ARTICLE THÉMATIQUE

Évaluation de l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière

Caroline Richard MA[1]; Céline Poissant MSc[1]; Michel Gil MD, CSPQ[2]

Résumé

Objectif: La province de Québec a amorcé une vaste réforme des services en santé mentale jeunesse. Cette étude visait à évaluer la première année d'implantation de ces services de première ligne dans les deux réseaux locaux de services (RLS) de Lanaudière. **Méthodologie:** Une évaluation qualitative de type formatif et participatif a été réalisée. La collecte des données a été menée auprès de 32 principaux acteurs engagés dans la mise en œuvre de ces services ou ayant pris part au processus décisionnel. Cinq entrevues semi-directives de groupe ont été effectuées avec les comités et les équipes concernés. L'information colligée a fait l'objet d'une analyse de contenu qualitative descriptive. **Résultats:** L'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans la région de Lanaudière a entraîné une mobilisation des partenaires. Celle-ci a été identifiée par l'ensemble des acteurs comme une condition favorable à l'implantation de ces services. La décision de poursuivre l'implantation malgré la pénurie de pédopsychiatres a renforcé la détermination et l'engagement des acteurs. Par contre, le manque de ressources humaines, l'insuffisance de médecins et les difficultés d'articulation des services de première ligne avec la pédopsychiatrie ont constitué des obstacles à l'implantation de ces services. **Conclusion:** Malgré certaines difficultés et différences entre les réseaux locaux de services dans la mise en œuvre des services de première ligne en santé mentale jeunesse, celle-ci semble avoir provoqué une évolution des cultures institutionnelle et clinique dans Lanaudière.

Mots clés: *évaluation, implantation, services de première ligne, santé mentale, jeunesse*

Abstract

Objective: The province of Quebec has initiated a vast reform of youth mental health services. This article aims at evaluating the first year of the implementation of first-line services in Lanaudière's two local service networks**.** **Methodology:** A formative and participatory qualitative evaluation was carried out. Data collection was led by 32 key individuals who were engaged in the implementation of these services or who were involved in the decision-making process. Five semi-directed group interviews were carried out with the committees and teams concerned. The information collected is the object of a descriptive, qualitative content analysis. **Results:** The implementation of first-line services in youth mental health in the Lanaudière region has caused partners to mobilize. This fact was identified by the group as a positive element of the establishment of these services. The decision to go ahead with the implementation of these services in spite of a lack of child and adolescent psychiatrists has strengthened these individuals' determination. On the other hand, the implementation of these services has been impeded by the lack of human resources, insufficient doctors, and difficulties with the integration of first-line services and child and adolescent psychiatry. **Conclusion:** Despite certain difficulties and differences between the local service networks in the implementation of first-line services in youth mental health, the establishment of these services seems to have caused an evolution in the institutional and clinical culture in Lanaudière.

Key words: *evaluation, implementation, primary care services, mental health, youth*

[1] Service de surveillance, recherche et évaluation, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Joliette, Québec

[2] Service régional de pédopsychiatrie de Lanaudière, Département de psychiatrie, Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière, Saint-Charles-Borromée, Québec

Auteur correspondant: caroline_richard@ssss.gouv.qc.ca

soumis: 6 septembre 2011; accepté: 13 mars 2012

Introduction

L'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans la région de Lanaudière a débuté en janvier 2005, après que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec ait établi la priorité d'améliorer les services de première ligne en santé mentale pour les enfants et les jeunes ayant des troubles mentaux. La mise en place de ces services s'inscrivait dans les orientations du Plan d'action en santé mentale (PASM), volet jeunesse, pour 2005-2010 du MSSS (Breton, Bouchard, Deschênes, Hince, & Rhéaume, 2005). Elle avait lieu dans un contexte de pénurie importante de pédopsychiatres qui avait eu un impact auprès de la clientèle jeunesse lanaudoise. En 2004, les services en pédopsychiatrie offerts par le Centre hospitalier régional de Lanaudière avaient en effet été contraints à une restructuration qui avait entraîné la fusion des deux cliniques externes de l'établissement et la restriction de l'hospitalisation aux jeunes âgés de 13 ans et plus.

La mise en œuvre des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Lanaudière visait à:

1. Améliorer leur accessibilité et leur disponibilité afin que la première ligne soit la principale porte d'entrée des services en santé mentale jeunesse;
2. Articuler les ressources de première ligne et les ressources spécialisées, dans une perspective de développement d'un continuum d'interventions et d'une hiérarchisation de soins et de services;
3. Réduire le nombre de cas en attente d'évaluation ou de traitement en pédopsychiatrie (deuxième ligne).

Cet article présente la démarche et les principaux résultats d'une évaluation d'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse, réalisée entre 2005 et 2008, dans Lanaudière (Richard & Poissant, 2008ab). Menée par la Direction de santé publique et d'évaluation (DSPE) de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Lanaudière, l'étude portait principalement sur la première année de mise en œuvre de ces services dans les deux réseaux locaux de services (RLS) du nord et du sud de la région. En réponse à une demande formulée par les acteurs concernés, il s'agissait de dégager des informations susceptibles de leur permettre de poursuivre et d'ajuster l'implantation amorcée.

Méthodologie

Une évaluation qualitative de type formatif a été réalisée. Ce type d'étude rejoint une nouvelle façon de concevoir l'intervention selon laquelle les particularités du milieu doivent être prises en compte dans le développement ou l'implantation de meilleures pratiques (Lecomte, 2003). Les «*pratiques novatrices*» basées sur des données probantes et adaptées au milieu d'implantation sont alors définies comme des processus de planification permettant le développement des interventions les plus appropriées. Une approche participative et négociée a été privilégiée, conformément aux pratiques habituelles en évaluation de la DSPE de Lanaudière (Service de surveillance, recherche et évaluation, 2011). Un comité d'évaluation a ainsi été formé afin d'assurer le suivi des différentes étapes de l'étude. Les principaux acteurs concernés y ont participé activement tout au long du processus afin de s'approprier l'étude et d'obtenir une meilleure compréhension des résultats. Le but était de produire des résultats concrets qui leur soient utiles, tel que le préconisent Quinn Patton et LaBossière (2009).

La collecte des données a été effectuée en 2005. Elle a été menée auprès de 32 acteurs directement engagés dans la mise en œuvre de ces services ou ayant pris part au processus décisionnel. Il s'agissait de gestionnaires, de médecins, d'intervenants (psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers, etc.) et d'autres professionnels des deux CSSS et de l'ASSS de Lanaudière. Cinq entrevues semi-directives de groupe ont été effectuées avec les équipes et les comités ciblés (comité de mise en œuvre, équipes cliniques de première ligne du nord et du sud, équipe de pédopsychiatrie, gestionnaires de première ligne jeunesse). La composition des groupes rencontrés était hétérogène.

Le groupe de discussion est une méthode de recherche largement utilisée dans le domaine des sciences sociales. Malgré certains désavantages (participants non représentatifs de la population étudiée, effets négatifs possibles de la dynamique de groupe), plusieurs avantages y sont associés dont un nombre réduit de participants, des questions ouvertes générant une richesse de données, une méthode flexible, une compréhension plus approfondie des réponses, etc. (Geoffrion, 1993). Selon cet auteur, les groupes de discussion permettent notamment une meilleure compréhension du point de vue des participants et de leur perception du problème. Cette méthode a été employée dans d'autres études similaires (ex. MSSS, 2010; Salmon & Rapport, 2005; Vallée et al., 2009).

Un schéma général d'entrevue a été construit, puis validé et bonifié avec le comité d'évaluation (annexe). Il a été ajusté en fonction des différents groupes de personnes interviewées. Avec l'autorisation des participants, les entretiens ont été enregistrés sur bande magnétique. Le contenu des discussions a été retranscrit sous forme de comptes rendus intégraux. L'information recueillie a fait l'objet d'une analyse de contenu qualitative descriptive. Huberman et Miles (1991) considèrent que les données qualitatives permettent de produire des descriptions et des explications enrichies et fortement liées au contexte local. Il est ainsi possible de situer ces données dans le temps et dans l'espace, et de présenter de nombreuses pistes d'interprétation qui se réfèrent au contexte spécifiquement étudié.

Résultats

Les résultats de l'évaluation de l'implantation des services se rapportent à quatre dimensions, soit:

1. Les conditions favorables et défavorables;
2. La coordination des services et la collaboration entre les acteurs;
3. Le fonctionnement des services;
4. Les principales retombées.

Conditions favorables et défavorables à l'implantation

Différentes conditions ont eu un effet favorable sur le processus d'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans les deux réseaux lanaudois. Parmi les aspects positifs mentionnés par les informateurs, on note la décision de maintenir les services en santé mentale auprès de la clientèle jeunesse, malgré les problèmes engendrés par le manque de pédopsychiatres. Selon des participants, bien que cette pénurie ait nécessité une certaine réorganisation, la situation a constitué une force motrice pour l'implantation des services. Les informateurs ont aussi précisé que la volonté de la part du ministère d'implanter de telles équipes a soutenu la détermination des acteurs au moment de la mise en œuvre dans les réseaux du nord et du sud.

Le fait que des services de première ligne fonctionnant selon une approche similaire étaient en place dans le réseau du sud depuis plus de dix ans et qu'une habitude de collaboration et d'échanges autour des cas était déjà établie avec l'équipe de la pédopsychiatrie ont été identifiés comme d'autres conditions favorables. Un financement et des ressources humaines supplémentaires ont aussi facilité la mise en œuvre de ces services, de même que le fait d'avoir mobilisé des partenaires dès le début du processus et d'avoir réuni «*les bonnes personnes*».

En outre, diverses conditions défavorables à l'implantation ont été identifiées par les participants. Tout d'abord, il semble avoir été plus difficile, dans le réseau du nord, d'articuler les services de première ligne en santé mentale jeunesse avec la pédopsychiatrie, et de développer des mécanismes identiques à ceux mis en place au sud. Il faut mentionner que les intervenants du nord avaient développé «*une longue histoire*» de pratique de deuxième ligne alors que ceux du sud avaient développé «*une culture de première ligne*». Il y aurait aussi eu moins de stabilité dans l'équipe du nord que dans celle du sud. De plus, au moment de la collecte des données, toutes les ressources humaines prévues dans le modèle initial d'organisation de services n'étaient pas encore en poste dans les deux réseaux. En conséquence, des participants ont indiqué qu'il était difficile de répondre rapidement aux nombreuses demandes et que les longues listes d'attente entraînaient la dégradation de la situation de certains enfants.

Le manque de médecins a aussi été relevé par plusieurs informateurs de Lanaudière comme une lacune importante. Dans les centres locaux de services communautaires (CLSC), l'intervention médicale était considérée comme essentielle auprès de jeunes ayant des diagnostics de santé mentale. De même, la référence médicale s'avérait nécessaire afin de transférer un patient de la première à la deuxième ligne. Au sein des équipes cliniques de première ligne en santé mentale jeunesse, notamment dans le nord, des participants ont mentionné que compte tenu du manque de médecins, des interventions ont été surtout de nature psychosociale.

À cause des nombreux problèmes d'articulation interétablissements autour des références, le rôle d'intervenant pivot, capable de suivre les parcours ou d'agir comme personne répondante, et le rôle d'agent de liaison entre les différents partenaires ont été jugés essentiels. Par ailleurs, selon certains, au début de la mise en œuvre de ces nouveaux services, les critères d'inclusion et le processus d'admission de la clientèle manquaient de clarté, particulièrement dans le réseau du nord.

Coordination des services et collaboration entre les acteurs

Les participants ont souligné les difficultés de coordination entre les nouveaux services de première ligne en santé mentale jeunesse et les autres services, acteurs et équipes concernés dans Lanaudière. D'après eux, l'élaboration des projets cliniques avait amené de nombreux changements de rôles et de postes: des ressources humaines étaient parties, de nouveaux cadres étaient arrivés et ces changements étaient associés à une surcharge de travail pour un grand nombre d'intervenants. Plusieurs précisaient que pour avoir une meilleure compréhension de la collaboration, il fallait tenir compte du contexte, de l'histoire et des structures relationnelles développées.

Certaines différences ressortaient entre les deux RLS de Lanaudière. D'après les répondants, dans le réseau du nord, la collaboration entre les quatre constituantes n'aurait pas démarré sur des bases claires, bien qu'un ajustement se soit opéré par la suite. En outre, en raison des habitudes de travail antérieures à la mise en œuvre des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans la région, il n'apparaissait pas évident de bien identifier la limite des mandats respectifs des acteurs. Plusieurs soulignaient les difficultés de développer une collaboration entre des acteurs qui ne se connaissaient pas auparavant. Toujours dans le réseau du nord, les représentants attribuaient les difficultés de collaboration entre le centre hospitalier et les CLSC au manque relatif de connaissances en santé mentale de ces derniers

avant l'implantation des services de première ligne. Au-delà de ces aspects, la collaboration entre les nouveaux services et l'équipe de pédopsychiatrie semble avoir été généralement difficile, d'après l'ensemble des informateurs de la région. À cet égard, certains ont souligné un «*choc des cultures*» qui se traduisait par des problèmes au niveau de la référence des patients et des échanges autour des cas référés.

Fonctionnement des services implantés

Comme le processus d'implantation n'était pas terminé au moment de la collecte des données, le fonctionnement des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière ne pouvait être optimal. Selon certains, ces services étaient cependant déjà bien articulés et structurés, même s'ils n'étaient pas encore parfaits. Les informateurs insistaient sur l'évolution vers la continuité et la hiérarchisation des services en santé mentale jeunesse réalisée durant l'année d'implantation. Ils précisaient que le processus d'implantation de ces services avait amené des changements malgré des pratiques enracinées dans «*beaucoup d'années de fonctionnement selon une culture de cloisonnement*». Les participants considéraient qu'ils avaient «*atteint la cible*» dans la mesure où des modifications de culture institutionnelle avaient été réalisées. Selon eux, le nouveau fonctionnement était «*plus personnalisé et plus efficace*» dans les deux réseaux, notamment parce qu'il permettait de recevoir de l'information sur des situations cliniques et de la transmettre au bon intervenant.

Principales retombées de l'implantation

Des retombées générales étaient identifiées par les participants, malgré le fait que la mise en œuvre des services n'était pas encore complétée. Selon des informateurs, les services en santé mentale jeunesse étaient améliorés et plus accessibles, notamment pour certaines clientèles non rejointes auparavant.

Par ailleurs, les participants ont constaté une plus grande variété de problèmes amenant une consultation en première ligne chez les enfants rejoints dans Lanaudière. Le service de pédopsychiatrie était devenu par contre plus restrictif quant aux cas acceptés, compte tenu d'un resserrement des critères d'admissibilité. Les informateurs ont également noté moins de dédoublements dans les demandes de services déposées simultanément en santé mentale de première et de deuxième ligne. De plus, pour l'équipe de pédopsychiatrie, le manque de médecins a entraîné des problèmes autour de la prescription de médicaments, de même qu'un alourdissement de travail à cause de l'augmentation du nombre de dossiers. Les répondants ont ainsi souligné que la deuxième ligne était fragile, parce qu'elle comptait seulement sur deux pédopsychiatres dans la région.

Dans l'ensemble, les informateurs considéraient que la clientèle rejointe était bien celle qui était visée pour Lanaudière. Si les listes d'attente demeuraient longues, il y avait tout de même, selon un participant, «*moins de personnes qui attendaient*» qu'auparavant dans le réseau du nord. Un autre répondant a précisé, pour sa part, que l'implantation avait créé «*un déséquilibre*», puisque le désengorgement de la pédopsychiatrie s'était soldé par un engorgement des services de première ligne dans les deux réseaux.

Pour certains participants, la collaboration accrue avec les autres professionnels permettait d'offrir «*un plus large éventail de services*» pour faire face à «*la complexité des problématiques*» dans la région. Ce travail «*plus en réseau*» était perçu comme une amélioration par rapport à la situation antérieure, alors que les intervenants et les services fonctionnaient plus en silo. D'après des informateurs, l'interdisciplinarité permettait «*d'autres possibilités de lecture des cas*», et offrait «*toute une palette de couleurs*», des propos qui mettaient l'accent sur l'enrichissement associé à cette interdisciplinarité.

Discussion

De façon générale, l'évaluation a fait ressortir la complexité de l'implantation initiale des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière. Elle a particulièrement mis en relief les difficultés rencontrées à l'égard de la coordination des services et de la collaboration entre les différents acteurs et équipes concernés. Il faut toutefois signaler qu'au moment de la mise en œuvre de ces services dans la région lanaudoise, des changements majeurs, dont la fusion des établissements, la création des CSSS et la réorganisation de différents programmes, services, etc., s'opéraient simultanément dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois. Ceux-ci ont certainement influencé le discours des participants à l'égard de la première année d'implantation.

Nos résultats rejoignent la littérature qui insiste sur le fait que la mise en place d'une structure d'organisation de soins concertés s'avère complexe à cause, entre autres, des enjeux associés à la collaboration intra-professionnelle ou inter-organisationnelle qui constitue fréquemment un défi (Kaur, 2009; MSSS, 2010; Salmon & Rapport, 2005; Secker, Pidd, Parham, & Peck, 2000). Il faut mentionner que les études font davantage ressortir les obstacles rencontrés que les facteurs de succès de ce type de collaboration (Salmon & Rapport, 2005).

Les difficultés signalées dans la région de Lanaudière ont également été identifiées dans d'autres régions du Québec ayant implanté de tels services. Ainsi, le manque de médecins, l'insuffisance de ressources humaines dans les équipes, les changements fréquents de gestionnaires et

de professionnels ainsi que les difficultés d'articulation entre les services de la première et de la deuxième ligne ont notamment été rapportés dans d'autres contextes d'implantation, soulignant qu'il s'agit sans doute d'enjeux systémiques supra-régionaux (Fleury, 2008; MSSS, 2010; Nadeau, Rousseau, Séguin, & Moreau, 2009; Vallée et al., 2009).

Nos résultats soulignent cependant qu'au-delà des enjeux globaux, les différences locales ne doivent pas être minimisées. Ainsi, pour le réseau du sud de la région, la mise en œuvre des services de première ligne en santé mentale jeunesse a nécessité moins de changements majeurs à l'égard des façons de faire et des mécanismes de collaboration avec les services spécialisés que pour celui du nord. Cela serait attribuable au fait que, vu l'existence préalable de tels services, la réforme s'inscrivait davantage en continuité avec l'histoire locale, ce qui a également été souligné dans d'autres territoires de CSSS de la province (Vallée et al., 2009).

Parmi les conditions identifiées, assurant le succès d'une démarche de mise en place de soins partagés ou de collaboration, les facteurs interactionnels étaient en premier plan. La littérature souligne notamment l'importance de développer des conditions politiques, systémiques, organisationnelles et des pratiques cliniques appropriées (Fleury, 2008). Selon San Martin-Rodriguez et ses collègues (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Vileda, 2005), il faudrait non seulement une meilleure compréhension de chacun des déterminants interactionnels, organisationnels et systémiques sur la collaboration, mais également une meilleure compréhension des relations entre eux. Notons que les déterminants interactionnels sont ceux ayant reçu jusqu'à présent une attention particulière de la part des chercheurs (San Martin-Rodriguez et al., 2005; Sicotte, D'Amour, & Moreault, 2002). Nos résultats confirment que ces enjeux délicats sont au premier plan lors de l'implantation de soins partagés.

Conclusion

Les résultats de cette étude indiquent que l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière a constitué un défi qui a mobilisé les intervenants de toute la région. Le fait que l'implantation se soit déroulée, du moins dans ses débuts, plus facilement sur le territoire du sud que sur celui du nord, souligne l'importance des facteurs historiques dans la transformation des services en santé mentale jeunesse.

Depuis la collecte des données en 2005, l'intégration des services en santé mentale jeunesse au niveau de la première ligne a connu une grande évolution dans Lanaudière. Les interventions multidisciplinaires ont été renforcées au sein des équipes de première et de deuxième ligne et avec les partenaires. Des mécanismes d'arrimage entre les équipes en santé mentale jeunesse et le milieu médical ont aussi été déployés. Les pédopsychiatres ont dorénavant un rôle de consultant ou de co-intervenant auprès des équipes de première et de deuxième ligne et des partenaires.

La collaboration entre les différents partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et de l'intersectoriel a joué un rôle clé dans la réorganisation des services en santé mentale jeunesse de la région. Cette évolution positive suggère que l'identification précoce des facteurs facilitants et des obstacles à l'implantation de soins partagés en santé mentale jeunesse peut contribuer à mobiliser les acteurs locaux autour d'une transformation structurelle qui vise une accessibilité accrue et de meilleures pratiques en santé mentale jeunesse.

Remerciements

Les auteurs désirent remercier le comité de mise en œuvre des services de première ligne en santé mentale jeunesse de Lanaudière, ainsi que le comité d'évaluation qui a assuré le suivi de l'étude. Ils expriment également leur reconnaissance à l'égard des principaux acteurs engagés dans l'implantation de ces services pour leur participation à la collecte des données. De plus, ils souhaitent souligner la contribution de collègues du Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique. L'étude a été financée par l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. Les auteurs n'ont aucun intérêt financier à divulguer.

Références

Breton, M., Bouchard, S., Deschênes, L., Hince, C., & Rhéaume, J. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: la force des liens.* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 96.

Fleury, M. J. (2008). Santé mentale en première ligne (Éditorial). *Santé mentale au Québec*, XXXIII, 2, 19-34.

Geoffrion, P. (1993). Le groupe de discussion, dans B. Gauthier (sous la dir. de), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 311-335.

Huberman, A. M., & Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles, De Boeck Université, 480.