

---

# ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DU PROGRAMME BREF SUIVI INTENSIF DANS LE MILIEU EN SANTÉ MENTALE JEUNESSE SPÉCIALISÉE (BSIM SMJ SPÉCIALISÉE)

---

## AVIS D'ÉVALUATION

rédigé par  
Marie-Pier Bouchard

©UETMISSS

Unité d'évaluation des technologies et des modes  
d'intervention en santé et en services sociaux, 2026

**Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Estrie – Centre  
hospitalier universitaire  
de Sherbrooke**

**Québec** 





# ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DU PROGRAMME BREF SUIVI INTENSIF DANS LE MILIEU EN SANTÉ MENTALE JEUNESSE SPÉCIALISÉE (BSIM SMJ SPÉCIALISÉE)

## AVIS D'ÉVALUATION

rédigé par  
Marie-Pier Bouchard

© UETMISSS, CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE –  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE (CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS), 2025  
DIRECTION DE LA COORDINATION DE LA MISSION UNIVERSITAIRE

JANVIER 2026

---



# LA MISSION

Soutenir la prise de décision des gestionnaires par diverses approches évaluatives, des technologies, des modes d'intervention, des programmes en santé, en santé publique et en services sociaux et une évaluation des interventions afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population estrienne. L'UETMISSS fonde ses travaux sur l'évaluation rigoureuse des données scientifiques, contextuelles et des savoirs expérientiels, ces derniers provenant des usagères et des usagers, leurs proches, de la population et de l'ensemble de la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS\*.

*\*Intervenantes et intervenants, professionnelles et professionnels, gestionnaires*

## UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

**Marie-Pier Bouchard, M. Sc., M.B.A.**  
Conseillère en évaluation à l'UETMISSS

**Cyrille Gérard Diffo, M.D., M. Sc.**  
Conseiller en évaluation à l'UETMISSS

**Ariane Brault, Ph. D.**  
Conseillère en évaluation à l'UETMISSS

**Edith Paré-Roy**  
Personne conseillère en évaluation à l'UETMISSS

**Lucien Coulibaly, Ph. D.**  
Conseiller en évaluation à l'UETMISSS

**Pierre Dagenais, M.D., Ph. D.**  
Médecin-conseil à l'UETMISSS

**Julien Desautels, ps.éd., Ph. D.**  
Coordonnateur – Enseignement et mobilisation des connaissances

**Marie-Andrée Roy, M. Sc.**  
Cheffe de service – Mobilisation des connaissances

**Sonia Ouellet**  
Agente administrative cl. 1

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026  
ISBN 978-2-555-03018-3 (PDF)

© UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Pour tout renseignement sur ce document ou sur les activités de l'UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, s'adressez à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de  
Sherbrooke – Hôpital et centre d'hébergement d'Youville  
1036, rue Belvédère Sud  
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4  
Téléphone : (819) 780-2220, poste 16648  
Courriel : UETMISSS.ciuusse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Pour citer ce document : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS), Évaluation de l'implantation du programme *bref suivi intensif dans le milieu en santé mentale jeunesse spécialisée* (BSIM SMJ spécialisée) préparé par Marie-Pier Bouchard [en ligne], Sherbrooke, Québec (Canada), janvier 2026, xix, 81 p.  
La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

# ÉQUIPE DE PROJET

## RÉDACTION

---

|                     |   |
|---------------------|---|
| Marie-Pier Bouchard | Conseillère en évaluation, Direction de la coordination de la mission universitaire (DCMU), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) |
|---------------------|---|

## CONTRIBUTION AU PROJET

---

|                   |  |
|-------------------|--|
| Éléonore Banville | Courtières de connaissances, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS |
| Ariane Brault     | Conseillère en évaluation, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS   |

## CONSULTATION POUR LA RÉDACTION ET LA VALIDATION DES RECOMMANDATIONS

---

|                 |   |
|-----------------|---|
| Pierre Dagenais | Médecin-conseil à l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS), CIUSSS de l'Estrie – CHUS |
|-----------------|---|

### **Comité aviseur en santé mentale, Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD), CIUSSS de l'Estrie – CHUS**

|                 |   |
|-----------------|---|
| Pauline Beaudry | Directrice générale, Virage Santé Mentale |
| Sophie Dorval   | Usagère collaboratrice                    |

## ORIENTATION SCIENTIFIQUE

---

|                  |   |
|------------------|---|
| Julien Desautels | Coordonnateur enseignement et mobilisation des connaissances, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS |
|------------------|---|

## AUTRES PERSONNES AYANT CONTRIBUÉ À LA CONTEXTUALISATION

---

### **Programme BSIM SMJ spécialisée**

|                        |   |
|------------------------|---|
| Mélanie Anctil         | Spécialiste en activités cliniques, Direction des programmes jeunesse (DPJe), CIUSSS de l'Estrie – CHUS |
| Josée Blanchette       | Travailleuse sociale, DPJe, CIUSSS de l'Estrie – CHUS   |
| Camilia Binette-Michel | Travailleuse sociale, DPJe, CIUSSS de l'Estrie – CHUS   |
| Karoline Custeau       | Éducatrice en éducation spécialisée, DPJe, CIUSSS de l'Estrie – CHUS                                    |
| Audrée Desrosiers      | Psychoéducatrice, DPJe, CIUSSS de l'Estrie – CHUS   |
| Kim Rouillard          | Cheffe de service, DPJe, CIUSSS de l'Estrie – CHUS  |

## **REMERCIEMENTS**

L'UETMISSS tient à remercier toutes les personnes ayant contribué, d'une façon ou d'une autre, à la réalisation du présent rapport, notamment les membres de l'équipe BSIM SMJ spécialisée pour leur mobilisation et leur soutien dans la collecte et la contextualisation des données liées à l'évaluation. L'unité remercie également l'équipe de transfert de connaissances pour son précieux soutien dans la création de figures et la validation du contenu des questionnaires.

## **DIVULGATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS**

Aucun conflit à signaler

## **FINANCEMENT**

Cette évaluation a été financée à même le budget de fonctionnement de l'UETMISSS.

## **RAPPORT PRÉLIMINAIRE**

Les résultats de cette évaluation ont été présentés à l'équipe demanderesse en mai 2025.





# RÉSUMÉ

**Contexte** – Souhaitant accroître la disponibilité et améliorer l'accès à des services spécialisés en santé mentale jeunesse (SMJ), la direction du programme jeunesse (DPJe) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) a élaboré un nouveau programme nommé *bref suivi intensif dans le milieu en santé mentale jeunesse spécialisée* (BSIM SMJ spécialisée). Ce programme pilote prévoit le déploiement d'une équipe d'intervention pour offrir temporairement une intensité de services interdisciplinaires à des familles et à leurs jeunes présentant une problématique de santé mentale dans leur milieu de vie. Il est offert principalement en prévention ou en transition des hospitalisations en pédopsychiatrie.

Pour le projet pilote, l'implantation du programme est prévue à partir de deux points de service, soit Sherbrooke et Granby.

**Objectif** – L'évaluation de l'implantation initiale de ce programme porte sur l'examen de la fidélité de l'implantation, des effets préliminaires et des facteurs d'influence. Elle vise à déterminer si le programme, tel qu'implanté, atteint ses cibles en termes de clientèle, d'adhésion, de prévention des hospitalisations et de soutien aux proches.

**Méthodologie** – L'évaluation repose sur des méthodes mixtes de collecte et d'analyse, examinant plus de 23 indicateurs couvrant l'accessibilité, l'adhésion et l'adoption, l'efficacité ainsi que la fidélité d'implantation du programme. Les facteurs d'influence liés à l'implantation et à la participation des jeunes et de leurs proches ont aussi été identifiés et analysés.

L'équipe du programme a compilé une liste de données clinico-administratives, élaborées en collaboration avec l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions, couvrant plus de 36 mesures différentes nécessaires à l'évaluation et au suivi de l'implantation.

Des questionnaires et des entretiens semi-dirigés ont aussi été utilisés pour recueillir l'expérience des parties prenantes ainsi que des données contextuelles complémentaires.

Au total, 14 entretiens semi-dirigés ont été réalisés, auprès de plus de 17 personnes : membres de l'équipe du programme (incluant la gestion), partenaires de soins et de services, parents ou autres personnes responsables des jeunes. Les questionnaires ont été remplis par 6 jeunes, 13 parents ou autres personnes responsables ainsi que 13 partenaires de soins et de services.

## Résultats

### IMPLANTATION

Dans l'ensemble, le programme a été implanté assez fidèlement à sa théorie. Les approches préconisées et les modalités d'intervention ont généralement été respectées par l'équipe, notamment avec l'implication des familles et les interventions écosystémiques. Les principales différences observées concernent la durée prévue du programme, le fonctionnement en dyade de l'équipe, l'interruption de l'implantation locale du programme à Granby pendant plus de sept mois, ainsi que l'interruption des services préalablement actifs au dossier lors de la prise en charge.

Les enjeux liés au personnel ont constitué le principal défi de l'implantation. La pénurie de main-d'œuvre, les difficultés d'attraction et de rétention du personnel expliquent notamment les bris de services observés de Granby. La capacité de l'équipe a été la principale raison des refus de demandes de référence.

Les bons coups de l'implantation ont été :

- La formation du personnel dès l'accueil, incluant un plan individuel de formation selon l'expérience et le parcours académique;
- L'encadrement et le soutien clinique mis en place;
- L'adhésion au programme, soutenue notamment par l'implication des familles.

### *ENJEU ÉTHIQUE*

Quelques préoccupations concernant l'accessibilité ont été relevées. La principale concerne certains critères d'exclusion du programme mis en place pour des raisons de sécurité et d'efficacité pendant l'implantation initiale du programme. Parmi ces critères figurent le refus de la médication prescrite par les pédopsychiatres, l'indisponibilité parentale et les barrières linguistiques. Ces critères sont perçus comme limitant l'accès au programme pour une partie de la clientèle particulièrement vulnérable.

Dans le contexte du projet pilote, l'établissement de critères d'inclusion et d'exclusion clairement circonscrits constitue une stratégie acceptable pour tester les composantes clés du programme et établir la preuve de concept. Ces préoccupations demeurent néanmoins légitimes et devront être prises en considération lors des prochaines phases de développement du programme.

### *RÉSULTATS DE L'IMPLANTATION*

Le programme a atteint ses objectifs en ce qui concerne le taux de complétion ciblé, la prévention de l'hospitalisation, le recours aux urgences pendant le programme ainsi que l'implication des proches. Quoique la cible de 70 jeunes et de leurs familles n'ait pas été atteinte au cours de la première année, des barrières contextuelles, dont certaines en dehors du contrôle du programme (difficultés de recrutement, absences pour maladie), expliquent en grande partie ce résultat. Les prévisions pour la prochaine année, au regard des données disponibles, suggèrent que le programme pourrait atteindre ou dépasser cette cible.

Les résultats suggèrent des bénéfices potentiels pour l'organisation, tant sur les plans économiques et sur l'efficacité des services. Le programme semble une alternative possible pour prévenir à court terme certaines hospitalisations et visites aux urgences, notamment en intervenant auprès du système familial. Il permet d'apaiser, d'améliorer le fonctionnement général des jeunes, de mieux comprendre l'origine de la problématique et de faciliter la communication au sein des familles. Il répond particulièrement bien aux besoins des parents, qui rapportent une amélioration de leur capacité à comprendre et à soutenir leurs jeunes. Les jeunes expriment toutefois l'impression que le programme bénéficie davantage à leurs proches que pour leur propre situation.

### *LIMITE DE L'ÉVALUATION*

Des données supplémentaires seront nécessaires pour évaluer l'implantation liée à la prévention des hospitalisations, notamment à partir des références provenant des services de première ligne, et pour mesurer les effets du programme.

**Conclusion** - Le programme a une évaluation globalement positive. Au total, plus de 200 personnes ont pu bénéficier, directement et indirectement, du soutien offert. Quelques pistes d'amélioration ont été identifiées pour optimiser les ressources et les impacts du programme.

**Recommandations** - Au total, six recommandations ont été émises avec l'objectif d'accroître l'accessibilité du programme auprès de la clientèle jeunesse et d'optimiser les ressources humaines déployées. Une septième recommandation vise à soutenir le suivi et la mesure des retombées du programme.

# SUMMARY (À VENIR)

Notice: The English translation of this summary was assisted by artificial intelligence using <https://www.deepl.com/en/translator>.

**Context** – In order to increase the availability and access to specialized youth mental health services, the youth program department (DPJe) of the CIUSSS de l’Estrie – CHUS has developed a new brief intensive community program in specialized youth mental health, known as *BSIM SMJ spécialisée*. This program deploys an intervention team to temporarily provide intensive interdisciplinary home-based services to families and their youth with mental health issues. It is offered mostly as an alternative to child psychiatry hospitalizations.

As a pilot project, the program was tested in two different settings, Sherbrooke and Granby.

**Objective** – The evaluation of the initial implementation of this program focuses on assessing the fidelity of implementation, preliminary effects, and influencing factors. It aims to determine whether the program as implemented is achieving its objectives in terms of clientele, adherence, hospitalization prevention, and support for family members.

**Methodology** – The evaluation protocol is based on mixed methods of data collection and analysis examining more than 23 indicators covering accessibility, adherence and adoption, effectiveness, and fidelity of program implementation. Factors influencing implementation and participation of young people and their families were also identified and analyzed.

The program team compiled a list of clinical and administrative data collaboratively developed with health technology assessment (HTA) unit covering more than 36 different indicators to monitor and to assess *BSIM SMJ spécialisée* implementation.

Questionnaires and semi-structured interviews were also used to gather the experiences of various stakeholders and additional contextual data.

A total of 14 semi-structured interviews were conducted with more than 17 people, including program team members (including management), care and service partners, parents, and other youth guardians. The questionnaires were completed by 6 teenagers, 13 parents or other guardians, and 13 care and service partners.

## Results –

### IMPLEMENTATION

Overall, the program was mostly implemented as originally intended. The team applied generally the recommended approaches and intervention methods, especially the family involvement and ecosystemic interventions. The main differences relate to the program’s target duration, the team pair working, the program local implementation interruption in Granby for more than seven months, and the previously active services’ interruption during the program.

Staffing issues were the main challenge in implementing the program. Labor shortages and difficulties in attracting and retaining staff mostly explain the program disruption in Granby. The team's capacity was the main reason for rejecting new patients and their families.

The successes of the implementation were:

- Staff training upon arrival (with an individual training plan based on experience and academic background);
- The supervision and clinical support put in place;
- Program adherence, supported in particular by the involvement of families.

### *ETHICAL ISSUES*

Some concerns regarding accessibility have been raised. The main concern relates to some exclusion criteria from the program that were put in place for safety and effectiveness reasons during the initial implementation of the program. These criteria include refusal of medication prescribed by child psychiatrists, parental unavailability, and language barriers. These criteria are perceived as limiting access to the program for a particularly vulnerable portion of the clientele.

For a pilot project, establishing very specific inclusion and exclusion criteria is a perfectly acceptable strategy for testing the program's key components and demonstrating proof of concept. These concerns about accessibility are nonetheless legitimate; it will be important to consider them during the next phases of program development.

### *IMPLEMENTATION RESULTS*

*BSIM SMJ spécialisée* achieved its program objectives regarding the involvement of young people's families, the target completion rate and, the prevention of hospitalization and emergency care during the program. Although 70 youth and their families were not reached as planned during the first year, contextual barriers largely explain this result, some of which were beyond the program's control (recruitment difficulties, absences due to illness). Based on the available data, projections suggest that the program will be able to meet or exceed this target next year.

The results of the implementation evaluation suggest potential benefits for the organization in terms of economics and service efficiency. The program appears to be a possible alternative for preventing certain hospitalizations and emergency unit visits in the short term, particularly by working with the family system. It helps to appease and improve the overall functioning of young people, better understand the root causes of the problem, and facilitate communication within families. It particularly meets the needs of parents, who report an improvement in their ability to understand and support their children. However, young people feel that the program provides more help to their loved ones than to themselves.

### *LIMITATIONS OF THE EVALUATION*

Additional data is needed to evaluate the program implementation in terms of preventing hospitalizations (especially based on references from frontline services) and to measure the program's effects.

## **Conclusions**

The program received an overall positive evaluation. In the end, more than 200 people benefited directly and indirectly from the program's support. A few areas for improvement have been identified to optimize the program's resources and impact.

## **Recommendations**

In total, six recommendations were included with the aim of increasing the program's accessibility to young people and optimizing the human resources deployed. A seventh recommendation was added to support the monitoring and measurement of the program's effect.

# TABLE DES MATIÈRES

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INTRODUCTION.....</b>                               | <b>1</b>  |
| 1.1 CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE.....                        | 1         |
| 1.1.1 Programme BSIM SMJ spécialisée .....                | 1         |
| 1.2 ENJEUX ET BESOINS DÉCISIONNELS .....                  | 2         |
| 1.3 QUESTION DÉCISIONNELLE .....                          | 3         |
| <b>2. MÉTHODOLOGIE.....</b>                               | <b>5</b>  |
| 2.1 QUESTIONS D'ÉVALUATION.....                           | 5         |
| Volet 1 - Implantation initiale du programme.....         | 5         |
| Volet 2- Barrières et leviers à l'implantation .....      | 5         |
| 2.2 MODÈLE LOGIQUE ET CADRE D'ANALYSE .....               | 6         |
| 2.3 ENJEUX D'ÉTHIQUE ET D'ÉQUITÉ .....                    | 7         |
| 2.4 DONNÉES CONTEXTUELLES ET EXPÉRIENTIELLES .....        | 7         |
| 2.4.1 Données clinico-administratives.....                | 7         |
| 2.4.2 Consultations.....                                  | 8         |
| 2.5 TRIANGULATION ET CONTEXTUALISATION .....              | 9         |
| 2.6 FORMULATION DES RECOMMANDATIONS .....                 | 9         |
| 2.7 VALIDATION .....                                      | 9         |
| <b>3. RÉSULTATS.....</b>                                  | <b>11</b> |
| 3.1 CONSULTATIONS ET DONNÉES CLINICO-ADMINISTRATIVES..... | 11        |
| 3.1.1 Équipe du programme .....                           | 11        |
| 3.1.2 Partenaires de soins et de services .....           | 12        |
| 3.1.3 Jeunes et familles .....                            | 12        |
| 3.2 IMPLANTATION DU PROGRAMME .....                       | 13        |
| 3.2.1 Calendrier du déploiement .....                     | 13        |
| 3.2.2 Fonctionnement du programme .....                   | 14        |
| 3.2.3 Facteurs organisationnels et contextuels.....       | 20        |
| 3.3 TRAITEMENT DES DEMANDES .....                         | 23        |
| 3.3.1 Réception et analyse des demandes .....             | 23        |
| 3.3.2 Demandes et inscriptions.....                       | 24        |
| 3.4 CLIENTÈLE .....                                       | 26        |
| 3.4.1 Profil de la clientèle rejointe .....               | 27        |
| 3.4.2 Participation du programme.....                     | 29        |
| 3.5 LIVRAISON DU PROGRAMME ET INTERVENTIONS .....         | 30        |
| 3.5.1 Durée et intensité des suivis .....                 | 32        |
| 3.5.2 Adhésion au programme .....                         | 33        |
| 3.5.3 Qualité des interventions .....                     | 36        |
| 3.5.4 Pertinence du programme.....                        | 37        |
| 3.6 EFFETS PRÉLIMINAIRES.....                             | 39        |

|  |           |
|--|-----------|
| 3.6.1 <i>Auprès de la clientèle</i> .....                        | 39        |
| 3.6.2 <i>Utilisation des services</i> .....                      | 43        |
| 3.6.3 <i>Coût moyen d'un suivi</i> .....                         | 43        |
| 3.7 ENJEUX ÉTHIQUES.....   | 44        |
| <b>4. DISCUSSION .....</b>                                       | <b>47</b> |
| 4.1 FIDÉLITÉ DE L'IMPLANTATION .....                             | 47        |
| 4.2 ADHÉSION AU PROGRAMME ET INTÉGRATION DANS LES PRATIQUES..... | 48        |
| 4.3 EFFICACITÉ.....  | 49        |
| 4.3 EFFETS PRÉLIMINAIRES.....                                    | 50        |
| LIMITE DE L'ÉVALUATION.....                                      | 50        |
| <b>5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>                    | <b>53</b> |
| <b>ANNEXES .....</b>   | <b>57</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>                                       | <b>81</b> |



## LISTE DES TABLEAUX

|  |    |
|--|----|
| Tableau I. Demandes de référence et inscriptions au programme BSIM SMJ spécialisée.....  | 25 |
| Tableau II. Justification des refus de la demande* ou de la réorientation par le programme.....  | 26 |
| Tableau III. Fréquence des différentes présentations cliniques dans les demandes et les suivis du programme.....                                   | 27 |
| Tableau IV. Conditions ou raisons d'attrition associées aux refus des services ou abandons par les jeunes et leurs familles .....                  | 29 |
| Tableau V. Répartition des tâches associées à un suivi au sein des dyades d'intervention BSIM SMJ spécialisée entre février 2024 et mars 2025..... | 31 |
| Tableau VI. Durée des suivis pendant la première année d'implantation du programme .....   | 32 |
| Tableau VII. Raisons de fermeture des suivis au cours de la première année d'implantation du programme .....                                       | 39 |

## LISTE DES FIGURES

|  |    |
|--|----|
| Figure 1. Phase du programme et modalité d'intervention (Crédit: Alex Paquette-Guay, courtière de connaissances).....  | 2  |
| Figure 2. Modèle logique simplifié des éléments évalués lors de l'implantation initiale du programme BSIM SMJ spécialisée.....   | 6  |
| Figure 3. Ligne de temps du déploiement du programme.....  | 14 |
| Figure 4. Leviers et freins à la collaboration selon les intervenantes BSIM SMJ spécialisée .....  | 19 |
| Figure 5. Leviers et défis du déploiement de l'équipe dans la livraison du programme .....   | 21 |
| Figure 6. Conditions gagnantes pour le recrutement et la rétention du personnel .....  | 21 |
| Figure 7. Épisode de services BSIM SMJ spécialisée.....  | 23 |
| Figure 8. Provenance des demandes de référence au programme BSIM SMJ spécialisée (n=66).....   | 28 |
| Figure 9. Contextes familiaux rencontrés dans les suivis complétés de BSIM SMJ spécialisée (n=31) ....   | 28 |
| Figure 10. Répartition moyenne selon le type d'intervention des activités réalisées dans le cadre d'un suivi par les intervenantes entre février 2024 et mars 2025 ..... | 31 |
| Figure 11. Adhésion des intervenantes aux éléments clés de la prise en charge dans leurs dossiers (Source : Questionnaire de clôture de dossier).....                    | 34 |
| Figure 12. Adhésion des intervenantes aux processus de clôture de dossier (Source : Questionnaire de clôture de dossier) .....   | 34 |
| Figure 13. Perception des jeunes sur la pertinence des différents éléments du programme en réponse à leurs besoins.....  | 35 |
| Figure 14. Adhésion des parents au programme .....   | 35 |
| Figure 15. Expérience des jeunes dans le programme .....   | 36 |
| Figure 16. Expériences des parents ou des responsables des jeunes .....  | 37 |
| Figure 17. Recommanderiez-vous le programme à des jeunes ou des familles dans une situation similaire à la vôtre?.....   | 37 |
| Figure 18. Adéquation à la réponse aux besoins par le programme du point de vue des partenaires de soins et de services .....  | 38 |
| Figure 19. Perception des jeunes de la contribution du programme des jeunes à leur situation .....   | 41 |
| Figure 20. Observations des parents et des responsables légaux des effets du programme .....   | 41 |

|  |    |
|--|----|
| Figure 21. Effets du programme observés par les intervenantes sur le fonctionnement des jeunes ..... | 42 |
| Figure 22. Effets du programme observés par les intervenantes sur l'environnement des jeunes .....   | 42 |

## LISTE DES ANNEXES

|  |    |
|--|----|
| Annexe I. Questionnaires.....  | 57 |
| Annexe II. Guides d'entretien .....  | 69 |
| Annexe III. Critères du programme BSIM SMJ spécialisée (sept. 2024).....                       | 75 |
| Annexe IV. Estimation du coût moyen d'un suivi .....   | 77 |
| Annexe V. Indicateurs de performance potentiels pour le suivi et la mesure d'un programme..... | 79 |

# ABRÉVIATIONS

| ABRÉVIATION                 | Définition   |
|-----------------------------|--|
| <b>BSIM SMJ spécialisée</b> | Bref suivi intensif dans le milieu en santé mentale jeunesse spécialisée                     |
| <b>CHUS</b>                 | Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke   |
| <b>CIUSSS–</b>              | Centre intégré universitaire en santé et en services sociaux de l’Estrie                     |
| <b>DPJe</b>                 | Direction du programme jeunesse  |
| <b>DPJ</b>                  | Direction de la protection de la jeunesse  |
| <b>ETMI</b>                 | Évaluation des technologies et des modes d’intervention                                      |
| <b>MASMJ</b>                | Mécanisme d’accès régional en santé mentale jeunesse   |
| <b>N ou n</b>               | Nombre   |
| <b>PI ou PII</b>            | Plan d’intervention individualisé  |
| <b>RLS</b>                  | Réseau local de services   |
| <b>SAC</b>                  | Spécialiste en activités cliniques   |
| <b>SMJ</b>                  | Santé mentale jeunesse   |
| <b>TES</b>                  | Technicienne ou technicien en éducation spécialisée  |
| <b>TS</b>                   | Travailleuse ou travailleur social   |
| <b>UETMISSS</b>             | Unité d’évaluation des technologies et des modes d’intervention en santé et services sociaux |



# AVANT-PROPOS

## Allier nos forces et nos savoirs pour les jeunes et leurs familles

La concrétisation du nouveau programme *Bref suivi intensif dans le milieu en santé mentale jeunesse spécialisée* (BSIM SMJ spécialisée) est le résultat d'une collaboration entre un organisme sans but lucratif, des équipes cliniques et de soutien. L'initiative déploie une équipe mobile d'intervention brève et intensive à domicile ou à l'école auprès des jeunes ayant des problématiques de santé mentale. Considérant l'importance des différents systèmes dans la vie des jeunes, l'équipe apporte un soutien personnalisé aux familles et collabore, entre autres, avec le milieu scolaire.

L'implantation initiale du programme a été possible grâce au financement des ressources humaines par *Enfant Soleil*, une première pour l'organisme. Ce soutien reconnaît le rôle crucial des intervenantes et intervenants dans l'amélioration et la qualité des services de santé mentale.

D'autre part, ce projet concret est un exemple inspirant, qui allie les forces et les savoirs complémentaires du personnel, dans la recherche et la mise en place de solutions innovantes en réponse aux besoins de la population locale et de l'organisation.

De plus, il illustre parfaitement le changement de culture visant à favoriser le chez-soi comme étant le milieu le plus adapté au mieux-être, et ce, en rapprochant les services du milieu de vie des jeunes et des familles.

C'est dans ce contexte que la mission universitaire été mise à profit en soutenant l'évaluation du programme pour en mesurer les retombées, tirer des leçons de l'implantation et des pistes d'amélioration nécessaires à la pérennisation du projet. Les nombreuses consultations de l'équipe du programme, des partenaires, des jeunes et des familles ont permis de proposer des recommandations visant principalement à accroître l'accès au BSIM SMJ spécialisée.

**Stéphanie McMahon**

Directrice

Direction de la coordination de la mission universitaire

CIUSSS de l'Estrie – CHUS



# 1. INTRODUCTION

## 1.1 CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

---

Après le dépôt de l'avis d'évaluation *Optimisation de l'offre de service des traitements intensifs en santé mentale pour les jeunes de 13 à 17 ans en situation de crise psychopathologique* (1), un nouveau programme a été élaboré et déployé par la direction du programme jeunesse (DPJe).

L'initiative cherche notamment à :

- Accroître l'accès à des services en pré et post-hospitalisation pour la clientèle jeunesse;
- Maintenir sécuritairement, lorsqu'approprié, les jeunes dans leur milieu de vie;
- Réduire le nombre et la durée des hospitalisations « évitables ».

Ce programme entièrement développé sur mesure, adapté au contexte et aux besoins de la clientèle jeunesse desservie par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, est intitulé *bref suivi intensif dans le milieu de vie en santé mentale jeunesse spécialisée* (BSIM SMJ spécialisée). À l'interne, il est davantage connu sous le nom *SIM pédopsychiatrie*<sup>1</sup>.

Au cours de l'année 2024, son déploiement a fait l'objet d'un projet pilote dans les territoires avoisinant les villes de Sherbrooke et de Granby.

Dans ce contexte, l'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux a été mandatée d'évaluer l'implantation initiale du programme. Les objectifs de cette évaluation sont :

- De porter un regard sur la fidélité de l'implantation et les facteurs qui l'ont influencée;
- D'en dégager des apprentissages et des pistes d'amélioration pour optimiser le programme ou le déployer à d'autres réseaux locaux de services (RLS).

### 1.1.1 Programme *BSIM SMJ spécialisée*

Le programme déploie une équipe d'intervention brève et intensive, spécialisée en santé mentale jeunesse offrant temporairement une intensité de services interdisciplinaires à des jeunes de 5 à 17 ans et leurs entourages<sup>2</sup> dans leur milieu de vie. Plus spécifiquement, BSIM SMJ spécialisée s'adresse à une clientèle jeunesse présentant une comorbidité en crise psychopathologique ou une problématique de santé mentale avec ou sans risque suicidaire modéré à élevé requérant une intensité de service pour éviter une hospitalisation.

---

<sup>1</sup> Dans ce document, l'expression *l'équipe BSIM* sera employée pour se référer à l'équipe du programme *BSIM SMJ spécialisée*.

<sup>2</sup> Réfèrent aux parents, aux tuteurs légaux ou toute autre personne prenant soin de l'enfant (ex. famille d'accueil).

Pour accéder au programme, la famille et leur jeune consultent leur équipe d'intervention habituelle ou médicale pour des soins et des services. Si la situation requiert une intensification des services en prévention d'une hospitalisation ou une prise en charge post-hospitalisation, une demande de référence est envoyée à l'équipe BSIM SMJ spécialisée. Cette dernière sera mobilisée temporairement dans le milieu de vie s'ajoutant ainsi aux suivis actifs déjà en place par une action complémentaire et arrimée des différentes équipes.

Le programme a été développé en se basant sur trois approches : systémique, cognitivo-comportementale et intervention de crise. Les jeunes et leurs systèmes familiaux sont accompagnés dans la mise en place de stratégies visant la diminution des symptômes associés à la problématique de santé mentale. Les objectifs d'intervention sont de leur permettre de retrouver un fonctionnement minimal et soutenir leur autonomie à gérer la problématique de santé mentale. En plus de la résolution de la crise, le déploiement de BSIM SMJ spécialisée vise à réduire la fréquence et la durée des passages aux urgences et des hospitalisations, lorsqu'appropriées.

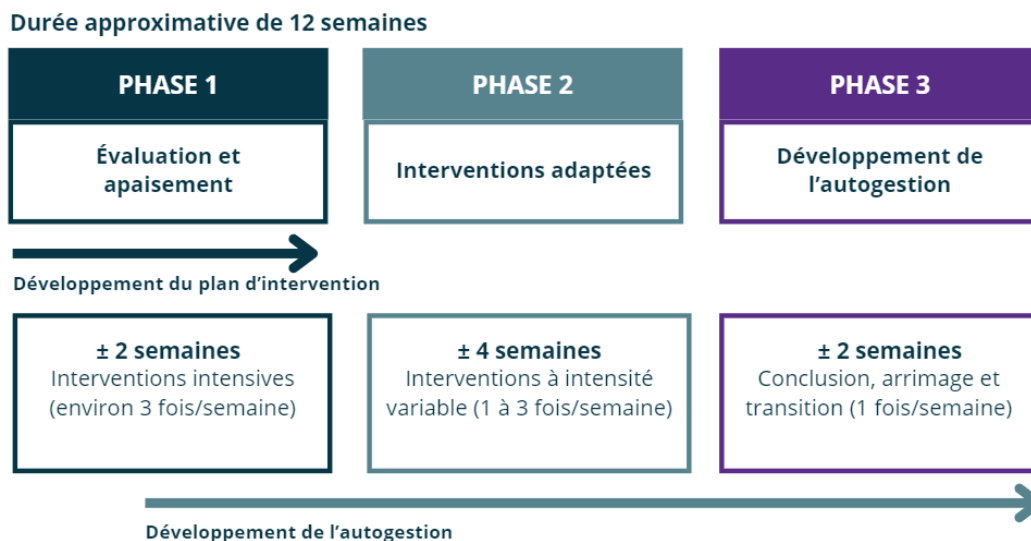


Figure 1. Phase du programme et modalité d'intervention (Crédit: Alex Paquette-Guay, courtière de connaissances)

Pour plus de détails, le document *Bref suivi intensif dans le milieu en santé mentale jeunesse spécialisée (BSIM SMJ spécialisée) : Description du programme*, peut être consulté (2).

## 1.2 ENJEUX ET BESOINS DÉCISIONNELS

Le programme BSIM SMJ spécialisée fait l'objet d'un projet pilote financé par Enfant Soleil avec possibilité d'une prolongation. Afin de soutenir la prise de décision et l'avenir du programme, il est primordial d'évaluer l'implantation du programme, l'atteinte des objectifs ciblés, les conditions gagnantes et les pistes d'amélioration.



#### OBJECTIFS DU PROGRAMME POUR LA PREMIÈRE ANNÉE :

- ☑ 70 jeunes sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS pris en charge annuellement par l'une des équipes d'intervention brève dans le milieu après un congé de l'unité des adolescentes et adolescents ou en cas de besoin d'intensification des services en prévention d'une hospitalisation.
- ☑ Au moins 75 % des jeunes prises ou pris en charge complètent le programme soit par l'atteinte des objectifs du plan d'intervention individualisé, l'atteinte de la durée maximale du programme ou le transfert vers un autre programme.
- ☑ 80% de jeunes prises ou pris en charge n'ont pas eu recours à l'hospitalisation (nouvelle admission ou réadmission) ou aux urgences durant le programme.
- ☑ Au moins 80 % des personnes vivant avec les jeunes (ex. figures parentales) se sont senties mobilisées, impliquées au cours du programme et outillées au terme du programme grâce aux interventions et à l'accompagnement offerts par l'équipe.

[Tiré de la description de programme(1)]

Parmi les enjeux initialement identifiés, il y a les enjeux organisationnels liés à la fluidité et continuité des services, à la collaboration ou la co-intervention efficace en temps opportun et dans les délais prescrits par le programme. Il y a aussi la définition de l'offre de service, la gestion des attentes des autres services et des familles. D'ailleurs, la DPJe prévoit rédiger une offre de service pour faciliter la diffusion et le partage du programme en se basant sur les constats et les recommandations de ce rapport.

### 1.3 QUESTION DÉCISIONNELLE

---

Dans quelle mesure le programme *BSIM SMJ spécialisée*, tel qu'il est implanté, répond-il aux besoins des jeunes lors d'une crise avec exacerbation des symptômes d'une psychopathologie et de leurs responsables légaux dans leur milieu de vie, tout en contribuant à une utilisation efficiente des services spécialisés en santé mentale jeunesse ?



## 2. MÉTHODOLOGIE

Une évaluation formative de l'implantation initiale du programme a été réalisée telle que décrite dans la note de cadrage et le plan de réalisation (3).

### 2.1 QUESTIONS D'ÉVALUATION

---

#### Volet 1 - Implantation initiale du programme

Pour ce volet, il s'agit de décrire et de mesurer l'implantation en appréciant notamment les écarts observés par rapport à la vision initiale du programme.

##### Dimension recrutement

1. Est-ce que le programme rejoint la clientèle cible prévue ?

##### Dimension adoption du programme

2. La clientèle cible et les partenaires clés sont-ils réceptifs au programme ?
3. Dans quelle mesure le programme a-t-il été adopté après sa diffusion et son déploiement ?

##### Dimension efficacité

4. Les objectifs du programme et de l'intervention pour la première année sont-ils atteints ?
5. Quels sont les effets préliminaires positifs et négatifs observés sur le fonctionnement des jeunes et de leurs responsables légaux, la qualité de vie pendant le programme et l'organisation (par exemple, recours à l'hospitalisation ou visites aux urgences, estimation des coûts du programme, type de coûts et de bénéfices pour les familles) ?

##### Dimension fidélité de l'implantation

6. Dans quelle mesure le programme, tel qu'implanté, diffère-t-il de sa description ? Quelles sont les raisons expliquant ces différences ?

#### Volet 2- Barrières et leviers à l'implantation

Il s'agit d'identifier et d'examiner les facteurs qui ont influencé l'implantation du programme.

##### Dimension organisationnelle et contextuelle

7. Quels sont les facteurs organisationnels et contextuels qui ont nui ou facilité l'élaboration et l'implantation du programme dans les RLS de Sherbrooke et de la Haute-Yamaska ?

Pour cette question, une attention particulière sera accordée aux attributs du programme ainsi qu'aux processus de livraison et de diffusion (communication).

## 2.2 MODÈLE LOGIQUE ET CADRE D'ANALYSE

Une matrice d'évaluation a été utilisée pour planifier l'évaluation de l'implantation initiale du programme. Elle est disponible en annexe de la note de cadrage et du plan d'évaluation (3). Cette matrice a été développée en se basant sur les modèles et les cadres conceptuels d'implantation *Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance* (RE-AIM) (4) et *Ottawa model of Research Use* (OMRU) (5). La figure 2 présente un résumé simplifié des composantes évaluées pour l'implantation du programme.

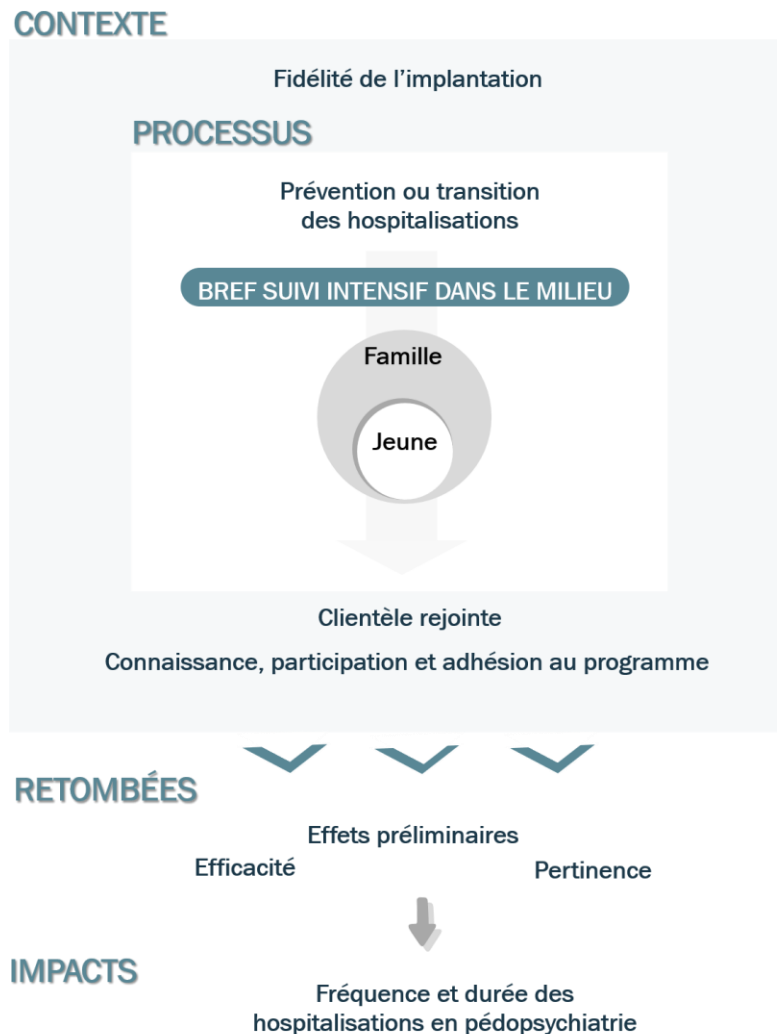


Figure 2. Modèle logique simplifié des éléments évalués lors de l'implantation initiale du programme BSIM SMJ spécialisée

En plus de ces éléments, l'évaluation était mandatée d'identifier les facteurs d'influence de l'implantation, mais aussi, de la participation des jeunes et des familles. Deux guides québécois ont été utilisés comme cadres de références, soit le *guide pour accompagner l'implantation de pratiques prometteuses dans un établissement* sous la direction de Julie Lane(6) et le *guide pour structurer la planification et l'évaluation de vos stratégies de mobilisation des connaissances* de l'équipe RENARD (7).

## 2.3 ENJEUX D'ÉTHIQUE ET D'ÉQUITÉ

---

Tout au long de la réalisation de l'évaluation, les quatre principes fondamentaux de la bioéthique, c'est-à-dire l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice guident la collecte et l'analyse des données (8). Une attention particulière a été portée à l'identification et l'examen des facteurs d'influence, soit les barrières et les leviers, de la participation et des retombées liées au programme.

Les considérations éthiques ont, par conséquent, été appliquées en tenant compte des perspectives, des valeurs et des préférences des différentes parties prenantes, notamment celles des jeunes et de leurs responsables légaux. Une attention particulière sera portée lors de l'analyse.

## 2.4 DONNÉES CONTEXTUELLES ET EXPÉRIENTIELLES

---

Des méthodes mixtes ont été privilégiées afin de recueillir simultanément les données quantitatives et les qualitatives nécessaires à l'examen du contexte et des perspectives des principales parties prenantes.

Les questionnaires et les guides d'entretien utilisés pour la collecte de données sont disponibles aux annexes I et II.

### 2.4.1 Données clinico-administratives

Les membres de l'équipe BSIM SMJ spécialisée ont collecté, dans un fichier commun, les données clinico-administratives nécessaires à l'évaluation et le suivi du programme. L'équipe a notamment collecté les informations relatives aux caractéristiques du dossier, au contexte de la demande et du suivi réalisé. Les données concernant l'utilisation des services spécialisés durant le programme, telles que les visites aux urgences et les admissions à l'unité de pédopsychiatrie, ont été comptabilisées.

Chaque intervenante a compilé indépendamment les personnes rencontrées, la nature et la durée de l'ensemble des interventions réalisée pour leur suivi chaque semaine.

Les données individuelles de chaque intervenante ont été extraites le 17 mars 2025 alors que les données de suivi des demandes et des dossiers du programme l'ont été en date du 19 mars 2025. Quelques données manquantes de la compilation ont été récoltées la semaine du 31 mars 2025.

Des données complémentaires sur la fidélité de l'implantation et les effets observés du programme ont été collectées par un questionnaire à la clôture de chaque dossier entre octobre 2024 et mars 2025. Une collecte rétroactive a été effectuée pour les dossiers clos entre mars 2024 et septembre 2024.

Une estimation des coûts moyens d'un suivi a été calculée à partir des données financières de l'établissement et des valeurs moyennes de performance des suivis réalisés. Cette estimation a servi à comparer l'impact budgétaire d'un suivi comparativement à une hospitalisation en pédopsychiatrie.

## 2.4.2 Consultations

Une combinaison de questionnaires et d'entretiens auprès des parties prenantes clés a été utilisée pour compléter les données contextuelles et collecter les données expérientielles en lien avec l'efficacité, la pertinence et la livraison du programme.

Les données quantitatives ont été compilées et analysées aux moyens de statistiques simples (moyenne, pourcentage, proportion).

Une méthode d'échantillonnage par convenance a été utilisée pour le recrutement des parties prenantes. Pour les différents moyens employés, les objectifs, la collecte et l'analyse prévus étaient clairement expliqués afin d'obtenir un consentement libre et éclairé. La participation était toujours anonyme et sur une base volontaire. Les informations personnelles ou identifiantes ont été retirées des documents, compilées et rapportées de manière à protéger l'identité des personnes consultées ou leur réidentification.

Le recrutement pour les entretiens semi-dirigés s'est poursuivi jusqu'à la saturation des données auprès des différentes parties prenantes. De plus, les entretiens réalisés en mode virtuel par la responsable de l'évaluation (MPB) ont été enregistrés, lorsqu'autorisés par la personne interrogée, avant d'être transcrits et encodés pour une analyse thématique. Un pilote a été réalisé par deux membres des équipes de mobilisation des connaissances de la DCMU (MPB, EB) pour tester et bonifier les codes. Par la suite, le codage de l'ensemble des transcriptions a été réalisé par une personne (AB ou EB) et validé par la responsable de l'évaluation (MPB) avant d'être extrait. Les entretiens non enregistrés ont fait l'objet d'un compte-rendu dont le contenu a été validé auprès de la personne interrogée avant d'être intégré à l'analyse thématique.

### 2.4.2.1 ÉQUIPE BSIM SMJ SPÉCIALISÉE

Des entretiens individuels semi-dirigés d'une durée de 30 à 60 minutes avec les membres de l'équipe de Sherbrooke et de Granby ont été tenus entre décembre 2024 et mars 2025. La gestionnaire, la spécialiste en activité clinique et les intervenantes, en poste ou ayant quitté leurs fonctions au sein du programme, ont été interrogées à partir des guides d'entretien spécifiques.

### 2.4.2.1 PARTENAIRES DE SOINS ET DE SERVICES

Au cours de la première année du pilote, l'équipe BSIM SMJ spécialisée a collaboré avec plus d'une cinquantaine de partenaires. L'équipe a fourni une liste de ces personnes (nom, titre d'emploi et coordonnées), tous milieux confondus. Un questionnaire leur a été envoyé en février 2025 par courriel par la responsable de l'évaluation.

Un entretien de groupe de soixante minutes a été réalisé en mars 2025 avec trois pédopsychiatres pour discuter des critères d'admissibilité du programme et de leurs expériences avec le programme.

### 2.4.2.1 JEUNES ET FAMILLES

Avec une autorisation de communication préalablement obtenue par les intervenantes, des questionnaires sur l'expérience des jeunes et des familles ont été envoyés par un courriel ou un message texte à la clôture du dossier. La complétion du questionnaire a été réalisée anonymement sur une base volontaire.

Le recrutement de parents ou d'autres responsables pour des entretiens semi-dirigés a été réalisé au sein du bassin de répondantes et de répondants au questionnaire ayant fourni leurs autorisations et leurs coordonnées. Les entretiens ont porté sur les facteurs influençant la participation des jeunes et des familles au programme.

## 2.5 TRIANGULATION ET CONTEXTUALISATION

---

L'ensemble des données des différentes sources, tous types confondus, ont été triangulées en utilisant une approche d'analyse thématique. Pour ce faire, une synthèse des données de chaque thème a été réalisée de manière à faire ressortir les facteurs d'influence de l'implantation.

Ces facteurs ont, par la suite, été mis en commun pour comprendre l'implantation réalisée.

## 2.6 FORMULATION DES RECOMMANDATIONS

---

Une matrice force, faiblesse, opportunité et menace (FFOM) a été utilisée afin d'émettre des constats ou des hypothèses à partir des facteurs d'influence de l'implantation identifiés par la triangulation des données et des sources.

Les constats préliminaires et les pistes de recommandations ont été présentés à l'équipe du programme pour clarifier certains résultats et valider l'acceptabilité ou la pertinence des recommandations. Les échanges ont permis d'élaborer les recommandations préliminaires.

Plusieurs consultations individuelles ont eu lieu pour valider et bonifier les recommandations par la suite, notamment auprès du personnel et des gestionnaires de la DPJe.

## 2.7 VALIDATION

---

La validation interne des résultats a été soutenue par des échanges avec les parties prenantes de la DPJe lors :

- D'une présentation des constats et des recommandations préliminaires à l'équipe demanderesse;
- De statutaires avec les gestionnaires du programme, soit la cheffe de service ou le coordonnateur de la réadaptation externe;
- Des discussions avec d'autres membres du personnel ou de la gestion à la DPJe impliqués ou touchés par le déploiement du programme.

Une validation externe des recommandations a été réalisée auprès des membres du comité aviseur en santé mentale de la DPSMD. Cette étape a permis d'intégrer le point de vue, dans les recommandations finales, d'une usagère collaboratrice et de la directrice de l'organisme communautaire alternatif en santé mentale de la région. Ces personnes ont apporté des explications et des suggestions complémentaires pour bonifier la réponse aux besoins de la clientèle.

Une relecture du rapport a été réalisée par deux représentantes de Santé Québec, Marie-Josée Boutot et Moana Desbiens, toutes deux conseillères en santé mentale respectivement pour les volets jeunes et alternatives à l'hospitalisation en santé mentale. En se basant sur leurs visions transversales des services en santé mentale au Québec, les objectifs de cette relecture étaient de :

- Vérifier la pertinence et la cohérence des analyses et des recommandations;
- Proposer des pistes d'amélioration pour le rapport, s'il y a lieu.



## 3. RÉSULTATS

La section 3.1 présente les résultats des consultations, soit le nombre d'entretiens ou de réponses aux questionnaires ainsi que le profil des dossiers, des répondantes et répondants. L'implantation réalisée et ses résultats sont respectivement présentés par thématique aux sections 3.2 et 3.3.

### 3.1 CONSULTATIONS ET DONNÉES CLINICO-ADMINISTRATIVES

---

#### 3.1.1 Équipe du programme

##### 3.1.1.1 ENTRETIENS AUPRÈS DE L'ÉQUIPE

Au total, neuf entretiens individuels semi-dirigés de 30 à 60 minutes ont eu lieu auprès des membres de l'équipe entre décembre 2024 et mars 2025.

Les personnes rencontrées sont la cheffe de service de la pédopsychiatrie de l'Hôpital Fleurimont, la spécialiste en activités cliniques et sept intervenantes du programme.

Parmi les intervenantes rencontrées, il y avait une psychoéducatrice, deux travailleuses sociales et quatre éducatrices en éducation spécialisée. Quatre d'entre elles desservent les RLS de Sherbrooke et les environs avec l'équipe de Sherbrooke. Les trois autres desservent les RLS de la Pommeraie et de la Haute-Yamaska avec l'équipe de Granby. Une personne parmi elles a été rencontrée après avoir quitté ses fonctions au sein de l'équipe.

##### 3.1.1.2 QUESTIONNAIRE DE CLÔTURE DES SUIVIS BSIM SMJ SPÉCIALISÉE

Les professionnelles de l'équipe, soit la psychoéducatrice ou les travailleuses sociales, ont rempli le questionnaire de clôture du suivi BSIM SMJ spécialisée pour 31 dossiers à la fermeture des dossiers entre septembre 2024 et mars 2025. Le questionnaire a été rempli rétrospectivement pour 12 suivis fermés (39%) avant septembre 2024.

Aucun questionnaire n'a été rempli pour les dossiers refusés après l'évaluation initiale à domicile ou pour les dossiers pris en charge par l'équipe de Granby au printemps 2024.

##### 3.1.1.3 DONNÉES CLINICO-ADMINISTRATIVES

Les données individuelles de chaque intervenante ont été extraites le 17 mars 2025 alors que les données de suivi des demandes et des dossiers du programme l'ont été en date du 19 mars 2025. Quelques données manquantes de la compilation ont été récoltées la semaine du 31 mars 2025.

### 3.1.2 Partenaires de soins et de services

Treize personnes, soit près de 25 % du nombre sollicité, ont répondu au questionnaire sur l'expérience des partenaires de soins et de services. De ce nombre, uniquement 10 personnes (77 %) ont complété l'ensemble des questions.

Parmi les répondantes et répondants, 85 % travaillent dans les environs de Sherbrooke et 15% en Haute-Yamaska. Ces personnes travaillent en milieu scolaire (46%), communautaire (16%) ou en santé et services sociaux (38%). Plus du deux tiers sont des techniciennes, techniciens, professionnelles ou professionnels en services sociaux. Pour le reste, 15% sont des médecins spécialistes et 16% des membres du personnel enseignant.

Ces personnes ont collaboré avec l'équipe BSIM SMJ spécialisée dans le cadre d'arrimages des soins et des services (70%), des échanges de renseignement pour la prise en charge par l'équipe (40 %), des discussions concernant la demande de référence au programme (30 %) ou le transfert de dossier (10%).

### 3.1.3 Jeunes et familles

#### 3.1.3.1 QUESTIONNAIRE EXPÉRIENCE DES JEUNES

Au total, six jeunes entre 14 et 17 ans habitant Sherbrooke ou le Haut Saint-François ont répondu au questionnaire, ce qui représente un taux de réponse de 15%. Pour l'ensemble de ces jeunes, le programme BSIM SMJ spécialisée a été complété. Parmi ces personnes, 66% affirment avoir atteint la limite de 12 semaines du programme et 33 % les objectifs de leur plan d'intervention.

Ces jeunes vivent avec leurs deux parents (50%), en garde partagée (33%), avec des membres de leur famille, une tutrice ou un tuteur (17%).

Au cours des 12 derniers mois, ces personnes ont toutes eu un suivi en clinique externe de pédopsychiatrie. Au cours de la même période, 67 % ont été hospitalisées à l'unité de pédopsychiatrie et 83% ont visité les urgences pour des raisons de santé mentale. La moitié d'entre elles affirment avoir eu des suivis en CLSC et 17 % ont consulté au privé.

Ces jeunes ont commencé le programme BSIM SMJ spécialisée après une hospitalisation en pédopsychiatrie (50%), une évaluation aux urgences (17%) ou à la suggestion de leur pédopsychiatre (33%).

#### 3.1.3.2 QUESTIONNAIRE EXPÉRIENCES DES FAMILLES

Treize personnes ont répondu au questionnaire de l'expérience des familles, ce qui représente un taux de réponse d'approximativement 30 %<sup>3</sup>. De ce nombre, le taux d'achèvement du questionnaire est de 92%. Les répondantes et répondants habitent majoritairement Sherbrooke et les environs (n=12, 92%). Une personne réside en Haute-Yamaska.

---

<sup>3</sup> Estimation réalisée à partir du nombre de dossiers terminés, en considérant qu'un dossier correspond à une famille.

Dans l'ensemble, le contexte familial des jeunes participant au programme correspond à une famille recomposée (46%), monoparentale (31%) ou nucléaire, soit un couple vivant avec ses enfants (31%). Deux personnes ont identifié deux contextes différents. Ainsi, une ou un jeune évolue avec un parent monoparental et l'autre ayant une famille recomposée. Une autre personne s'identifiant comme une famille recomposée précise qu'il s'agit d'une situation où l'enfant vit avec ses grands-parents.

Une forte majorité des familles ont une fratrie (85%) composée de 2,4 enfants en moyenne. Les jeunes participant au programme ont entre 14 et 17 ans inclusivement (85%) et ont, en grande partie, complété le programme (atteinte des 12 semaines, 92%). La prise en charge par l'équipe BSIM SMJ spécialisée a été réalisée à la suite d'une hospitalisation en pédopsychiatrie (54%), à la suggestion de pédopsychiatre (23%), d'une évaluation aux urgences (15%), à la suggestion d'une intervenante ou d'un intervenant (8%).

La majorité des familles déclarent que leur jeune, au cours des 12 derniers mois, a eu un suivi en clinique externe de pédopsychiatrie (92%), a été admise ou admis à l'unité de pédopsychiatrie (85%) ou a visité les urgences pour des raisons de santé mentale (85%). Environ 40% ont eu suivi professionnel en CLSC ou en clinique privée.

### 3.1.3.3 ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS AVEC LES FAMILLES

Trois entretiens semi-dirigés, entre 15 et 30 minutes, ont été réalisés auprès d'un couple et deux parents. Parmi les personnes rencontrées, toutes étaient des membres de la famille des jeunes. Trois d'entre elles étaient des femmes dont deux étaient les mères de l'enfant suivi par le programme.

## 3.2 IMPLANTATION DU PROGRAMME

---

Cette section présente les grands jalons du déploiement, le fonctionnement de l'équipe et les processus clés caractérisant la livraison du programme ainsi que les facteurs ayant influencé son implantation.

### 3.2.1 Calendrier du déploiement

Telle qu'illustrée à la figure 3, l'élaboration du programme a débuté avec l'entrée en fonction du personnel en janvier 2024. Le programme a officiellement démarré ses activités en mars. Initialement, le projet pilote prévoyait l'implantation simultanée de l'équipe BSIM SMJ spécialisée à partir de deux points de service différents à l'hiver 2024. Une psychoéducatrice, une travailleuse sociale (TS) et deux techniciennes en éducation spécialisée (TES) sont entrées en fonction en janvier 2024 pour prendre en charge la clientèle de la RLS de Sherbrooke et des environs. Quant à l'équipe de Granby desservant les RLS de la Haute-Yamaska et de la Pommeraie, uniquement le poste de TES a été rapidement pourvu. Dans un premier temps, la TES en poste a été rapatriée temporairement à Sherbrooke pour se former aux interventions sur l'unité des adolescents en pédopsychiatrie. Par la suite, un membre de l'équipe de Sherbrooke a été temporairement mobilisé à Granby jusqu'à l'embauche d'une psychoéducatrice au printemps 2024. Les départs successifs des membres de l'équipe de Granby couplés aux enjeux d'attraction pour la dotation du personnel ont suspendu l'implantation locale du programme entre juin et décembre 2024. Le programme y a été relancé en janvier 2025 avec une nouvelle équipe composée d'une TS et d'une TES.

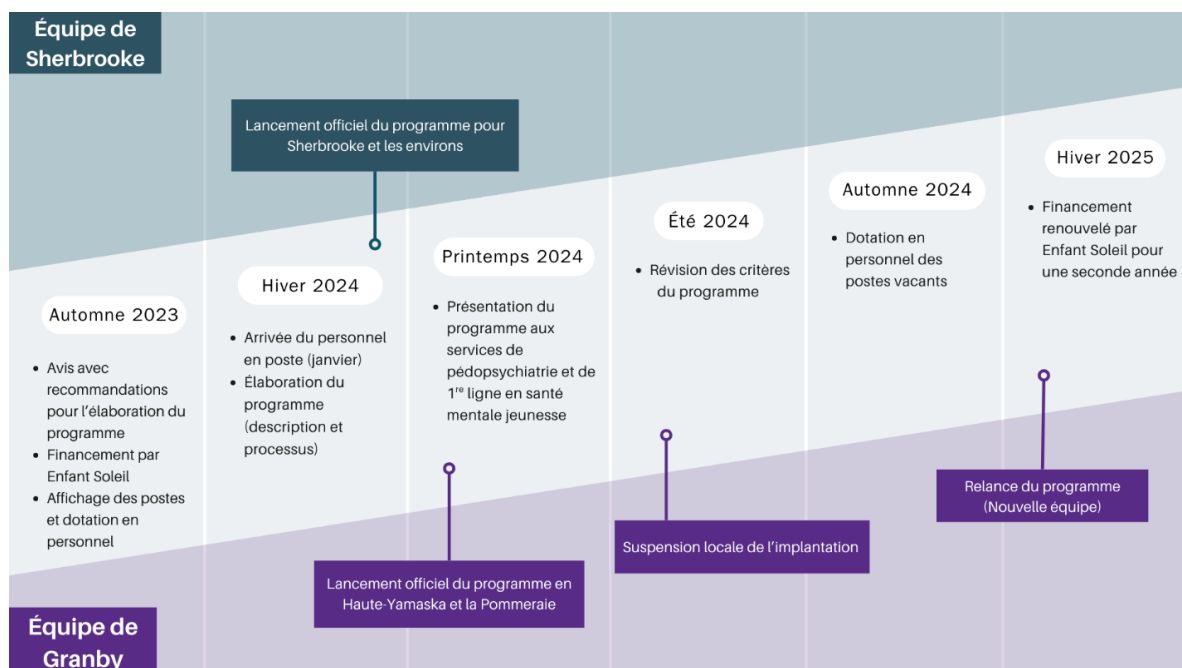


Figure 3. Ligne de temps du déploiement du programme

Parallèlement à l'implantation de l'équipe, le déploiement progressif de l'offre de service BSIM SMJ spécialisée prévue commençait par l'ouverture aux demandes de référence en post-hospitalisation, puis se poursuivait avec les cliniques externes de la pédopsychiatrie, les urgences et, finalement, le mécanisme d'accès en santé mentale jeunesse (MASMJ). Toutefois, le lancement officiel du programme en mars 2024 a corrélé avec un faible achalandage à l'unité des adolescents à l'Hôpital Fleurimont. Par conséquent, le calendrier d'implantation a été accéléré pour les cliniques externes et les urgences, avec une ouverture respective en mars et juin 2024. L'ouverture au MASMJ a eu lieu plus tardivement en enregistrant une première demande en novembre 2024.

Des séances d'informations avec une présentation ont été organisées pour le lancement du programme auprès des équipes de la pédopsychiatrie de Sherbrooke et de Granby et des équipes de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale jeunesse au printemps 2024. Ces séances ont présenté une première version des critères du programme. À la fin de l'été 2024, une révision des critères a été réalisée et communiquée par courriel aux différents services du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

### 3.2.2 Fonctionnement du programme

L'évaluation de cet aspect s'est concentrée sur les approches clés du programme : l'accueil, la formation, l'encadrement et la supervision clinique de l'équipe, le travail interdisciplinaire ainsi que la collaboration avec les partenaires de soins.

Dans cette sous-section, chaque processus a été évalué pour sa qualité perçue par les parties prenantes et la fidélité de son implantation. Les données qualitatives proviennent majoritairement des entretiens avec les parties prenantes alors que les données quantitatives, lorsqu'il y en a, proviennent des questionnaires.

### 3.2.2.1 ACCUEIL ET FORMATION DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE

Considérant que le système actuel de dotation en personnel, les membres de l'équipe proviennent de milieux et de profession variés. Leur accueil consiste, d'abord, à une mise à niveau des connaissances spécifiques à la pédopsychiatrie et aux approches privilégiées par l'équipe. À leur arrivée, un plan individuel de formation est préparé en fonction de l'expérience et du parcours académique de chaque personne. Contraint par la disponibilité et l'accès limités de certaines formations, la SAC ou une intervenante ayant reçu la formation ont parfois assuré le partage des connaissances clés au sein de l'équipe. Considérant que certaines formations durent plusieurs jours, l'intégration de ses activités de transfert à l'horaire représentait un défi.

D'un autre côté, les premières intervenantes recrutées ont pu se familiariser avec le contexte d'intervention sur l'unité des adolescents en pédopsychiatrie de l'Hôpital Fleurimont. Après le lancement officiel du programme, la familiarisation se reposait davantage sur l'alternance des formations, l'observation de suivis actifs du programme et les échanges cliniques.

L'accueil dans leurs nouvelles fonctions et les formations ont été appréciés par la majorité des intervenantes du programme puisqu'ils correspondaient à leurs besoins. Le personnel ayant une expérience et des connaissances préalables en pédopsychiatrie ou en santé mentale jeunesse a nécessité généralement moins de formation et d'accompagnement à leur arrivée.

*« On a eu l'occasion, dans la dernière année, de vraiment avoir beaucoup de formations. C'est aidant, [...] c'est plus facile de se sentir compétent, en possession de son matériel d'intervention que [lorsqu'on est] formé à moitié. »*

*« C'est vraiment dans l'application qu'on apprend le mieux. [...] D'avoir une petite formation, de l'appliquer, d'en reparler, d'en jaser cliniquement. C'est de faire les deux ensembles qui est vraiment pertinent. »*

Extraits de deux intervenante BSIM SMJ spécialisée

Selon leurs propos, les formations sur les approches suivantes sont essentielles pour répondre à la clientèle cible :

- Évaluation du risque suicidaire générale, pour les moins de 14 ans et AUDIS (spécifique pour les TSA);
- Approche écosystémique
- Attachement
- ACT (formation sur l'*Acceptance and Commitment Therapy*, soit la thérapie d'acceptation et d'engagement)

De plus, ces formations favorisent l'adoption du langage commun et nécessaire au travail interdisciplinaire. Par exemple, une intervenante souligne que l'approche écosystémique, particulièrement pertinente dans le contexte d'intervention du programme est peu connue des autres milieux. Pour cette raison, elle considère que cette formation est importante.

À l’opposé, les formations spécifiques sur un enjeu de santé, comme les enjeux alimentaires et les troubles de la personnalité (TPL) chez la clientèle adolescente, sont jugées facultatives. L’expérience, soit le contact avec la clientèle, contribue davantage à leur compréhension de chaque situation selon deux intervenantes. Une autre intervenante soulève, par exemple, que le suivi offert aux jeunes ayant des troubles de conduite alimentaire (TCA) se concentre sur les facteurs familiaux et systémiques contribuant au maintien des symptômes et non, sur le traitement du trouble. Pour ces raisons, il est possible d’intervenir auprès de la clientèle cible sans ces formations.

*« Ce n'est pas utile d'être formée pour tous les différents problèmes de santé mentale spécifiques [...], surtout dans le contexte d'une intervention de crise comme BSIM. Je pense que la clé s'est d'être capable d'utiliser l'approche théorique avec flexibilité »*

Intervenante BSIM SMJ spécialisée

### 3.2.2.2 ENCADREMENT ET SUPERVISION CLINIQUE

L’encadrement et la supervision cliniques au sein de BSIM SMJ spécialisée sont fournis par la spécialiste en activités cliniques (SAC). Cette dernière rapporte avoir testé plusieurs approches individuelles et de groupe pour s’adapter aux besoins individuels et collectifs de l’équipe. Différents volets de sa pratique ont d’ailleurs été mis en lumière lors des entretiens avec les intervenantes, la SAC et la cheffe de service du programme. Il y a :

- Le **développement des pratiques** où la SAC favorise le développement individuel de chacun des membres de son équipe;
- La **supervision et le soutien clinique individuel** qui guident, entre autres, les intervenantes dans les situations complexes et difficiles auxquelles elles sont confrontées dans l’exercice de leurs fonctions;
- L’animation des **rencontres d’équipe hebdomadaires**, un espace de travail interdisciplinaire où la gestion des dossiers et les impasses cliniques sont discutées. Lorsque le temps le permet, cet espace sert aussi au transfert de connaissances et au perfectionnement des pratiques de l’équipe.

Pour l’ensemble des membres de l’équipe, l’encadrement reçu répond à leurs besoins en plus d’être considéré comme un levier essentiel en contexte de gestion de crise. Parmi les points forts nommés, il y a la présence et la disponibilité de la SAC qui assure notamment une orientation rapide lorsque les intervenantes rencontrent un enjeu. Plusieurs membres de l’équipe précisent que ce retour rapide est crucial considérant la fenêtre d’intervention du programme limitée à 12 semaines.

*« J'ai le soutien. J'ai l'encadrement. J'ai l'encouragement. J'ai la valorisation que j'ai besoin et puis, j'ai les moments propices pour me déposer, pour exprimer [et] pour repartir.»*

*« Du fait que c'est 12 semaines écrit dans le temps, on n'a pas le temps d'attendre les bonnes orientations.»*

Extraits des entretiens de deux intervenantes BSIM SMJ spécialisée

Durant les entretiens individuels, plusieurs préoccupations et défis associés au poste de spécialiste en activités cliniques ont été rapportés par l'ensemble des membres de l'équipe. À l'unanimité, la charge de travail de la SAC est perçue comme étant immense pour une seule personne. En plus de ses activités d'encadrement et de soutien clinique, la SAC est impliquée dans l'ensemble des partenariats en s'occupant des nombreux arrimages nécessaires pour chaque dossier. Elle s'assure de mettre en place les conditions préalables aux interactions de l'équipe auprès des familles, des médecins, des intervenantes ou intervenants et des écoles. Selon la SAC, elle y consacre près d'une journée par semaine. Pour les dossiers avec des besoins particuliers, cette mise en place de conditions représente une charge supplémentaire. Dans quelques cas, cette étape a représenté une prise en charge de la SAC sur plusieurs semaines avant de transférer le dossier aux intervenantes de l'équipe. Parmi les situations retardant le déploiement de l'équipe qu'elle a adressé, il y a des enjeux liés à la médication, à des envois de documents entre les écoles, à l'absence de personne porteuse du dossier ou à des partenaires de soins et de services qui se renvoyaient la balle. Plusieurs de ces tâches ne sont pas réalisées ou s'ajoutent à la charge des intervenantes et de la cheffe de service lors du remplacement partiel, voire absent, de la SAC pendant ses six semaines de vacances annuelles.

### 3.2.2.3 TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE

Le fonctionnement privilégié de l'équipe repose sur une approche de travail interdisciplinaire. Les dossiers sont discutés en groupe lors des rencontres hebdomadaires d'équipe en plus d'être pris en charge par une dyade d'intervenantes (TES, TS ou psychoéducatrice) du programme. Initialement, la mobilisation de cette dyade n'était prévue que pour la première phase du programme, soit l'évaluation initiale à domicile (2). Cette dernière se déroule habituellement sur plusieurs rencontres au cours des deux premières semaines du programme. Plusieurs membres de l'équipe soutiennent toutefois qu'une forte majorité de leurs interventions ont été réalisées en dyade, notamment pour l'évaluation et la co-intervention<sup>4</sup>.

De manière générale, l'équipe soutient que la co-intervention permet de répondre aux besoins d'intensité et de complexité des cas. Les différents membres de l'équipe observent plusieurs avantages. D'une part, leurs évaluations en équipe sont plus objectives, apportent une meilleure compréhension du fonctionnement et de la dynamique des jeunes et leurs familles dans leur milieu de vie.

*« L'avantage de la co-intervention à 2, c'est que : quand on brasse des affaires pas faciles, qu'on a un jeune qui quitte la table ou qui réagit et bien, l'intervenante avec qui il a un lien peut reprendre ça ou [elle] peut guider le parent pour aller reprendre ça avec son enfant. C'est ça qu'on essaie le plus de faire, que le parent reprenne son rôle. »*

*« L'avantage d'être 2, parce qu'on dit des choses pas faciles, c'est que l'autre personne peut prendre le relais le temps que celle [...] qui doit intervenir puisse trouver ses mots, puisse trouver les bonnes interventions. »*

Extraits des entretiens avec des deux intervenantes BSIM SMJ spécialisée

---

<sup>4</sup> Dans la description du programme, la co-intervention est décrite comme « l'intervention à plusieurs [intervenantes] ou intervenants en étroite collaboration ou simultanément sur le même objectif clinique auprès de l'ensemble des membres du système en intervention familiale ou individuelle ».

D'autre part, la co-intervention favorise la complémentarité et la fluidité des interventions en rencontres familiales. Selon les propos de l'équipe, la co-intervention apporte un soutien important lors d'interventions difficiles, de la mise en commun des observations et des savoirs respectifs ainsi que la création d'un lien significatif entre l'équipe, la ou le jeune et la famille (selon l'affinité ressentie). Le partage de la responsabilité d'assurer la sécurité des jeunes entre les deux intervenantes est perçu comme étant rassurant, plus tolérable et contribuant à offrir un meilleur filet de sécurité surtout en présence de risque suicidaire.

Quelques défis sont toutefois rapportés quant au fonctionnement en dyade :

- la complexité de la coordination et de la gestion des horaires;
- la rotation ainsi que les différences de visions, de moyens d'intervention et de fonctionnement des dyades;
- la désorganisation de la dyade en raison des différences de tempérament, d'aisance et d'expérience entre les intervenantes;
- le haut niveau requis de communication, de confiance, d'ouverture professionnelle et d'énergie pour arrimer leurs visions cliniques et leurs interventions.

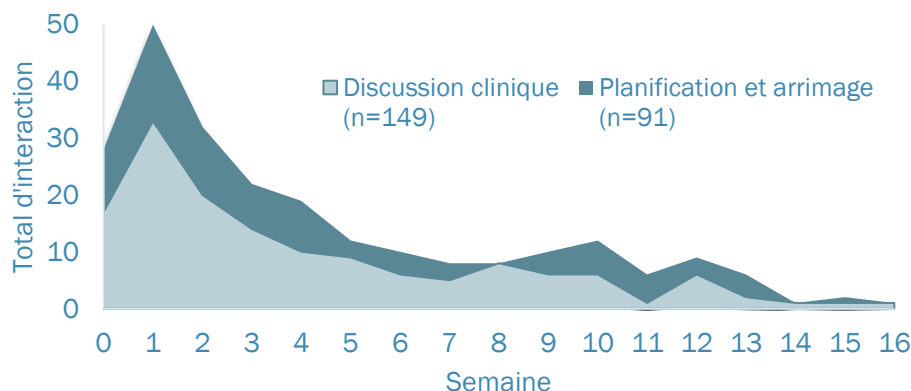
Quelques intervenantes soulevaient que la rotation des dyades s'accompagne d'un besoin d'adaptation à chaque nouvelle dyade, notamment en raison des différences de fonctionnement sur le plan des rôles et les responsabilités perçus. Cette situation influence négativement la dynamique de certains duos mettant en évidence l'importance de la chimie et de la confiance entre les intervenantes pour une co-intervention efficace.

### **3.2.2.4 PARTENARIAT : ARRIMAGE ET COLLABORATION**

Considérant la nature brève de leur intervention auprès des jeunes, la co-intervention relève d'une action concertée entre les intervenantes et les intervenants du programme avec les partenaires de soins et de services. Telle que décrite dans la description du programme (2), la co-intervention repose entre autres sur l'arrimage de l'équipe BSIM SMJ spécialisée avec le personnel professionnel et médical ainsi que la poursuite simultanée des services de 1<sup>re</sup> ligne.

Les interactions de l'équipe avec les partenaires de soins et de services ont principalement été pour les discussions cliniques, la planification et les arrimages. Plus du tiers de ces échanges ont lieu au cours de la préparation de la prise en charge et des premières semaines de suivi (graphique 1).

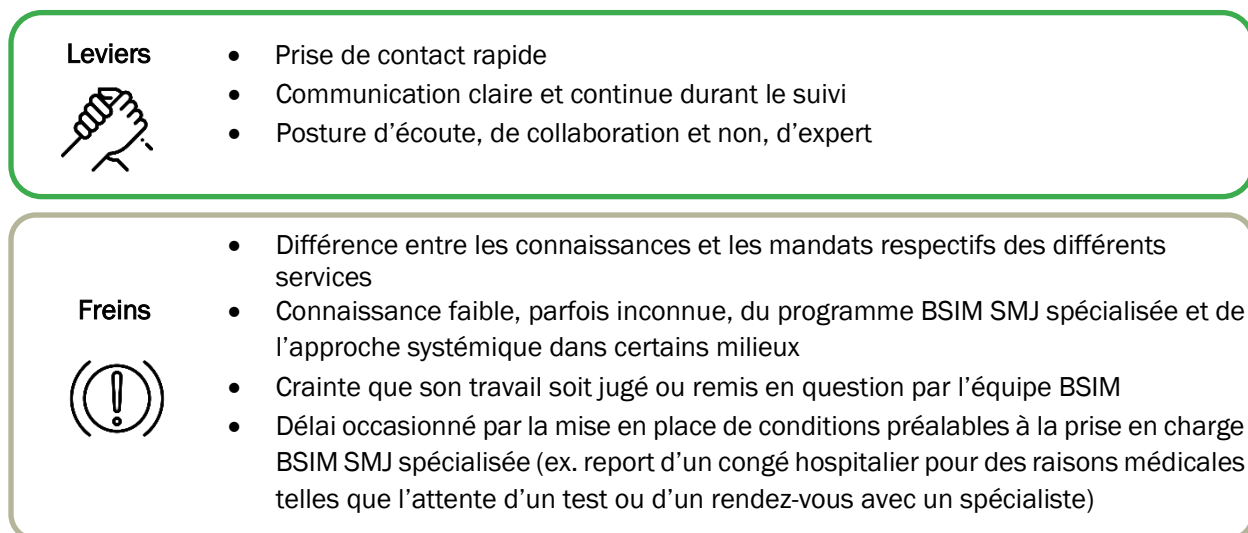




**Graphique 1. Compilation des interactions avec les partenaires de soins et de services selon la semaine d'intervention**  
 Il s'agit d'un graphique empilé où la proportion de chaque type d'intervention est représentée par l'aire sous sa courbe. Toutes les interactions qui ont précédé le début du suivi sont comptabilisées à la semaine 0.  
 (Source : Données clinico-administratives)

Contrairement à ce qui était prévu dans la description de programme, l'interruption temporaire des services, notamment ceux en CSSS, aurait été demandée par l'équipe pendant leur suivi. Lorsqu'elle a été tentée, la co-intervention avec les services actifs a présenté des défis et des délais limitant son implantation. Par exemple, une concertation rapide et fréquente entre l'équipe et les partenaires est requise, mais parfois difficile à accommoder considérant l'intensité du programme et la charge de travail des partenaires.

Selon les membres de l'équipe, les arrimages et la coordination avec les partenaires de soins demeurent essentiels pour avoir un impact en moins de 12 semaines. Leurs principaux leviers et freins à la collaboration sont rapportés à la figure ci-dessous. Il en ressort qu'une communication rapide avec les services actifs au dossier est cruciale puisqu'elle permet de s'informer sur les suivis antécédents et construire à partir de leurs leçons apprises.



**Figure 4. Leviers et freins à la collaboration selon les intervenantes BSIM SMJ spécialisée**

Selon les résultats du questionnaire sur leur expérience, 90% des partenaires de soins et de services étaient satisfaits de leurs interactions avec l'équipe BSIM SMJ spécialisée (10 réponses). Parmi les éléments les plus appréciés de leur collaboration, il y a :

- La prise de contact rapide, la disponibilité et la facilité de communiquer avec l'équipe;
- La communication axée sur la collaboration, l'ouverture et la transparence;
- La qualité et l'efficacité de la collaboration avec les partenaires scolaires;
- La qualité du soutien aux jeunes (notamment en milieu scolaire), aux familles et aux partenaires.

Des partenaires de différents milieux soulignent que l'équipe fait preuve d'écoute, d'ouverture, de compréhension et de transparence lors des discussions. Les rencontres et les échanges cliniques sont jugés pertinents. De plus, le milieu scolaire rapporte de belles expériences de travail intersectoriel efficace et fluide qui les aident à mieux intervenir auprès des jeunes ayant une problématique de santé mentale.

Quelques partenaires soulignent avoir rencontré des enjeux avec les courts délais demandés pour la planification de rencontre et l'absence ou le faible retour de l'équipe BSIM SMJ spécialisée pendant ou à la clôture du suivi.

### 3.2.3 Facteurs organisationnels et contextuels

Pour cette sous-section, une attention particulière a été accordée aux attributs du programme ainsi qu'aux processus de livraison et de diffusion (communication). Les données ont été majoritairement recueillies par la triangulation des réponses des différentes parties prenantes aux questions ouvertes des questionnaires et des entretiens.

Tout d'abord, il y a quelques facteurs circonstanciels à considérer. Il s'agit d'une implantation initiale. Selon l'avis précédent d'évaluation, aucun modèle spécifique n'était recommandé dans la littérature (1). Le programme a été déployé de manière itérative et concomitante à son développement et plusieurs ajustements ont donc été apportés en temps réel. L'élaboration sur mesure de ce nouveau programme a nécessité une vision et une description préalable du programme. Cette étape a reposé, en grande partie, sur la spécialiste en activités cliniques, la cheffe de service et le personnel entré en fonction à l'hiver 2024. L'intégration d'un nouveau programme à l'offre de service de la DPJe a demandé des efforts considérables de l'équipe les premiers mois pour se faire connaître et une preuve de concept afin de s'intégrer graduellement dans les pratiques actuelles de l'établissement. Ces travaux préalables et le déploiement progressif du programme expliquent, en grande partie, le faible nombre de demandes jusqu'en juin. Le bas taux d'occupation à l'unité de pédopsychiatrie, première porte d'entrée déployée, a aussi contribué au phénomène. Par ailleurs, des baisses sur le plan des demandes de référence ont été observées durant la saison estivale et le temps de fêtes. Selon le personnel et les gestionnaires de la DPJe consultés, ces périodes sont fréquemment associées à des baisses d'activités dans leurs secteurs.

Les principaux facteurs qui ont influencé le déploiement de l'équipe et la livraison du programme à partir des deux points de service sont :

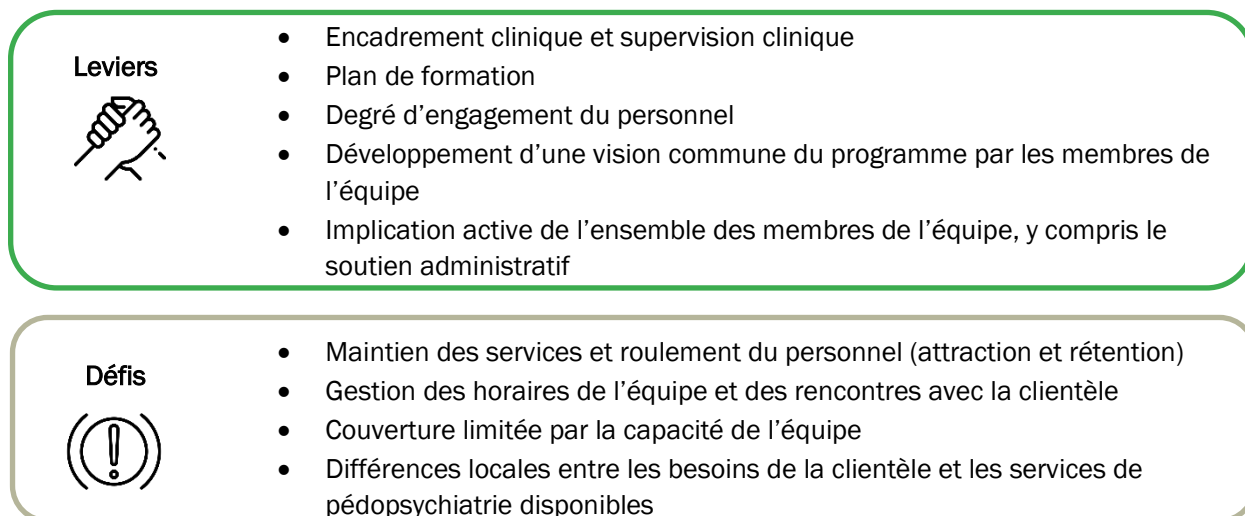


Figure 5. Leviers et défis du déploiement de l'équipe dans la livraison du programme

### 3.2.3.1 PERSONNEL DU PROGRAMME

Parmi les facteurs organisationnels qui ont affecté l'implantation du programme, l'attraction et la rétention du personnel ont été le plus grand défi. Les enjeux liés au personnel ont été à la fois une faiblesse du programme et une menace à la continuité des services. La pénurie de main-d'œuvre dans le domaine psychosocial, le roulement et les absences du personnel ont notamment retardé le lancement du programme en Haute-Yamaska et éventuellement, mené à une interruption temporaire des services.

Dans ce contexte, la dotation en personnel a été attribuée principalement à l'ancienneté avec une faible considération de l'expérience et de la connaissance préalables du contexte d'intervention. Les entretiens ont d'ailleurs révélé une grande variabilité de la connaissance, sur les plans cliniques et théoriques, des approches promues par le programme entre les intervenantes à leurs entrées en fonction. Pour cette raison, le plan de formation, l'encadrement et la supervision clinique ont joué un rôle crucial pour créer une vision commune et soutenir la fidélité de l'implantation du programme.

Au-delà de la perspective des jeunes et leurs familles, le programme demeure exigeant et confrontant pour les intervenantes. Dans l'exercice de leurs fonctions, elles ont fait face à une grande détresse et certaines situations dans leurs dossiers qui ont parfois entraîné une introspection de leurs propres familles. Dans ces situations, leur estime de soi et leur sentiment de compétences sont parfois déstabilisés. En contrepartie, quelques caractéristiques individuelles ont été identifiées comme des conditions gagnantes pour le recrutement et la rétention du personnel par les membres de l'équipe (figure 6).

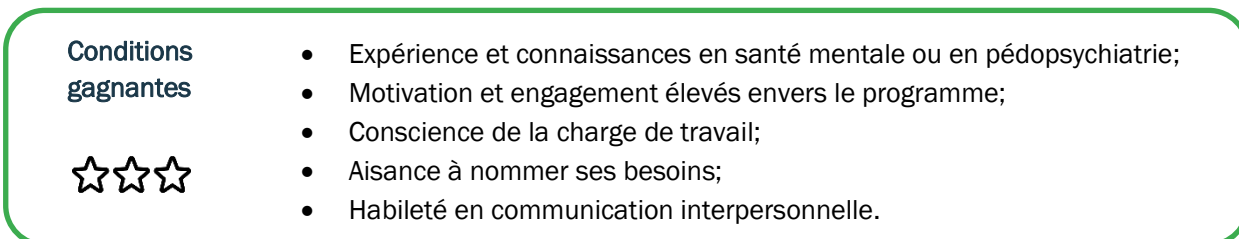


Figure 6. Conditions gagnantes pour le recrutement et la rétention du personnel

### 3.2.3.2 FONCTIONNEMENT DE L'ÉQUIPE

Du côté de la réponse aux demandes de référence, le principal enjeu rencontré a été la capacité de l'équipe. Au cours de cette année d'implantation initiale, l'équipe a privilégié une prise en charge conjointe des dossiers à deux intervenantes du programme. Selon leurs perspectives, cette modalité d'intervention était efficace particulièrement grâce à la (l') :

- Évaluation en équipe interdisciplinaire et complémentarité des connaissances ;
- Autonomie et agilité de l'équipe pour s'adapter aux besoins des familles;
- Confiance mutuelle entre les intervenantes, notamment pour la co-intervention;

Toutefois, ce mode de fonctionnement a présenté aussi quelques défis :

- Coordination complexe des horaires en raison des suivis en dyade et des horaires atypiques ou réduits du personnel<sup>5</sup>;
- Déplacement jugé inefficace du personnel d'un point de service à l'autre pour prévenir un bris de services;
- Utilisation du plein potentiel de chaque membre de l'équipe, incluant le personnel de soutien;
- Communication et clarté des attentes dans le partage des tâches par les membres de l'équipe;
- Variation des rôles et des responsabilités d'une intervenante selon la dyade.

Le territoire étant vaste, la couverture des différents RLS est limitée par les capacités des équipes actuelles. D'autre part, des préoccupations pour la charge de la SAC, des différences locales sur le plan des services en pédopsychiatrie, du fonctionnement et des ressources ont aussi été relevées. Par exemple, les systèmes d'exploitation ainsi que l'archivage diffèrent entre les points de service et requièrent des accès, du matériel et de la formation spécifique selon l'adjointe administrative. Plusieurs pistes d'action ont été proposées par différentes prenantes pour accroître l'efficacité du fonctionnement de BSIM SMJ spécialisée :

- Convenir d'un mode de fonctionnement avec les services locaux de pédopsychiatrie;
- D'envisager un soutien administratif local pour l'équipe de Granby;
- Clarifier les attentes, les rôles et les responsabilités des intervenantes selon leur profession, de la gestion, de l'encadrement et la supervision clinique au sein de l'équipe;
- D'ajouter un poste d'assistante ou d'assistant à la coordination professionnelle (ACP), une professionnelle ou un professionnel terrain ayant des tâches de coordination en soutien à la gestion et à l'encadrement clinique;

En prévision d'un déploiement à plus large échelle, il a été suggéré par quelques personnes interrogées de favoriser des équipes locales, près de leur milieu plutôt qu'une structure régionale.

---

<sup>5</sup> Pour le personnel à temps complet, un horaire atypique réfère à un réaménagement de la répartition de leurs jours et leurs heures durant une période de paie (par ex. 70 heures en 9 jours), alors qu'un horaire réduit réfère à une réduction du temps de travail sur 4 jours.

### 3.3 TRAITEMENT DES DEMANDES

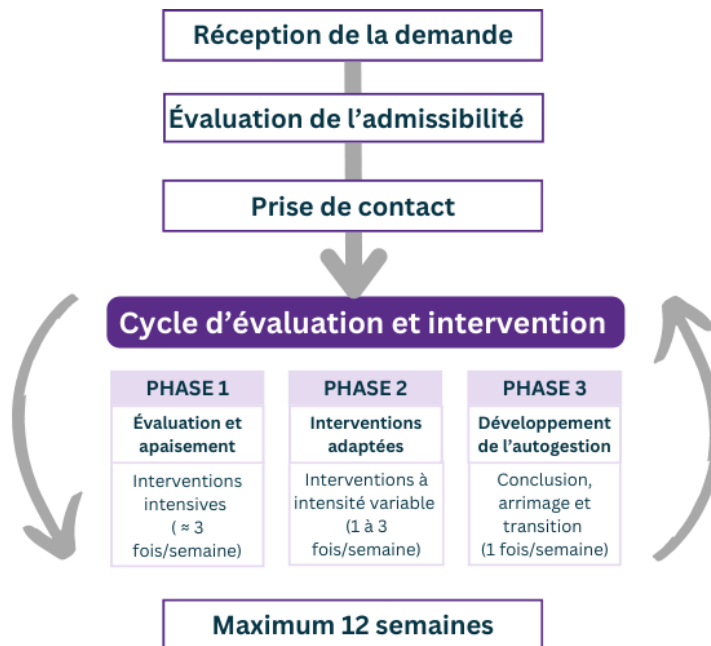


Figure 7. Épisode de services BSIM SMJ spécialisée

#### 3.3.1 Réception et analyse des demandes

Au cours de l'implantation initiale, une priorité a été accordée aux demandes provenant des services spécialisés de la pédopsychiatrie. En effet, le programme a été déployé, d'abord, à l'unité et aux cliniques externes de pédopsychiatrie, suivi quelques mois plus tard des urgences. Les demandes provenant du MASMJ ont été acceptées uniquement, lorsque la capacité de l'équipe le permettait, à partir de l'automne 2024.

Initialement, les demandes de référence étaient acheminées à l'agente administrative du programme, qui planifiait dès lors une rencontre avec la SAC. Face au contexte professionnel et aux défis d'arrimage, les demandes de référence sont maintenant directement adressées à la SAC du programme par téléphone. La recevabilité du dossier et la disponibilité de l'équipe sont donc discutées dans les plus brefs délais. La décision de n'avoir aucune liste d'attente n'a été prise en raison de la nature brève, intensive et immédiate du programme.

Pour les demandes recevables, l'agente administrative remplit les fiches, destinées aux intervenantes, sur la clientèle et la sécurité à domicile en communiquant avec les familles.

##### 3.3.1.1 EXAMEN DE L'ADMISSIBILITÉ ET CRITÈRES

Des enjeux lors de l'examen de l'admissibilité des demandes ont été relevés au cours des premières vacances de la SAC. Pour faciliter leur compréhension et uniformiser leur application, les critères ont été simplifiés.

La première version présentait des critères généraux d'inclusion et d'exclusion du programme en plus d'un tableau de critère personnalisé pour une grande variété de présentation de santé mentale. Lors de la révision en septembre 2024, l'ensemble des critères tient maintenant sur une seule page et le tableau par diagnostic a été retiré. Des énoncés plus généraux ont été privilégiés. Ces nouveaux critères sont disponibles à l'annexe III.

Lors des entretiens, plusieurs membres de l'équipe identifient les critères comme un levier pour le programme. Selon eux, ils aident à baliser la clientèle et expliquent, en partie, pourquoi le programme réussit à rejoindre sa clientèle ciblée. Les partenaires de soins et de services en pédopsychiatrie appuient que de préciser la présence d'une problématique en santé mentale soit important et qu'effectivement, certaines pathologies requièrent un avis médical. Règle générale, ces personnes sont d'accord avec les critères établis, mais elles émettent quelques préoccupations ou besoins de clarification :

- Le critère d'exclusion pour un refus de la médication recommandée par la ou le pédopsychiatre est jugé restrictif. D'ailleurs, les pédopsychiatres soutiennent qu'il est possible d'intervenir auprès d'une personne sans une médication, dépendamment de l'intensité des symptômes, si cela ne la rend pas dangereuse pour elle ou autrui. Ainsi, ce critère est potentiellement discriminatoire, s'il est appliqué avec rigueur, puisqu'il limite l'accès au programme à une portion de la clientèle qui, autrement, pourrait en bénéficier;
- L'interprétation du critère sur le risque suicidaire en prévention des hospitalisations pour les patients qui ne relèvent pas de la 2<sup>e</sup> ligne est variable entre les médecins. Il est suggéré de clarifier ce point pour harmoniser sa compréhension;

Au-delà des critères, une préoccupation commune à quelques partenaires et membres de l'équipe a été soulevée concernant le refus d'une demande lors d'une faible ou une absence d'implication de la famille. Ces personnes soulèvent que ces jeunes sont d'autant plus vulnérables et ce, peu importe que l'absence des parents s'explique par leurs indisponibilités ou par la volonté des jeunes de ne pas les impliquer. Elles défendent, dans tous les cas, que ces jeunes bénéficieraient d'un soutien plus intense à leurs besoins individuels, et qui pourrait tout aussi bien les amener à revoir leur position sur l'implication de leurs familles, ou encourager des parents jusque-là indisponibles à participer au programme.

Sur un autre ordre d'idée, des enjeux sont rapportés concernant la compréhension du mandat de BSIM SMJ spécialisée. Les critères et des modalités d'intervention du programme sont encore méconnus. La création d'une compréhension commune et la promotion de ce nouveau service ont été communément identifiées comme des besoins par les parties prenantes consultées. Afin de clarifier leur clientèle cible et leur mandat, une intervenante et la SAC ont donc élaboré d'histoires de cas à promouvoir aux différents services au printemps 2025.

### 3.3.2 Demandes et inscriptions

Au cours la première année du programme, il y a eu un total de 66 demandes et 50 inscriptions au programme BSIM SMJ spécialisée selon les données compilées par l'équipe présentées au [tableau 1](#).

Tableau I. Demandes de référence et inscriptions au programme BSIM SMJ spécialisée

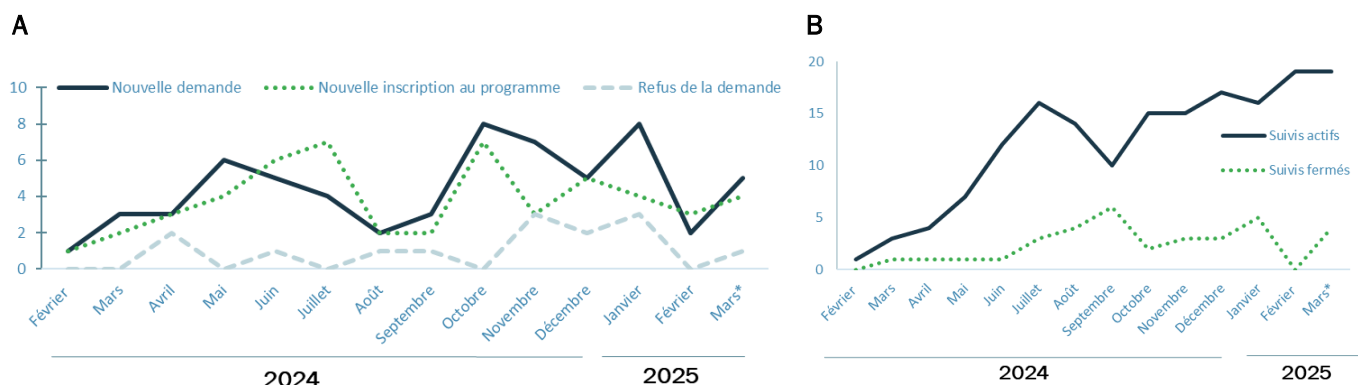
| Équipe   | Sherbrooke | Granby   | Total     |
|--|------------|----------|-----------|
| Demandes reçues                                | 54         | 12       | 66        |
| Refus de la demande par le programme           | 9          | 3        | 12        |
| Refus des services par la famille              | 3          | 1        | 4         |
| Nombre d'inscriptions au programme (en cours*) | 41<br>(5)  | 9<br>(4) | 50<br>(9) |

MASMJ : mécanisme d'accès en santé mentale jeunesse, n : nombre.

\* En date du 19 mars 2025

(Source : Données clinico-administratives de l'équipe)

L'évolution des nombres mensuels de demandes et de suivis BSIM SMJ spécialisée actifs est illustrée au graphique ci-dessous.



Graphique 2. Dénombrement mensuel des demandes et des suivis BSIM SMJ spécialisée entre février 2024 et mars 2025

A. Nouvelles demandes et inscriptions ou refus par mois; B. Suivis actifs et fermés

\* Mois incomplet, jusqu'au 19 mars 2025.

(Source : Données clinico-administratives)

De manière générale, le nombre mensuel de suivis actifs augmente graduellement jusqu'à l'automne 2025 où un premier plateau d'approximativement 15 dossiers est atteint. À ce moment, le programme est uniquement déployé à partir de Sherbrooke et l'équipe refuse des demandes puisque les intervenantes sont indisponibles en raison de leur charge complète de cas. Avec la relance du programme à partir de Granby en janvier, une seconde augmentation est observée avec l'atteinte de 19 suivis actifs en mars. L'équipe de Granby refuse un premier dossier en raison d'une charge complète de cas.

Une faible quantité de demandes est observée les premiers mois du programme, durant la période estivale, en décembre 2024 et février 2025. La baisse notable des suivis actifs en septembre corrèle avec la fin de la grande vague de dossiers pris en charge au début de l'été et la période de vacances de la SAC.

### 3.3.3.1 REFUS DES DEMANDES

La majorité des demandes, soit 76%, ont été prises en charge par le programme au cours de cette première année. L'équipe précisait en entretien que peu de demandes étaient refusées à l'examen de l'admissibilité, car une forte majorité des demandes respectaient les critères du programme.

Des 66 demandes, six (9%) ont été refusées à raison de la capacité de l'équipe, cinq (8%) à l'examen d'admissibilité et trois (5%) après l'évaluation initiale à domicile. Deux demandes (3%) ont été réorientées sur décision des pédopsychiatres après la discussion clinique avec la SAC. Les raisons des refus ou de la réorientation sont présentées dans le tableau ci-dessous. Plus d'une raison est fréquemment identifiée.

*Tableau II. Justification des refus de la demande\* ou de la réorientation par le programme*

| Raisons   | Fréquence<br>(%, n= 16) |
|---|-------------------------|
| Maintien de l'hospitalisation   | 24%                     |
| Non-volontariat   | 24%                     |
| Parents indisponibles<br>(Temps, santé mentale décompensée, TSA, DI, etc.)        | 18 %                    |
| Absence de donneurs de soins  | 12%                     |
| Absence de psychopathologie chez l'enfant<br>(Dossier exclusivement psychosocial) | 12%                     |
| Coordination inefficace des services déjà en place                                | 12%                     |
| Hors territoire   | 12%                     |
| Risque hétéroagressif   | 12%                     |
| Famille ne parle pas français   | 6%                      |
| Milieu violent ou négligent en absence DPJ  | 6%                      |
| Signalement fait à la DPJ après les observations                                  | 6%                      |

(Source : Données clinico-administratives)

Les membres de l'équipe rapportent que certains dossiers, ne répondant pas aux critères tels qu'ils avaient été établis, ont été pris en charge puisque l'équipe comprenait l'enjeu clinique de base. Certains de ces dossiers ont mené à de belles réussites, par exemple pour le cas avec un parent ayant une déficience intellectuelle légère.

## 3.4 CLIENTÈLE

Le programme s'adresse à une clientèle âgée de 5 à 17 ans ayant une problématique de santé mentale et leurs systèmes familiaux (parent, membre de la famille, répondant ou répondante, etc.). Il est offert lors d'une période d'exacerbation des symptômes où les capacités individuelles sont dépassées et que le fonctionnement des jeunes est perturbé dans une ou plusieurs sphères de leurs vies.

Le programme BSIM SMJ spécialisée a été élaboré notamment pour intervenir :

- en amont de l'hospitalisation en réponse à un besoin d'intensification des services;
- en aval de l'hospitalisation pour offrir un accompagnement visant à faciliter le transfert et la consolidation des acquis dans le milieu de vie.



### 3.4.1 Profil de la clientèle rejointe

Les 3 conditions les plus fréquemment associées à une demande de référence et à une prise en charge BSIM, lorsqu'indiquées<sup>6</sup>, sont en ordre décroissant (tableau III):

- Le risque grave de passage à l'acte suicidaire (risque orange);
- Les symptômes de trouble de la personnalité limite (TPL) ou de la dysrégulation émotionnelle;
- La crise transitoire (exacerbation récente des symptômes).

Tableau III. Fréquence des différentes présentations cliniques dans les demandes et les suivis du programme

| Présentation clinique                                  | Demandes de référence (n=66) |     | Statut des suivis pris en charge par le programme |     |                               |     |                                      |     |
|--|------------------------------|-----|---|-----|-------------------------------|-----|--------------------------------------|-----|
|  | Nombre                       | %   | Terminés (n=36)                                   |     | Atteinte des objectifs (n=21) |     | Abandon et refus des services (n=11) |     |
|  |                              |     | Nombre  | %   | Nombre                        | %   | Nombre                               | %   |
| Risque grave de passage à l'acte suicidaire (orange)   | 32                           | 48% | 25  | 38% | 16                            | 24% | 7                                    | 11% |
| Symptômes de TPL ou dysrégulation émotionnelle         | 25                           | 38% | 19  | 29% | 11                            | 17% | 6                                    | 9%  |
| Crise transitoire (exacerbation récente des symptômes) | 21                           | 32% | 18  | 27% | 13                            | 20% | 4                                    | 6%  |
| Anxiété ou dépression                                  | 7                            | 11% | 7   | 11% | 3                             | 5%  | 3                                    | 5%  |
| Troubles du stress post-traumatique                    | 6                            | 9%  | 3   | 5%  | 2                             | 3%  | 0                                    | 0%  |
| Trouble d'adaptation                                   | 6                            | 9%  | 3   | 5%  | 2                             | 3%  | 0                                    | 0%  |
| Rupture du fonctionnement                              | 5                            | 8%  | 5   | 8%  | 1                             | 2%  | 3                                    | 5%  |
| Trouble réactionnel de l'attachement                   | 4                            | 6%  | 2   | 3%  | 1                             | 2%  | 0                                    | 0%  |
| Trouble de conduite alimentaire                        | 4                            | 6%  | 4   | 6%  | 4                             | 6%  | 0                                    | 0%  |
| Trouble de conversion                                  | 3                            | 5%  | 3   | 5%  | 3                             | 5%  | 0                                    | 0%  |
| Mutisme sélectif                                       | 2                            | 3%  | 0   | 0%  | 0                             | 0%  | 0                                    | 0%  |
| Trouble du spectre de l'autisme                        | 1                            | 2%  | 1   | 2%  | 1                             | 2%  | 0                                    | 0%  |
| Trouble obsessionnel compulsif                         | 1                            | 2%  | 1   | 2%  | 1                             | 2%  | 0                                    | 0%  |
| Non précisé *  | 22                           | 33% | 0   | 0%  | 1                             | 2%  | 1                                    | 2%  |

n : nombre de demandes, TPL : trouble de personnalité limite, % : pourcentage.

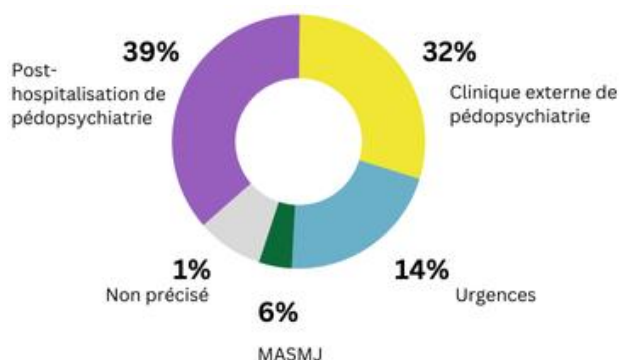
\*Majoritairement les demandes refusées et les suivis en cours

La colonne % est calculée à partir du chiffre de la colonne *Nombre* au numérateur et du total de demande, soit 66 demandes, au dénominateur.

(Source : Données clinico-administratives)

<sup>6</sup> À noter que les conditions ne sont pas précisées pour 33% des demandes, la majorité étant des demandes refusées ou des suivis toujours en cours.

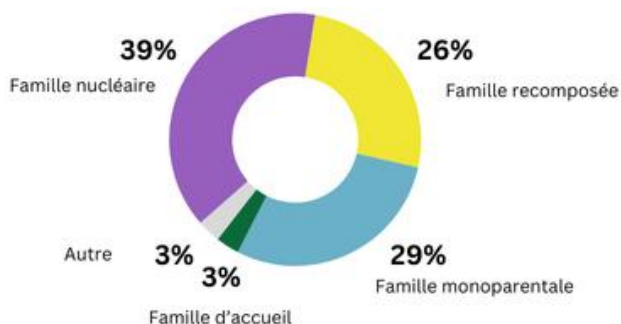
Plus de 70% des demandes de référence provenaient des services de pédopsychiatrie (figure 8) et représentent environ 66% des suivis complétés au cours de l'année de l'implantation. De ce nombre, deux dossiers ont été pris en charge parallèlement à de courtes périodes d'hospitalisation en pédopsychiatrie.



*Figure 8. Provenance des demandes de référence au programme BSIM SMJ spécialisée (n=66)*  
(Source : Données clinico-administratives)

Neuf références ont été déposées à la suite d'une évaluation en santé mentale aux urgences, ce qui représente 14% des demandes et 26% de ces suivis ont complété au programme. Uniquement 3% des demandes et des suivis complétés à la fin de l'évaluation provenaient d'une référence des services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale jeunesse.

Au terme de la première année, 41 dossiers fermés sont comptabilisés (Données clinico-administratives). Approximativement 71 % de ces suivis ont été réalisés auprès de jeunes de 14 à 17 ans, 26 % chez les 12 à 13 ans et 3% pour les moins de 12 ans (Questionnaire de clôture de dossier, n=31). Le contexte familial variait grandement entre les dossiers (figure 9). Les familles comptaient une fratrie dans 93% des cas, le plus souvent de 2 à 3 enfants.



*Figure 9. Contextes familiaux rencontrés dans les suivis complétés de BSIM SMJ spécialisée (n=31)*  
Autre : sous tutelle auprès de membres de la famille élargie;  
n : nombre de suivis fermés à la date du 19 mars 2025  
(Source : Questionnaire de clôture des dossiers)

## 3.4.2 Participation du programme

Selon les données clinico-administratives et le questionnaire de clôture des dossiers, la clientèle rejointe semble généralement réceptive au programme.

Le tableau II de la section précédente ne montre aucune différence significative dans les profils de la clientèle entre les demandes et les dossiers pris en charge par le programme. On observe la même absence de différence aux sous-analyses des suivis selon leur statut de complétion du programme (c.-à-d. atteinte des objectifs d'intervention, abandon ou refus de participer au programme).

Les clientèles ayant atteint les objectifs de leur plan d'intervention présentent majoritairement des symptômes de TPL ou de la dysrégulation émotionnelle (58%), un risque suicidaire (64%) ou une crise transitoire (72%). Les neuf suivis associés à des troubles de conversion, de conduite alimentaire (TCA), du spectre de l'autisme (TSA) ou obsessionnel-compulsif (TOC) ont tous aussi bien répondu au programme. Toutefois, ce dernier résultat doit être interprété avec prudence étant leurs faibles nombres de dossiers.

### 3.4.2.1 REFUS DES SERVICES ET ATTRITION

Quatre familles ont refusé les services BSIM SMJ spécialisée (6% des demandes de référence) alors que sept ont abandonné en cours de programme (11% des demandes, représentant 14% des suivis). Les refus de services sont tous associés à une référence post-hospitalisation alors que la majorité des abandons (n=6, 85%) sont associés à une référence au programme en provenance de la clinique externe de pédopsychiatrie.

Parmi les profils cliniques, les jeunes présentant une rupture de fonctionnement (60 %, n= 5 suivis), de l'anxiété et de la dépression (42%, n= 7) ont plus souvent refusé ou abandonné le programme que les autres profils. Néanmoins, des données supplémentaires seront nécessaires pour confirmer cette tendance.

Les principales raisons de refus et d'attrition rapportées sont l'absence de collaboration des familles, le retrait du consentement ou le choix d'une autre alternative ou service. D'ailleurs, l'équipe précise que la plupart des abandons sont causés par un « faux-volontariat » des familles. Elle explique que certaines familles s'engagent, non pas pour le programme, mais plutôt afin d'éviter une situation ou une intervention indésirée (par exemple, de la DPJ).

*Tableau IV. Conditions ou raisons d'attrition associées aux refus des services ou abandons par les jeunes et leurs familles*

| Conditions ou raisons d'attrition  | Fréquence (% , n= 11) |
|--|-----------------------|
| Non précisé  | 55%                   |
| Non-volontariat  | 27%                   |
| Parents indisponibles<br>(Temps, santé mentale décompensée, TSA, DI, etc.) | 9%                    |
| Filet de sécurité insuffisant  | 9%                    |
| Maintien de l'hospitalisation  | 9%                    |
| Choix d'un autre service   | 9%                    |

(Source : Données clinico-administratives)

Les raisons évoquées pour fermeture de dossiers étaient le refus des jeunes de participer la première semaine (n=2 à la première semaine) ou le transfert de la prise en charge à la DPJ, la non-collaboration de la famille et le retrait du consentement entre les semaines 4 et 7 (n=5).

### 3.4.2.2 FACTEURS D'INFLUENCE POUR LA PARTICIPATION DES JEUNES ET DES FAMILLES

Les principaux facteurs motivant la participation des jeunes et leurs familles dans le programme sont **l'intensité de la détresse ressentie**, le **désir de changement** et le **sentiment d'urgence**. Ainsi, une famille qui a atteint un point de rupture, soit par le sentiment d'être à bout de ressources, l'expérience de refus et d'échec thérapeutiques, est davantage motivée et prête à accommoder l'intensité prévue par le programme. La résilience, la volonté, la confiance, la capacité à se mobiliser et s'adapter sont des caractéristiques clés des jeunes et des familles qui favorisent leur participation tout au long du programme.

Certains facteurs familiaux vont, au contraire, freiner la participation à BSIM SMJ spécialisée considérant **l'intensité et l'horaire** du programme. Il y a la précarité financière et les contraintes de temps liées aux emplois des parents (type d'emploi, horaire et flexibilité de l'employeur), deux facteurs identifiés par l'ensemble des parties prenantes. D'un autre côté, il y a certaines caractéristiques familiales qui entrent en jeu :

- L'indisponibilité matérielle, affective et psychologique des parents (par ex. problématique de santé mentale décompensée chez les parents, épuisement au sein de la famille);
- Les réticences et craintes liées à leurs précédentes expériences avec des intervenant(e)s;
- La crainte d'être jugé et la méfiance;
- Les différences culturelles, notamment concernant la perception de la santé mentale.

Selon l'équipe du programme et les pédopsychiatres, l'approche systémique est confrontante pour certains parents, particulièrement lorsqu'ils éprouvent de la difficulté à se remettre en question.

## 3.5 LIVRAISON DU PROGRAMME ET INTERVENTIONS

---

Le programme déploie une équipe d'intervention interdisciplinaire dans le milieu pour accompagner des jeunes présentant une exacerbation d'un trouble de santé mentale et leurs familles. Au cours de cette première année d'implantation, les dossiers ont été pris en charge par une dyade d'intervenantes composées d'une professionnelle, soit une psychoéducatrice ou une travailleuse sociale, et d'une technicienne en éducation spécialisée.

Les modalités d'intervention de l'équipe varient selon les besoins et les objectifs uniques à chaque suivi. Les activités des intervenantes associées à la prise en charge d'un dossier sont réparties entre les discussions cliniques, la planification et l'arrimage, les contacts téléphoniques ainsi que les rencontres familiales et individuelles avec le jeune ou les parents (Figure 10).

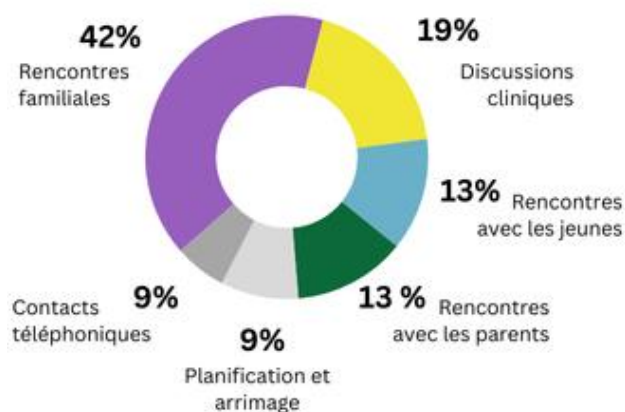


Figure 10. Répartition moyenne selon le type d'intervention des activités réalisées dans le cadre d'un suivi par les intervenantes entre février 2024 et mars 2025

Tel qu'observé au tableau V, les principales tâches lors d'un suivi sont réparties entre les intervenantes. Les rencontres individuelles avec les parents ont été menées majoritairement par les TS ou les psychoéducatrices et celles avec les jeunes par les TES. Les rencontres familiales, quant à elles, étaient menées en dyade. Les contacts téléphoniques et les discussions cliniques ont été plus fréquemment réalisés par les psychoéducatrices.

Tableau V. Répartition des tâches associées à un suivi au sein des dyades d'intervention BSIM SMJ spécialisée entre février 2024 et mars 2025.

| Nature de l'intervention    | Nombre moyen d'interventions par dossier (suivi BSIM SMJ spécialisée) selon la profession |     |     |
|-----------------------------|---|-----|-----|
|                             | Psychoéducatrice  | TES | TS  |
| Contact téléphonique        | 1,5   | 1,0 | 0,7 |
| Discussion clinique         | 2,9   | 0,6 | 1,4 |
| Planification / Arrimage    | 1,1   | 1,0 | 0,3 |
| Rencontre familiale         | 6,0   | 5,8 | 6,1 |
| Rencontre jeune             | 1,0   | 3,8 | 1,3 |
| Rencontre parent            | 2,6   | 1,4 | 2,4 |
| <b>Total par profession</b> |   |     |     |
| Dossiers pris en charge     | 28  | 48  | 27  |
| Interventions distinctes    | 422   | 651 | 334 |
| Intervenantes distinctes    | 2   | 3   | 2   |

Note : Le nombre de dossiers pris en charge inclut tous les dossiers où il y a eu une amorce de prises en charge incluant ceux refusés après l'évaluation initiale et les abandons.

(Source : Compilation des données et statistiques individuelles des intervenantes)

### 3.5.1 Durée et intensité des suivis

Les suivis ont duré majoritairement autour de 12 semaines, ce qui correspond à la couverture maximale du programme (tableau VI). En grande majorité, l'atteinte des objectifs ou de la durée maximale expliquent la fermeture des dossiers fermés après la 10e semaine (Questionnaire de clôture de dossier).

*Tableau VI. Durée des suivis pendant la première année d'implantation du programme*

| Statut du suivi BSIM SMJ spécialisée | Durée moyenne (jours) | Médiane (jours) |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------|
| Abandon                              | 29,0                  | 25,0            |
| Suivis complétés                     | 86,0                  | 85,0            |
| Toutes demandes confondues           | 62,5                  | 80,0            |

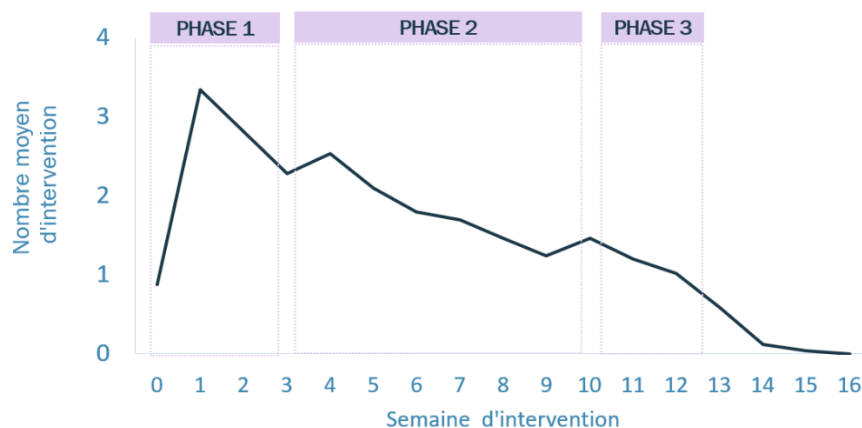
(Source : Données clinico-administratives)

Selon le questionnaire de clôture, 7 dossiers ont dépassé la durée maximale, dont certains, de quelques jours à peine. Les dépassements sont expliqués par :

- un délai d'arrimage avec les parents ou les partenaires de soins pour finaliser le bilan de fermeture (n=3);
- une interruption du programme pendant le temps des fêtes (n=2);
- un déblocage clinique majeur à la fin d'une prise en charge (n=1);
- le report du congé hospitalier de plusieurs semaines alors que le suivi avait été amorcé (n=1).

Plusieurs des rencontres familiales et individuelles ont lieu lors d'une même visite au domicile par l'équipe. Par conséquent, l'intensité a été estimée à partir du nombre d'interventions distinctes chaque semaine.

Tel qu'illustré au graphique 3, l'intensité des interventions avec les jeunes et leurs familles a diminué au fil des semaines et respecte le déroulement prévu de BSIM SMJ spécialisée. La période la plus intensive en interventions, celle de l'évaluation initiale à domicile, correspond aux deux premières semaines du programme. Quant à la seconde phase, les interventions adaptées d'intensité variable oscillent entre les semaines 3 et 10, ce qui suggère une durée plus grande que celle initialement ciblée de 4 à 6 semaines. La phase de conclusion et de transition, équivalente aux dernières semaines du programme, est caractérisée par une intervention par semaine.



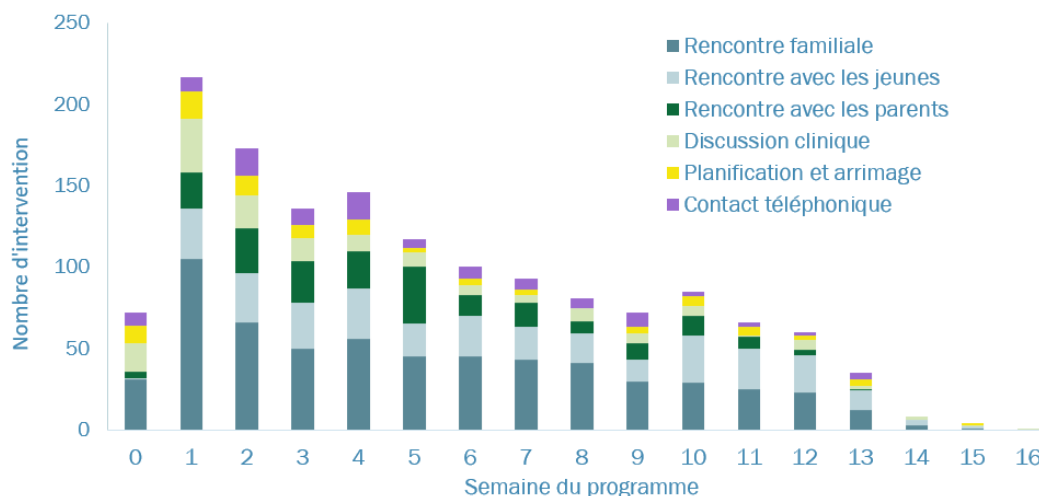
*Graphique 3. Intensité moyenne des interventions en fonction de la semaine d'intervention*

Note : Ce graphique exclut les discussions cliniques, la planification et les arrimages.

(Source : Compilation des statistiques individuelles des intervenantes)

Approximativement 51 % des interventions de l'équipe ont été réalisées au cours des quatre premières semaines de programme.

Au graphique 4, une diminution graduelle des interventions familiales (jeunes avec leurs familles) est observée à partir de la 2<sup>e</sup> semaine du programme. Les interventions individuelles avec un ou des membres de la famille (ex. rencontre avec les parents seulement) diminuent à partir de la 6<sup>e</sup> semaine alors que celles avec les jeunes demeurent relativement constantes tout au long du programme. Près de la moitié des discussions cliniques ont lieu avant l'acceptation de la demande et la 2<sup>e</sup> semaine d'intervention. Finalement, les activités de planification et d'arrimage ont été plus fréquentes en début qu'au terme du programme.



Graphique 4.-Nature des activités des intervenantes en fonction de la semaine du programme

Note : Données de 1466 interventions documentées jusqu'au 19 mars 2025, incluant les suivis en cours.

(Source : Statistiques individuelles des intervenantes)

### 3.5.2. Adhésion au programme

Dans le cadre de cette évaluation de l'implantation initiale, l'adhésion réfère au respect ou l'importance accordée aux éléments clés du programme par les différentes parties prenantes.

Premièrement, il y a l'adhésion aux approches et aux modalités prévues par la description de programme par les intervenantes. Les figures 11 et 12 illustrent, en ordre décroissant, les aspects les plus respectés par l'équipe dans le cadre de ses suivis. Lorsqu'applicables, les intervenantes ont adhéré aux différentes composantes clés du programme. Les mentions *ne s'appliquent pas* ou *incomplet* sont, presque unanimement, associées à des fermetures de dossiers en moins de 7 semaines en raison d'un refus des services par les jeunes, d'un abandon du programme ou d'un transfert vers un service plus adapté aux besoins à la DPJ. L'aspect le plus respecté a été l'implication des parents, de la fratrie ou des partenaires externes dans les processus. Au contraire, les étapes les moins respectées sont celles relatives à la clôture des dossiers, en particulier la présentation du bilan à la personne référente. Ces résultats sont corroborés par les propos des membres de l'équipe et des partenaires de soins et de services.

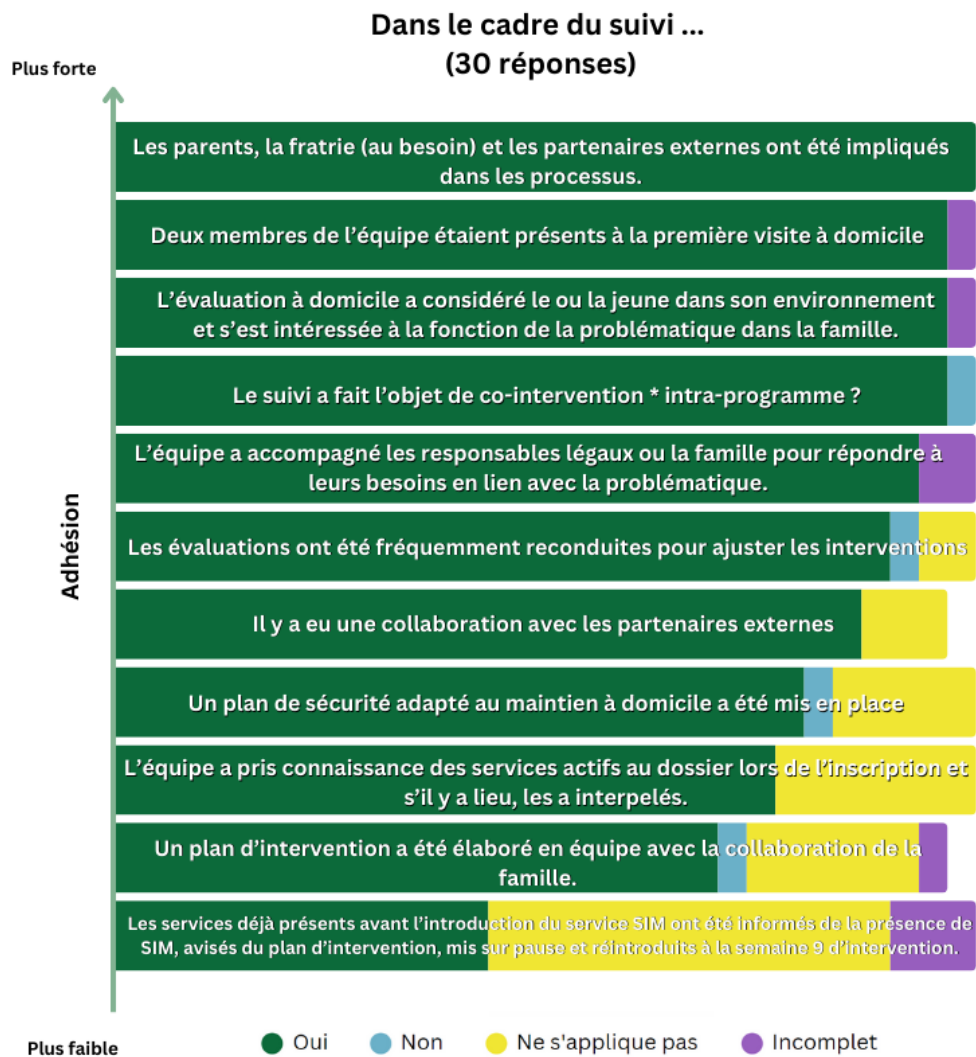


Figure 11. Adhésion des intervenantes aux éléments clés de la prise en charge dans leurs dossiers  
(Source : Questionnaire de clôture de dossier)

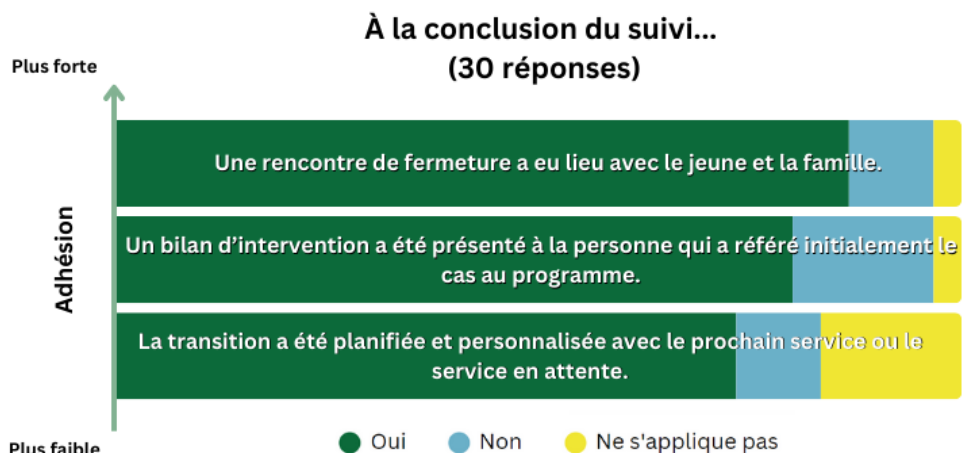


Figure 12. Adhésion des intervenantes aux processus de clôture de dossier (Source : Questionnaire de clôture de dossier)



De leur côté, les jeunes sont unanimes par rapport à l'apport de BSIM SMJ spécialisée en soutien à la famille (figure 13). L'équipe et les rencontres dans leur milieu semblent répondre à leurs besoins. Néanmoins, les jeunes adhèrent moins à leur plan d'intervention, à la durée du programme et au nombre de rencontres. D'ailleurs, l'intensité, en particulier le fait d'avoir des rencontres chaque semaine, représente l'élément le moins apprécié du programme par les jeunes.

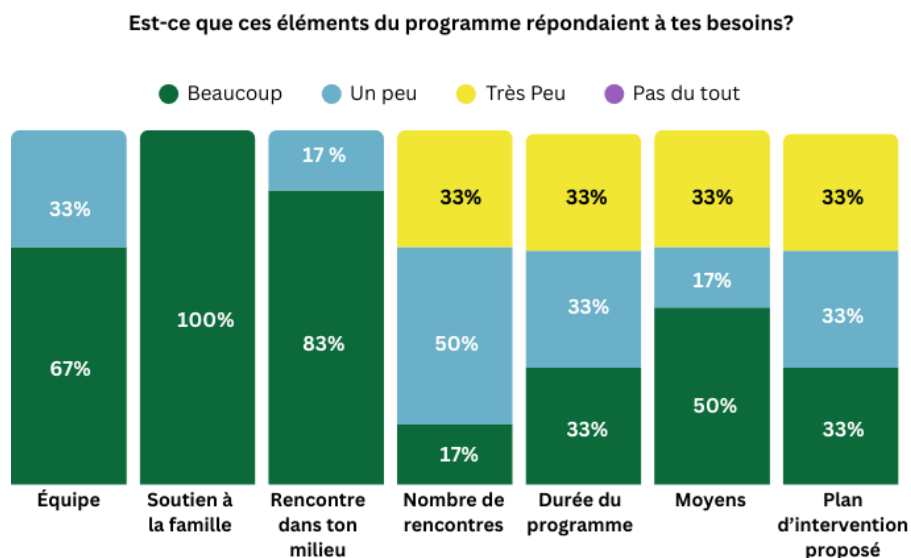


Figure 13. Perception des jeunes sur la pertinence des différents éléments du programme en réponse à leurs besoins  
(Source : Questionnaire expériences des jeunes, 6 réponses)

Quant aux familles, les parents ou les responsables des jeunes ont été généralement réceptifs au programme, en particulier pour l'intensité et les attentes par rapport à leur implication (figure 14). Parmi les répondantes et les répondants au questionnaire, une seule personne affirme avoir appliqué occasionnellement les outils et les conseils. Cette dernière précise avoir cessé le programme car, elle jugeait qu'il n'était pas adéquat pour son enfant. Elle rapporte, entre autres, des inconsistances et un manque de clarté des objectifs des rencontres, des stratégies et des discours de l'équipe.

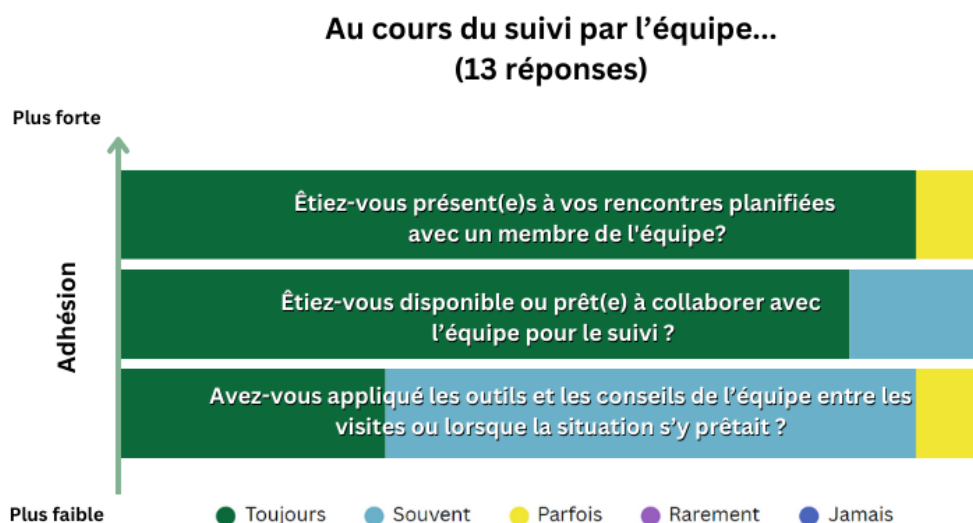


Figure 14. Adhésion des parents au programme  
(Source : Questionnaire expérience des familles)

En ce qui concerne l'adhésion des partenaires au programme, les entretiens avec les parties prenantes mettaient en lumière plusieurs éléments et défis relatifs à cet aspect. Par exemple, il a été constaté que certaines personnes réfèrent pour des raisons autres que la concordance du cas aux critères du programme, tels qu'une impasse thérapeutique ou un mandat d'aller observer à domicile.

Selon l'équipe et les pédopsychiatres, il reste encore du chemin à faire pour intégrer le programme dans les pratiques de référencement des médecins.

« Ce n'est pas encore un réflexe de penser à BSIM, mais ça s'améliorera. Les situations complexes ne s'y prêtent pas toujours. Pour les patients hospitalisés, la SAC les connaît et aide à reconnaître [ceux] qui peuvent en bénéficier. »

Extrait de l'entretien de groupe avec les pédopsychiatres

### 3.5.3 Qualité des interventions

Les jeunes et les familles ont été questionnés par rapport aux besoins et aux attentes préalablement nommés lors des consultations du précédent avis d'évaluation portant sur l'élaboration d'un programme intensif de crise dans le milieu de vie pour la clientèle adolescente (1).

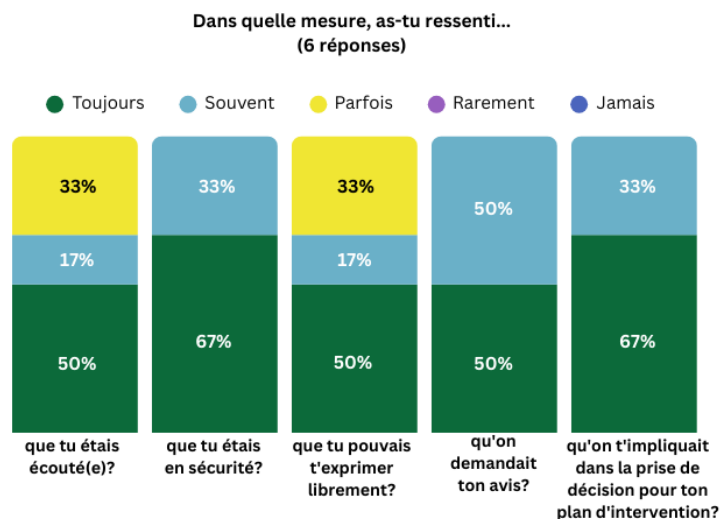


Figure 15. Expérience des jeunes dans le programme

Durant leur suivi, les jeunes ont généralement ressenti un sentiment de sécurité qu'on les consultait et les impliquait (figure 15). Toutefois, les jeunes, ayant rapporté n'avoir eu que parfois le sentiment d'être écoutés ou de pouvoir s'exprimer librement, estiment plus faiblement la contribution du programme dans leur situation.

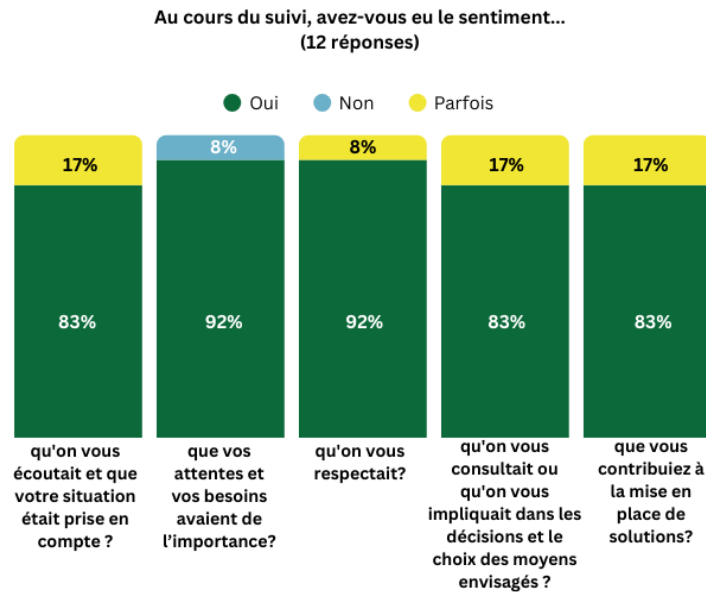


Figure 16. Expériences des parents ou des responsables des jeunes

Un constat similaire par rapport à l'expérience d'un parent est rapporté. À l'opposé d'une forte majorité d'expériences positives, un parent a répondu parfois ou non à l'ensemble de ces énoncés illustrés à la figure 16. Cette personne a arrêté le suivi et ne recommanderait pas le programme car, elle juge que ce n'était pas le bon service pour leur situation.

Ces résultats sont corroborés par les facteurs identifiés par l'équipe qui influencent la qualité perçue des interventions:

- Le développement d'un lien thérapeutique;
- La confiance;
- Le sentiment de respect;
- La perception par les jeunes et leurs familles que l'équipe s'intéresse à leurs opinions et qu'elle prend en compte leurs vécus.

### 3.5.4 Pertinence du programme

Une grande majorité des jeunes et des familles recommanderaient le programme à des personnes dans une situation similaire (figure 17).

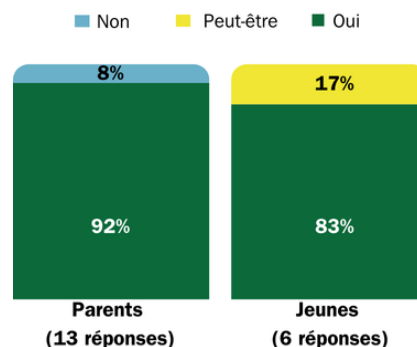


Figure 17. Recommanderiez-vous le programme à des jeunes ou des familles dans une situation similaire à la vôtre?

Une personne recommanderait peut-être le programme. Selon elle, il pourrait « aider quelqu'un d'autre » bien qu'il ne l'ait pas vraiment aidé dans sa situation. La personne qui ne le recommanderait pas précise avoir quitté le programme parce qu'elle le jugeait inadéquat pour son enfant.

Parmi les éléments les plus appréciés du programme (18 réponses), il y a dans l'ordre :

- Les exercices, les explications sur la condition et les moyens apportés par l'équipe pour aider au quotidien;
- La disponibilité de l'équipe;
- Les intervenantes ;
- L'approche familiale combinée à l'approche individuelle de l'enfant (service englobant la famille).

Les jeunes et les familles trouvent que les moyens et les outils apportés par l'équipe sont adaptés à leur réalité. Les interventions, quant à elles, favorisent la communication en leur offrant un moment sécuritaire pour exposer des situations, ouvrir les discussions et s'écouter. Une personne explique que ça lui permet d'exposer ce qui la tracasse et lui cause du stress. À de nombreuses reprises, les intervenantes sont qualifiées de bienveillantes, humaines et professionnelles. Leur capacité à s'adapter, l'écoute, l'empathie et l'humour sont nommés en tant que forces de l'équipe.

Parmi les éléments les moins appréciés (16 réponses), il y a la durée et l'intensité du programme. D'un côté, le nombre de rencontres chaque semaine pendant 12 semaines est décrit comme exigeant et requérant l'assimilation de beaucoup de choses en peu de temps. De l'autre côté, les familles trouvent que le programme n'est pas assez long et que leurs jeunes éprouvent encore des difficultés à appliquer les stratégies.

Plusieurs jeunes et familles expriment un sentiment de délaissement après le programme, de ne pas avoir autant de soutien pour leurs familles pour les aider à appliquer ou à poursuivre les stratégies mises en place avec l'équipe.

Du côté des partenaires de soins et de services, une forte majorité reconnaît le potentiel du programme pour répondre aux besoins de la clientèle et de leur organisation respective (Questionnaire partenaires de soins et de services).

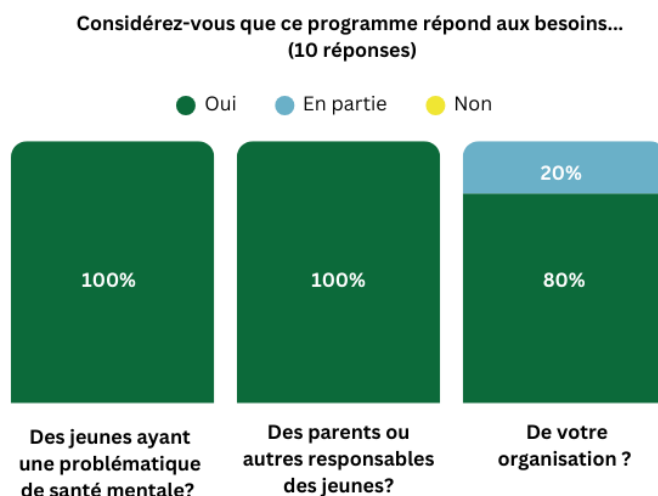


Figure 18. Adéquation à la réponse aux besoins par le programme du point de vue des partenaires de soins et de services  
(Source : Questionnaire expérience des partenaires de soins et de services)

Selon leurs propos, ce programme répond à un besoin des services spécialisés en envoyant des professionnelles ou professionnels dans les écoles et à domicile. Parmi les raisons citées, il y a la perception que le programme permet :

- D'agir de manière préventive pour éviter une hospitalisation qui peut être délétère notamment pour les jeunes avec une dysrégulation émotionnelle ;
- D'apporter un prolongement de leurs interventions ;
- De collecter des informations parfois inaccessibles à d'autres services ;
- D'ajouter à l'intensité des services offerts grâce à la co-intervention systémique et la présence des TES en milieu scolaire.

Deux personnes, l'une du milieu scolaire et l'autre de la protection de la jeunesse, estiment toutefois que le programme répond partiellement aux besoins de leur organisation. L'une d'entre elles souligne, dans son cas, que l'interruption du programme en raison d'un refus de collaborer de l'enfant a privé un parent d'un soutien qui lui aurait été « grandement bénéfique ».

## 3.6 EFFETS PRÉLIMINAIRES

Cette section se concentre sur les effets préliminaires que le programme tel qu'implanté a eus sur la clientèle et l'organisation.

Selon les différentes sources de données, il y a entre 72 à 77% des jeunes et leurs familles qui ont complété le programme. La majorité inscrite a participé jusqu'à la fin au programme, soit jusqu'à l'atteinte des objectifs d'intervention, de la durée maximale ou le début d'un nouveau service à la suite d'un transfert (tableau VII).

*Tableau VII. Raisons de fermeture des suivis au cours de la première année d'implantation du programme*

| Raison<br>(Plus d'une raison peut être associée à la fermeture du dossier)    | Dénombrement |          |           | % suivis BSIM terminés<br>(n=41) |
|---|--------------|----------|-----------|----------------------------------|
|   | Sherbrooke   | Granby   | Total     |                                  |
| Atteinte des objectifs  | 19           | 2        | 21        | 51%                              |
| Transfert du dossier  | 9            | 1        | 10        | 24%                              |
| Abandon   | 6            | 1        | 7         | 17%                              |
| Référence vers un autre service   | 5            | 1        | 6         | 15%                              |
| Reprise des services réguliers, lorsque spécifiée                             | 3            | 0        | 3         | 7 %                              |
| Retrait de la demande après l'évaluation (phase 1)                            | 3            | 0        | 3         | 7%                               |
| <b>Total de suivis BSIM terminés</b><br>(incluant les refus après évaluation) | <b>36</b>    | <b>5</b> | <b>41</b> | <b>100 %</b>                     |

(Source : Données clinico-administratives)

### 3.6.1auprès de la clientèle

Les effets préliminaires du programme sur la clientèle ont été évalués selon les perspectives des jeunes, des familles et des intervenantes.

Les différentes parties prenantes rapportent que les principaux avantages pour la clientèle sont :

- **Un apaisement au sein de la famille ;**  
Parmi les exemples d'apport du programme nommés, il y a un apaisement des sentiments de culpabilité et d'impuissance vécus par les parents ainsi qu'une impression que la situation devient «moins lourde ». Les parents et les intervenantes s'entendent pour dire que le programme répond aux besoins des familles de manière à leur permettre de mieux s'adapter à la situation des jeunes.
- **Une meilleure compréhension** de la situation par le jeune et la famille;  
Selon les propos des intervenantes et de la clientèle, participer au programme aide les jeunes à comprendre l'origine de la problématique et pour quoi elle se maintient. Le programme contribue aussi à identifier les éléments déclencheurs grâce à l'approche écosystémique.
- **Une communication facilitée;**  
Autant les jeunes que les familles ont rapporté que le suivi les a aidés, par exemple, à mettre de mots sur ce qui se passe et à adresser le non-dit au sein de la famille. Des observations similaires sont aussi rapportées par l'équipe.

Lors des entretiens, les parents et autres responsables des jeunes expliquent que le bref suivi intensif dans le milieu apporte une aide, avec un cadre clair, au moment où leur enfant est en détresse. Comparativement à un suivi régulier mensuel, cet accès plus immédiat leur permet de se mettre en action rapidement pour aider l'enfant. Par ailleurs, l'équipe affirme réussir à adresser plusieurs aspects permettant d'apaiser la situation bien que la problématique initiale ne disparaisse pas entièrement en 12 semaines.

Parmi les types de coûts identifiés par les parties prenantes, la participation au programme exige des jeunes et des familles:

- De l'énergie et des efforts importants pour s'adapter à l'intensité;
- De l'ouverture et de l'humilité pour accueillir et collaborer efficacement avec l'équipe;
- Du temps et de la disponibilité, particulièrement en début de programme;
- Des dispositions financières ou une flexibilité d'emploi selon la situation (absence au travail, horaire majoritairement de jour en semaine, etc.)

L'équipe du programme, les partenaires scolaires et les pédopsychiatres soulignent que les rencontres fréquentes impliquant les jeunes durant les heures de classe augmentent par contre l'absentéisme scolaire.

D'autre part, l'équipe, les jeunes et les familles rapportent quelques défis pour la clientèle et les partenaires à la clôture du programme. Les familles et les jeunes expriment un sentiment de vide ou des difficultés à s'adapter aux nouveaux services, notamment ceux de 1<sup>re</sup> ligne, compte tenu de leurs différences de mandat et d'offre de services par rapport à BSIM SMJ spécialisée.

### 3.6.1.1 PERSPECTIVES DES JEUNES

En se basant sur leurs retours, les jeunes perçoivent un apport du programme plus important sur le plan familial qu'individuel. Tel qu'illustré à la figure 19, les jeunes ont rapporté une contribution du programme, en moyenne, plus faible à leur situation comparativement à celle de leurs proches.

Deux jeunes ont attribué des valeurs très basses à l'apport perçu de BSIM SMJ spécialisée dans leur situation. L'une d'entre elles affirme que le programme a été difficile et ne l'a pas aidé personnellement, mais, qu'il pourrait potentiellement aider d'autres jeunes dans une situation similaire. La seconde personne souligne que, bien qu'elle ait apprécié le soutien reçu, les rencontres demeurent ce qu'elle a le moins apprécié.

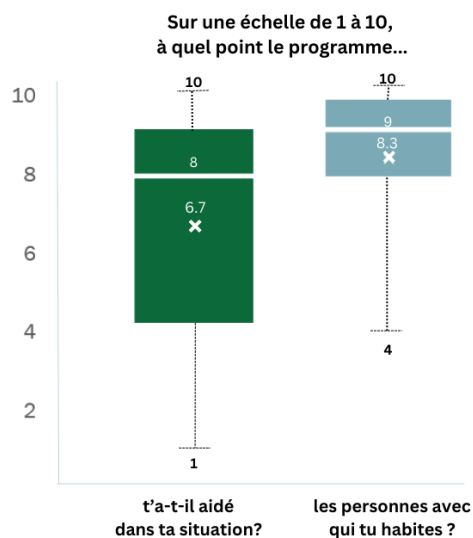


Figure 19. Perception des jeunes de la contribution du programme des jeunes à leur situation (6 réponses)

Note : Ce graphique indique les valeurs maximales et minimales (en noire), les moyennes (X) et les médianes (barre blanche transversale à chaque boîte).

(Source : Questionnaire expérience des jeunes)

### 3.6.1.2 PERSPECTIVES DES PARENTS ET RESPONSABLES DES JEUNES

À la suite du programme, une amélioration est autorapportée par 91% et 84% des parents ou des responsables concernant leur capacité, respectivement, à comprendre et à soutenir leur jeune (figure 20). Les familles ont observé des effets du programme positifs plus prononcés sur le fonctionnement général de leur jeune et celui à la maison.

Jugez-vous que le programme ait eu un impact positif sur les aspects suivants?  
(12 réponses)

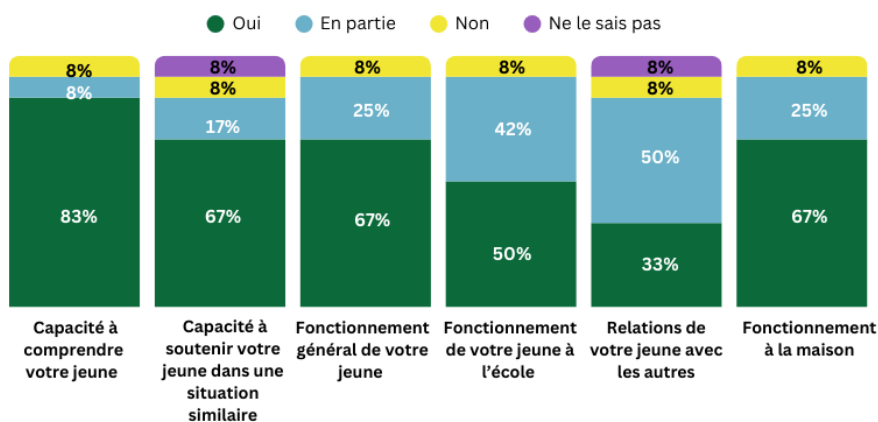


Figure 20. Observations des parents et des responsables légaux des effets du programme  
(Source : Questionnaire expérience des parents)

### 3.6.1.1 PERSPECTIVES DES INTERVENANTES

À la clôture des dossiers, les améliorations les plus fréquemment observées par les intervenantes concernent le fonctionnement général des jeunes (figure 21) ainsi que la capacité des parents à les soutenir dans la gestion de leur problématique de santé mentale (figure 22). Elles observent aussi un effet positif sur la compréhension clinique des partenaires de soins et des services concernant le fonctionnement des jeunes et des familles, un potentiel bénéfice de la collaboration et les arrimages avec l'équipe.

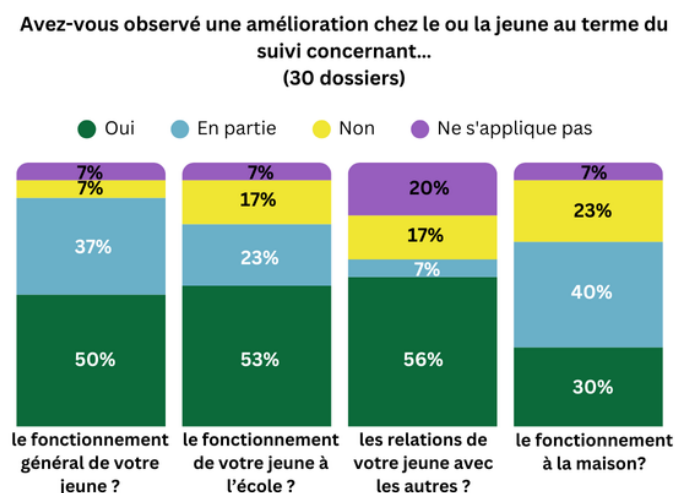


Figure 21. Effets du programme observés par les intervenantes sur le fonctionnement des jeunes

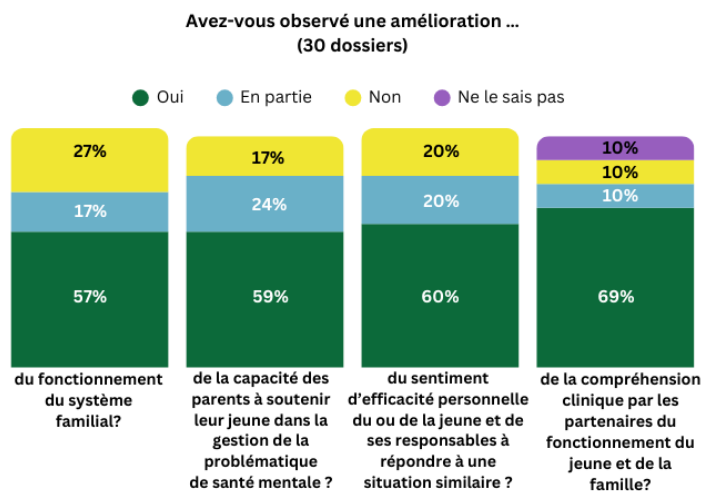


Figure 22. Effets du programme observés par les intervenantes sur l'environnement des jeunes

Pour six dossiers (20%, n=30), les intervenantes n'ont observé aucune amélioration d'au moins trois sphères du fonctionnement du jeune et de la famille. Ces dossiers sont fortement associés à des suivis fermés en moins de 7 semaines (83%, n=5) en raison de l'absence de collaboration des parents (66%, n=4), d'un retrait du consentement de la famille ou des jeunes (50%, n=3), ou d'un transfert du dossier à la DPJ (33%, n=2).

Ce dernier résultat est cohérent avec les propos de différents membres de l'équipe selon lesquels ces situations réduisent potentiellement les effets du programme sur la clientèle:



| Liées aux jeunes   | Familiales   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refus des jeunes de 14 ans et plus d'impliquer ses parents ;</li> <li>• Absence scolaire liée aux visites de l'équipe pour les jeunes en situation de rattrapage ou d'évitement scolaire;</li> <li>• Présence d'un enjeu clinique sur le plan verbal ou de la communication;</li> <li>• Problématiques cristallisées ou chroniques de santé mentale dont les besoins dépassent la portée du programme limitée à 12 semaines.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence d'une problématique de santé mentale <u>sans service</u> chez les parents;</li> <li>• Banalisation de la situation par la famille;</li> <li>• Difficultés familiales importantes qui priment sur la problématique de santé mentale des jeunes (la problématique est majoritairement de nature psychosociale);</li> </ul> |

(Source : Entretiens semi-dirigés)

Au cours de cette première année, les suivis associés avec des enjeux de santé mentale des parents ont été associés avec un dépassement de la durée prévue du programme (durée moyenne de 13 semaines), l'hospitalisation de l'enfant ou un déblocage clinique tardif (Source : Questionnaire de clôture). Néanmoins, les suivis BSIM SMJ spécialisée ont atteint leurs objectifs.

### 3.6.2 Utilisation des services

Un accès limité au programme BSIM SMJ spécialisée en prévention des hospitalisations a été rapporté pour la clientèle sans une ou un pédopsychiatre ou médecin de famille.

En ce qui concerne l'utilisation des services, les intervenantes n'ont relevé aucune visite aux urgences durant leurs suivis. D'autre part, une forte majorité des jeunes (93%, n=41) n'ont pas eu recours à l'hospitalisation durant le suivi BSIM SMJ spécialisée. Selon les différentes sources de données, une mention d'hospitalisation durant le suivi a été notée pour trois dossiers distincts (Entretien semi-dirigé avec la SAC, données clinico-administratives). Dans l'un des cas, des enjeux de santé mentale des parents auraient impacté les résultats de l'intervention du programme.

Deux de ces dossiers avaient été référés en post-hospitalisation et pris en charge parallèlement à des séjours à l'unité de pédopsychiatrie. Dans un cas, la personne était hospitalisée les fins de semaine. Dans l'autre, la personne a été hospitalisée après l'atteinte de la durée maximale du programme bien qu'elle a atteint ces objectifs d'intervention.

Le 3<sup>e</sup> dossier, quant à lui, avait été référé après une visite aux urgences et a été hospitalisé pour une tentative de suicide.

### 3.6.3 Coût moyen d'un suivi

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (9), le coût moyen d'une hospitalisation pour des troubles de santé mentale chez les jeunes de 8 à 17 ans au Québec entre 2017 et 2022 était de **10 792\$** pour un séjour moyen de 12 jours.

En comparaison, le coût moyen d'un suivi BSIM SMJ spécialisée est estimé à **5065\$** pendant l'implantation initiale du programme. Ce montant équivaut à une durée moyenne de suivi de 65 jours ou une implication de 76 heures (interventions, déplacements, rédactions) de l'équipe. Les informations détaillées ayant servi à l'estimation et à la comparaison sont présentées à l'annexe IV.

Ce résultat doit tout de même être interprété avec prudence en raison du contexte d'implantation initiale, des limites des données accessibles et des biais associés à l'estimation de certains coûts. Par exemple, les dyades d'intervenantes responsables d'un dossier utilisent notamment le temps de déplacement pour discuter et arrimer leur vision et leur compréhension respectives. Néanmoins, le coût moyen exclut le coût et une partie du temps alloué au soutien administratif, aux formations et au travail interdisciplinaire, tel que celui des rencontres hebdomadaires d'équipe et les discussions cliniques avec la SAC. Il est probable que la durée moyenne d'intervention de la SAC dans les dossiers (1.7h par dossier) exclut le temps qu'elle consacre à la préparation et aux arrimages de chaque dossier, qui correspond pourtant à près de 20% de sa charge de travail hebdomadaire selon les résultats des entretiens.

Une collecte et des analyses plus poussées sont nécessaires pour valider ce résultat. Une analyse d'impact budgétaire en bonne et due forme ou une évaluation économique est fortement suggérée.

## 3.7 ENJEUX ÉTHIQUES

---

Quelques préoccupations et pistes d'amélioration concernant l'accessibilité du programme ont été soulevées lors des entretiens et de la validation externe des recommandations.

Certains facteurs qui influencent l'accès à BSIM SMJ spécialisée sont hors du contrôle direct de la DPJe. Il y a, par exemple, les absences, les départs et les enjeux de dotation en personnel qui entraînent des bris des services. D'autres freins, tels que l'accès limité au programme de la clientèle sans médecin ou pédopsychiatre, seront potentiellement adressés par le développement de la porte d'entrée en première ligne. L'ouverture graduelle des différentes portes d'entrée a privilégié les suivis en post-hospitalisation et en provenance en clinique externe pendant l'implantation initiale. L'accès en prévention des hospitalisations pour la clientèle sans médecin ou en provenance de la 1<sup>re</sup> ligne augmentera probablement avec le développement de la porte d'entrée du MASMJ et l'ajustement éventuel des critères de programme pour répondre aux besoins en préhospitalisation.

L'un des principaux enjeux nommés concerne certains critères d'exclusion du programme perçus comme potentiellement discriminatoires. Les pédopsychiatres, certains membres de l'équipe et du comité avisier en santé mentale consultés ont émis des préoccupations concernant le refus des demandes pour des raisons pharmacologiques, la faible ou l'absence d'implication des parents. D'autres personnes ont aussi questionné le droit de l'équipe de refuser des familles en raison de barrières linguistiques. Quoique ces critères représentent des facilitateurs ou des facteurs d'efficacité pour les interventions brèves, ils ne devraient pas être des facteurs d'exclusion selon leurs propos. Cette situation relève un questionnement éthique opposant les valeurs de sécurité et d'efficacité privilégiées par l'équipe à l'accessibilité du programme et à l'autonomie des usagers et des usagers.

Les jeunes de plus de 14 ans sont en droit de refuser une médication ou une implication de leur famille. L'exclusion d'une demande pour ces motifs, en absence d'un risque de sécurité chez les jeunes concernés ou son entourage, porte préjudice à leurs autonomies ainsi qu'à l'exercice de leurs droits. D'un autre côté, les jeunes, ayant des parents indisponibles ou refusant de s'impliquer, sont d'autant plus vulnérables. Ces

jeunes personnes se retrouvent « doublement pénalisées » par l'exclusion au programme pour ce motif alors qu'elles auraient pu grandement bénéficier de ce type de soutien sur le plan individuel. Un constat similaire est rapporté pour les parents dont l'enfant refuse de participer.

D'une perspective utilitariste, accroître l'accès permettrait d'aider un plus grand nombre de jeunes au risque d'une réduction en efficacité du programme. D'un côté plus pragmatique, la présence d'un filet de sécurité suffisant est déjà un critère d'admission du programme. Si l'une de ces raisons présente un risque pour la sécurité des jeunes ou de son entourage lors de l'évaluation initiale, l'intervenante pourra se reposer sur son jugement clinique pour les rediriger vers le service le plus approprié. Ces critères sont donc facultatifs et peuvent être retirés pour favoriser un accès au programme et un traitement équitable des demandes.



Une piste de collaboration supplémentaire a été proposée lors d'une faible ou absence de collaboration des familles. Avant de clore son suivi, l'équipe BSIM SMJ spécialisée pourrait informer la ou le pédopsychiatre au dossier, qui pourrait alors rencontrer les parents pour vérifier et discuter de leurs résistances.

(Source : Questionnaire expérience des partenaires de soins et de services)



## 4. DISCUSSION

### 4.1 FIDÉLITÉ DE L'IMPLANTATION

---

Dans l'ensemble, le programme a été implanté assez fidèlement à sa théorie. Les approches préconisées et les modalités d'intervention ont généralement été respectées par l'équipe, notamment avec l'implication des familles et les interventions écosystémiques.

La plus grande différence se situe à l'échelle du fonctionnement de l'équipe. Le programme a initialement été pensé pour répondre aux besoins d'intensification en complétant temporairement les services actifs en place. Dans le même ordre d'idée, la co-intervention devait s'actualiser, en partie, par une action concertée avec les partenaires de soins et de services vers l'atteinte d'un même objectif clinique. La co-intervention avec ses partenaires de soins et de services aurait le bénéfice de soutenir la continuité des services et la consolidation des acquis au-delà de la durée maximale du programme.

Dans les faits, une majorité de dossiers présentaient plus d'une intervenante ou un intervenant déjà actif au dossier avant la prise en charge de l'équipe. Les discussions cliniques, d'arrimage ou de planification ont été nombreuses avec les partenaires au moment de la prise en charge par le programme. Néanmoins, les suivis du programme ont majoritairement été réalisés par une dyade d'intervenantes BSIM SMJ spécialisées. À la demande de l'équipe, les services actifs au dossier étaient temporairement interrompus.

D'un autre côté, les absences prolongées du personnel ainsi que les défis d'attraction et la rétention du personnel ont contribué à l'interruption des services à partir de Granby près du deux tiers de l'année. En effet, l'absence d'un membre de l'équipe, même en déplaçant temporairement du personnel d'un point de service vers l'autre, limitait la possibilité de déployer une dyade pour les suivis. Majoritairement responsables des bris de services, il est possible de conclure que les enjeux de personnel ont présenté le plus grand défi de l'implantation du programme au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Cette situation laisse présager une limite à la mise à l'échelle de ce programme dans des petits territoires.

Considérant ces éléments et la complexité de la gestion des horaires qui en découle, le besoin de réfléchir et d'optimiser le fonctionnement de l'équipe ressort. Les résultats de l'évaluation soulèvent plusieurs réflexions en ce sens :

- Quelles sont les conditions gagnantes de la co-intervention ? C'est-à-dire à quel moment, à quelle fréquence, sous quelles conditions ou pour quels types d'intervention la co-intervention doit-elle être privilégiée?
- Quelles personnes ou groupes devraient être mobilisés pour la co-intervention durant le programme?

Dans le même ordre d'idée, l'importance de convenir d'un mode de fonctionnement avec les partenaires locaux de la pédopsychiatrie a été relevée. Pour le point de service de la Haute-Yamaska, les rencontres d'équipe BSIM SMJ spécialisée ont lieu au même moment que les plages de disponibilités offertes par les pédopsychiatres pour les discussions cliniques.

## 4.2 ADHÉSION AU PROGRAMME ET INTÉGRATION DANS LES PRATIQUES

---

Règle générale, les raisons de refus des familles et lorsque précisé, d'attrition du programme sont majoritairement liées aux caractéristiques du système familial ou de l'environnement autour des jeunes (caractéristiques des responsables légaux et préoccupations liées à la sécurité du jeune).

Du côté de la clientèle, les jeunes ont adhéré particulièrement au soutien à la famille par le programme, à l'équipe et aux rencontres dans leurs milieux de vie. Leurs adhésions aux plans d'intervention, à la durée du programme et aux fréquences des rencontres, ont été plus faibles par contre.

Au contraire, les parents et autres responsables des jeunes ont généralement été réceptifs à l'ensemble des composantes du programme. D'autre part, ce résultat corrèle avec le fait que l'implication des proches, de la fratrie et des partenaires externes a été l'élément le plus respecté par les intervenantes lors de leurs suivis. Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence. En effet, la présence de critères d'admissibilité portant sur le volontariat et l'implication des parents présentent un biais de sélection favorable à ces résultats. Il s'agit tout de même d'une mesure acceptable pour démontrer la preuve de concept du programme dans le contexte d'une implantation initiale. Pour pérenniser le projet, une réflexion éthique des barrières limitant l'accès au programme et de leurs conséquences potentielles sur la clientèle est appropriée.

D'un autre côté, l'augmentation des demandes de références observée au cours de l'année suggère l'intégration graduelle du programme dans les pratiques des médecins, des professionnelles et professionnels de l'établissement. Alors que la majorité des demandes de référence respectaient les critères d'admissibilité, la capacité de l'équipe a été la principale cause de refus au BSIM SMJ spécialisée. Quant aux demandes refusées à l'examen d'admissibilité (environ 12% des demandes), elles l'ont été principalement en raison d'une décision de maintenir l'hospitalisation, de l'absence de volontariat et de l'indisponibilité des parents.

Les partenaires intersectoriels ont rapporté des interactions positives et pertinentes pour les jeunes, les familles et leur travail.

Néanmoins, quelques pistes d'amélioration ont été nommées par les différentes prenantes pour favoriser une compréhension commune du programme et une meilleure intégration dans les pratiques dont :

- Une communication plus fréquente tout au long de la prise en charge par l'équipe BSIM SMJ spécialisée;
- Une visibilité et une promotion accrues du programme auprès des différents services pouvant y référer;
- La clarification de l'offre de service, notamment de la clientèle cible et de certains critères;
- L'entente d'un mode de fonctionnement entre le programme et les services locaux de la pédopsychiatrie;
- La sollicitation des pédopsychiatres au dossier avant la clôture d'une demande en raison d'un manque ou d'une absence de collaboration des parents.

Il y a aussi été suggéré de privilégier un soutien administratif local, compte tenu des différences dans les besoins, les services disponibles, les accès et les systèmes d'information entre Sherbrooke et Granby.

## 4.3 EFFICACITÉ

---

Dans l'ensemble, BSIM SMJ spécialisée atteint ses objectifs de programme concernant le taux de complétion ciblé, la prévention de l'hospitalisation et le recours aux urgences pendant la prise en charge ainsi que l'implication des proches des jeunes.

L'objectif de prendre en charge 70 jeunes et leurs familles n'a pas été atteint au cours de la première année. En effet, des barrières contextuelles, dont certaines en dehors du contrôle du programme (difficulté de recrutement, absence maladie), expliquent en grande partie pourquoi le programme n'a pas atteint sa cible. Toutefois, plusieurs pistes peuvent être explorées pour accroître la portée et l'efficacité du programme au regard des résultats de l'évaluation :

- De continuer à développer l'accès à la porte d'entrée en 1<sup>re</sup> ligne, soit le MASMJ, pour accroître l'efficacité du programme en prévention des hospitalisations;  
Du fait que cette porte d'entrée a été ouverte plus tardivement, peu de demandes provenaient du MASMJ dont plusieurs ont été refusées notamment en raison de la capacité de l'équipe. Malgré que l'évaluation de l'implantation à ce niveau soit limitée, des gains potentiels à développer cette voie ont été relevés.
- De faire preuve de flexibilité quant aux critères d'exclusion limitant l'accès au programme.  
La médication, l'implication des proches, l'absence de barrières linguistiques sont des conditions gagnantes puis qu'elles soutiennent l'efficacité des interventions. Néanmoins, le refus de demandes pour ces raisons est potentiellement discriminatoire et peut brimer les droits des usagers et des usagers dans les situations qui ne présentent aucun risque pour la sécurité des jeunes ou pour autrui. Le jugement clinique devrait prévaloir à l'application de tels critères.

D'autre part, l'implantation du programme à Granby n'a été finalement réalisée qu'à l'hiver 2025. Avec la maturité, l'équipe pourra certainement accroître sa capacité à atteindre entre 6 et 8 suivis actifs chaque mois. Ces données suggèrent que le programme a le potentiel d'atteindre cette cible et, même de la dépasser, considérant l'arrivée d'une nouvelle ressource en mai dans l'équipe.

Les résultats de l'évaluation de l'implantation suggèrent de potentiels bénéfices pour l'organisation sur les plans économiques et de l'efficacité des services. Des mesures supplémentaires seront nécessaires pour optimiser et évaluer les impacts du programme :

- D'analyser l'impact de l'implantation de BSIM SMJ spécialisée sur les changements potentiels des hospitalisations en pédopsychiatrie (par exemple, nombre d'admission et de réadmission, durée moyenne de séjour selon le profil de la clientèle, etc.)
- D'optimiser l'arrimage avec l'unité des adolescents pour développer l'offre d'un congé précoce (courte hospitalisation, quelques jours et moins) avec le soutien de BSIM SMJ spécialisée lorsque pertinente;  
En se basant sur les leçons apprises de la première année du programme, il est suggéré d'impliquer les pédopsychiatres et l'équipe dans les réflexions et l'identification de pistes de solution.

Une autre piste à explorer est l'optimisation du mode de fonctionnement de l'équipe. Au cours de sa première année, l'équipe a privilégié un fonctionnement en dyade, soit à deux intervenantes BSIM SMJ spécialisée, pour la grande majorité des suivis. Selon les membres de l'équipe, la co-intervention répond aux besoins d'intensité et de complexité des cas. Elle contribue notamment à des évaluations plus objectives, à une meilleure compréhension du fonctionnement et de la dynamique des jeunes et de leurs familles dans leur milieu de vie. Ce mode de fonctionnement présente néanmoins de nombreux défis, tels que pour la coordination des horaires. De plus, il contribue à limiter la capacité de l'équipe considérant les enjeux liés à la pénurie ou à l'absence de personnel.

## 4.3 EFFETS PRÉLIMINAIRES

---

Les résultats préliminaires suggèrent que le programme est une alternative possible pour prévenir à court terme certaines hospitalisations et visites aux urgences en travaillant notamment avec le système familial. Le programme permet d'apaiser, de mieux comprendre l'origine de la problématique (pourquoi et comment se maintient-elle au sein de la famille) et de faciliter la communication au sein de la famille.

Le programme répond particulièrement bien aux besoins des parents, ce qui est identifié comme une force. D'une part, une forte majorité des parents rapportent une amélioration de leurs capacités à comprendre et à soutenir leurs jeunes. Bien qu'une amélioration de leurs fonctionnements généraux soit rapportée, les jeunes ont aussi l'impression que le programme apporte une aide plus importante à leurs proches qu'à elles ou eux-mêmes.

Quant aux effets sur le fonctionnement des jeunes dans les autres sphères de leurs vies, ils sont davantage mitigés ou modérés du point de vue des familles et des intervenantes. Selon quelques membres de la communauté interne, un suivi centré davantage sur les besoins en soutien individuel des jeunes serait approprié et bénéfique pour une portion de la clientèle cible, en particulier celle ayant des parents peu ou pas disponibles. Ces jeunes pourraient ainsi mieux comprendre et discuter de leur situation avec leurs proches grâce aux interventions du programme.

## LIMITE DE L'ÉVALUATION

---

Considérant qu'il s'agit d'une implantation initiale, aucun outil de mesure clinique ou groupe de contrôle n'a été utilisé pour mesurer l'efficacité clinique et organisationnelle. Les effets du programme sont limités aux observations et aux perceptions des différentes parties prenantes. En ce qui concerne la prévention des hospitalisations et des visites aux urgences, un examen de l'utilisation des services est requis sur une plus longue période pour valider les constats de l'implantation initiale. Un projet de recherche ou une évaluation des effets est donc suggéré.

L'ouverture du programme auprès du mécanisme d'accès en santé mentale jeunesse, responsable de recevoir et orienter les demandes provenant de la 1<sup>re</sup> ligne, a été réalisée qu'à l'automne 2024 et ne représente qu'une très faible proportion des demandes au programme. Les constats de l'évaluation sont peu représentatifs de l'implantation du programme auprès des services de 1<sup>re</sup> ligne.



L'évaluation se concentre sur la clientèle jeunesse référée au programme et leurs parents. Néanmoins, des observations de l'équipe mettent en lumière que le programme, en travaillant avec le système familial, a rejoint aussi les fratries et lorsqu'il y a lieu, les beaux-parents (famille recomposée). Il serait pertinent d'intégrer leurs perspectives dans une prochaine évaluation pour compléter le portrait des effets du programme.

Pour les consultations, un échantillonnage de convenance a été réalisé pour les questionnaires. Par conséquent, les réponses étaient collectées sur une base volontaire. Étant donné que les réponses étaient anonymes, il est impossible de vérifier la représentativité de l'échantillon avec l'ensemble de la clientèle ciblée ou rejointe par le programme.

Finalement, le coût moyen d'un suivi présenté dans cet avis est limité par les données accessibles en avril 2025 et les différentes estimations réalisées. L'objectif est de fournir une idée de grandeur des coûts, mais une collecte et une analyse de données plus poussées, telle qu'une évaluation économique, est nécessaire pour valider le coût moyen réel.



## 5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le programme a une évaluation principalement positive. Plusieurs jeunes et leurs familles ont d'ailleurs souligné leurs reconnaissances et ont remercié sincèrement l'équipe du programme pour leur aide dans leurs commentaires lors des questionnaires et ses entretiens. Au cours de sa première année, BSIM SMJ spécialisée a permis de rejoindre 50 jeunes ayant une problématique de santé mentale, leurs parents, mais aussi leur fratrie. Au final, ce sont plus de 200 personnes qui ont pu bénéficier, directement et indirectement, du soutien du programme. Les recommandations s'inscrivent dans une optique d'amélioration continue et visent à amorcer des réflexions et des discussions pour optimiser les ressources et les impacts du programme.

Au total, six recommandations ont été émises avec l'objectif d'accroître l'accessibilité du programme auprès de la clientèle jeunesse et d'optimiser les ressources humaines déployées. Une septième recommandation a été émise pour soutenir le suivi et la mesure des retombées du programme.

### Recommandations

| Recommandation |  |
|----------------|--|
| 1              | Reconsidérer les critères d'exclusion pour un refus de la médication et une indisponibilité des parents afin d'assurer un accès équitable et juste au programme. |

Précision : Si la situation ne présente aucun danger pour les jeunes ou pour autrui, le programme peut tout de même être bénéfique pour cette clientèle et amener l'acceptation de la médication ou la participation de la famille. Au final, c'est le jugement clinique des intervenantes qui prévaut lors de l'évaluation de la dangerosité de la situation plutôt que le respect de ces conditions.

### Suggestions :

- L'implication d'une figure significative de la ou du jeune a été suggérée lorsque les parents sont indisponibles. Par exemple, il pourrait s'agir d'un membre de la famille élargie, une voisine ou un voisin, etc.
- L'implication de pédopsychiatre, d'une infirmière praticienne spécialisée ou d'un infirmier praticien spécialisé en santé mentale a été recommandée lors de la révision des critères d'admissibilité dans le précédent avis d'évaluation (5).

| Recommandation |  |
|----------------|--|
| 2              | Évaluer la possibilité de transférer la réception et l'analyse de la recevabilité des demandes de référence pour le BSIM SMJ spécialisée au mécanisme local d'accès en santé mentale jeunesse. |

Précision : Cette recommandation s'adresse de manière plus générale à la direction du programme jeunesse, car, elle dépasse le contexte du programme.

Le MASMJ avait été identifié comme un préalable essentiel au déploiement du programme pour assurer l'accès, la fluidité et la continuité des services (5). Il s'agit d'un moyen permettant d'offrir une prise en charge par le meilleur service disponible, au moment de la demande, du continuum de services en SMJ.

Plus spécifiquement pour le programme BSIM SMJ spécialisée, de potentiels gains sont envisagés pour :

- Alléger une partie de la charge de la SAC du programme;
- Augmenter l'accès au programme en prévention des hospitalisations (préhospitalisation) en provenance de la 1<sup>re</sup> ligne.

| Recommandation |   |
|----------------|---|
| 3              | Définir et baliser un mode de fonctionnement pour la co-intervention, en particulier pour les dyades au sein de l'équipe. |

Précision : Le mode de fonctionnement actuel en dyade présente plusieurs défis de coordination et de gestion. Une optimisation de la co-intervention augmenterait probablement la capacité de l'équipe. Considérant que la co-intervention relève davantage d'une action concertée interdisciplinaire vers l'atteinte d'un même objectif inscrit dans un plan d'intervention interdisciplinaire, des interventions simultanées (même endroit, même moment) par les intervenantes et les intervenants ne sont pas toujours requises.

Suggestions :

- Le maintien des services réguliers actifs et d'une communication bidirectionnelle avec les médecins tout au long du suivi a été proposé.
- La réflexion de la co-intervention en considérant ce qu'il y a de mieux pour la famille avec les partenaires actifs au dossier a aussi été suggérée.

Une discussion pourrait être amorcée entre l'équipe et quelques partenaires pour identifier des pistes de solutions et des initiatives pour favoriser une concertation et une communication efficaces. Cette proposition s'appuie sur le désir d'être mobilisé qui a été exprimé par plusieurs partenaires. De plus, des plans d'intervention interdisciplinaires peuvent être élaborés et déployés en soutien à cette co-intervention.

| Recommandation |  |
|----------------|--|
| 4              | Clarifier les rôles et les responsabilités attendus des membres de l'équipe, y compris pour l'encadrement et la gestion, ainsi que des partenaires de soins de services lors d'un suivi. |

Précision : Entre autres, ces clarifications permettraient d'optimiser la gestion des attentes et de favoriser les collaborations interdisciplinaires et intersectorielles.

Suggestions :

- Lors d'une prise en charge avec l'implication de partenaires, réaliser un plan de service individualisé afin de bien baliser les actions de chacun.
- Une collaboration avec le service de transfert de connaissances et le service des communications pourrait être envisagée pour la clarté du message, la création d'outils informationnels ainsi que leurs diffusions à l'interne et à l'externe.

| Recommandation |  |
|----------------|--|
| 5              | Convenir d'un mode de fonctionnement avec les partenaires locaux en pédopsychiatrie. |

Suggestions :

- Une solution potentielle est d'adopter un horaire synchronisé considérant qu'il s'agit des principaux partenaires, des différences locales de fonctionnement et des disponibilités des pédopsychiatres.
- Une réflexion sur la pertinence de faire venir l'équipe de Granby toutes les semaines à Sherbrooke pour la rencontre d'équipe est suggérée considérant les conflits d'horaire avec les disponibilités des pédopsychiatres locaux, déjà arrimés avec leurs autres partenaires.

| Recommandation |   |
|----------------|---|
| 6              | Réfléchir à une stratégie de soutien à court terme suivant la fin de la prise en charge BSIM. |

Précision : Il a été rapporté lors des consultations que d'avoir un moyen pour communiquer avec l'équipe est rassurant à la clôture d'un suivi en santé mentale et qu'au final, il est peu utilisé par la clientèle.

Suggestions :

- Les parents ont proposé un contact téléphonique planifié 1 à 2 mois ou un moyen pour poser leurs questions après la fermeture du suivi.
- Une représentante d'une ressource alternative en santé mentale suggère d'établir un lien avec un des 25 organismes communautaires locaux en Estrie avant la fin du suivi pour permettre la création d'un lien. Selon elle, l'intervenante ou l'intervenant communautaire pourrait devenir une personne-ressource et offrir son numéro comme ressource à la clôture du suivi BSIM SMJ spécialisée.
- Un groupe de travail impliquant une ressource communautaire pourrait être formé ou le comité aviseur en santé mentale de la DPSMD pourrait être sollicité pour identifier une stratégie de soutien adéquate.

| Recommandation |   |
|----------------|---|
| 7              | Déterminer des indicateurs en adéquation avec les objectifs du programme, tels qu'en prévention des hospitalisations, afin de suivre la progression et les effets du programme. |

Précisions :

- Du soutien-conseil de l'UETMISSS est disponible pour accompagner la gestion du programme dans cette démarche.
- Pour guider les réflexions, une liste d'indicateurs potentiels est présentée par thématique à l'annexe V.
- Bonnes pratiques pour choisir des indicateurs pertinents:
  1. Déterminer ou mettre à jour les objectifs du programme pour une période donnée;
  2. Identifier les données **essentiels** (et, non juste bonnes à savoir) pour évaluer l'atteinte des objectifs ou d'un objectif prioritaire;
  3. Limiter le nombre d'indicateurs;
  4. Cibler des dimensions précises sur lesquelles l'équipe et la direction ont du contrôle;
  5. Planifier la collecte et l'analyse;
    - Établir des cibles et des critères de jugement pour chaque indicateur;
  6. Réviser périodiquement les indicateurs selon l'évolution des besoins.



# ANNEXES

## ANNEXE I. QUESTIONNAIRES

---

### QUESTIONNAIRE DE CLÔTURE DES DOSSIERS (INTERVENANTES BSIM SMJ SPÉCIALISÉE)

*Profil du répondant ou de la répondante*

1. Questionnaire complété
  - a. Rétroactivement (pour les dossiers clos avant septembre 2024)
  - b. À la clôture du dossier
2. Quel est votre rôle au sein de l'équipe SIM? (Qui remplit le questionnaire?)
  - a. Technicien(ne) en éducation spécialisée
  - b. Psychoéducateur(-trice)
  - c. Travailleur(-euse) social(e)
  - d. Spécialiste en activités cliniques
  - e. Autre. Précisez.

*Contexte du suivi*

3. Groupe d'âge du jeune suivi (au début de SIM)
  - a. Moins de 12 ans
  - b. 12 ou 13 ans
  - c. Entre 14 et 17 ans inclus
4. Constellation familiale
  - a. Famille nucléaire
  - b. Famille monoparentale
  - c. Famille recomposée
  - d. Famille d'accueil
  - e. Autre. Précisez.
5. Fratrie
  - a. Non
  - b. Oui. Nombre ?
6. Contexte du suivi
  - a. Suite à une hospitalisation à l'unité des adolescents
  - b. Suite à un séjour en hôpital de jour en pédopsychiatrie
  - c. Jeune n'ayant actuellement aucun service en santé mentale
  - d. Suite à une évaluation à l'urgence de l'hôpital
  - e. Jeune en suivi (CLSC) avec requis d'intensification des services
  - f. Jeune en suivi (clinique externe de pédopsychiatrie) avec requis d'intensification des services
  - g. Autre. Précisez.
7. Raisons de fermeture du dossier
  - a. Atteinte de la durée maximale (12 semaines)
  - b. Atteinte des objectifs d'intervention

- c. Retrait du consentement
- d. Non-collaboration de la famille à l'intervention
- e. Hospitalisation
- f. Autre.

8. Durée du programme actif (nombre de semaines, valeur numérique)

9. Si le programme a dépassé les 12 semaines, pourquoi?

10. Dans le cadre de ce suivi ...

|  | Oui | Non | Ne s'applique pas | Incomplet |
|--|-----|-----|-------------------|-----------|
| deux membres de l'équipe étaient présents à la première visite à domicile.   |     |     |                   |           |
| un plan de sécurité adapté au maintien à domicile a été mis en place.  |     |     |                   |           |
| l'évaluation à domicile a considéré le ou la jeune dans son environnement et s'est intéressée notamment à la fonction de la problématique dans la famille.   |     |     |                   |           |
| les évaluations ont été fréquemment reconduites pour ajuster les interventions (cycle d'évaluation-intervention).  |     |     |                   |           |
| un plan d'intervention a été élaboré en équipe avec la collaboration de la famille.  |     |     |                   |           |
| l'équipe a accompagné les responsables légaux ou la famille pour répondre à leurs besoins en lien avec la problématique.   |     |     |                   |           |
| les donneurs de soin, la fratrie (au besoin) et les partenaires externes ont été impliqués dans les processus.   |     |     |                   |           |
| l'équipe a pris connaissance des services actifs au dossier lors de l'inscription et s'il y a lieu, les a interpellés.   |     |     |                   |           |
| les services déjà présents avant l'introduction du service SIM ont été informés de la présence de SIM, avisés du plan d'intervention, mis sur pause et réintroduits à la semaine 9 d'intervention *. |     |     |                   |           |
| il y a eu une collaboration avec les partenaires externes (par exemple : échanges sur la compréhension clinique, transfert personnalisé, etc.)*.   |     |     |                   |           |
| le suivi a fait l'objet de co-intervention intra-SIM ? (intervention à plusieurs intervenant(e)s en étroite collaboration ou simultanément sur le même objectif clinique)                            |     |     |                   |           |

\* Sous-question conditionnelle à oui ou incomplet : Nommer les services actifs au dossier et les partenaires de soins et de services.



11. À la conclusion du suivi ...

|   | Oui | Non | Ne s'applique pas |
|---|-----|-----|-------------------|
| une rencontre de fermeture a eu lieu avec le jeune et la famille.                                   |     |     |                   |
| un bilan d'intervention a été présenté à la personne qui a référé initialement le cas au programme. |     |     |                   |
| la transition a été planifiée et personnalisée avec le prochain service ou le service en attente.   |     |     |                   |

12. Avez-vous observé une amélioration chez le ou la jeune au terme du suivi concernant...

|  | Oui | Partiellement | Non | Ne s'applique pas |
|--|-----|---------------|-----|-------------------|
| la sévérité des symptômes de sa problématique de santé mentale ? |     |               |     |                   |
| son fonctionnement à la maison ?                                 |     |               |     |                   |
| son fonctionnement scolaire (notamment, la présence à l'école)?  |     |               |     |                   |
| ses relations avec les autres ?                                  |     |               |     |                   |

13. Avez-vous observé une amélioration ...

|  | Oui | Partiellement | Non | Ne s'applique pas |
|--|-----|---------------|-----|-------------------|
| du fonctionnement (communication, cohésion, flexibilité) du système familial ?   |     |               |     |                   |
| de la capacité (compétences) des responsables à soutenir leur jeune dans la gestion de la problématique de santé mentale ? |     |               |     |                   |
| du sentiment d'efficacité personnelle du ou de la jeune et de ses responsables à répondre à une situation similaire ?      |     |               |     |                   |
| de la compréhension clinique des partenaires du fonctionnement du jeune et de la famille.                                  |     |               |     |                   |

14. Commentaires (optionnel)

*Point d'information : Informations supplémentaires que vous souhaitez nous partager (par ex. enjeu spécifique, observations, réflexion en lien avec le suivi)*

15. En dehors de votre équipe, qui sont les personnes avec lesquelles vous avez communiqué ou collaboré dans le cadre de votre prise en charge ou du transfert du dossier (par ex. intervenant(e) scolaire, psychologue, intervenant(e) CSSS ) ?

SVP, indiquez le nom complet et leur courriel ou numéro de téléphone. Merci.

(Cette question a servi pour la liste d'envoi du questionnaire aux partenaires de soins et de services)

## QUESTIONNAIRE EXPÉRIENCE DES JEUNES

### *Profil sociodémographique*

1. Dans quel secteur de l'Estrie habites-tu?
  - a. Des Sources (Asbestos)
  - b. Coaticook
  - c. Granit
  - d. Haut Saint-François
  - e. Haute-Yamaska
  - f. Memphrémagog
  - g. Pommeraie
  - h. Sherbrooke
  - i. Val Saint-François
  - j. Autre. Précise la ville ou la municipalité : \_\_\_\_\_
2. Quel est ton âge ?
  - a. Moins de 12 ans
  - b. 12 ou 13 ans
  - c. Entre 14 et 17 ans inclusivement
3. Quelle est ta situation familiale ?
  - a. Je vis avec mes deux parents.
  - b. Je suis en garde partagée entre mes parents.
  - c. Je vis avec un seul de mes parents.
  - d. Je vis avec un membre de ma famille ou un tuteur/tutrice.
  - e. Je vis en famille d'accueil.
  - f. Autre. Précise : \_\_\_\_\_

### *Contexte du suivi*

4. Au cours de la dernière année (12 derniers mois), as-tu... (Oui ou non)
  - a. visité les urgences pour des raisons de santé mentale ?
  - b. été admis à l'unité de pédopsychiatrie ?
  - c. eu un suivi en pédopsychiatrie (clinique externe) ?
  - d. eu un suivi professionnel en CLSC ?
  - e. eu un suivi professionnel en clinique privé ?
5. Dans quel contexte as-tu commencé le programme SIM ?
  - a. Après une hospitalisation en pédopsychiatrie
  - b. Après une évaluation aux urgences
  - c. À la suggestion de mon ou ma pédopsychiatre
  - d. À la suggestion de mon intervenant ou intervenante que je vois habituellement
  - e. Autre. Précise : \_\_\_\_\_
6. Est-ce que ton suivi avec l'équipe est terminé ?
  - a. Oui
  - b. Non, il est toujours en cours (Redirigé à la question 10)

7. Quelle a été la durée du programme en nombre de semaines ?
8. À la fin du programme, qu'est-ce qui a été proposé pour ta famille et pour toi ? Il est possible de cocher plus d'un choix.
  - a. Suivi par l'équipe de pédopsychiatrie en clinique externe
  - b. Suivi par un intervenant du CLSC
  - c. Suivi par la protection de la jeunesse
  - d. Suivi par un intervenant scolaire
  - e. Attente d'un service
9. Pour quelle raison SIM a pris fin ?
  - a. Atteinte des 12 semaines
  - b. Atteinte des objectifs de mon plan d'intervention
  - c. J'ai retiré mon consentement (j'ai décidé d'arrêter de participer au programme)
  - d. Le programme ne répondait pas à mes attentes
  - e. Autre. Précise : \_\_\_\_\_

#### *Impressions du programme*

10. Est-ce que ces éléments du programme SIM **répondaient à tes besoins** ?  
(Pas du tout, très peu, un peu, beaucoup, ne s'applique pas)
  - a. L'attitude et les comportements (façon d'être) des intervenantes SIM
  - b. Le soutien qu'apporte l'intervenante aux personnes qui habitent avec toi
  - c. Que l'équipe te rencontre dans ton milieu (ex. à ton domicile ou ton école)
  - d. Le nombre de rencontres chaque semaine
  - e. La durée du programme
  - f. Le moyen mis en place pour t'aider
  - g. Le plan d'intervention proposé
11. Dans quelle mesure as-tu ressenti ... (Jamais, rarement, parfois, souvent, toujours.)
  - a. que tu étais écouté(e) ?
  - b. que tu étais en sécurité ?
  - c. que tu pouvais t'exprimer librement
  - d. qu'on demandait ton avis ?
  - e. qu'on t'impliquait dans la prise de décision pour ton plan d'intervention

#### *Expérience générale*

11. Décris-moi ton expérience générale avec le programme SIM en quelques mots ?
12. Sur une échelle de 1 à 10, à quel point SIM t'as aidé dans ta situation ? (1 : pas du tout et 10 : Beaucoup)
13. Sur une échelle de 1 à 10, à quel point SIM a aidé les personnes avec qui tu habites? (1 : pas du tout et 10 : Beaucoup)
14. Qu'as-tu le plus apprécié du programme SIM ?
15. Qu'as-tu moins apprécié du programme SIM ?

16. Recommanderais-tu SIM à d'autres jeunes dans la même situation que toi? Pourquoi?

- a. Oui
- b. Peut-être
- c. Non

## QUESTIONNAIRE EXPÉRIENCE DES FAMILLES OU RESPONSABLES DES JEUNES

### *Profil sociodémographique*

1. Dans quel secteur de l'Estrie habitez-vous ?
  - a. Des Sources (Asbestos)
  - b. Coaticook
  - c. Granit
  - d. Haut Saint-François
  - e. Haute-Yamaska
  - f. Memphrémagog
  - g. Pommeraie
  - h. Sherbrooke
  - i. Val Saint-François
  - j. Autre. Précisez la ville ou la municipalité.
2. Quel âge a votre enfant qui a participé à SIM ?
  - a. Moins de 12 ans
  - b. 12 ou 13 ans
  - c. Entre 14 et 17 ans inclusivement
3. Y a-t-il d'autres enfants qui vivent avec vous ?
  - a. Oui. Combien
  - b. Non
4. Quel type de famille représente votre situation actuelle ? \*
  - a. Famille nucléaire (couple vivant avec ses enfants)
  - b. Famille monoparentale
  - c. Famille recomposée
  - d. Famille d'accueil
  - e. Autre. Précisez.

### *Contexte du suivi*

5. Au cours de la dernière année (12 derniers mois), votre enfant a-t-il... (Oui ou non)
  - a. visité les urgences pour des raisons de santé mentale ?
  - b. été admis à l'unité de pédopsychiatrie ?
  - c. eu un suivi en pédopsychiatrie (clinique externe)?
  - d. eu un suivi professionnel en CLSC ?
  - e. eu un suivi professionnel en clinique privée ?
6. Dans quel contexte avez-vous commencé un suivi avec l'équipe SIM ?
  - a. Après l'hospitalisation de votre jeune en pédopsychiatrie
  - b. Après une visite et une évaluation aux urgences
  - c. À la suggestion du pédopsychiatre
  - d. À la suggestion de l'intervenant ou de l'intervenante du ou de la jeune
  - e. Autre. Précisez.

7. Est-ce que votre jeune et vous avez complété le programme, c'est-à-dire atteint les 12 semaines proposées par le programme ?
- a. Oui
  - b. Non, le suivi a été arrêté en cours de route.  
(Question supplémentaire s'affiche : pour quelle raison le programme a-t-il été arrêté ?)
  - c. Le suivi est toujours en cours

#### *Participation et engagement*

8. Au cours du suivi par l'équipe ... (Jamais, rarement, parfois, souvent, toujours)
- a. Avez-vous manqué des rendez-vous ou des rencontres planifiées avec un membre de l'équipe ?
  - b. Étiez-vous disponible ou prêt(e) à collaborer avec l'équipe pour le suivi ?
  - c. Avez-vous appliqué les outils et les conseils de l'équipe entre les visites ou lorsque la situation s'y prêtait ?

#### *Expérience*

9. Décrivez-moi votre expérience avec le programme SIM en quelques mots.
10. Qu'avez-vous le plus apprécié du suivi que vous ou votre famille avez reçu, pourquoi ?
11. Qu'avez-vous le moins apprécié du suivi que vous ou votre famille avez reçu, pourquoi ?
12. Au cours du suivi, avez-vous eu le sentiment ... (oui, parfois, non)
- a. qu'on vous écoutait et que votre situation était prise en compte ?
  - b. que vos attentes et vos besoins avaient de l'importance ?
  - c. qu'on vous respectait ?
  - d. qu'on vous consultait ou qu'on vous impliquait dans les décisions et le choix des moyens envisagés ?
  - e. que vous contribuiez à la mise en place de solutions ?
13. Si l'on compare à votre situation avant le début du programme, jugez-vous que SIM ait eu un impact positif sur ...(Oui, en partie, non, ne le sais pas)
- a. votre capacité à comprendre votre jeune ?
  - b. votre capacité à soutenir votre enfant dans une situation similaire ?
  - c. le fonctionnement général de votre enfant ?
  - d. le fonctionnement de votre enfant à l'école (présence en classe et comportement) ?
  - e. les relations de votre enfant avec les autres (relations interpersonnelles) ?
  - f. le fonctionnement à la maison ?
16. Recommanderiez-vous le programme SIM à des familles dans la même situation que vous ? Pourquoi ?
- a. Oui
  - b. Peut-être
  - c. Non
17. Avez-vous des commentaires, des précisions ou des suggestions ?

18. Au besoin, accepteriez-vous que l'on vous contacte pour obtenir des précisions ?
- a. Oui. Si vous êtes intéressé(e), veuillez inscrire votre nom, adresse courriel ou numéro de téléphone ici.
  - b. Non

## QUESTIONNAIRE EXPÉRIENCE DES PARTENAIRES DE SOINS ET DE SERVICES

### *Profil du répondant ou de la répondante*

16. Dans quel réseau local de service (RLS) travaillez-vous?
- a. Des Sources (Asbestos)
  - b. Coaticook
  - c. Granit
  - d. Haut Saint-François
  - e. Haute-Yamaska
  - f. Memphrémagog
  - g. Pommeraie
  - h. Sherbrooke
  - i. Val Saint-François
17. Dans quels milieux ou secteurs exercez-vous vos fonctions ? (Plus d'un choix possible)
- a. Scolaie
  - b. Organisme communautaire
  - c. Privé
  - d. Clinique externe
  - e. Milieu hospitalier
  - f. CLSC ou CSSS
  - g. Groupe de médecine familiale (GMF)
  - h. Autre. Précisez :
18. Quel titre d'emploi occupez-vous ?
- a. Intervenant(e) psychosocial(e)
  - b. Médecin spécialiste (pédopsychiatre, pédiatre ...)
  - c. Médecin de famille
  - d. Personnel infirmier
  - e. Gestion
  - f. Autre. Précisez

### *Expérience de collaboration*

19. Dans quel contexte avez-vous collaboré avec un membre de l'équipe SIM ? (Question à choix multiple, plus d'une réponse possible)
- a. Discussion à la suite d'une demande de référencement à SIM
  - b. Arrimage pour les soins et services
  - c. Échange de renseignements pour la prise en charge par SIM
  - d. Transfert de dossier
  - e. Autre . Précisez
20. Sur une échelle de 1 à 10, comment se sont déroulées vos interactions ou vos collaborations ?
21. Qu'avez-vous le plus apprécié de l'arrimage ou de la collaboration avec l'équipe SIM ?  
(Question ouverte)
22. Qu'avez-vous moins apprécié de l'arrimage ou la collaboration avec l'équipe SIM ?  
(Question ouverte)



23. En se basant sur votre expérience, considérez-vous que ce programme **répond aux besoins...**  
(Question de Likert : Tout à fait d'accord, d'accord, en désaccord, fortement en désaccord, je ne sais pas)
- a. Des jeunes ayant une problématique de santé mentale
  - b. De leurs parents ou leurs responsables légaux
  - c. De votre organisation
24. Pourquoi ? Expliquez brièvement votre réponse à la question précédente.
25. Avez-vous d'autres éléments que vous souhaitez partager en lien avec le service ?



## ANNEXE II. GUIDES D'ENTRETIEN

---

### ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ AVEC LES INTERVENANTES BSIM SMJ SPÉCIALISÉE

#### Thème 1 : Réponse à la problématique

Question 1- Selon vous, dans quelle mesure SIM répond à **la problématique de départ de l'organisation**? Pourquoi ? Expliquez votre réponse.

- Autrement, est-ce que le programme SIM répond à la problématique d'accès à des services spécialisés en santé mentale pré-post hospitalisation et à l'enjeu de maintien sécuritaire dans le milieu? Si oui, comment? Si non, pourquoi?

Question 2- Selon vous, la clientèle rejointe est-elle bien la clientèle visée? Expliquez votre réponse.

Question 3- Selon vous, dans quelle mesure SIM répond **aux besoins de la clientèle rejointe** ? Pourquoi ? Expliquez votre réponse.

Note : S'il y a lieu, renommer les aspects de réponse aux besoins de la clientèle soulevés à la question 1 et demander s'il y a d'autre.

#### Thème 2 Facteurs de participation des jeunes et des familles

Question 4- Qu'est-ce que la participation à SIM demande au jeune et à sa famille?

Question 5- Selon votre expérience, qu'est-ce qui motive un(e) jeune et/ou une famille à participer (à s'investir) dans le programme? Qu'est-ce qui fait qu'ils vont participer plus (s'investir plus) ?

Note : S'il y a lieu, renommer les aspects de réponse soulevés aux précédentes questions et demander s'il y a d'autre.

Question 6- Selon votre expérience, quels sont les défis auxquels les jeunes et/ou les parents (ou la famille) font face lors de leur participation au programme SIM ? Qu'est-ce qui fait qu'ils vont moins participer ?

Note : S'il y a lieu, renommer les aspects de réponse soulevés aux précédentes questions et demander s'il y a d'autre.

#### Thème 3 : Qualité des processus

Question 7 – Co-intervention de l'équipe (intra-SIM)

Les prises en charge des jeunes et de leur famille par l'équipe SIM se font en co-interventions interdisciplinaires. Comment percevez-vous cette prise en charge conjointe?

Question 8- Expérience avec les partenaires de soins et de services

Comment décririez-vous la mobilisation, la collaboration et les arrimages avec les partenaires de soins et de services?

Question 9- Soutien et encadrement

Comment décririez-vous le soutien et l'encadrement \* que vous recevez en tant qu'intervenante SIM depuis votre accueil dans l'équipe ? Dans quelle mesure cela répond-il à vos besoins?

\* Soutien et l'encadrement clinique, y compris l'accueil et les formations

**Commentaire**

Question 10 - Avez-vous autre chose que vous souhaitez me partager concernant votre expérience en tant qu'intervenante SIM?

**Thème 1 : Déploiement effectué BSIM**

**Question 1-** Quelles sont les grandes étapes de l'implantation qui ont été franchies et à quel moment?

**Question 2-** Comment s'est passée l'implantation dans les deux points de service (Sherbrooke et environs, Haute-Yamaska)?

- Si c'était à refaire, que ferais-tu différemment et que ferais-tu de la même manière? Enjeux rencontrés et bons coups ?

**Thème 2 Adoption du programme et admissibilité**

**Question 3-** Comment se déroule concrètement le processus de réception et d'analyse des demandes incluant leurs provenances?

- Quels sont les forces et les enjeux que tu rencontres?

**Question 4-** Dans quelle mesure les demandes correspondent-elles aux critères du programme ? S'il y a lieu, expliquez les différences observées.

**Question 5-** Quels sont les principaux motifs de refus de service SIM nommés par les jeunes et leur famille ?

**Question 6 –** À ton avis, le programme a-t-il été adopté dans les pratiques des services spécialisés (cliniques externes, urgences et unité) ? Expliquez votre réponse.

**Thème 3 : Processus**

**Question 7 –** Co-intervention de l'équipe (intra-SIM)  
Comment perçois-tu le travail interdisciplinaire de l'équipe?

**Question 8-** Expérience avec les partenaires de soins et de services

Comment décririez-vous la mobilisation, la collaboration et les arrimages avec les partenaires de soins et de services?

**Question 9-** Soutien et encadrement

Selon toi, quels sont les apports et les défis du soutien et de l'encadrement offert à l'équipe ?

\* y compris l'accueil et les formations

**Sommaire : Réponse à la problématique**

**Question 10-** Considérant ce que tu m'as partagé, dirais-tu que SIM répond à la problématique de départ de l'organisation? Pourquoi ?

- Autrement dit, est-ce que le programme SIM répond à la problématique d'accès à des services spécialisés en santé mentale pré-post hospitalisation et à l'enjeu de maintien sécuritaire dans le milieu? Si oui, comment? Sinon, pourquoi?

- Y a-t-il des besoins non répondus ? Si oui, lesquels, pour quel profil de jeunes/familles ou quel contexte ?

#### **Commentaire**

**Question 11** – As-tu autre chose que tu souhaiterais me partager concernant le programme en général ou ton expérience en tant que spécialiste en activités cliniques ?

**Thème 1 : Exigences et bénéfices à participer au programme du point de vue des familles**

Question 1 - Qu'est-ce que ça vous a demandé de participer au programme?

(Par exemple, en termes de temps, énergie, argent ...)

**Thème 2 : Participation : leviers, barrières, conditions de succès**  
**Qu'est-ce qui entre en jeu (influence) le niveau de participation des familles?**

Question 2 – Selon votre expérience, qu'est-ce qui motive une famille à participer (à s'investir) dans le programme? Qu'est-ce qui fait qu'une famille va participer plus (davantage)?

Question 3 - Selon votre expérience, quels sont les défis auxquels les parents (ou la famille) font face lors de leur participation au programme SIM ? Qu'est-ce qui fait qu'une famille va participer plus (s'investir plus)?

**Thème 3 Réponse aux besoins et aux attentes des parents, des familles ou autres responsables légaux.**

Question 4 - Au final, est-ce que ça répond à vos besoins et aux attentes?

- Si oui, comment?
- Sinon, pourquoi?  
En partie, comment et pourquoi?

**Commentaire**

Question 5 - Avez-vous d'autres commentaires, suggestions ou autres ?

## ENTRETIEN DE GROUPE AVEC LA PÉDOPSYCHIATRIE

Il s'agit du guide d'entretien des agentes de programmation, de planification et de recherche de la DPJe. Elles l'ont utilisé en juin 2024 auprès du personnel de la pédopsychiatrie à Sherbrooke pour discuter de leur connaissance du programme. Ce même guide a été repris par la responsable de l'évaluation en mars 2025 pour reproduire la démarche auprès de l'équipe de la pédopsychiatrie de Granby.

- Connaissance de programme
  - Présence à la présentation
  - Documents reçus / lus ou non?
  - Seulement entendu parler / par qui?
  - Ne connais pas : quel serait le moyen le plus efficace pour en prendre connaissance?
- Si connaissance :
  - Que pensez-vous des critères?
  - Avez-vous déjà référé? Accepté ou refusé? Perception?
  - Façon de référer? Facile ou obstacles?
  - Présentation du programme aux parents et au jeune – connaissance de ce qui doit être nommé
  - Différence entre programme CAFE et SIM?
- Confiance au programme
  - Efficacité
- Commentaires généraux ou suggestions



## ANNEXE III. CRITÈRES DU PROGRAMME BSIM SMJ SPÉCIALISÉE (SEPT. 2024)

---

### CRITÈRES D'INCLUSION DU PROGRAMME

- ☒ Volontariat ; Le ou la jeune et sa famille sont volontaires pour participer au processus d'intervention systémique familiale.
- ☒ Patient présentant :
  - Une problématique de santé mentale aiguë ou grave nécessitant une intervention en raison de leur gravité et de leur impact sur le fonctionnement;
  - Un risque suicidaire orange (élevé) 2 ET ayant reçu des services d'une intensité adéquate, nécessitant une intervention intensive pour prévenir une hospitalisation;
  - Une situation de post-hospitalisation qui nécessite une intensité de service pour se réadapter à leur contexte de vie naturel.
- ☒ Filet de sécurité ; Présence d'un filet de sécurité<sup>3</sup> suffisant dans le milieu naturel.
- ☒ Partage de renseignements ; Obtention d'autorisation de partage de renseignements confidentiels avec les partenaires au dossier (CLSC, école, DPJ, organismes communautaires, etc.) concernant le jeune.
- ☒ Avis médical ; Un avis médical est requis pour les problématiques suivantes : trouble de conversion, mutisme sélectif, trouble bipolaire, trouble de stress post-traumatique et trouble des conduites alimentaires.

### CRITÈRE D'EXCLUSION DU PROGRAMME

- ☒ Premiers épisodes psychotiques (PEP) ; Jeune présentant une problématique de nature psychotique pouvant être prise en charge par le programme PEP.
- ☒ Milieu violent ; Milieu de vie violent (violence familiale, conjugale, etc.) sans prise en charge adéquate par la protection de la jeunesse.
- ☒ Hétéroagressivité ; Potentiel hétéroagressif du jeune ou d'un membre de la famille envers les intervenants.
- ☒ Parents indisponibles ; Parents indisponibles au plan affectif, psychologique ou cognitif (p. ex. trouble de santé mentale décompensée, déficience intellectuelle, TSA grade 2, etc.) limitant la possibilité d'une intervention intensive et court terme efficace.
- ☒ Langue ; La famille doit pouvoir s'exprimer en français et/ou en anglais (si ouverture de poste bilingue). L'intervention systémique par le biais de traducteurs n'est pas recommandée dans un contexte de prise en charge intensive de 12 semaines.
- ☒ Symptômes du système ; Les symptômes (évitement scolaire, mutisme sélectif, trouble des conduites alimentaires, etc.) permettent d'évaluer la gravité d'une problématique pédopsychiatrique, mais ne
- ☒ Mandat exclusif d'évaluation ; Pour obtenir des observations fiables dans le milieu naturel, il est essentiel que les professionnels établissent une alliance thérapeutique solide avec le ou la jeune et sa famille.
- ☒ Pharmacologique ; Jeune qui refuse la médication recommandée par un ou une pédopsychiatre ou pour qui la médication n'est pas suffisamment ajustée qu'il ou elle soit disponible à une intervention psychosociale



## ANNEXE IV. ESTIMATION DU COÛT MOYEN D'UN SUIVI

En avril 2025, les données financières disponibles pour le calcul couvraient les périodes P1 à P8, ce qui correspond aux données cliniques suivantes :

| Données                             | Couverture                     |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| Calendrier                          | Début mars à fin novembre 2024 |
| Période financière                  | P1 à P8                        |
| Demandes de référence               | 40                             |
| Inscriptions au programme           | 30                             |
| Suivis BSIM SIMJ spécialisée fermés | 23                             |

Données détaillées des 23 suivis fermés en date du 30 novembre 2024

| Statut ou raison de fermeture des dossiers | Nombre | Durée (jours) |         |          |          |
|--|--------|---------------|---------|----------|----------|
|  |        | Moyenne       | Médiane | Minimale | Maximale |
| Suivi complété                             | 14     | 85.9          | 84.9    | 72       | 113      |
| Abandon                                    | 5      | 38.6          | 35.0    | 3        | 75       |
| Transfert                                  | 1      | 28            | -       | -        | -        |
| Refus après évaluation                     | 3      | 12.7          | 15      | 4        | 19       |
| Total                                      | 23     | 63.6          | 80.0    | 3        | 113      |

Moyenne des heures réalisées par l'équipe dans le cadre de 23 suivis

|   | Interventions | Rédaction | Déplacement |
|---|---------------|-----------|-------------|
| Professionnelles (TS, psychoéducatrice) | 20.5 h        | 7.8 h     | 9.2 h       |
| Technicienne en éducation spécialisée   | 15.0 h        | 14.9 h    | 6.9 h       |
| SAC                                     | 1.7 h         | -         | -           |
| Total                                   | 37.2 h        | 22.7 h    | 16.1h       |
| Grand total                             | 76 h          |           |             |

### Estimation du coût moyen d'un suivi

| Charge  | Taux moyen | Unité  | Montant moyen     |
|---|------------|--------|-------------------|
| Salaire normal  | 43.27 \$/h | X 76 h | 3288.52 \$        |
| Primes, avantages sociaux et charges sociales   | 15.22 \$/h | X 76 h | 1156.72 \$        |
| Frais de déplacement  | -          | -      | 535.61 \$         |
| Fournitures de bureau<br>(formulaire, livres et abonnement, fournitures de bureau)  | -          | -      | 19.93\$           |
| Dépenses diverses pour les activités thérapeutiques<br>pédopsychiatrie  | -          | -      | 65.13\$           |
| <b>Total</b>  |            |        | <b>5065.91 \$</b> |
| <p>Note : Résultat à interpréter avec prudence.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les données proviennent des premières phases d'implantation du programme.</li> <li>Les frais de déplacement et de matériels sont probablement surestimés pour un suivi. Ils ont été estimés à partir des données financières disponibles, qui comprennent les frais pour l'ensemble des charges du programme, ce qui inclut celles des suivis en cours et des autres activités de l'équipe (ex. déplacement pour formation). En effet, le calcul utilisé était (montant réel <sub>P1-P8</sub>) / (nombre de suivis terminés).</li> <li>Au total, 23 des 30 suivis étaient terminés en date du 30 novembre 2024.</li> </ul> |            |        |                   |

### Comparateur : Hospitalisation au Québec pour les 8 à 17 ans entre 2017 et 2022

| Groupe de maladies  | Coût hospitalier moyen (\$) | Durée de séjour moyenne (jours) |
|---|-----------------------------|---------------------------------|
| 672- Troubles mentaux divers                                    | 10 006,14                   | 8,6                             |
| 673- Trouble de l'alimentation                                  | 27 066,00                   | 18,6                            |
| 678- Troubles schizotypiques ou délirants                       | 9 356,15                    | 16,0                            |
| 683- Troubles de la personnalité et du comportement             | 5 133,70                    | 7,2                             |
| 684- Trouble obsessionnel compulsif                             | 11 491,16                   | 14,8                            |
| 685- Trouble somatoforme ou dissociatif                         | 6 224,24                    | 6,0                             |
| 686- Trouble anxieux  | 8 911,04                    | 6,4                             |
| 687- Réaction à un facteur de stress ou trouble de l'adaptation | 6 147,00                    | 5,7                             |
| 689- Trouble bipolaire  | 13 207,10                   | 20,4                            |
| 691- Trouble bipolaire, dépression sévère                       | 13 484,80                   | 24,2                            |
| 693- Épisode dépressif  | 10 008,60                   | 13,1                            |
| 694- Trouble de l'humeur (affectifs)                            | 7 303,48                    | 8,8                             |
| 697- Troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels      | 7 387,29                    | 5,8                             |
| <b>Total général</b>  | <b>10792,23</b>             | <b>12,0</b>                     |

Source : Institut canadien de l'information en santé, 2025 (9)

## ANNEXE V. INDICATEURS DE PERFORMANCE POTENTIELS POUR LE SUIVI ET LA MESURE D'UN PROGRAMME

Il s'agit d'une liste non exhaustive d'indicateurs d'évaluation de la performance. Ils sont basés sur la matrice d'évaluation de ce projet (3), l'échange d'informations avec l'UETMI du CUSM sur les alternatives à l'hospitalisation ainsi que le document de travail du gouvernement du Québec de 2023 intitulé *Analyse projet alternative à l'hospitalisation*.

Il est suggéré d'adopter un comparateur ainsi qu'une cible pour les indicateurs de performance. Les comparaisons peuvent être réalisées avec des données historiques (avant et après l'implantation par exemple) ou entre les différentes alternatives pour une même clientèle (avec ou sans le programme).

| Dimension mesurée                         | Aspect                                    | Indicateur de performance  |
|---|---|--|
| Accessibilité                             | Accès au programme                        | Taux d'admission au programme <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de dossiers référés au programme</li> <li>Nombre de dossiers pris en charge par le programme</li> <li>Origine des demandes de référence</li> </ul>   |
|   | Refus des demandes                        | Taux de refus des demandes <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de dossiers refusés</li> <li>Raison de refus</li> </ul>   |
|   | Profil démographique (Clientèle rejointe) | <ul style="list-style-type: none"> <li>Profil des jeunes : Âge moyen, sexe</li> <li>Raison de référence</li> <li>Nombre de personnes distinctes suivies par cas (incluant les jeunes, les parents, les beaux-parents et la fratrie par exemple)</li> </ul>   |
| Efficience du programme                   | Délai de réponse à la demande             | Délai entre la demande et le début du programme  |
|   | Durée des suivis                          | Durée de la prise en charge (jours ou en semaines)   |
|   | Intensité                                 | Nombre de rencontres ou d'heures d'intervention par dossier  |
|   | Économique                                | Coût moyen d'un suivi  |
| Efficacité sur l'utilisation des services | Prévention des hospitalisations           | Taux d'admission et de réadmission pendant le programme ou à l'intérieur d'une période donnée cible après le programme <sup>7</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'admissions à l'unité de pédopsychiatrie</li> <li>Fréquence par jeune</li> <li>Durée moyenne de séjour</li> <li>Raison d'admission</li> </ul> |

<sup>7</sup> Les durées post-suivies pour des mesures d'efficience varient dans la littérature selon l'étude(1). Il y a des exemples à 30 jours, 3 mois, 6 mois et 1 an.

|                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
|                             | Prévention des visites aux urgences pour des raisons de santé mentale | <p>Taux de visites aux urgences pendant le programme ou à l'intérieur d'une période donnée cible après le programme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de jeunes qui ont visité les urgences</li> <li>• Fréquence des visites par jeune</li> <li>• Raison des visites</li> </ul>                              |
| Efficacité sur la clientèle | Adhésion au programme   | <p>Taux d'adhésion (programme complété) par les jeunes et par les familles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de jeunes ayant complété le programme (atteinte des objectifs ou de la durée maximale)</li> <li>• Nombre de transfert réalisé vers un autre service</li> <li>• Raison des transferts</li> </ul> |
|                             | Abandon et refus des services   | <p>Taux d'abandon et de refus des services par les jeunes et les familles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de refus des services</li> <li>• Nombre de jeunes et de familles qui abandonnent le programme</li> <li>• Raison de refus ou d'abandon</li> </ul>   |
|                             | Développement de l'autogestion  | <p>Sentiment de compétences des parents et des jeunes à la clôture du suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentiment d'être outillé</li> <li>• Sentiment des familles de mieux comprendre et soutenir leur jeune dans la gestion de sa problématique de santé mentale</li> </ul>                                 |
| Satisfaction                | Partenaires de soins et de services                                   | Taux de satisfaction des partenaires de soins et de services (pédopsychiatres, pédiatres, etc.)  |
|                             | Pertinence du point de vue de la clientèle                            | Taux de recommandation de la clientèle à d'autres personnes ou familles dans une situation similaire   |

# BIBLIOGRAPHIE

1. Bouchard MP. Avis d'évaluation: Optimisation de l'offre de service des traitements intensifs en santé mentale pour les jeunes de 13-17 ans en situation de crise psychopathologique [Internet]. 2024. Disponible sur: [https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/UETMISSS/2024/RAPP\\_avis\\_pedo\\_psy\\_avis\\_d\\_%C3%A9valuation.pdf](https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/UETMISSS/2024/RAPP_avis_pedo_psy_avis_d_%C3%A9valuation.pdf)
2. SIM pédopsychiatrie, UETMISSS. Bref suivi intensif dans le milieu en santé mentale jeunesse spécialisée : Description de programme. CIUSSS de l'Estrie - CHUS; 2024.
3. Bouchard MP. Évaluation du programme Bref suivi intensif dans le milieu de vie en santé mentale jeunesse spécialisée (BSIM SMJ spécialisée : Note de cadrage et plan de réalisation [Internet]. CIUSSS de l'Estrie - CHUS: Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS); 2024 p. 30. Disponible sur: <https://www.santeestrie.qc.ca/savoirs-et-innovations/uetmisss> (Publication à venir)
4. Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B, Rabin B, Smith ML, Porter GC, et al. RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. *Front Public Health*. 29 mars 2019;7:64.
5. Graham ID, Logan J. Innovations in knowledge transfer and continuity of care. *Can J Nurs Res Rev Can Rech En Sci Infirm*. juin 2004;36(2):89-103.
6. Massuard M. Guide pour accompagner l'implantation de pratiques prometteuses dans un établissement: Soutien à l'implantation de pratiques prometteuses et au transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-516-04W.pdf>
7. Ziam S, Chouinard LJ, Lanoue S, McSween-Cadieux E, Lane J, Dagenais C, et al. Guide pour structurer la planification et l'évaluation de vos stratégies de mobilisation des connaissances [Internet]. Équipe Renard; 2024 [cité 21 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.equiperenard.org/post/guides-d-évaluation>
8. Stone EG. Evidence-Based Medicine and Bioethics: Implications for Health Care Organizations, Clinicians, and Patients. *Perm J*. déc 2018;22(4):18-030.
9. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Estimateur des coûts par patient [Internet]. [cité 7 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.cihi.ca/fr/estimateur-des-couts-par-patient>

**Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Estrie – Centre  
hospitalier universitaire  
de Sherbrooke**

**Québec**

