervenants de Québec-métro soit déposée à la Régie régionale;
- Qu'un mandat d'évaluation de l'implantation et des impacts soit réalisé par une organisation externe;

- Que l'ensemble des équipes Enfance-jeunesse-famille des CLSC de la région de Québec bénéficie d'une liaison étroite avec les services spécialisés de la pédopsychiatrie où l'on privilégie le maintien du lien lors du traitement et la concertation clinique lors du retour du jeune dans son milieu de vie (école, famille, milieu de garde);
- Que le CHUQ voit à la diffusion et à la promotion de ce modèle intégré d'organisation de services auprès de l'ensemble des partenaires de la région de Québec.

Extrait de la lettre transmise à Monsieur Roger Paquet (RRSSS de Québec) (30 mai 2001) ayant pour objet un « Avis sur le rattachement de l'équipe territoriale en pédopsychiatrie dans Québec-métro » transmise par les membres du comité d'experts.