



*Les services en santé mentale  
jeunesse: défis et enjeux pour le  
Québec*

---

Cécile Rousseau

Montréal, 10 juin 2019



## *Dans cette présentation:*

- Une interrogation sur les bonnes pratiques en santé mentale des jeunes.
- Certains défis de l'intervention en santé mentale jeunesse en CIUSSS-CISS
  - Orienter
  - Évaluer
  - Soigner
- Et après?





# *La plan d'action en santé mentale*

- Des orientations qui respectent les valeurs et les principes qui ressortent de la littérature
  - Partenariat
  - Données probantes
- Le défi se situe au niveau de la mise en œuvre.

En particulier:

- La transformation des pratiques
- La création de partenariats respectueux
- La transformation des relations de pouvoir pour représenter adéquatement les responsabilités
- Les représentations négatives de la première ligne en santé mentale, surtout en milieu urbain
- Les pénuries de ressources en région



# *Mythes et réalités autour de la standardisation*



- Une façon d'ajuster les pratiques aux connaissances reconnues
- L'uniformisation ne tient pas compte de l'hétérogénéité et de la complexité
- La standardisation peut contribuer à la stigmatisation
- Souvent problématique en terme d'appropriation du pouvoir par les familles et/ou les intervenants



## *Exemples:*

---

L'efficacité de la thérapie cognitive-behaviorale est reconnue pour:

- Les troubles anxieux
- Les situations d'abus sexuel

Mais qu'en est-il...

- Lorsque l'enfant n'est pas en sécurité? (demande d'asile, famille conflictuelle)
- Lorsqu'il y a un trouble d'attachement? (risque d'aggravation)



## *Des assez bonnes pratiques*

---



- S'inspirent des données probantes
- Font toutes une place importante à l'expérience de l'enfant et de sa famille
- Sont suffisamment flexibles pour tenir compte des singularités et des forces des familles
- Se fondent sur les ressources du milieu



## *Des assez bonnes pratiques*

---



- Permettent aux intervenants des espaces de liberté et de créativité



- Se soucient du bien-être des intervenants



- Aident à supporter l'incertitude associée à une reprise de pouvoir par les familles

- Favorisent un questionnement autour des difficultés

- Favorisent une transmission des savoirs d'expérience



# *Les micropratiques*



- Formes de résistance aux logiques institutionnelles
- Surgissent à la marge
- Trois types principaux
  - Intervention alternative à celle proposée par les experts
  - Façon de renégocier les frontières entre le personnel et le professionnel dans l'établissement d'une alliance
  - Adaptation des interventions à un environnement précis (pauvreté – culture)





# *Les micropratiques*

- Caractéristiques transversales
  - Collées à des situations précises – ne conduisent pas à une généralisation
  - Font appel aux savoirs d'expérience et s'inscrivent dans la continuité
  - Se situent en décalage critique discret face aux protocoles établis
  - Répondent à de grands problèmes par beaucoup de petites solutions





# *Exemple de micropratiques*



La semaine du suicide devient la « semaine du sourire » dans des Écoles secondaires

- « Solidaires pour la vie », non ce n'est pas de l'évitement
- Des macarons, de l'humour, du rire
- Des professeurs mobilisés
- Plusieurs activités
  - Le plus beau sourire reçu ou donné
  - Une exposition des résultats
  - Des « câlins » gratuits

Une mise en évidence des liens dans et autour de l'école, un renforcement des solidarités



## *Intégration des services*

---

- Renforcer les services de santé de première ligne
  - Renverser le déséquilibre pouvoir-responsabilité
  - La première ligne chef d'orchestre
- Prendre en compte le rôle de l'école en première ligne pour la santé mentale

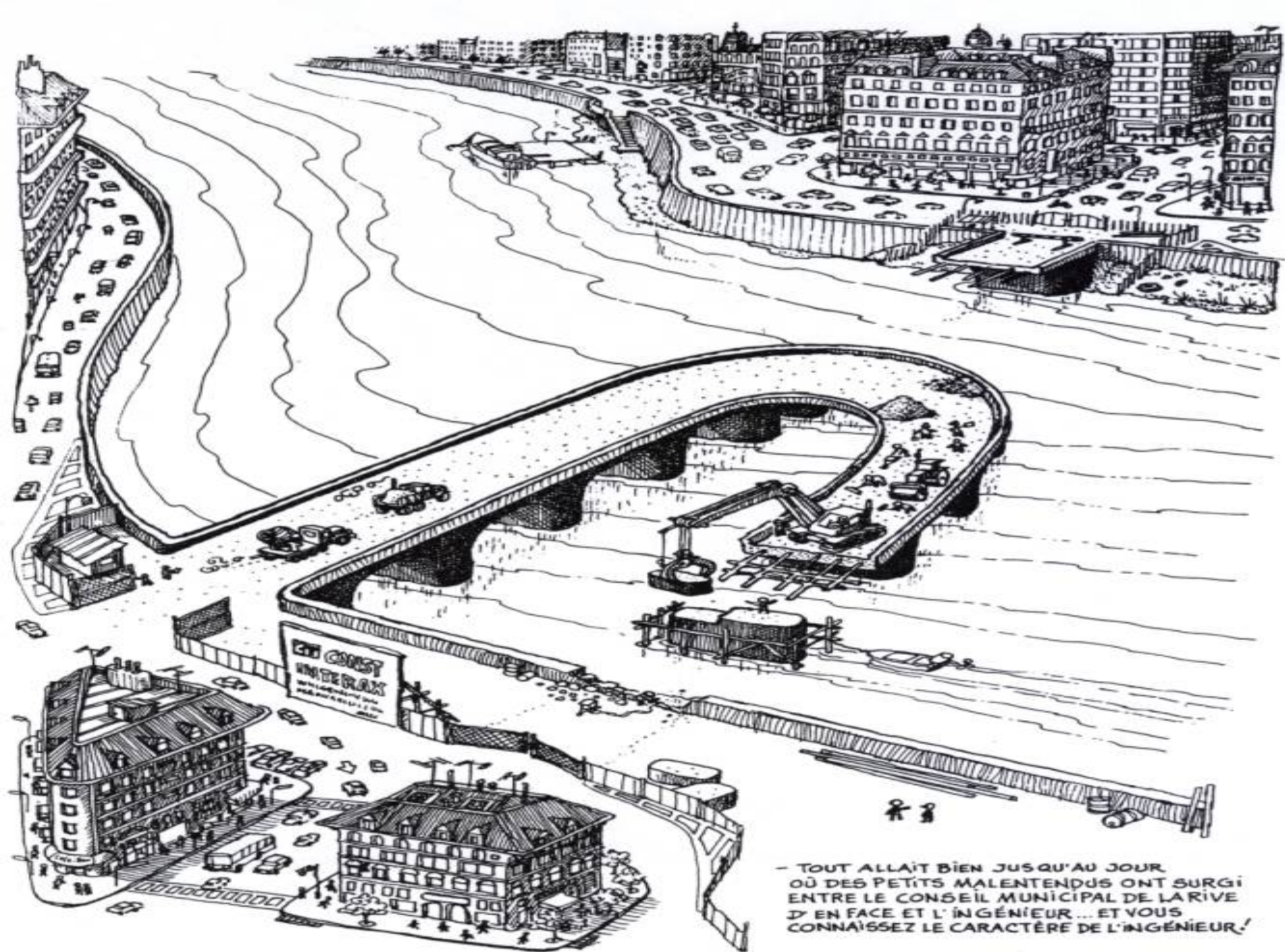




# *Intégration des services*



- Suivis de proximité permettent plus de continuité et une meilleure coordination des acteurs
- Nécessité de multiplier les liens d'intervention et de reconnaître les expertises distinctes (par exemple: école comme milieu thérapeutique, les organismes communautaires porteurs d'approches alternatives)
- Notion de soins partagés versus d'une dérive de « sous-traitance »



- TOUT ALLAIT BIEN JUSQU'AU JOUR  
OÙ DES PETITS MALENTENDUS ONT SURGI  
ENTRE LE CONSEIL MUNICIPAL DE LA RIVE  
D' EN FACE ET L'INGÉNIEUR... ET VOUS  
CONNAISSEZ LE CARACTÈRE DE L'INGÉNIEUR!



# *Les soins en collaboration en SMJ: principes qui sous-tendent le modèle*

## Collaboration entre 1ere ligne et santé mentale

- Considérer la complexité biopsychosociale et culturelle, par le partage d'expertise et le travail multidisciplinaire

## Des soins de proximité centrés sur le patient

- Se situer dans le milieu du jeune et de sa famille → faciliter la consultation, pour la famille et les intervenants impliqués, dans un contexte familial et donc sécurisant

## Favoriser l'accès aux soins

- Augmenter la capacité des praticiens de première ligne à prendre le rôle d'intervenant en SMJ par un modèle de soins en collaboration qui les supporte → soutien de pédopsychiatres, formations adaptées à leurs besoins

**> Dans l'esprit de la prise de décision partagée, d'un partenariat bienveillant, d'une communication efficace et d'un lieu d'échange sécuritaire**



# Organigramme du programme de recherche sur les soins en collaboration en SMJ

**2007-2011** (CIHR, MSSS)

Projets de recherche: “Implantation des soins partagés en SMJ”  
“Soins partagés en SMJ en milieux multiethniques”

**2012-2018** (FRSQ, MSSS, MELS, CIHR)

Projets de recherche  
sur les soins en collaboration en SMJ

**2014** (+CLIPP)

Implantation d’une  
communauté de pratique

Projets de recherche sur  
les résultats cliniques

Projets de recherche  
sur les modèles de  
formation

**Méthodologies**

QL: Qualitative

QT: Quantitative





# Participants à la recherche

## Familles (N=217)

	N	%
<b>Genre de l'enfant</b>		
Garçon	122	56,2%
Fille	95	43,8%
<b>Âge de l'enfant à T0</b>		
4 - 7 ans	42	19,4%
8 - 11 ans	81	37,3%
12 - 14 ans	52	23,9%
15 - 17 ans	42	19,4%
<i>(M = 10,9 ans; SD = 3,5)</i>		
<b>Enfant né au Canada</b>		
Oui	139	64,1%
Non	48	22,1%
Manquant	30	13,8%

### NOTE:

136 dyades parent-enfant  
56 parents ont participé seuls  
25 jeunes ont participé seuls

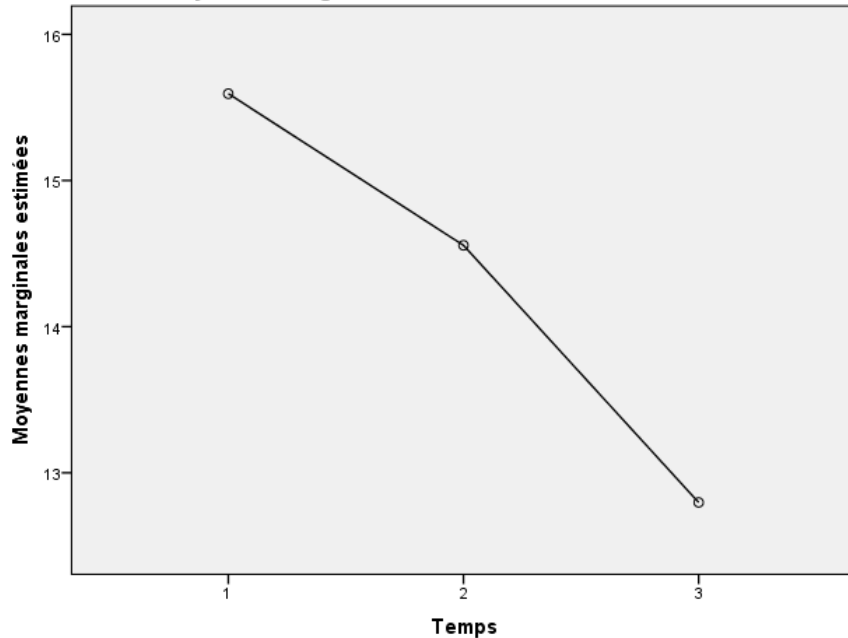
	N	%
<b>Parent ayant participé (N=192)</b>		
Mère	151	78,7%
Père	41	21,3%
<b>Parent né au Canada</b>		
Oui	87	45,3%
Non	105	54,7%
<i>Si non, nombre d'années au Canada (M = 12,0 ans; SD = 9,0; range 1-49 ans)</i>		
<b>Niveau d'éducation du parent</b>		
Secondaire ou moins	32	16,7%
Professionnel ou cégep	60	31,3%
Études universitaires	93	48,4%
Manquant	7	3,6%
<b>Revenu familial</b>		
Inférieur à 20 000\$	39	20,3%
Entre 20 000\$ et 40 000\$	43	22,4%
Entre 40 000\$ et 60 000\$	25	13,0%
Supérieur à 60 000\$	73	38,0%
Manquant	12	6,3%



# Évolution clinique

## SDQ Total difficultés

Moyennes marginales estimées de TotalDifficultés

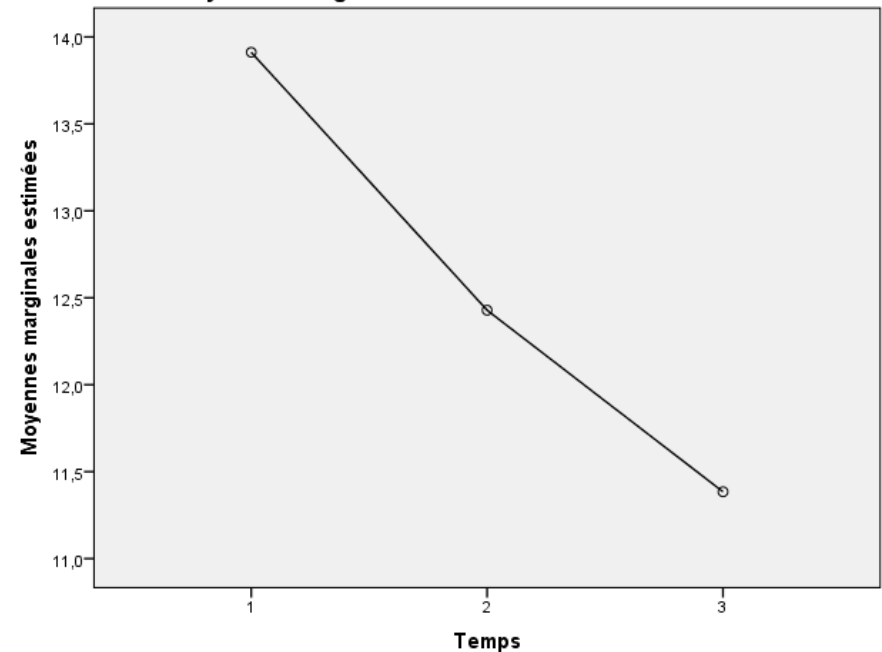


$$F(2,264) = 22,73, p < ,001, \eta_p^2 = ,147$$

	<i>M(ET)</i>
<b>T0</b>	15,59(6,25)
<b>T1</b>	14,56(6,49)
<b>T2</b>	12,80(6,78)

## SDQ Total difficultés Jeune

Moyennes marginales estimées de TotalDifficultés

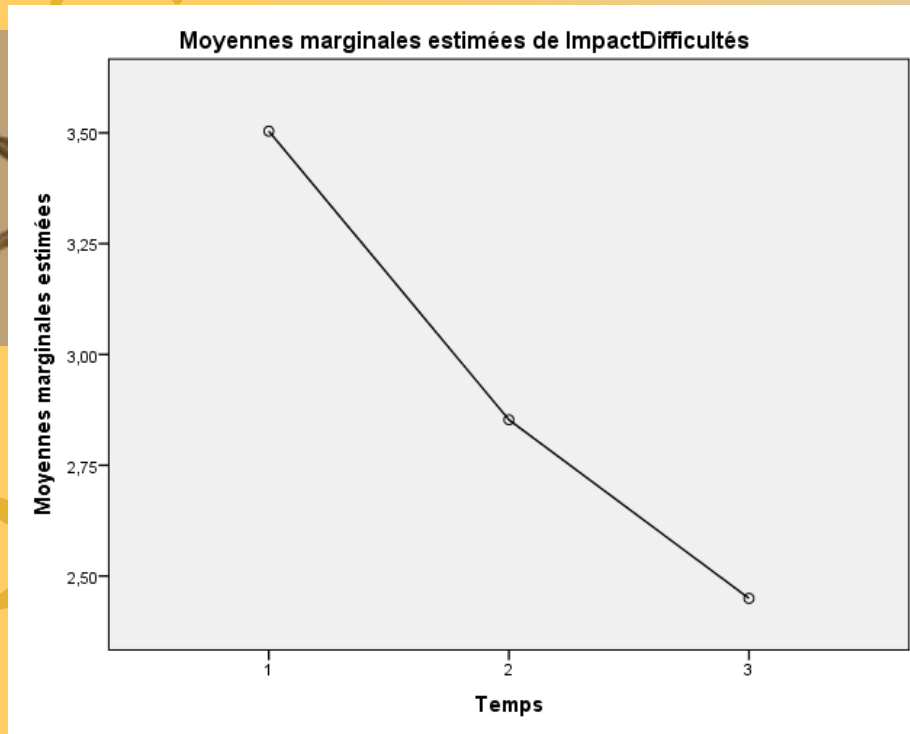


$$F(2,180) = 10,52, p < ,001, \eta_p^2 = ,105$$

	<i>M(ET)</i>
<b>T0</b>	13,91(5,73)
<b>T1</b>	12,43(5,20)
<b>T2</b>	11,38(5,20)

# Évolution clinique

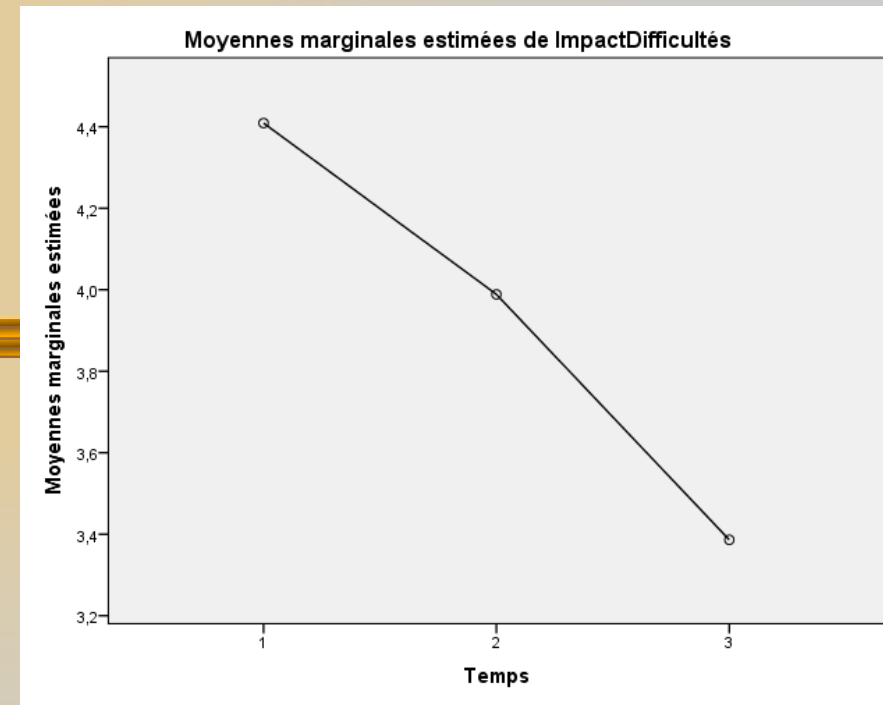
## SDQ impact Parent



$F(2,256) = 10,65, p < ,001, \eta_p^2 = ,077$

	<i>M(ET)</i>
<b>T0</b>	3,50(2,71)
<b>T1</b>	2,85(2,65)
<b>T2</b>	2,45(2,65)

## SDQ impact Jeune



$F(1,85,161.05) = 3.07, p = ,05, \eta_p^2 = ,034$

	<i>M(ET)</i>
<b>T0</b>	4,41(3,37)
<b>T1</b>	3,99(3,71)
<b>T2</b>	3,39(3,33)



## Collaborative youth mental health service users, immigration, poverty, and family environment

Lucie Nadeau<sup>1,2</sup>, Vanessa Lecompte<sup>1</sup>, Janique Johnson-Lafleur<sup>2</sup>, Annie Pontbriand<sup>2</sup> & Cécile Rousseau<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, McGill University, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal (CLSC Parc Extension), 7085, Hutchison, Montréal, QC H3N 1Y9, Canada. E-mail: lucie.nadeau@mcgill.ca

<sup>2</sup>Youth Mental Health, CIUSSS Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal, Montréal, QC, Canada

### Environnement familial (conflits)

- Facteur contribuant aux difficultés comportementales et émotives des jeunes
- Plus important que pauvreté et immigration

**Background:** This article examines the association between immigration, poverty and family environment, and the emotional and behavioral problems reported by youth and their family receiving mental health (MH) services within a collaborative care model in a multiethnic neighborhood. **Method:** Participants in this study were 140 parent-child dyads that are part of an ongoing longitudinal project looking at the association between individual, familial, social and organizational factors, and outcomes of youth receiving MH services in local health and social service organizations in the Montreal area. Measures included in this study were collected at the initial phase of the longitudinal project (Time 0). Parents completed a sociodemographic questionnaire and the Family Environment Scale (FES), and both parents and children completed the Strength and Difficulties questionnaire (SDQ). **Results:** Results suggest that the family environment, especially family conflicts, has a significant role in the MH problems of children seeking help in collaborative MH services. In this specific population, results also show a trend, but not a statistically significant association, between poverty or immigration and emotional and behavioral problems. They suggest as well that boys show more MH problems, although this could be a contamination effect (parents' perspective). **Conclusions:** The results support the importance of interventions that not only target the child symptomatology but also address family dynamics, especially conflicts. Collaborative care models may be particularly well suited to allow for a coherent consideration of family environmental factors in youth mental health and to support primary care settings in addressing these issues.

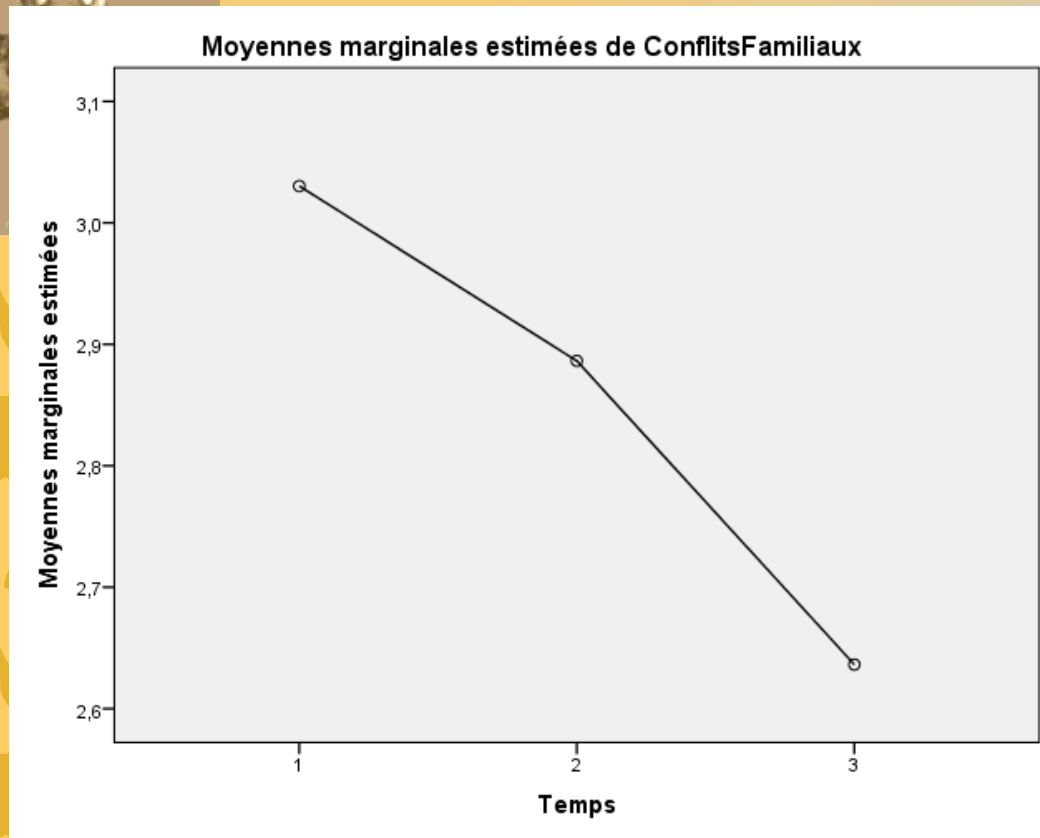
#### Key Practitioner Message

- Poverty and negative family environmental factors have been described as central stressors associated with behavioral and emotional problems in youth, whereas the healthy migrant hypothesis has framed immigration as a protective factor.
- The study results support that family conflicts have a significant role in behavioral and emotional problems in youth and that family environment is more central as a contributing factor compared with poverty and immigration.
- Yet, the study results support the need to take into account the specific characteristics of the immigrant population studied.
- Interventions aiming at engaging families and transforming family environment are promising in youth mental health (YMH), as well as collaborative models of services supporting primary care settings in addressing family issues.

**Keywords:** Family factors; poverty; immigrants; psychopathology; service development

# Évolution des conflits familiaux

Sous-échelle 'conflit' du FES Parent




	<i>M(ET)</i>
<b>T0</b>	3,03(2,01)
<b>T1</b>	2,89(2,23)
<b>T2</b>	2,64(1,96)

$F(1.85, 241, 95) = 2,89, p = ,06, \eta_p^2 = ,022$



# Évolution des conflits familiaux



*« C'était comme... peu à peu, la maison devenait de moins en moins stressée. »*

Jeune





# *Modèles de soins en collaboration*

## **Colocation des pédopsychiatres**

Présence des pédopsychiatres répondants *sur place*:

- Consultations directes (avec familles) ou indirectes (avec intervenants seulement)
- Participation aux réunions d'équipes
- Discussions informelles
- multiplie les possibilités de soutien aux équipes de première ligne et de collaboration-concertation

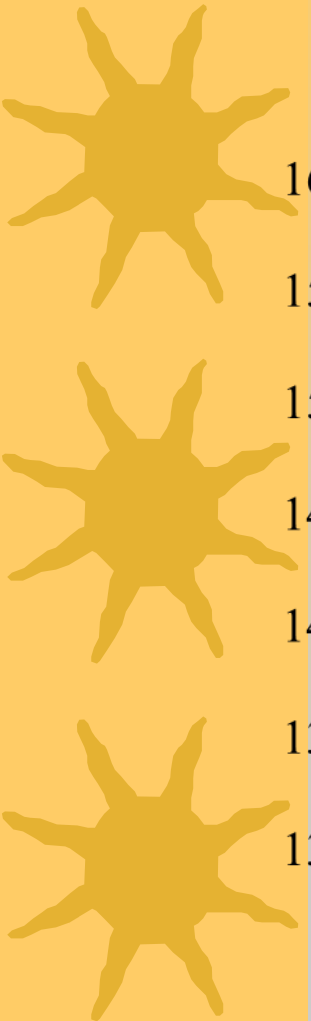
## **Pédopsychiatres visiteurs**

Pédopsychiatres répondants *visitant* ½ journée/semaine

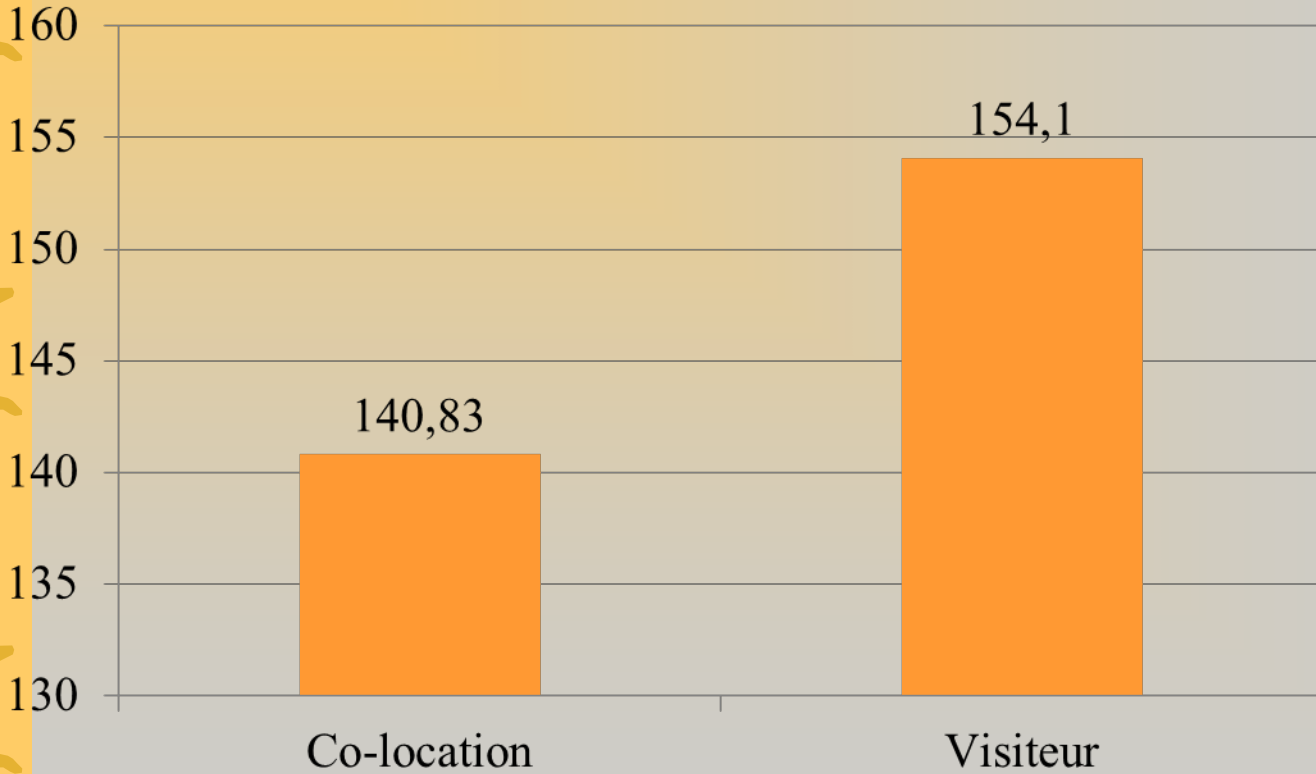
- Consultations directes (avec familles) ou indirectes (avec intervenants seulement)
- Possibilité de contacts téléphoniques entre les visites



# *Modèle de psychiatre répondant et perception de la collaboration*



**PINCOM à T2\***



*\* p<,001*

↑  
Meilleure perception



# *Les dilemmes de l'orientation*

---

Histoire de Jeanne - 14 ans

- Crise familiale autour des sorties (CAF)
  - Absentéisme scolaire
  - Consommation
- Impolitesse – opposition  
(Jeunes en difficulté)
- Automutilation (Santé mentale jeunesse)
  - Trouble alimentaire
  - Trouble suicidaire





## *Histoire de Johan - 13 ans*

---

### *Version 1: Évaluer*

- Difficultés d'apprentissage
- Problèmes de comportement
- Pas de motivation
- Résiste à toute intervention
- En échec scolaire





# *Histoire de Johan - 13 ans*

## *Version 1*

9 évaluations pédopsychiatriques durant les 7 dernières années  
(Ste-Justine, Montréal Children, Rivière des Prairies)

### **Diagnostic:**

- TDAH – Trouble anxieux
- Trouble anxieux – TDAH – Trouble oppositionnel
- TED – TDAH
- Trouble anxieux – TDAH – Trouble oppositionnel
- Asperger? – TDAH
- TDAH – Trouble oppositionnel

### **Traitement:**

- Médication: pas d'amélioration observée
- Pas d'autres traitement



# *Histoire de Johan - 13 ans*

## *Version 2 :Évaluer*

- Mère Québécoise monoparentale déprimée
- Père Portugais disqualifié
  - École/CSSS: pas de contact
  - Visites: démission progressive
- Johan en entrevue:
  - « Je suis normal »
  - Comportements d'évitement dominant
- Intervention: réhabiliter le père
  - Investir les forces
  - Reconnaître la violence du système



# *Soigner:*

## *Histoire de Mylène - 16 ans*

---

Consultation de l'école pour:

- Idéation suicidaire
- Automutilation
- Vêtements gothiques
- Conflits avec les parents
- Refuse que les parents soient contactés  
« c'est mon droit! »
- Inquiétudes de l'école





# *Histoire de Mylène - 16 ans*

## *(suite)*

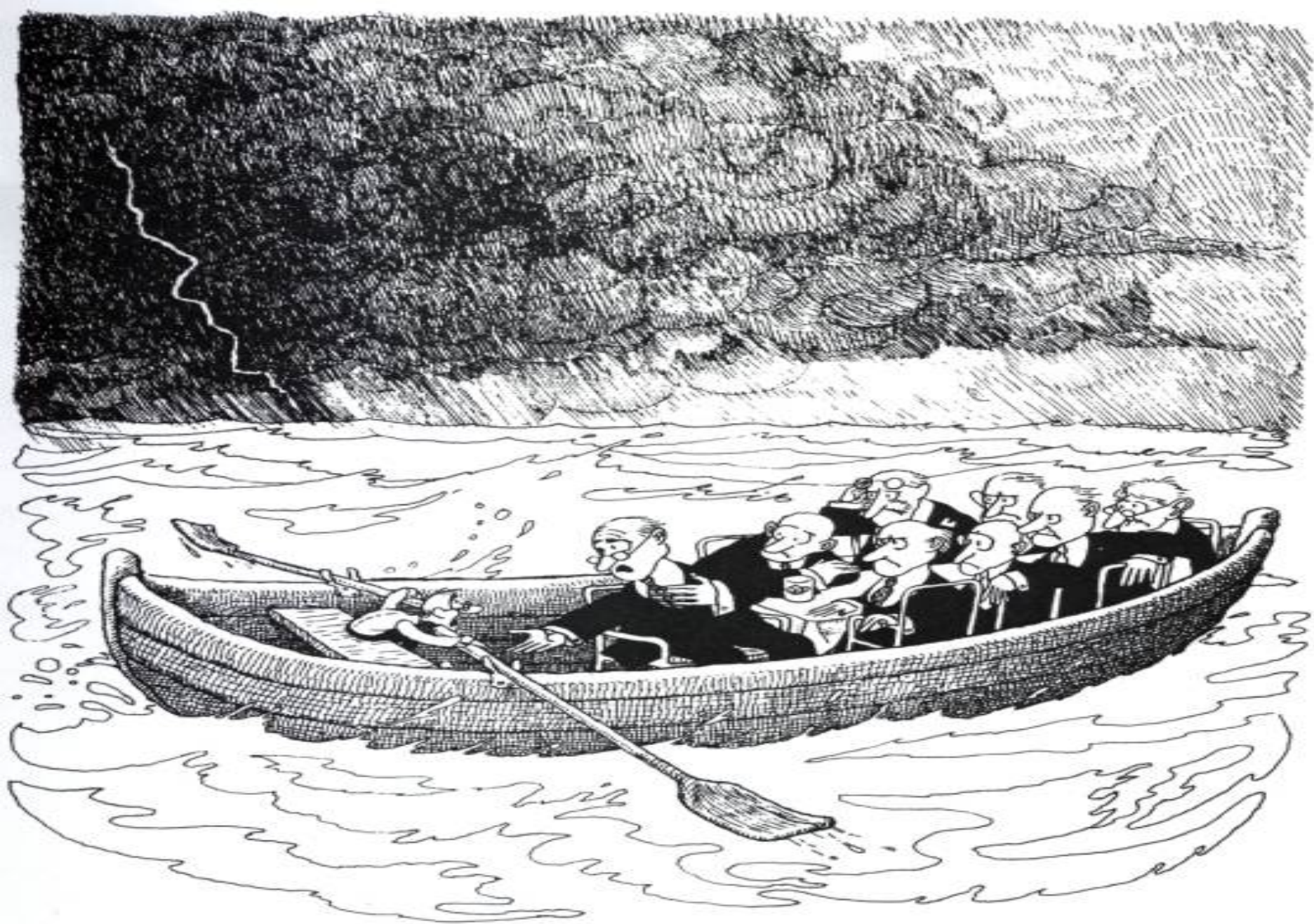
L'évaluation:

- Une rencontre avec ses amies:
  - L'attrance pour les sorcières
  - Le vernis à ongle noir
  - Les pactes suicidaires: risque ou protection?
- La rencontre des parents:
  - Impuissance et désarroi
  - Un attachement fort, parfois maladroit

Des rencontres de dyade mère-fille

Des rencontres de triade Mylène-amies

Tradition de solidarité féminine et sorcières?



- COMMENT ÇA, VOUS NE RAMEZ PLUS ? VOUS M'ÉTONNEZ, FERNANDEZ, SOMMES-NOUS, OUI OU NON, DANS LE MÊME BATEAU ?



# *Soutien aux intervenants:* *Le constat*

- La détresse des intervenants
  - Taux de burn-out élevé
  - Résistance passive
  - La clientèle perçue comme un fardeau
- Les solutions
  - Plus souvent individualisent le problème (soutien au personnel)
  - Peuvent être perçues comme stigmatisantes
  - Ne génèrent souvent pas de solidarités porteuses





## *Soutien aux intervenants (suite)*

- Ce qui semble protecteur:
  - Des espaces de parole sécurisants qui permettent une discussion des obstacles et des échecs
  - Des modèles de formation qui intègrent savoirs spécialisés et savoirs d'expérience et favorisent une adaptation collective des premiers aux réalités locales
  - Des systèmes d'évaluation qui ne sont pas strictement administratifs, reflètent les forces cliniques et valorisent les initiatives.







# *Les défis à relever*

- Partenariat:
  - De la confiance interpersonnelle à la confiance institutionnelle réciproque
  - Articuler les relations avec les autres partenaires du RLS (école – centre jeunesse)
  - Arrimer le travail clinique autour des cas complexes. Se doter d'espaces de discussion cliniques communs.
- Médecins de famille:
  - Susciter l'intérêt
  - Favoriser le recrutement Organiser la formation continue
- CIUSSS:
  - Dépasser la fragmentation des équipes jeunesse (jeunes en difficulté/CAF/Santé mentale jeunesse)



## *Les défis à relever*

---

Et plus globalement:

- Redéfinir la 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> ligne
- Repenser l'articulation: trouble du développement, pédopsychiatrie, santé mentale jeunesse
- Favoriser les adaptations locales
- ... sans laisser de côté les exigences d'une évaluation rigoureuse.



*Et après?*

---

C'est à vous

