

Université de Montréal

**L'expérience des jeunes, des parents et des intervenants impliqués dans le volet
pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine**

par Marie-Laurence Guay

Département de psychologie, Université de Montréal
Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en psychologie

Août, 2017

©Marie-Laurence Guay, 2017

RÉSUMÉ

Ce projet s'intéresse aux jeunes qui présentent un trouble lié à l'usage de substances associé à des troubles mentaux concomitants. Pour ceux-ci, la complexité et la multitude de leurs besoins font en sorte que plusieurs éprouvent de la difficulté sur le plan de l'accès et de la continuité des services (Carter, Watson et Manion, 2014 ; Kirby et Keon, 2006 ; Swenson et Bradwejn, 2002), particulièrement lors de leur transition des services pédiatriques vers les services de santé pour adulte. Une mauvaise fluidité lors de ce passage peut mener à un désengagement des services, ou un abandon, ayant un impact négatif quant au pronostic de rétablissement ainsi qu'à un arrêt ou un retard dans la continuité de leurs traitements (Singh, 2009). C'est dans l'optique de diminuer les risques liés à une transition difficile et d'offrir un service adapté aux besoins spécifiques de ces jeunes adultes que le volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine (CCL) offre un service de traitement intégré pour les jeunes de 14 à 25 ans.

La présente étude qualitative s'est intéressée à l'expérience des jeunes, des parents et des intervenants impliqués dans le volet pédopsychiatrique de la CCL. À l'aide d'entrevues semi-structurées, cette étude de cas avec points de vue multiples a permis de comprendre et de décrire le degré de satisfaction des participants, le bilan de leur expérience de collaboration entre les intervenants et les établissements ainsi que leurs recommandations concernant les services reçus et offerts dans le cadre du volet pédopsychiatrique de la CCL.

Des résultats se dégagent plusieurs éléments satisfaisants associés à la participation à ce programme, tels que l'implication parentale, l'établissement de diagnostics ainsi que la facilité d'accès à des professionnels. Cependant, ressortent également des éléments moins satisfaisants tels que des lacunes sur les plans organisationnel et clinique et le manque de suivi suite à l'évaluation multidisciplinaire.

Ainsi, ce projet de recherche a permis de mettre en lumière la nécessité de la mise en place de programmes spécialisés dans le traitement des troubles concomitants chez les jeunes adultes en transition dans les services de santé. Cette étude met également de l'avant les défis et les difficultés associés à la mise en place du programme sous étude. Ainsi, cette étude permet de faire des recommandations afin d'améliorer le volet pédopsychiatrique de la CCL ou de servir d'inspiration à d'autres programmes lors de la mise en œuvre de ceux-ci. Ces éléments incluent la définition d'une structure organisationnelle et clinique claire, l'implantation d'un poste d'intervenant pivot ainsi que l'adaptation de l'évaluation et du traitement à la situation unique et complexe de chaque usager.

Mots-clés : Transition, troubles concomitants, adultes émergents, traitements intégrés, étude qualitative

ABSTRACT

This project focuses on emerging adults presenting mental health and substance use co-occurring disorders. The high number and complexity of their needs mean that a large number have difficulties accessing and remaining in services (Carter, Watson and Manion, 2014, Kirby and Keon, 2006, Swenson and Bradwejn, 2002), particularly during their transition from paediatric to adult health services. Poor fluidity during this transition may lead to a disengagement or abandonment of services that may have a negative impact on the recovery prognosis and the continuation of their treatment (Singh, 2009). In order to reduce the risks associated with a difficult transition and to offer an adapted service to the specific needs of these young adults, the *volet pédopsychiatrique – the child psychiatry section* - of the Cormier-Lafontaine Clinic (CLC) offers integrated treatment services for persons between 14 and 25 years old.

The aim of this qualitative study is to examine the experience of emerging adults, parents and professionals involved in the program offered by the CLC. Using semi-structured interviews, this case study with multiple perspectives describes the level of satisfaction among participants, the experience of collaboration between professionals and institutions, and the recommendations of our participants concerning the services received or offered in the *child psychiatry section* of the CLC.

Results show several satisfactory elements associated with the participation in this program, such as parental involvement, diagnostic assessment, and easier access to different professionals. However, there is also less satisfying elements including an absence of organizational and clinical structure and a lack of follow-up following the interdisciplinary assessment.

This research project highlighted the need for specialized programs in the treatment of co-occurring disorders among young adults transitioning in health services. This study also highlights the challenges associated with the implementation of the program under study. Thus, this study makes recommendations to improve the *child psychiatry section* of the CLC or to serve as inspiration for other programs. These suggestions include defining clear organizational and clinical structures, implementing a case manager for every user and adapting evaluation and treatment to the unique and complex situation of each user.

Keywords : Transition, co-occurring disorders, emerging adulthood, integrated treatment, qualitative study

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	iii
ABSTRACT	iv
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES SIGLES	viii
REMERCIEMENTS	x
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	11
CHAPITRE 2 : CONTEXTE THÉORIQUE ET EMPIRIQUE	14
2.1. Concepts clés	14
2.1.1. Troubles mentaux	14
2.1.2. Troubles liés à l’usage de substances psychoactives.....	15
2.1.3. Troubles concomitants	17
2.1.4. Adultes émergents (Emerging Adulthood).....	18
2.2. Recension des écrits	19
2.2.1. Prévalences des troubles chez les 15-25 ans	19
2.2.1.1. Prévalence des troubles mentaux	20
2.2.1.2. Prévalence des TUS	21
2.2.1.3. Prévalence des troubles concomitants	22
2.2.2. Transition dans les services	23
2.2.2.1. Lacunes organisationnelles	23
2.2.2.2. Lacunes cliniques	25
2.2.3. Adultes émergents et adaptation des traitements	26
2.2.3.1. Les besoins	26
2.2.3.2. L’implication parentale	27
2.2.3.3. Les traitements intégrés	28
2.2.4. Modèle australien	30
2.3. Le volet pédopsychiatrique de la CCL	31
2.3.1. Bref descriptif	31
2.3.2. Le développement d’un programme guidé par les meilleures pratiques : besoins en recherche	32

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	33
3.1. Objectifs de la recherche	33
3.2. Devis de recherche	34
3.3. Population et échantillonnage	35
3.4. Considérations éthiques	37
3.5. Déroulement de la recherche	39
3.6. Outils de collecte de données	40
3.7. Analyses	41
3.8. Valeur de la recherche	43
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS	44
4.1. Perception du volet pédopsychiatrique de la CCL	44
4.1.1. Aspects appréciés	45
4.1.2. Bénéfices de la participation	49
4.1.3 Attentes	54
4.1.4. Insatisfactions/limites	55
4.2. Collaboration	58
4.2.1. Dimensions satisfaisantes	58
4.2.2. Dimensions insatisfaisantes	61
4.3. Recommandations des participants	66
CHAPITRE 5 : DISCUSSION	71
5.1. Interprétation des résultats	71
5.1.1. Rappel des objectifs de recherche	71
5.1.2. Implication parentale	71
5.1.3. Collaboration et partage des expertises	72
5.1.4. Pertinence du programme	74
5.1.5. Lacunes organisationnelles et cliniques	75
5.2. Forces et limites de l'étude	77
5.2.1. L'échantillon	77
5.2.2. Les forces de l'étude	79
5.2.3. Les limites de l'étude	79
5.3. Retombées et recommandations cliniques	80
5.3.1. Intervenant pivot	81

5.3.2. Offre de service	81
5.3.3. Flexibilité	82
CONCLUSION	84
BIBLIOGRAPHIE	85
ANNEXE 1 : Formulaire de consentement au contact	i
ANNEXE 2 : Formulaire de consentement parents et intervenants.....	ii
ANNEXE 3 : Formulaire de consentement pour les jeunes	vii
ANNEXE 4 : Grille d’entrevue	xii
ANNEXE 5 : Grille de codification	xvii

LISTE DES SIGLES

APA : American Psychiatric Association

ASAM : American Society of Addiction Medicine

CAMH : Centre de toxicomanie et de santé mentale

CCL : Clinique Cormier-Lafontaine

CCLAT : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

CCSA : Canadian Center on Substance Abuse

CER : Comité d'éthique à la recherche

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIM-10 : Classification internationale des maladies, dixième édition

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux

CRDM-IU : Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut Universitaire

DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition

DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition

ISQ : Institut de la statistique du Québec

IUSMM : Institut universitaire en santé mentale de Montréal

MHCC : Mental Health Commission of Canada

NIMH : National Institute of Mental Health

NYMHF : National Youth Mental Health Fondation

OMS : Organisation Mondiale de la santé

SAMHSA : Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SCP : Société canadienne de pédiatrie

TUS : Troubles d'usage de substances psychoactive

À tous ces gens qui ont été impliqués, de près ou de loin, dans ce mémoire.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, le présent mémoire n'aurait pu être réalisé sans l'appui de mes deux directrices de recherche, les professeures Louise Nadeau et Karine Bertrand. Merci d'avoir été présentes à travers les différentes étapes de ce projet. Merci d'avoir su m'appuyer et m'épauler, je n'aurais pu y arriver sans vous.

Un merci postume à Nathalie Néron dont le décès subi nous a profondément attristé. Sans elle, ce projet de recherche n'aurait pas eu lieu. Elle a été d'une grande aide et d'un grand support durant la mise en place de ce projet de recherche.

Je ne peux passer sous silence l'aide cruciale des intervenants impliqués dans le volet pédopsychiatrique. Votre aide précieuse et votre implication tout au long du projet ont été grandement appréciées. Merci de votre dévouement dans le réseau de la santé et merci de m'avoir fait confiance avec ce projet.

Un éternel merci à ce jeune et ces deux parents qui ont accepté de se confier sur leur expérience au sein de ce programme. Vous êtes au cœur de ce mémoire, merci.

Je tiens également à remercier le RISQ-Recherche et intervention sur les substances psychoactives du Québec recherche pour leur appui financier.

Milles mercis à ma famille, mes amis et mon copain de m'avoir soutenue, mais aussi supportée durant les moments plus difficiles. Mes parents, je ne vous remercierai jamais assez. Votre amour inconditionnel et vos encouragements m'ont permis de ne jamais abandonner.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

Au Québec ainsi que dans de nombreux autres pays, à l'atteinte de leur majorité, les jeunes adultes ne sont plus sous la charge des services de santé pédiatriques. Ces jeunes adultes doivent quitter les services de santé pour enfants et sont dirigés, ou non, vers des services de santé pour adultes. Lorsque leur état nécessite qu'ils soient transférés dans un service de santé pour adultes, cette transition constitue une étape critique de leur parcours médical et personnel (Bartsocas, 2007) et la qualité de cette transition est reconnue comme étant une composante clé au niveau des soins, et ce, pour toutes maladies physiques et mentales (Crowley, Wolfe, Lock et McKee, 2011).

Toutefois, la documentation sur les besoins des jeunes adultes en transition dans les services de santé et les preuves de ce qui est utile lors de ce passage sont encore aujourd'hui très limitées. Certains jeunes et leurs familles continuent d'éprouver de nombreuses difficultés lorsqu'il est question d'accéder à des soins adaptés à leurs besoins (Mohajer et Earnest, 2009). Ces difficultés se manifestent notamment dans les familles où un jeune souffre de troubles liés à l'usage de substances psychoactives (TUS), d'autres troubles mentaux ou de troubles concomitants. Pour les jeunes qui présentent un TUS associé à des troubles mentaux concomitants, la complexité et la multitude de leurs besoins font en sorte que plusieurs éprouvent de la difficulté sur le plan de l'accès et de la continuité des services (Carter, Watson et Manion, 2014 ; Kirby et Keon, 2006 ; Swenson et Bradwejn, 2002).

Ainsi, le présent projet de recherche s'intéresse à cette transition des services pédiatriques vers les services pour adultes pour les jeunes montréalais âgés entre 16 et 25 ans ayant à la fois divers troubles mentaux et un TUS. Ces jeunes adultes vivent une période qui comporte de

nombreux défis et changements en raison de leur entrée dans l'âge adulte. Pour eux, il s'agit d'une période cruciale pour le développement tout en étant une période de grande vulnérabilité. Cette période est d'autant plus difficile pour ceux qui utilisent les services de santé pédiatriques, tels les services pour les troubles mentaux et la toxicomanie. En effet, ces jeunes adultes doivent faire face aux difficultés associées à leurs troubles mentaux et d'usage de substances, aux différents changements physiques, sexuels, psychosociaux, familiaux, éducationnels et vocationnels de la fin de l'adolescence avec, en outre, les différents défis associés à leur transition dans les services de santé (Transitional Aged Youth Mental Health and Addiction Advisory Committee, 2015).

Une mauvaise transition des services pédiatriques aux services de santé pour adultes peut engendrer de nombreuses et d'importantes conséquences pour les jeunes en transition. En effet, une recension des travaux de recherche portant sur les politiques en matière de transition dans les services psychiatriques aux États-Unis et en Angleterre met de l'avant qu'une mauvaise fluidité lors de cette transition peut mener à un désengagement des services ayant un impact négatif quant au pronostic de rétablissement des jeunes adultes ainsi qu'à un arrêt ou un retard dans la continuité des traitements (Singh, 2009). Selon le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (appelé Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies en 2007) (CCLAT, 2007), les jeunes adultes qui vivent une transition difficile ou qui ne bénéficient pas de services adéquats lors de cette transition ont tendance à éviter les cliniques de soins externes, négliger leurs soins, renoncer aux soins médicaux durant de longues périodes de temps et ont tendance à être moins résilients au fil du temps (Chaim, 2017 ; Wattie, 2003).

De plus, les jeunes adultes atteints de troubles concomitants, particulièrement les jeunes chez qui le trouble n'est pas diagnostiqué ou traité, sont considérés comme faisant partie d'une population vulnérable en raison de leur risque élevé de s'engager dans des activités criminelles et des comportements sexuels à risque et d'expérimenter une situation d'itinérance, d'incarcération, de décrochage scolaire, de conflits familiaux, de maladies et de suicide comparativement aux personnes qui n'ont pas de troubles ou chez qui le trouble concomitant a été diagnostiqué et traité adéquatement (Carter, Watson et Manion, 2014 ; Davis, Banks, Fisher et Grudzinskas, 2004 ; Roberts, Attkinson et Rosenblatt, 1998 ; SAMHSA, 2016).

Ainsi, il est primordial que ces jeunes en transition soient entourés d'équipes spécialisées afin de faciliter leur transition, de diminuer leur prise de risque potentielle et de leur offrir des services qui répondent aux troubles concomitants qui les fragilisent. Comme ces services spécialisés pour les jeunes en transition et leur efficacité sont encore trop peu évalués (Paul, Street, Wheeler et Singh, 2014), le présent projet de mémoire se propose d'apporter un éclairage sur ceux-ci à partir d'une étude de cas sur le volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier Lafontaine (CCL) pour les jeunes de 16-25 ans aux prises avec un TUS et un trouble mental concomitant.

CHAPITRE 2 : CONTEXTE THÉORIQUE ET EMPIRIQUE

2.1. Concepts clés

Dans un souci de clarté et de compréhension, il est essentiel de définir les principaux concepts utilisés dans la présente étude. Étant donné que celle-ci porte sur des jeunes suivis en pédopsychiatrie et en psychiatrie, les concepts de troubles mentaux, de troubles liés à l'usage de substances et de troubles concomitants seront définis en utilisant la classification du DSM-5. La définition de ces différents concepts est nécessaire afin de bien saisir la nature des troubles qui affectent les jeunes impliqués dans la présente étude. De plus, comme ces derniers sont âgés entre 16 et 25 ans, il importe de définir le concept d'*emerging adulthood*, parfois traduit comme l'*adulte émergent*, afin de bien comprendre la période développementale dans laquelle ces jeunes se situent et les enjeux qui y sont associés.

2.1.1. Troubles mentaux

Un trouble mental se définit par différents changements qui affectent la pensée, l'humeur et/ou le comportement d'une personne. La présence d'un trouble mental chez un individu s'explique par un déséquilibre entre les différentes sphères de la vie sociale, physique, spirituelle, économique, émotionnelle et mentale de celui-ci (Mouvement santé mentale Québec, 2014). Ces différents changements et déséquilibres dans le comportement sont associés à de la détresse psychologique, de la souffrance cliniquement significative ou à un dysfonctionnement significatif aux niveaux des activités et tâches quotidiennes chez la personne atteinte (American Psychiatric Association, 2015 ; Gouvernement du Canada, 2006).

Il existe de nombreux troubles mentaux, ceux-ci sont décrits dans deux taxonomies distinctes, soit celle de l'Organisation mondiale de la Santé, la *Classification internationale des maladies*, la CIM-10 (OMS, 2009), et celle de l'Association américaine de psychiatrie (APA) dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, le DSM-5 (APA, 2013). Dans ces deux classifications, on retrouve les troubles de l'humeur, la schizophrénie, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, les troubles de l'alimentation et les dépendances telles que les troubles liés aux substances et le jeu pathologique. Les symptômes des différents troubles mentaux varient en sévérité en fonction du type de trouble, de la personne, de l'entourage de la personne et de son contexte socioéconomique (Gouvernement du Québec, 2016). De nombreux facteurs sont en cause lors du développement d'un trouble mental, ceux-ci incluent l'hérédité, le tempérament de la personne, les facteurs biologiques et environnementaux et la présence d'autres maladies chroniques (Gouvernement du Québec, 2017). L'interaction de ces différents facteurs de risque joue ainsi un rôle primordial dans le développement d'un trouble mental.

2.1.2. Troubles liés à l'usage de substances psychoactives

Dans le DSM-5 (APA, 2013), une section est dédiée aux troubles liés à l'usage de substances et à la dépendance, ce qui se traduit en anglais par *substance-related and addictive disorders*. Ce chapitre du DSM comporte les troubles associés à l'usage de différentes substances, sur lesquels le présent projet de recherche se concentrera, mais également les différents troubles associés au jeu pathologique (*gambling disorder*).

Dans le DSM-5 (APA, 2013), les termes du DSM IV *abus de substances et dépendance à une substance* ont été abolis au profit du terme *troubles liés à l'usage de substances psychoactives*

(TUS). Ces derniers font référence à des substances, telles que l'alcool, le cannabis, la phencyclidine, les hallucinogènes, les inhalateurs, les opioïdes, les sédatifs, les anxiolytiques, les stimulants et le tabac, qui, lorsqu'elles sont ingérées ou administrées, altèrent les fonctions cognitives et affectives de l'individu (APA, 2013 ; OMS, 2017). Cette taxinomie voit divers degrés de gravité. En effet, la consommation de substances psychoactives se situe sur un continuum allant de la consommation à faible risque jusqu'à un diagnostic de TUS et chaque individu peut évoluer dans l'une ou l'autre de ces directions au courant de sa vie (Chauvet, Kamgang, Ngamini Ngui et Fleury, 2015).

Onze critères présents au cours d'une période de 12 mois définissent l'« *addiction* », ou troubles de dépendance ou addiction, selon la traduction privilégiée: 1) incapacité de remplir des obligations importantes; 2) usage entraînant des effets néfastes sur la santé physique; 3) problèmes interpersonnels ou sociaux; 4) tolérance; 5) sevrage; 6) perte de contrôle sur les quantités et le temps passé à rechercher et à consommer la substance psychoactive (SPA); 7) désir ou efforts persistants pour diminuer; 8) un temps considérable est consacré à l'obtention, la consommation et la récupération ; 9) activités réduites au profit de la consommation; 10) persistance d'usage malgré un problème physique ou psychique; et 11) désir impérieux de consommer (APA, 2013). Lorsqu'il y a un diagnostic de dépendance, celui-ci est classifié dans l'une des trois catégories suivantes : TUS léger, TUS modéré ou TUS sévère. Cette classification permet de graduer le niveau de sévérité du trouble et cette sévérité est déterminée par le nombre de critères diagnostiques que présente un individu (SAMHSA, 2015). Ainsi, la présence de deux ou trois critères indique un trouble léger, la présence de quatre ou cinq critères indique une sévérité modérée tandis qu'au-delà de cinq critères la consommation est considérée comme étant sévère (APA, 2013).

Le TUS est généralement associé à diverses autres problématiques qui viennent complexifier le diagnostic et le traitement des gens aux prises avec ce trouble. En effet, de nombreuses études ont démontré une association entre l'utilisation excessive de substances chez les jeunes adultes et des symptômes de faible estime de soi, de dépression, de comportements antisociaux, de rébellion, d'agressivité, de délinquance, d'absentéisme et de faible performance scolaire (Johnston, O'Malley et Eveland, 1978 ; Kandel, Kessler et Margulies, 1978).

L'American Society of Addiction Medicine (ASAM ; Smith, 2012) a défini le trouble d'usage de substances psychoactives comme étant une maladie primaire et chronique du système de récompense, de la motivation, de la mémoire et des circuits connexes (Volkow, 2014). Dans la suite de ces travaux neurobiologiques, l'ASAM (2011) explique que le dysfonctionnement de ces régions cérébrales entraîne des manifestations néfastes au niveau biologique, psychologique, social et spirituel qui poussent l'individu à rechercher une récompense et/ou un soulagement par la consommation d'alcool ou de drogues. Tel que soulevé dans le rapport de recherche de l'Institut universitaire du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire (CRDM-IU, 2015), « cette nouvelle définition [de l'ASAM] fait état du caractère chronique de ce trouble, qui devrait en conséquence être traité, géré et suivi tout au long de la vie ».

2.1.3. Troubles concomitants

Un trouble concomitant est diagnostiqué lorsqu'il y a présence à la fois d'un trouble lié à l'usage de substances et d'un trouble mental chez une même personne (pour une synthèse, voir *American Addiction Center, 2015*).

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH, 2012), quant à lui, utilise le terme *troubles concomitants (co-occurring disorders)* lorsqu'une personne présente un trouble mental en plus d'un trouble lié à l'usage de substances ou d'un problème de jeu. La présence de troubles mentaux concomitants peut être un facteur de risque dans le développement de différents troubles ou conditions concomitantes. En effet, selon le SAMHSA (2016), les gens possédant un trouble mental sont plus à risque que les gens ne présentant pas de tels troubles de développer en outre un trouble lié à l'usage de substances. De plus, les individus ayant un trouble concomitant, particulièrement les jeunes adultes, sont considérablement plus à risque de développer d'autres problèmes tels que la criminalité, des troubles d'apprentissage et d'être itinérants. À cela s'ajoute des opportunités de formation académiques et professionnelles réduites (Singh, 2009).

Les troubles concomitants peuvent être difficiles à diagnostiquer, notamment chez les jeunes, en raison de la complexité des symptômes des différents troubles et de leur degré de sévérité (SAMHSA, 2016). De plus, étant donné que les troubles concomitants couvrent un large éventail de combinaisons, celles-ci sont nombreuses et les méthodes de traitement sont à la fois spécifiques et multiples (CAMH, 2012).

2.1.4. Adultes émergents (Emerging Adulthood)

La période entre l'adolescence et l'âge adulte est désormais reconnue par de nombreuses disciplines comme étant une période développementale unique. Cette nouvelle période du développement, propre aux sociétés industrialisées ou en voie de le devenir (Arnett, 2005), est généralement connue sous le terme d'*emerging adulthood* et couvre la fin de l'adolescence et la vingtaine, mais plus particulièrement la période de 16-25 ans (Arnett, 2000).

L'émergence de ce nouveau stade développemental s'explique par le nombre d'années croissant qui sépare la fin de l'adolescence et l'adoption par les jeunes d'un mode de vie adulte tant au niveau du travail que des relations amoureuses (Arnett, 2015). En raison des différents changements économiques et culturels qui se sont opérés dans les sociétés industrialisées depuis les dernières décennies, telles que les possibilités multiples d'éducation et d'emploi, la longueur prolongée des études ainsi que la volonté des jeunes de se marier et d'avoir des enfants plus tardivement (Arnett, 2015), la période de transition vers l'âge adulte a été prolongée (Wallace et Kovatcheva, 1998).

Plusieurs chercheurs (Osgood, Foster, Flanagan et Ruth, 2005 ; Schulenberg et Maggs, 2002 ; Schulenberg, O'Malley, Bachman et Johnston, 2004 ; Shanahan, 2000) ont dépeint cette période comme étant marquante par ses transitions nombreuses et rapides, particulièrement sur le plan des contextes sociaux. En effet, cette transition vers l'âge adulte est caractérisée par de nombreux changements, tels que le fait de quitter la maison familiale, de terminer un parcours scolaire, de trouver un emploi à temps plein et de s'engager dans une relation amoureuse stable et sérieuse (Beaujot et Kerr, 2007). Il s'agit ainsi d'une période durant laquelle les changements sont nombreux et déterminants pour ces jeunes adultes.

2.2. Recension des écrits

2.2.1 Prévalences des troubles chez les 15-25 ans

Cette section s'attarde à la prévalence des troubles mentaux, des TUS et des troubles concomitants chez les jeunes entre 15 et 25 ans. La présence ou la survenue de nombreux troubles mentaux et TUS lors de cette période vient complexifier la transition développementale de ces jeunes adultes (Chaim, 2017 ; McGorry, Purcell, Goldstone et

Amminger, 2011). Cette section permet ainsi de situer l'ampleur de ces troubles chez ces jeunes adultes et l'importance de s'attarder à ce sous-groupe populationnel.

2.2.1.1. Prévalence des troubles mentaux

Selon de nombreuses études, les symptômes d'approximativement 70 % des troubles mentaux apparaissent à l'adolescence et au début de l'âge adulte (Kessler, Chui, Demier et Walters, 2005 ; Kim-Cohen et al., 2003). En effet, lorsqu'il est question de troubles mentaux, une enquête québécoise effectuée par la Fédération des CEGEPS (2010) a déterminé que les jeunes âgés entre 16 et 24 ans présentent les niveaux les plus élevés de détresse psychologique comparativement aux adultes plus âgés, ce que confirme l'Institut de la statistique du Québec (ISQ, 2016) dans son enquête québécoise sur la santé de la population. En effet, selon cette dernière enquête (ISQ, 2016), les taux de détresse psychologique sont les plus élevés, soit 36 %, chez les jeunes âgés entre 15 et 24 ans comparativement aux groupes 25-44 ans, 45-64 ans et 65 ans et plus. De plus, selon le *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois* (ISQ, 2015) qui découle des résultats obtenus dans le cadre de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – santé mentale 2012* (Statistique Canada, 2013), la proportion de gens ayant vécu un épisode dépressif au cours des 12 mois précédant l'enquête est la plus élevée chez les personnes âgées entre 15 et 24 ans lorsqu'ils sont comparés aux autres groupes d'âge mentionnés précédemment. De plus, des études américaines ont soulevé l'existence d'une augmentation importante de la prévalence des symptômes psychopathologiques diagnostiqués, tels que la dépression, l'anxiété et les comportements antisociaux chez les jeunes adultes âgés entre 16 et 25 ans comparativement aux autres groupes d'âges (Schulenberg et Zarrett, 2006 ; Tanner et al, 2007).

De ce fait, la présence d'une détresse psychologique importante lors de la transition vers l'âge adulte ainsi que le développement de ces différents troubles mentaux chez les jeunes adultes affectent ces jeunes au moment même où ceux-ci vivent une période développementale complexe et délicate.

2.2.1.2. Prévalence des troubles liés à l'usage de substances

Lorsqu'il est question des TUS, de nombreuses études populationnelles effectuées aux États-Unis (Merikangas, He et Burstein, 2010) ainsi qu'au Québec (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault et Fiset, 2008 ; Lesage, Bernèche & Bordeleau, 2010) constatent que les jeunes âgés entre 15 et 24 ans font partie de la population la plus à risque d'être atteinte par ces troubles. En effet, des études épidémiologiques ont démontré que la prévalence d'usage de substances augmente lors de l'adolescence pour atteindre ses plus hauts taux au début de l'âge adulte (Johnston et al., 2008 ; SAMHSA, 2006).

Il existe effectivement une augmentation importante des diagnostics de TUS chez les jeunes âgés entre 15 et 24 ans (Schulenberg et Zarrett, 2006 ; Tanner et al, 2007). Selon une enquête canadienne de 2004 (Statistique Canada, 2004), c'est près de 8 % des jeunes âgés entre 15 et 24 ans qui présentent un diagnostic en raison de leur consommation de substances, en comparaison aux adultes âgés entre 25 et 44 ans pour lesquels la prévalence de ces diagnostics est de 3 %. Les données du Québec de l'Enquête sur la santé mentale des Canadiens (ISQ, 2012) soulève, quant à elles, que, lorsque les divers groupes d'âge à l'étude sont comparés, les jeunes de 15 à 24 ans sont les plus nombreux, en terme de proportion, à être touchés par l'abus ou la dépendance à l'alcool et au cannabis au cours des 12 mois précédant l'enquête. En plus d'affecter ces jeunes lors d'une période charnière de leur développement, cette consommation

problématique précoce augmente considérablement le risque que ces jeunes développent des problèmes chroniques de toxicomanie ou des troubles mentaux à l'âge adulte (Brook, Saar, Zhang et Brook, 2009 ; Palmer, Young, Hopfer, Corley, Stallings, Crowley et Hewitt, 2009).

2.2.1.3. Prévalence des troubles concomitants

Les jeunes adultes âgés entre 18 et 24 ans constituent un groupe d'individus particulièrement à risque lorsqu'il est question de troubles mentaux et d'usage de substances (Bergman, Greene, Slaymaker, Hoepfner et Kelly, 2014). En effet, non seulement ce groupe est reconnu pour ses taux élevés de troubles mentaux et de troubles liés à l'usage de substances, mais ces jeunes adultes possèdent également les taux les plus élevés de troubles concomitants (Chan, Dennis et Funk, 2008 ; SAMHSA, 2012).

Des recherches canadiennes estiment que 3% des jeunes âgés entre 15 et 24 ans rencontrent les critères diagnostiques des troubles concomitants (Cheung, Bennett, Bullock, Soberman et Kozloff, 2010). Toutefois, cet estimé reste très conservateur. En effet, celui-ci ne tient pas compte des jeunes adultes qui ne présentent que quelques symptômes ou qui sont dans les premiers stades de la consommation à risque de substances, mais qui ne rencontrent pas encore tous les critères diagnostiques de troubles mentaux ou des troubles liés à l'usage de substances (Paglia-Boak, Adlaf et Mann, 2011). Selon le *National Survey on Drug Use and Health*, c'est approximativement 36 % des jeunes adultes Américains ayant un trouble mental ou des jeunes en recherche de traitement pour leurs troubles mentaux qui rencontrent également les critères diagnostiques pour un TUS (SAMHSA, 2003 ; Sheidow, McCart, Zajac et Davis, 2012).

Chez les jeunes adultes, les troubles de comportements et d'hyperactivité, les déficits d'attention ainsi que la dépression et les troubles d'anxiété sont les troubles mentaux les plus associés aux TUS (Armstrong & Costello, 2002).

2.2.2 Transition dans les services

Bien que le transfert des jeunes vers les services psychiatriques pour adultes soit courant, une transition adéquate et appropriée vers ces services est plutôt rare (Paul et al, 2013). En effet, selon un rapport émis par la Commission de santé mentale du Canada (2015), les approches actuelles répondent de manière très limitées aux besoins spécifiques de cette population, ce qui peut, en partie, expliquer que jusqu'à 60 % des jeunes suivis pour des troubles mentaux se désengagent des services lors de leur transition vers les services de santé pour adultes (Harpaz-Rotem, Leslie et Rosenheck, 2004).

Le manque de structure lors de la transition, les différences perçues entre les services pédiatriques et les services adultes ainsi que la perte de relations avec les intervenants, de ressources assurées par les services pédiatriques et de soutien pour les parents et les jeunes atteints d'une maladie chronique comme les TUS ou les autres troubles mentaux peuvent être des obstacles importants à la réussite de la transition vers les services de santé pour adultes (Heath, Farre et Shaw, 2016). Ces différents obstacles peuvent être liés tant à des lacunes organisationnelles que cliniques.

2.2.2.1. Lacunes organisationnelles

Étant donné les services de psychiatrie et de toxicomanie ont été développés par deux secteurs distincts, comme c'est le cas au Québec et ailleurs dans le monde, il en résulte des lacunes au

niveau de la coordination et de la continuité des soins (Bukstein et Horner, 2011) ainsi qu'une absence de lignes directrices entre les différents services en ce qui concerne la mise en place de cette transition vers les services de santé pour adultes (Carter, Watson et Manion, 2014 ; Viner, 1999). Ce manque flagrant de coordination (CCLAT, 2007) rend ainsi la transition difficile, mais également le traitement du jeune adulte plus complexe et moins efficace. En effet, selon une revue de la littérature internationale effectuée par Paul, Street, Wheeler et Singh (2014) sur l'efficacité des différents services de santé lors de la transition dans les services de santé adulte, une majorité des jeunes adultes ayant des troubles mentaux subit un manque de coordination et de planification, entraînant plus souvent qu'autrement une discontinuité au niveau de leurs soins. Des études menées aux États-Unis ainsi qu'en Australie et au Royaume-Unis soulèvent ces difficultés lors de la transition vers les services de santé pour adultes, ces difficultés touchant principalement les services psychiatriques (McGorry, 2007 ; Pottick et al., 2008).

Il existe également un manque important de subventions pour la création de services de psychiatrie et de toxicomanie appropriés pour les jeunes adultes et leur famille, et ce partout au Canada. En effet, selon l'étude ontarienne de Vloet, Davidson et Cappelli (2011), les jeunes âgés entre 16 et 25 ans sont les plus touchés par les faiblesses financières et institutionnelles, principalement dans les services psychiatriques. Ce manque de budget au regard des services psychiatriques et de toxicomanie engendre une fragmentation dans les services, des difficultés d'accès et limite considérablement le développement d'un continuum de soins pour ces jeunes vulnérables (CCLAT, 2007).

2.2.2.2. *Lacunes cliniques*

Outre les lacunes organisationnelles, il existe de nombreuses lacunes cliniques qui complexifient la transition des jeunes adultes ayant des troubles concomitants.

En effet, pour ces jeunes adultes, la transition vers les services pour adultes peut signifier la perte du lien créé avec les professionnels des services pédiatriques et la perception d'une punition ou d'un rejet de la part de leur équipe traitante (Viner, 2001). Pour une majorité d'entre eux, le fait de quitter leur équipe pédiatrique revient à passer de la sécurité à l'incertitude (Bartsocas, 2007). En effet, les services de santé pour adultes sont nettement différents des services pédiatriques en ce qui concerne le type et l'importance de l'appui, des prises de décisions, des processus de consentement et de la participation de la famille (SCP, 2007), proposant une approche plus individuelle que familiale (Viner, 1999). De plus, lors de cette transition, ni les services pédiatriques ni les services adultes ne se sentent pleinement responsables pour les soins du jeune adulte, ce qui peut entraîner des malentendus, des conseils contradictoires et des conflits entre les différents services de santé (Viner, 1999).

Il existe également, encore aujourd'hui, la croyance erronée que les interventions mises en place dans les services de santé pour adultes sont similairement efficaces pour les jeunes adultes en transition (Schulenberg et Maggs, 2002). En effet, la plupart des services de santé qui accueillent ces jeunes en transition sont modelés à partir des programmes de soins pour adultes et très peu sont élaborés en fonction des besoins particuliers de la nouvelle génération de jeunes adultes (CAMH, 2014). Dès lors, les soins offerts à ces jeunes ne sont pas toujours appropriés dans la mesure où ces jeunes ne sont plus des enfants, mais pas encore complètement des adultes (Gleeson et Turner, 2012).

Ces jeunes en transition présentent des besoins particuliers qui doivent être pris en compte par des interventions appropriées et adaptées (West et O'Neal, 2004), ce que très peu de services pédiatriques et adultes actuels sont en mesure d'offrir. Cela peut, entre autre, s'expliquer par le fait que les professionnels n'ont pas toujours la formation adéquate pour traiter la complexité et la spécificité du trouble de ces jeunes (CCSA, 2007). En effet, les programmes de soins s'adressant à la fois aux troubles mentaux et de dépendance aux substances sont limités en raison du faible nombre de cliniciens formés afin d'offrir un traitement intégré à ces jeunes (Carter, Watson et Manion, 2014).

2.2.3. Adultes émergents et adaptation des traitements

Assurer un suivi continu lors de la transition vers les services de santé pour adultes est ainsi le défi le plus important à relever pour les systèmes de santé, particulièrement au niveau des services psychiatriques en raison du besoin important de contacts entre les professionnels et les usagers (Haggerty et al., 2003). En effet, il a été soulevé dans le rapport de la Commission de la santé mentale du Canada (MHCC, 2009) qu'intervenir au niveau de la transition des services pédiatriques vers les services pour adultes est l'une des manières les plus efficaces de faciliter la promotion de la santé mentale, de prévenir les troubles psychiatriques et d'optimiser le rétablissement des personnes aux prises avec ces troubles.

2.2.3.1. Les besoins

Cette nouvelle génération de jeunes adultes a des besoins spécifiques relatifs à leur situation particulière (Carter, Watson et Manion, 2014) et les services de santé qui les accueillent doivent s'adapter à ces jeunes tant sur le plan physiologique que social, personnel et

interpersonnel (Crowley, Wolfe, Lock et McKee, 2011 ; Vloet, Davidson et Cappelli, 2011 ; Vinner, 1999). La transition au niveau des soins doit ainsi être multidimensionnelle et multidisciplinaire (Gleeson et Turner, 2012 ; McDonagh et Viner, 2006). Lorsqu'il est question de transition dans les services de santé, le processus par lequel cette transition devrait être effectuée doit être avant tout flexible et adapté au développement du jeune adulte afin de répondre aux besoins changeants de celui-ci (Viner, 1999), mais également aux besoins de ses parents (Gleeson et Turner, 2012).

Ainsi, il est essentiel, afin d'aider les jeunes ayant des troubles concomitants à diminuer leur consommation excessive et nocive de substances, à améliorer leur santé mentale et à réussir avec succès leur passage vers la vie adulte et vers les services de santé pour adultes, de mettre en place des interventions efficaces fondées sur les données probantes et spécifiques à cette population vulnérable et à ses besoins uniques (Chaim, 2017).

2.2.3.2. L'implication parentale

Lors de cette transition vers les services de santé pour adultes, les parents de ces jeunes en transition font, eux aussi, face à des changements importants au niveau de leurs rôles (Duncan et al, 2014 ; Reed-Knight, Blount et Gilleland, 2014). Étant donné l'influence parentale sur le traitement de leur jeune (Bertrand, Richer, Brunelle, Beaudoin, Lemieux et Ménard, 2013 ; Santé Canada, 2002), il est important de prendre ces derniers ainsi que leurs besoins et inquiétudes en considération lors de la transition de leur jeune vers les services de santé pour adultes (Heath, Farre et Shaw, 2016). En effet, lorsque bien intégrés, les parents peuvent être des facilitateurs importants dans le traitement du jeune adulte en transition (Heath, Farre et Shaw, 2016).

Les parents et les membres de la famille lorsqu'ils sont présents, ce qui n'est pas toujours le cas, offrent un soutien important pour ces jeunes adultes lors de la transition et pourraient, volontairement ou non, saboter cette transition s'ils se sentent exclus du plan de traitement (Viner, 1999). La manière dont les parents vont gérer les changements dans leurs rôles va avoir une influence directe sur le bien-être psychologique de leur jeune ainsi que sur la qualité de la transition du jeune vers des services de santé plus autonomes (Heath, Farre et Shaw, 2016). Lors de cette transition, il est donc nécessaire que les intervenants offrent des ressources autant aux parents qu'aux jeunes adultes, car les parents, s'ils sont bien entourés, peuvent être des atouts considérables dans le traitement et le rétablissement du jeune adulte (Clark, 2001).

2.2.3.3. Les traitements intégrés

Tel que mentionné précédemment, les troubles concomitants couvrent un large éventail de troubles, il existe ainsi plusieurs types de troubles concomitants et autant de méthodes de traitement. Toutefois, lorsqu'il s'agit précisément de troubles mentaux et d'usage de substances, ce sont les traitements intégrés qui ont fait leur preuve (American Addiction Center, 2015). En effet, suite à l'examen des données évaluatives, le SAMHSA (2016) et Santé Canada (2002) affirment que les meilleures pratiques dans le traitement pour les jeunes ayant des troubles concomitants sont les traitements intégrés. Bien que la présence de troubles concomitants augmente la sévérité des troubles et complique le rétablissement de l'individu (Daley et Moss, 2002), de nombreuses études ont, en effet, démontré la supériorité et l'efficacité des traitements intégrés dans le traitement de ces troubles complexes (Drake et al, 2001 ; Drake, Mueser, Brunette et McHugo, 2004 ; INESSS, 2016 ; Mangrum, Spence et

Lopez, 2006) en comparaison aux traitements individuels de chaque trouble (Baigent, 2012 ; Baker, Hides et Lubman, 2010 ; Mangrum, Spence et Lopez, 2006).

Un traitement intégré consiste à fournir, au sein d'une même équipe de cliniciens et d'intervenants, un traitement simultané pour les différents diagnostics (NIMH, 2017 ; Santé Canada, 2002). Les traitements intégrés visent ainsi la coordination et la continuité des soins par différents établissements et professionnels, peu importe l'âge de l'utilisateur (Coleman et Berenson, 2004). Les traitements intégrés permettent de traiter à la fois les troubles mentaux et les TUS au sein d'une même équipe de professionnels, permettant ainsi de diminuer les coûts et d'engendrer de meilleurs résultats pour l'utilisateur (SAMHSA, 2016). Le traitement des différents troubles par une seule équipe dans un même lieu facilite ainsi une communication continue entre les professionnels, en plus de permettre des recommandations et un traitement plus adaptés aux besoins et à la condition unique de chaque utilisateur (Kelly et Daley, 2013).

Dans cette pratique de soins, les jeunes ne sont pas dans l'obligation de changer d'équipe ni d'établissement de soins lorsqu'ils atteignent l'âge adulte. Une continuité dans les services, même après l'atteinte de la majorité, leur est offerte et une collaboration entre les différents intervenants et établissements est mise en place afin de faciliter le traitement de ces jeunes. En effet, les traitements intégrés offrent une gamme de services, allouant à l'utilisateur tous les outils et le soutien nécessaires pour le suivi et le traitement de chacun des niveaux de sa condition (American Addiction Center, 2015). Les programmes de traitements intégrés offrent aux individus les ressources nécessaires afin de les aider autant sur le plan physique, mental, émotionnel que spirituel (American Addiction Center, 2015). Cette continuité dans les services permet également de rassurer les parents qui continuent d'interagir avec les mêmes équipes traitantes lors de cette période de transition dans les services de santé.

2.2.4. *Modèle australien*

Des programmes de traitements intégrés ont été mis en place dans différents pays du monde afin d'offrir un service aux jeunes adultes en transition vers l'âge et les services de santé adultes, notamment le modèle australien *Headspace*. Ce modèle, offert par le *National Youth Mental Health Fondation* (NYMHF) depuis 2006, se traduit par des centres, des services en ligne et des services téléphoniques destinés aux jeunes âgés entre 12 et 25 ans. Ce programme permet aux jeunes et à leur famille d'avoir accès à des services intégrés en matière de troubles mentaux, de santé physique, de consommation d'alcool et de drogues ainsi que d'obtenir de l'aide et du soutien en matière d'éducation et de travail (National Youth Mental Health Fondation, 2017). Ce programme permet aux jeunes et à leur famille de trouver tous les services mentionnés précédemment dans un même lieu. Depuis la création de ce programme, *Headspace* a permis de soutenir et d'aider plus de 255 000 jeunes et leur famille.

Une évaluation indépendante de ce programme a été effectuée en 2014-2015 suite à une demande du Département de la santé du Gouvernement australien. De nombreux chercheurs provenant de divers milieux professionnels ont participé à cette évaluation dirigée par le *Social Policy Research Centre* (SPRC). Les résultats de cette évaluation ont révélé qu'*Headspace* est un programme accessible qui permet d'atteindre des jeunes faisant partie de différents groupes et milieux notamment les jeunes considérés comme étant marginaux, vulnérables et faisant partie des groupes à risque (Hilferty et al, 2015). De plus, l'évaluation souligne une réduction de la détresse psychologique et une diminution des idées suicidaires ainsi que des effets bénéfiques sur les plans social et économique pour les jeunes qui ont reçu des services dans ce programme (Hilferty et al, 2015). De plus, ce dernier a eu des effets positifs sur le plan de la réduction de la consommation de drogues et d'alcool pour les jeunes

impliqués dans le programme. Toutefois, le programme a été évalué comme étant moins efficace dans la réduction de la consommation de substance qu'il l'est dans l'accroissement du bien-être psychologique de ces jeunes.

Malgré ces quelques limites, c'est pour les différents effets positifs de ce programme que le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec le considère comme une source d'inspiration et un modèle à suivre dans son *Plan d'action en santé mentale 2015-2020* (Gouvernement du Québec, 2015).

2.3. Le volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine

2.3.1. Bref descriptif

C'est dans la même optique que le modèle australien, soit de diminuer les risques liés à une transition difficile vers les services de santé pour adultes et d'offrir un service adapté pour les jeunes ayant un TUS et des troubles mentaux concomitants, que le volet pédopsychiatrique de la CCL a été mis en place dans la ville de Montréal. En effet, cette entente de services entre le programme jeunesse du CRDM-IU, l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) et le CHU Sainte-Justine a été mise en place afin d'offrir des services de transition intégrés de pédopsychiatrie, de psychiatrie et de toxicomanie aux adolescents et jeunes adultes de la région de Montréal ayant un trouble concomitant. L'ajout du volet pédopsychiatrique de la CCL a pour but d'offrir à ces jeunes une continuité dans les services jusqu'à ce que ces derniers atteignent l'âge de 25 ans. Ainsi, cette entente de collaboration vise à favoriser un travail multidisciplinaire intégré qui en vue de diminuer les conséquences négatives présentes lors de la transition vers l'âge adulte et à améliorer la santé mentale de ces jeunes à risque.

2.3.2. Le développement d'un programme guidé par les meilleures pratiques : besoins en recherche

Tel que mentionné précédemment, il est essentiel de mettre en place des interventions efficaces fondées sur les données probantes et spécifiques à cette population vulnérable et à ses besoins uniques (Chaim, 2017). Il existe un consensus bien établi concernant les traitements intégrés comme étant la meilleure pratique dans le traitement pour les jeunes ayant des troubles concomitants (SAMHSA, 2016 ; Santé Canada, 2002). Effectivement, plusieurs guides des meilleures pratiques estiment que son efficience a été suffisamment démontrée pour la reconnaître parmi les meilleures pratiques dans le traitement des troubles concomitants (Santé Canada, 2002 ; Sacks et Ries, 2005). Toutefois, il demeure que ce type de programmes est rarement mis en place (Dubreucq, Chanut et Jutras-Aswad, 2012), malgré les besoins évidents de la population qu'il dessert. De plus, très peu d'études ont été menées sur ces programmes spécifiquement développés pour répondre aux besoins des jeunes en transition aux prises avec des troubles concomitants (Paul, Street, Wheeler et Singh, 2014) ainsi que sur « la manière de les implanter en conformité avec leurs caractéristiques fondamentales » (Perreault, Perreault, Withaeuper et Malais, 2009). En effet, il existe un faible niveau de preuve pour ce type de pratique qui, en théorie, serait le plus efficace.

CHAPITRE 3: MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

3.1. Objectifs de la recherche

La présente recherche a pour but d'examiner le *Projet de développement d'un continuum de soins pour les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale chez les jeunes de 14-25 ans* (Néron, 2014), soit le volet pédopsychiatrique de la CCL.

Dans une perspective d'amélioration continue des services, il est opportun de comprendre l'expérience et de connaître l'opinion des utilisateurs et des travailleurs du réseau en ce qui concerne les services qui leur sont offerts ou encore qu'ils offrent, afin d'en améliorer la qualité et la continuité.

Le présent projet de recherche a donc pour objectifs de décrire et de comprendre l'expérience des différents acteurs-clés, soit les jeunes, leurs parents et leurs intervenants, quant aux services offerts dans le cadre du volet pédopsychiatrique de la CCL.

Pour ce faire, le degré de satisfaction de ces différents acteurs ainsi que leurs recommandations concernant le nouveau volet pédopsychiatrique de la CCL seront examinés. Puis, le bilan de l'expérience de collaboration entre les intervenants et les établissements impliqués dans ce nouveau programme sera également examiné étant donné que ce service vise à pallier certains irritants de l'organisation des services qui se manifestent en raison des disparités entre les organisations, de la diversité de formation des intervenants ainsi que le manque de communication entre les différentes équipes de traitement (Singh et al., 2008).

3.2. Devis de recherche

Afin de répondre à ces différents objectifs, une stratégie de recherche qualitative est utilisée. Les études qualitatives permettent de comprendre un phénomène, sans que celui-ci ne soit manipulé (Golafshani, 2003). La visée de cette méthode est de donner un sens à un ou des événements ainsi que de comprendre les différents phénomènes sociaux sous étude (Mukamurera, Lacourse et Couturier, 2006). Il est donc indiqué d'utiliser une étude qualitative afin d'obtenir une description détaillée de l'expérience des jeunes, des parents et des intervenants au sein du nouveau volet pédopsychiatrique de la CCL.

Le devis privilégié est celui de l'étude de cas avec points de vue multiples (Yin, 1993 ; Yin 2003), soit ceux des jeunes, de leurs parents et des intervenants, à visée exploratoire et descriptive. En effet, les études de cas sont largement reconnues par la communauté scientifique pour leurs différentes contributions au sein des recherches exploratoires ainsi que pour leur utilité dans la compréhension de facteurs difficilement mesurables (Roy, 2009). Ces études consistent à recueillir des informations sur un phénomène, un événement, un groupe ou un ensemble d'individus, sélectionné de manière non aléatoire afin d'en tirer une description précise et ainsi être en mesure d'en faire une interprétation détaillée (Roy, 2009). Ce type d'approche est approprié pour l'étude présente, car il facilite l'examen d'un phénomène, soit le volet pédopsychiatrique de la CCL, en utilisant la triangulation de nos trois sources de données (Baxter et Jack, 2008). En effet, notre devis permettra de comprendre le service selon différents points de vue et d'en exposer les différentes facettes en faisant ressortir les similitudes ainsi que les différences parmi les trois sources de données qui seront recueillies (Baxter et Jack, 2008). Cela permettra d'analyser l'expérience de chaque participant, qu'il soit jeune, parent ou intervenant, mais également de faire une synthèse de l'expérience de tous ces

participants (Baxter et Jack, 2008) sur les différents thèmes d'intérêts. Nous aurons donc une exploration relativement complète de ce projet.

3.3. Population et échantillonnage

Dans le cadre de ce mémoire, la population à l'étude est constituée : i) des jeunes suivis dans le cadre de la pratique décrite précédemment ; ii) leurs parents biologiques ou tuteurs légaux ; iii) des intervenants impliqués dans le suivi du jeune provenant des services pédopsychiatriques du CHU Sainte-Justine, du programme jeunesse CRDM-IU et/ou de la CCL du CRDM-IU.

Afin d'être éligibles à l'étude, en ce qui concerne les jeunes, il était nécessaire que ceux-ci aient reçu des services du nouveau volet pédopsychiatrique du programme jeunesse de la CCL au cours de la dernière année et que leur dossier soit ouvert. Ils devaient également avoir reçu minimalement trois rencontres de suivi avec l'un des intervenants impliqués dans le volet pédopsychiatrique de la clinique. De plus, les jeunes recrutés devaient se situer dans la tranche d'âge identifiée précédemment comme l'*emerging adulthood*, donc être âgés entre 16 et 24 ans. Les jeunes participants devaient aussi être en mesure de donner leur consentement éclairé afin de participer à l'étude (formulaire de consentement pour les jeunes en annexe 2).

Étant donné l'influence parentale possible sur le traitement de leur jeune (Santé Canada, 2002), nous avons jugé nécessaire de recueillir l'opinion d'un ou des parents biologiques ou parents substituts de ces jeunes en traitement. À titre de parents de mineurs et responsables de ceux-ci, ils seront en mesure de fournir des informations sur leur propre expérience ainsi que leur perception de celle de leur jeune adulte. Il était nécessaire que les parents biologiques ou

parents substituts fournissent leur consentement aux conditions de l'étude afin de pouvoir eux-mêmes participer à celle-ci (formulaire de consentement pour les parents en annexe 3).

Considérant que deux domaines d'expertise distincts étaient ciblés dans cette étude, ceux de la dépendance et de la psychiatrie, il était nécessaire de prendre en compte les opinions des intervenants dans cette étude. En effet, le travail de collaboration entre les diverses équipes multidisciplinaires étant essentiel dans ce contexte, cette étude vise à documenter ces perspectives multiples, en plus de celles de jeunes et de leurs parents, en vue d'obtenir une description complète du traitement qui a été offert. Afin d'être inclus dans l'étude, ces professionnels devaient avoir été impliqués dans le traitement d'un jeune faisant partie de notre étude et ayant lui-même accepté de participer à l'étude. Les intervenants devaient aussi être en mesure de fournir un consentement éclairé afin de participer à l'étude (formulaire de consentement pour les intervenants en annexe 3). Ces trois types de participants – les jeunes eux-mêmes, les parents, les intervenants - ont ainsi permis une compréhension globale de l'expérience des services par l'analyse de points de vue croisés.

Un échantillonnage de convenance a été constitué étant donné le faible nombre d'utilisateurs du volet pédopsychiatrique de la CCL, qui s'explique par le fait que ce projet en vigueur seulement depuis décembre 2014. Ainsi, seulement sept dossiers de jeunes étaient ouverts dans le cadre de ce nouveau programme au moment du recrutement. Le nombre de jeunes pouvant participer à la présente recherche est ainsi limité. Les participants ayant été recrutés sont donc ceux qui étaient facilement accessibles étant donné leur implication dans ce programme. De plus, en raison du temps alloué à ce projet de maîtrise et par souci de faisabilité, le nombre de participants pouvant être impliqués dans la présente étude est limité.

L'échantillon de cette étude comporte donc sept participants : un jeune, deux parents de deux jeunes différents, soit une mère et un père, et quatre intervenants, soit deux psychologues, une infirmière et un pédopsychiatre. Ces intervenants proviennent des milieux suivants : programme jeunesse du CRDM-IU et de la CCL du CRDM-IU. Ajoutons qu'étant donné des enjeux de faisabilité, nous n'avons pas été en mesure de recruter d'intervenants du CHU Sainte-Justine, tel que prévu, les démarches de recrutement lors de la période ciblée n'ayant pas donné de résultats. Toutefois, malgré le faible nombre de participants, le recrutement a permis d'obtenir la participation d'au moins un participant dans chacune des catégories d'acteurs ciblées par ce projet de recherche, soit les jeunes, les parents et les intervenants.

Parmi les participants de l'étude existe une triade composée d'un jeune homme, de son père, ainsi que de son intervenant principal et de d'autres intervenants ayant été en contact avec celui-ci. Le jeune ayant pris part aux entrevues était au début de l'âge adulte. Les parents de ce dernier sont divorcés et tous les deux ont participé au programme offert par le volet pédopsychiatrique de la CCL. Toutefois, seulement le père a pris part aux entrevues dans le cadre du présent projet de recherche.

L'autre parent ayant participé aux entrevues est mère monoparentale d'un jeune homme en fin d'adolescence présentant un trouble lié à l'usage de substances associé à un trouble mental concomitant. Cependant, son jeune n'était pas intéressé à participer au présent projet de recherche et le père de celui-ci ne semblait pas être impliqué dans la vie du jeune homme.

3.4. Considérations éthiques

Le projet a été approuvé par le comité scientifique et par le comité d'éthique à la recherche (CER) du CHU Sainte-Justine (MP-21-2017-1307) qui a agi comme comité évaluateur dans ce

projet multicentrique. De plus, le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal a autorisé à ce que la présente recherche soit réalisée au CRDM-IU.

Il est à noter que la participation à ce projet de recherche est volontaire. Les participants sont entièrement libres de participer ou non et aucune pression n'a été exercée sur ces derniers. Tous les participants ont pu prendre le temps nécessaire pour rendre leur décision et ils ont eu la possibilité de poser leurs questions à l'étudiante-chercheuse avant d'accepter ou de refuser de participer. Chacun des participants a été mis au courant qu'il avait la possibilité de refuser de répondre à une ou plusieurs questions ou de se retirer du projet de recherche, à tout moment, sans que cela n'ait d'impact sur leur implication dans le volet pédopsychiatrique.

Une compensation financière de 25 \$ en carte cadeau chez Sport Expert a été remise au jeune à la fin de l'entrevue afin de le dédommager et de le remercier de sa participation. Aucun autre avantage n'était associé à la participation à cette étude. Toutefois, cela a permis aux participants de partager leur expérience et d'offrir leurs recommandations afin d'améliorer le programme.

Aucun inconvénient n'est associé à la participation à ce projet de recherche. Cependant, certaines questions auraient pu susciter un malaise chez le participant durant l'entrevue. C'est dans l'optique d'éviter cet inconfort que les participants étaient mis au courant, dès le début, de cette possibilité et ils ont également été invités à faire part de tout inconfort ressenti lors de l'entrevue à l'étudiante-chercheuse.

Toutes les informations recueillies durant les entrevues sont confidentielles. Des mesures ont été mises en place afin que personne ne puisse identifier le participant, seule l'équipe de recherche a accès aux informations fournies par les participants. Toutefois, tel qu'énoncé dans

le formulaire de consentement, il y a un risque potentiel que les membres de l'équipe clinique puisse reconnaître les différents participants.

Puis, suivant les directives du comité d'éthique du CHU Sainte-Justine, les enregistrements audio seront détruits après cinq ans.

3.5. Déroulement de la recherche

Le recrutement initial des jeunes et de leurs parents s'est effectué à l'aide des intervenants qui les ont approchés afin que nous puissions, par la suite, les contacter et leur expliquer l'étude plus en détail et solliciter leur participation. Les intervenants ont dû obtenir le consentement des parents et des jeunes afin que l'étudiante-chercheuse puisse les contacter (formulaire de consentement au contact en annexe 1). Suite au recrutement des participants et afin de procéder aux entrevues, le consentement de chacun de ces derniers a été obtenu. Les formulaires de consentement ont été envoyés par courriel électronique ou donné en personne à tous les participants et leur consentement a été obtenu par retour de courriel, par signature du formulaire ou à l'oral.

L'étude s'est faite sous forme de courtes entrevues qualitatives semi-structurées. Lors des entrevues semi-structurées, une direction générale est donnée à l'entretien à l'aide de questions préalablement préparées par les chercheurs. Ce type d'entretien a permis d'aborder les différents thèmes d'intérêt tout en maintenant intactes la liberté du répondant et la flexibilité de l'entrevue (Drever, 1995 ; Giordano, 2003). Ces entrevues sont largement utilisées et privilégiées lors des études comprenant un nombre restreint de participants comme c'est le cas dans cette étude.

Les entrevues ont été effectuées par téléphone ou face-à-face et ont été enregistrées. Bien que les entrevues en face à face aient été privilégiées dans les études qualitatives jusqu'à présent, les entrevues par téléphone offrent des avantages considérables. En effet, ces dernières permettent une plus grande accessibilité aux participants et peuvent rendre ces derniers plus à l'aise, engendrant moins de désirabilité sociale (Opdenakker, 2006). Elles ont donc une validité comparable au face-à-face. Parmi les entrevues effectuées dans le cadre du présent projet de recherche, trois se sont réalisées au téléphone et quatre se sont effectuées en face à face. Aucune différence n'a été observée entre les entrevues effectuées par téléphone et celles réalisées en personne. On notera que, dans le cas où les entrevues se sont déroulées en personne, un lieu propice à l'échange et préservant la confidentialité des participants a été utilisé, en tenant compte de la préférence du participant. Les entrevues ont été, par la suite, transcrites sous forme de verbatim afin de faciliter la lecture des données et le classement des informations (Hammersley, 2010 ; Paillé et Mucchielli, 2016).

3.6. Outil de collecte de données

Suite à la signature du formulaire de consentement, toutes les entrevues ont été effectuées, sous forme d'entrevue semi-structurée, d'une durée approximative de 45 à 60 minutes chacune, par l'étudiante-chercheuse responsable du projet de recherche. Ces entrevues semi-dirigées ont été effectuées à partir d'une grille d'entrevue maison élaborée en fonction des différents objectifs de recherche. Les divers thèmes abordés portent sur la perception de la pratique de pointe, incluant les aspects satisfaisants et insatisfaisants, les attentes et les bénéfices associés à la participation au programme ; l'expérience de collaboration et ses

dimensions satisfaisantes et insatisfaisantes ainsi que des recommandations afin d'améliorer le service offert (grille d'entrevue en annexe 4).

3.7. Analyses

Dans un premier temps, une analyse thématique a été effectuée à l'aide d'une grille de codification mixte (Miles *et al.*, 2014; Paillé et Mucchielli, 2016). Afin de créer cette grille, il a été nécessaire de relever les thèmes principaux présents dans la grille d'entrevue ainsi que les thèmes émergeant des récits de chacun des participants. Afin de codifier le matériel selon la grille de codification élaborée, de faciliter le regroupement des thèmes et de rendre compte de la fiabilité de l'étude, le logiciel NVivo-version 11.2.3 a été utilisé (Leech et Onwuegbuzie, 2011).

Dans un deuxième temps, des analyses thématiques horizontales et verticales ont été effectuées à partir de la codification thématique. Ces analyses ont permis d'identifier les similitudes et les différences entre les points de vue des différents participants, mais également de comprendre l'expérience unique de chaque individu. De plus, Miles et Huberman (1994) recommandent l'utilisation des analyses thématiques verticales et horizontales afin d'augmenter la fidélité et la validité des données. Le concept de triangulation est également un aspect central de cette analyse. Il existe différents types de triangulation dans les recherches qualitatives (Miles et Huberman, 1994). Il est ici question de la triangulation par différentes sources de données, donc des données collectées à partir des différents acteurs-clés de l'étude qui répondent aux mêmes questions ouvertes. La triangulation des données est une stratégie primaire qui soutient le principe même des études de cas, soit l'exploration d'un phénomène à partir de multiples perspectives (Baxter et Jack, 2008). La comparaison des données permet

une convergence des idées entre les différents acteurs clés et améliore ainsi la qualité des données et des résultats (Knafl & Breitmayer, 1989). La triangulation est également considérée comme une méthode à prioriser afin d'obtenir une bonne validité interne dans le cadre de recherches qualitatives (Miles et Huberman, 1994). En effet, dans les études qualitatives, la triangulation est typiquement une méthode utilisée afin d'augmenter la validité et la fidélité lors de l'analyse des résultats (Golafshani, 2003) et ce, en tentant d'obtenir une convergence entre les multiples sources d'information (Creswell et Miller, 2000).

Il a donc été question d'effectuer une analyse thématique horizontale afin d'examiner les témoignages de tous les participants en rapport à un même thème. Ainsi, l'opinion de chaque participant sur un même thème a été relevée et analysée. Par la suite, une synthèse de cette analyse a été effectuée afin de connaître l'opinion générale et spécifique de tous les individus sur chacun des thèmes. Ainsi, cela a permis de regrouper les éléments similaires et contraires du discours des participants par rapport à chacun des thèmes (Miles et Huberman, 1994). L'analyse thématique horizontale a donc permis de comparer l'opinion des participants entre eux sur les mêmes thèmes et de faire ressortir les différences et les similitudes.

Une analyse thématique verticale a également été effectuée afin de connaître l'opinion de chaque participant sur chacun des thèmes abordés durant l'entrevue. Ainsi, l'expérience de chaque individu par rapport à chacun des thèmes a été prise en compte et analysée individuellement. Par la suite, une synthèse de l'expérience de chaque participant en relation avec chaque thème soulevé a été réalisée afin d'obtenir une vision d'ensemble de l'expérience unique de chacun et de faire ressortir les points saillants de leur expérience (Miles et Huberman, 1994).

3.8. Valeur de la recherche

Cette étude examine un projet qui s'inspire, d'une part, des meilleures pratiques établies dans la documentation scientifique et, d'autre part, d'expériences heureuses à l'étranger. Comme toute pratique en santé, cette pratique novatrice s'inscrit dans la spécificité des services de santé et de service sociaux du Québec et de Montréal en particulier. Cette étude permettra d'évaluer les perceptions et les opinions des usagers, de leurs proches et des intervenants afin d'obtenir une richesse d'informations quant aux points positifs qu'est le volet pédopsychiatrique de la CCL, mais également sur les points à améliorer. Ces données pourront être transférées à des contextes similaires.

En effet, il sera possible de transférer les conclusions à des expériences cliniques comparables. Cette notion de transférabilité des données renvoie « à la possibilité de recourir à des schémas interprétatifs dégagés dans une situation de recherche donnée pour élucider un nouveau contexte de recherche, sans pour autant perdre de vue les conditions particulières de leur *découverte* initiale » (Verhoeven, 2010). Ainsi, les résultats pourront, dans une certaine mesure, être pertinents pour les différents services de santé pédiatrique qui éprouvent des difficultés lors de cette transition vers les services de santé pour adultes et qui sont à la recherche d'un programme proposant des pistes de solution concrètes pour les jeunes, leurs parents et leurs intervenants.

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

Les résultats découlent des analyses horizontale et verticale effectuées à partir du verbatim des entrevues de tous les individus qui ont participé au présent projet de recherche.

Dans un premier temps, est présentée la perception du volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine (CCL), soit les aspects qui ont été appréciés, les bénéfices associés à la participation ainsi que les insatisfactions et limites du programme. Dans un deuxième temps, l'aspect de la collaboration entre les différents professionnels et établissements, en tenant compte des dimensions satisfaisantes et insatisfaisantes, est abordé. Puis, dans un dernier temps, sont explorées les recommandations et les pistes d'amélioration suggérées par les différents acteurs impliqués.

4.1. Perception du volet pédopsychiatrique de la CCL

Tous les acteurs qui ont participé aux entrevues ont soulevé la pertinence d'un programme tel que celui offert dans le volet pédopsychiatrique de la CCL. En effet, une majorité des individus a mentionné que ce projet répond à un besoin tant pour les jeunes qui vivent une situation complexe que pour leurs parents qui sont la plupart du temps démunis face à cette situation. La pertinence d'un projet comme celui-ci est également abordée sous l'angle professionnel, tel que l'a témoigné un des intervenants lors de son entrevue :

Je pense que c'est un service qui répond à un besoin. C'est un service qui, selon moi, est essentiel et nécessaire pour nous aider en tant qu'intervenants à avoir accès à d'autres types d'intervenants, d'autres types d'expertise et de coordonner des soins.

Bien que tous voient la pertinence d'un tel volet, trois intervenants sur quatre ont souligné que, malgré que l'idée derrière le développement de ce volet soit intéressante et pleine de bonne volonté, la mise en œuvre du projet tel qu'énoncé s'est parfois avérée peu fonctionnelle. Ce qu'un des parents a appuyé lors de son entrevue :

Je suis certain que, dans leur mission, la mission qu'ils (les intervenants) se donnent, je ne sais pas si c'est énoncé comme ça dans leur mission d'organisme, mais je suis certain ... je sais qu'ils sont animés d'une volonté à toute épreuve de vouloir vraiment aider. Mais au-delà d'énoncer une mission, est-ce que ... est-ce que c'est ça qu'ils font ? Je ne sais pas. Moi, je peux juste me baser sur notre expérience et vous dire que j'ai pas le sentiment [...] j'ai pas l'impression qu'on a adressé le problème dans son entièreté, dans son unicité.

En ce qui concerne le jeune participant, sa perception générale des services reçus demeure généralement positive. Ainsi, bien que la perception générale du projet, de ses objectifs et du rationnel ayant mené au développement de celui-ci, soit positive, certains éléments principalement liés à la mise en œuvre du projet ont suscité une insatisfaction de la part de quelques-uns des participants. Ces différents aspects, les bénéfiques ainsi que les diverses limites et attentes associées à ce projet sont abordés dans la présente section.

4.1.1. Aspects appréciés

En ce qui a trait aux aspects satisfaisants du volet pédopsychiatrique de la CCL, trois grandes thématiques ont été soulevées par les participants : 1) le fait que ce soit un service adapté aux besoins de la clientèle, 2) une approche intégrée ayant favorisé, selon les besoins, des références vers des services spécialisés étant requis ; 3) la mobilisation et la disponibilité des professionnels.

Un service adapté aux besoins de la clientèle

Tout d'abord, les parents ainsi que tous les intervenants ont soulevé le fait que ce programme est adapté aux besoins particuliers et multiples de la clientèle qu'il dessert. Comme l'a expliqué un intervenant :

On a un service... avec... qui répond bien à ses besoins (aux besoins de la clientèle) parce qu'il y a... parce qu'il est complexe à la base et puis que là, on peut y répondre avec différents types d'expertises.

Outre la richesse des expertises, un autre intervenant a mis en lumière l'importance de la continuité des services lors du passage à l'adulte, compte tenu de la nécessité de maintenir au dossier des expertises multiples et une bonne communication entre les professionnels impliqués pour répondre adéquatement à la complexité des besoins :

Je pense que ça devient moins déroutant, là, dans le sens que ... avec les trois organismes en place, on couvre de façon assez large les... plusieurs problématiques, puis plusieurs âges. Ça fait qu'il n'y a pas nécessairement besoin de ... au moment d'arriver à l'âge adulte, de courir après une équipe puis de s'assurer que la transmission d'information puis du bagage se fasse.

En effet, tel que nous l'avons mentionné précédemment, ce programme a été développé en vue d'offrir des services adaptés aux besoins de ce groupe d'âge en mettant en place un cadre visant à assurer une continuité dans les services pour les jeunes qui sont en âge de transition vers les services de santé pour adultes. Comme cela a été soulevé par différents intervenants, cette visée s'est actualisée dans la mesure où ce programme se poursuit lorsque les jeunes atteignent l'âge de la majorité puisqu'il offre un service à ceux-ci jusqu'à l'âge de 25 ans, ce

qui facilite la transition dans les services et assure à ces jeunes et à leur famille un service continu et intégré. De fait, selon les parents qui ont participé aux entrevues, le service est particulièrement adapté aux besoins de la clientèle en raison la grande volonté des intervenants d'harmoniser leurs interventions aux jeunes, à leur personnalité et à leur situation unique.

Une approche globale, références appropriées

L'approche globale du volet pédopsychiatrique a été appréciée de tous les participants. En effet, la collaboration entre différents intervenants provenant de divers milieux afin de faciliter le traitement des troubles concomitants de ces jeunes ainsi que d'assurer une continuité dans les services lors de cette période de transition vers les services de santé adulte a procuré de la satisfaction. Non seulement cette approche a facilité l'évaluation des jeunes et a offert un soutien à leur famille, mais elle a également permis à cette clientèle d'obtenir des références vers les ressources externes appropriées à leurs besoins. Un des intervenants l'explique en disant :

Ils (les parents) ont accès à ... une équipe multidisciplinaire qui, eux, ont même accès à un autre réseau. Donc ça leur a permis d'avoir d'autres types d'évaluation. C'est comme tu multiplies leurs ... leurs possibilités de ... de références et de ... d'aide pour leur enfant. [...] Quand on est plusieurs personnes autour d'une table qui réfléchissent, bien, ça fait plusieurs réseaux aussi.

De plus, un parent témoigne :

Le programme nous a ... il nous a facilité l'accès à des psychiatres. Avant ça, c'était très, très difficile parce que via des psychologues, ou via son médecin de famille, les recommandations en psychiatrie étaient très difficiles. On n'était pas capable d'en avoir. Alors que via le programme, ça nous a donné accès à ces gens-là. Ça l'a ... ç'a été d'un bénéfice incroyable.

Le jeune, qui a participé aux entrevues, a particulièrement apprécié d'avoir accès, suite à l'évaluation multidisciplinaire, à une référence pour une consultation en neuropsychologie ce qui a mené à l'obtention d'un diagnostic clair. Il note que sans la participation au volet pédopsychiatrique de la CCI, cela n'aurait pas été possible.

La mobilisation et la disponibilité des professionnels

De plus, la totalité des participants a trouvé utile que des professionnels externes au projet soient inclus et consultés afin d'obtenir leurs opinions, de bénéficier de leur expertise et d'enrichir les discussions de l'équipe traitante. En effet, les parents ont particulièrement apprécié que l'équipe du volet pédopsychiatrique demande l'implication des intervenants externes afin d'avoir un portrait plus global et complet de la situation de leur jeune, ils ont trouvé cela très bénéfique afin d'accélérer le processus d'évaluation et le cheminement du jeune.

Puis, les parents ont tous particulièrement apprécié qu'il y ait une mobilisation rapide de nombreux intervenants provenant de divers milieux pour leur jeune. Ils ont été très reconnaissants qu'autant de professionnels se soient mobilisés et rendus disponibles dans l'intérêt de leur enfant. Par exemple, un parent mentionne :

J'ai trouvé qu'ils avaient ...qu'ils mobilisaient beaucoup de monde et ça, j'ai apprécié. J'ai trouvé que c'est appréciable de mobiliser autant de personnes pour une ...pour un seul bénéficiaire. Ça c'est merveilleux.

4.1.2. Bénéfices de la participation

Cette section se consacre aux bénéfices et effets positifs perçus associés à la participation des jeunes et de leurs parents. Ces derniers ont perçu le volet pédopsychiatrique comme étant très positif et aidant, comme en témoigne cette déclaration d'un parent lors de son entrevue :

Les services ont été, je dirais, moi je les qualifie, très appréciés. Ils ont été vraiment aidants autant pour les parents que pour [mon enfant]. Ç'a été aidant pour tout le monde là-dedans pour progresser, pour nous aider aussi à mieux faire face aux situations. [...] Puis ça nous a aidé... Ç'a l'a aidé aussi, ça l'a, je dirais accéléré le... un peu le... le cheminement autant du côté familial que de son côté à lui (son enfant). Alors c'est très ... très positif, tout ça.

Certains intervenants ont également identifié des bénéfices importants pour les jeunes et les parents à participer à ce programme. En effet, ce volet a permis aux intervenants de garder les dossiers ouverts même lorsque le jeune ne se présentait pas en traitement pour plusieurs semaines ou plusieurs mois, ce qui selon les intervenants est un bénéfice considérable. C'est dans un objectif de continuité et d'accessibilité que les dossiers sont gardés ouverts dans ce programme. En effet, selon un des intervenants, l'objectif de garder les dossiers ouverts est le suivant :

C'est de pouvoir répondre à leurs besoins (des parents et des jeunes) le plus rapidement possible pour pouvoir éviter... pour assurer une continuité, puis d'éviter, là, de ... qu'ils se frappent au syndrome de la porte tournante, là, de recommencer. [...] Ça permettait de pouvoir répondre à ses besoins tout de suite.

Pour les parents

Ainsi, bien que le volet pédopsychiatrique de la CCL soit destiné à venir en aide aux *adultes émergents* et jeunes en transition ayant des troubles concomitants de TUS et de troubles

mentaux, le programme offre également des bénéfices aux parents de ces jeunes. De manière plus spécifique, pour les parents, la reconnaissance de la complexité de la situation de leur jeune a été un avantage considérable qui a été soulevé par différents ces derniers et par quelques intervenants lors des entrevues.

En outre, la majorité des participants ont identifié un aspect rassurant et sécurisant pour les parents, cet aspect étant directement lié à la participation au projet. Ce bénéfice a, entre autres, été décrit par un des intervenants :

Je pense que pour les parents, il y a certainement quelque chose de sécurisant, de dire : « Mon jeune arrive à l'âge adulte... » Le fait que ce soit une évaluation très exhaustive où il y a des gens à la fois, c'est ça, milieu adulte, milieu jeunesse, du milieu de la toxicomanie, c'est de dire : « Bien... mon jeune, il est... On a vraiment un regard global sur sa situation. » [...] Ça fait que je pense qu'il y a quelque chose de rassurant. [...] Puis il a quelque chose de sécurisant à savoir que le filet de sécurité, le projet est là, le programme est là comme filet de sécurité.

En effet, le fait de savoir que leur jeune est entouré d'une équipe compétente et engagée a eu un effet d'apaisement pour les parents qui ont vu leur anxiété diminuer. Les parents qui ont participé aux entrevues ont associé cet aspect rassurant et sécurisant du projet au fait d'être impliqués concrètement dans les processus d'évaluation et de suivi de leur jeune, ce qui les a également mis en confiance avec les professionnels. Un parent explique :

Le fait d'être dans le programme, les parents étaient inclus dans la démarche. Donc, le fait de savoir ce qui se passe, ça nous reconforte. Ça nous met en confiance. Ça nous enlève de l'anxiété aussi.

Un autre avantage associé à la participation des parents à ce programme, qui a été identifié tant par les intervenants que par les parents, a été le fait d'avoir eux-mêmes accès à des ressources afin de faire face à la situation complexe dans laquelle ils se trouvent avec leur jeune adulte. Les parents ont également apprécié la disponibilité des intervenants ainsi que la possibilité d'avoir accès à différentes ressources. Le jeune, qui a participé aux entrevues, a également soulevé cela comme étant le bénéfice principal associé à la participation de ses parents au programme offert par la CCL. En effet, cet accès à un soutien a permis aux parents de se sentir écoutés et entendus dans leur perception de la situation, en plus de se sentir validés dans leurs capacités parentales. Un des parents a exprimé sa satisfaction lors de son entrevue :

Ça a plus été thérapeutique où j'ai eu accès à quelqu'un qui m'a écouté parler de ce que je vis comme situation [...] J'ai eu un échange très dynamique où [l'intervenant] validait des fois certaines pistes de réflexion que j'avais. Ça m'a fait du bien d'avoir cette confirmation-là que [l'intervenant] pense comme moi sur certaines affaires. [...] J'ai pu valider avec [mon intervenant]: c'est peut-être l'aspect le plus bénéfique que j'ai ressenti. C'est le fait d'avoir, disons, un professionnel chevronné qui comprend très bien la situation, qui comprend à sa juste valeur toute la problématique, puis qui est capable de... de m'écouter, puis de me dire : « Oui, je pense que ce que vous... Votre stratégie, votre hypothèse, je pense qu'elle est valable. Puis oui, je pense que c'est une bonne idée de continuer dans cette voie-là. C'est ça qu'il faut faire. » Ou : « Peut-être que c'est mieux de faire ça ... » T'sais, d'avoir quelqu'un qui valide un peu, si vous voulez, mes stratégies parentales. Ça, ç'a été bénéfique.

Pour les jeunes

Les analyses permettent également d'éclairer des bénéfices de la participation spécifique pour les jeunes. Selon un des parents, avoir accès à une équipe multidisciplinaire qui aide son jeune avec différents défis reliés à diverses sphères de sa santé physique et mentale a favorisé

l'augmentation de l'estime de soi de ce dernier ainsi que l'accroissement de sa confiance en lui et de sa confiance en ses capacités à se prendre en main.

De plus, la présence des différents intervenants provenant de divers milieux ayant chacun une expertise particulière a, selon l'un des parents, favorisé grandement le traitement de son jeune, comme en témoigne l'extrait suivant :

La plupart des problèmes psychologiques ne sont pas nécessairement, contrairement aux problèmes physiques : un bobo, on le règle, c'est facile. C'est (les problèmes psychologiques) souvent un amalgame de différentes choses, puis si on attaque juste un volet, bien, ça avance, mais souvent, il y a d'autres choses aussi qui viennent influencer la détresse de la personne. Puis si on les a... Puis quand on touche à ces différentes choses-là, ça... ça accélère, je dirais, le ... le processus énormément.

Un intervenant a également soulevé un aspect important à la participation du jeune au programme, soit la continuité des services au-delà de l'âge adulte. En effet, cet intervenant a souligné qu'un des points fondamentaux à la base du volet pédopsychiatrique ; c'est cette continuité dans les services qui permet de faciliter le traitement et les suivis des jeunes. Le fait qu'il n'y ait pas de notion de date de péremption dans ce programme est considéré comme un point positif important dans la participation du jeune.

Un autre bénéfice, qui a été identifié précédemment par plusieurs participants, a été que les familles et les intervenants ont eu accès à plusieurs réseaux de professionnels différents. Cette collaboration entre les différents intervenants et organismes a facilité la mise en place d'un plan d'action afin de venir en aide au jeune et a permis, lorsque nécessaire, de le référer plus aisément vers diverses ressources pouvant améliorer sa situation.

De plus, selon les parents interviewés, ces références vers les différents milieux externes se sont faites plus facilement et rapidement grâce à leur implication personnelle dans le volet pédopsychiatrique comparativement à lorsqu'ils n'étaient pas impliqués dans ce programme, comme en témoigne les propos qui suivent :

Il reste que ç'a été un peu, il (son jeune) est passé par la voie rapide. Au lieu de devoir aller à l'hôpi..l'urgence de l'hôpital pour avoir été là toute une nuit, pour se faire transférer. En fait, ça ne se fait même pas comme ça parce qu'il aurait fallu qu'il soit en crise pour aller dans une urgence d'hôpital, pour ensuite être transféré à [un hôpital spécialisé] deux ou trois jours plus tard. Ce qui n'est vraiment pas... ce qui est vraiment pénible, là. [...] Alors moi, je trouve que la portion peut-être la plus positive de l'affaire, c'est que ç'a été la voie rapide [...] et éviter de passer par ... vous savez, les truchements vraiment pénibles, là. Donc ça, c'est le beau côté de l'affaire.

Tel qu'exprimé par la majorité des intervenants, la mise en commun des expertises et des connaissances a permis d'ouvrir les discussions et, de plus, de faire progresser le dossier et d'arriver avec un plan d'action et des réponses diagnostiques sur la situation complexe des jeunes impliqués dans ce programme. Cette intégration des services/cette collaboration, selon la totalité des intervenants, constitue une plus-value importante du programme.

Finalement, l'obtention d'un diagnostic, suite aux évaluations multidisciplinaires, a été identifiée par les familles comme étant le plus grand bénéfice associé à leur participation à ce programme. Ce diagnostic a permis à ces derniers d'avoir un portrait clair et précis de la situation qui est venu clarifier certaines choses par rapport à la condition du jeune. Un jeune impliqué dans le volet a exprimé sa satisfaction et sa reconnaissance d'avoir eu accès à des professionnels et des références adaptées à sa condition en disant :

Ils ont changé ma vie, genre beaucoup là, en faisant ça.

Ce dernier insiste, à de multiples reprises tout au long de l'entrevue, sur la plus-value du programme dans l'identification et le traitement de sa condition.

4.1.3. Attentes

En ce qui concerne les attentes, la majorité des participants ont exprimé le fait qu'ils n'avaient aucune attente précise en début le projet tant chez les familles que chez les intervenants.

Toutefois, il a été mentionné par un parent que l'attente première :

C'est « aidez-nous ! » Il n'y a pas d'autre chose. [...] Voici le problème, puis aidez-nous à passer à travers, puis à trouver une solution avec votre compétence, votre expertise. C'est ça, l'attente, c'est ça : d'avoir une aide. C'est tout. On ne peut pas... Je ne peux pas qualifier, la quantifier, c'est juste de dire avoir une aide. En espérant que l'aide soit pertinente et utile, puis qu'elle nous fasse avancer et non pas reculer. C'est juste ça !

Les parents ont également souligné qu'une aide spécifique à leur intention, leur prodiguant des conseils précis et concrets afin de faire face à leur situation familiale complexe, aurait été souhaitée malgré le fait que ce n'était pas leur attente principale en s'engageant dans le programme.

Le jeune, quant à lui, souligne que bien qu'il n'avait aucune attente particulière lors de son entrée dans le programme, le volet pédopsychiatrique lui avait été présenté en lui promettant une rencontre avec un psychiatre. Ainsi, comme il le mentionne dans son entrevue, sa seule attente réelle était d'être mis en contact avec un psychiatrique.

4.1.4 Insatisfactions/limites

Les insatisfactions et les limites qui ont été soulevées par le jeune, les parents et les intervenants sont principalement en lien avec les manques d'information sur le volet pédopsychiatrique de la CCL, le manque de suivi suite à l'évaluation du jeune ainsi que sur le processus d'évaluation intimidant et parfois pénible. Un des parents a également mentionné que l'approche qui était utilisée avec son jeune n'était peut-être pas la plus efficace et adaptée à la situation de ce dernier. Ce parent explique :

On a plutôt appliqué des méthodes qui sont des méthodes classiques, des approches classiques parce qu'habituellement, ça fonctionne avec les autres. Je pense qu'on n'a pas ... on ne s'est pas assez attardé à la ... la particularité de la personnalité de [mon jeune] pour lui proposer une solution sur mesure qui lui ... qui était plus probante que menaçante. [...] Oubliez ça, il faut leur (les jeunes avec troubles concomitants) ouvrir la porte de côté, puis la porte d'en arrière. Puis même, un passage par la cheminée, s'il faut. Mais on ne peut pas leur offrir la porte d'en avant en disant : « Par ici, s'il-vous-plaît ! » C'est pas des gens qui vont entrer par la porte d'en avant.

Tout d'abord, bien que le jeune et les parents aient tous apprécié la disponibilité et la mobilisation des nombreux professionnels présents lors des rencontres d'évaluation, certains individus ont senti que c'était un processus d'évaluation particulièrement intimidant et stressant tant pour le jeune que pour les parents. En effet, lors des rencontres d'évaluation, le jeune était rencontré par certains intervenants, dont un psychiatre et un pédopsychiatre. Plusieurs autres professionnels, dont des psychologues, des chercheurs, des travailleurs sociaux et des infirmiers, qui se trouvaient derrière un miroir afin d'observer la rencontre. Le jeune explique :

Il y avait trop de monde, là! [...] Il y avait beaucoup de monde, là, pfff... Je sais pas ce que ça donnait, là. Mais ça ne me dérange pa. C'est pas négatif ou positif. C'est comme : j'allais là, puis je le faisais parce que c'était dans le projet, là, mais genre je sais pas, là, ça... ça donnait pas grand chose.

Un des intervenants souligne que :

Ce n'est pas dit qu'on a toujours... qu'on bénéficie de faire des échanges en grand groupe. Des fois, c'est aussi pénalisant que ça peut être pertinent.

Cet intervenant mentionne également, à plusieurs reprises lors de l'entrevue, la pertinence des rencontres multidisciplinaires, mais ajoute qu'afin d'alléger le processus, seuls les intervenants concrètement impliqués dans le suivi du jeune et de ses parents devraient être présents lors de la rencontre d'évaluation. Toutefois, cet avis n'est pas unanime parmi les intervenants. En effet, selon l'un d'entre eux, malgré le fait qu'il peut être stressant d'être évalué derrière un miroir les avantages qui découlent de cette évaluation multidisciplinaire sont supérieurs à cet inconvénient.

De plus, lorsque questionnés sur leur expérience lors de cette évaluation, le jeune ainsi qu'un parent ont soutenu qu'ils n'avaient pas eu l'occasion de s'exprimer en raison du trop grand nombre de professionnels présents. Un des parents a fait part de son mécontentement et de ses insatisfactions dans les termes suivants :

Je vous dirais que quand il y a eu la... la... la rencontre avec l'équipe multidisciplinaire, là, pour moi, je vais vous dire, c'était vraiment trop. Il y avait trop de monde, c'était épouvantable. On était dans une petite salle, collés comme dans une boîte de sardines. C'était vraiment trop ! Beaucoup trop de monde et plein de monde derrière le miroir, c'était vraiment pas agréable. [...] Puis, non plus, hein, c'est très envahissant. C'est très dérangeant. Il (son jeune) n'a vraiment pas aimé du

tout, du tout, du tout. [...] Il n'y avait pas de gain du tout pour [mon jeune]. Il n'y avait aucun bénéfice pour le bénéficiaire d'avoir tout ce monde-là autour de la table. [...] Ni pour moi comme parent parce que premièrement, à cette rencontre-là, j'ai eu de la misère à placer un mot. [Mon jeune], la même affaire. [...] Et on était bousculé : on ne pouvait pas s'exprimer du tout. On n'a vraiment pu rien dire.

Un des intervenants ajoute que ce type d'évaluation ne fonctionnerait pas avec des clients plus fragiles ou réfractaires. Cette opinion est partagée par un autre intervenant qui affirme que le type d'évaluation proposé par le volet pédopsychiatrique de la CCL pourrait constituer un risque d'abandon pour certains jeunes et leur famille en raison de la lourdeur que cette évaluation peut engendrer.

Ensuite, les professionnels, tout comme les parents impliqués dans le volet pédopsychiatrique, déplorent le manque d'informations quant à la structure du programme et au déroulement suite à l'évaluation du jeune. Notamment, les parents sont restés avec plusieurs points d'interrogation concernant ce volet, son fonctionnement ainsi que sa durée. En effet, tous les participants sont en accord avec l'efficacité et la plus-value de la participation au volet pédopsychiatrique en ce qui concerne l'évaluation primaire du jeune et par la même occasion l'obtention d'un diagnostic. Toutefois, les opinions sont plutôt partagées lorsqu'il est question du suivi suite à cette évaluation. En effet, la majorité des intervenants déplorent le manque de suivi suite à l'évaluation primaire du jeune. Certains intervenants ont même dû changer leurs attentes par rapport au volet pédopsychiatrique, décrivant celui-ci comme un programme offrant une évaluation complète et multidisciplinaire permettant un diagnostic et non comme un programme offrant une évaluation ainsi qu'une intervention multidisciplinaire.

Certains notent également que l'articulation du suivi suite à cette première étape d'évaluation était compliquée et lourde, tant pour les intervenants qui ne savaient pas quel rôle adopter que

pour les parents et le jeune qui n'étaient pas toujours au courant des étapes qui découlaient de cette évaluation. De plus, un des intervenants ayant participé aux entrevues soulève certaines lacunes au niveau de la structure de suivi comme en témoigne l'extrait suivant :

C'était une structure qui n'est pas adaptée à [la] clientèle. On parle d'une clientèle qui est compliquée, qui a de multiples problématiques, qui est dépendante. Donc de devoir avoir un moment à chaque deux mois, puis t'sais, un cadre très structuré de rendez-vous, de prise de rendez-vous, ça ne fonctionne pas tout le temps. Ça, il manquait vraiment de souplesse en termes d'accueil pour le suivi. Pas pour l'évaluation. L'évaluation, ça allait.

4.2. Collaboration

Au regard de l'expérience actuelle, le vécu entourant la collaboration entre les professionnels et les établissements tend à varier en fonction des individus et de leur implication dans ce programme. En général, l'aspect de collaboration a été perçu de manière très positive autant par les intervenants que par le jeune et les parents qui ont participé au programme. En effet, la majorité de gens impliqués dans le programme ont perçu une volonté de tous les acteurs de collaborer et de travailler en équipe. Certains éléments de cette collaboration ont été relevés comme étant satisfaisants alors que d'autres ont été perçus comme l'étant un peu moins. La prochaine section s'attarde à ces divers éléments.

4.2.1. Dimensions satisfaisantes

La collaboration, au centre du volet pédopsychiatrique de la CCL, a été appréciée tant par les parents et le jeune que par les intervenants. En effet, la facilité et la rapidité qu'a entraînées la collaboration des différents professionnels, principalement lors de l'évaluation, sont des

éléments qui ont été soulevés, tant par le jeune et les parents que par les intervenants, comme étant très satisfaisants. Les professionnels ont également relevé le partage de connaissances et la qualité de l'évaluation comme étant les aspects satisfaisants principaux associés à leur collaboration dans ce programme.

Tout d'abord, lorsqu'il leur a été demandé quels étaient les aspects qu'ils avaient appréciés de la collaboration au sein de ce projet, tous les professionnels ont soulevé des aspects similaires. En effet, tous ont identifié le partage des connaissances et des expertises entre les intervenants des différents établissements comme étant un aspect positif fondamental et un bénéfice direct associé à leur expérience dans ce projet.

Selon ces répondants, le volet pédopsychiatrique leur a permis un développement professionnel et a été une source d'apprentissage et de réflexion sur les différentes problématiques et les divers enjeux de la clientèle. Plus précisément, la collaboration étroite qui a pris place entre les services de psychiatrie adulte et les services de pédopsychiatrie a permis aux professionnels d'avoir un regard différent sur leur clientèle et a engendré une ouverture sur les soins à offrir aux jeunes et à leurs parents. En effet, c'est ce qu'un des intervenants rapporte lors de son entrevue :

On a comme pu faire des liens entre des manifestations à travers la consommation, à travers certaines difficultés comportementales, difficultés familiales et tout ça parce qu'on était comme tous réunis ensemble autour d'une même situation. Donc ça, c'est comme quelque chose qui a [permis de] mieux baliser et définir l'ensemble de la situation problématique au-delà des manifestations. Donc la mise en commun de ça. Donc ça, personnellement, je trouvais que c'était la force [de la collaboration].

La majorité des intervenants a également mentionné que ce projet, et par le fait même la clientèle qu'il dessert, les a parfois sortis de leur zone de confort et qu'ils ont apprécié avoir le soutien d'une équipe multidisciplinaire à des fins de consultation et de validation. Certains se sont sentis plus en confiance lors de leurs interventions grâce à cette collaboration et mise en commun des connaissances.

Ensuite, selon un des intervenants qui a participé aux entrevues,

les bénéfiques [du volet pédopsychiatrique], ç'a toujours été en termes d'évaluation. [...] C'était ça, le gain principal.

En effet, plusieurs intervenants ont mentionné que la principale plus-value associée à ce partage d'expertises est la qualité et la richesse lors des évaluations. De la collaboration entre les différents intervenants et établissements s'est dégagé un portrait plus global, plus complexe également, et certainement plus juste de la situation de chacun des jeunes en traitement, selon la totalité des intervenants.

De plus, tel qu'exprimé par l'un d'entre eux :

Avoir plusieurs intervenants évaluateurs en même temps, de différents milieux, c'était très satisfaisant. C'est comme d'éviter qu'on ait une évaluation que là, le professionnel réfère à un autre professionnel, puis tout ça, puis que ce soit plutôt en silos qu'en commun. Je pense que c'est ça l'avantage aussi [de la collaboration].

La mobilisation des différents acteurs impliqués dans ce projet de collaboration a ainsi favorisé une évaluation rapide et précise d'une situation complexe, ce qui a été appréciée par le jeune, les parents et les professionnels.

4.2.2. Dimensions insatisfaisantes

Malgré l'appréciation générale de l'aspect collaboratif de ce projet, plusieurs dimensions insatisfaisantes ont été mises de l'avant lors des entrevues, particulièrement par les intervenants, mais parfois également par les parents et le jeune. Parmi ces insatisfactions, les participants ont soulevé des lacunes sur le plan de la communication, des mécontentements au niveau de l'implication des différents partenaires, un manque de structure organisationnelle ainsi qu'un manque de considération pour l'expertise de tous les acteurs participant au projet.

La communication

Premièrement, tous les professionnels qui ont participé aux entrevues ont exprimé une insatisfaction pour le manque de communication entre les différents intervenants et organismes impliqués dans le projet. Ce manque de communication, principalement concernant le partage des dossiers et les suivis, a entraîné des répercussions tant sur le plan technique et administratif que clinique. En effet, un des intervenants explique :

Tout ça aussi ç'a un impact au niveau clinique parce que si moi [...] je ne suis pas là à la rencontre, on n'a pas eu un lien d'échange, on n'a pas une rencontre régulière, où on discute cliniquement, moi, je suis moins au fait de ce qui s'est passé. Selon moi, un travail d'équipe, on devrait être au courant de tout ce qui se passe.

Cet intervenant explique que ce manque de communication des dossiers fait en sorte qu'il y a un manque d'informations sur la situation du jeune et les avancements faits avec les autres intervenants ou les autres organismes impliqués, ce qui a un impact direct sur ses interventions. Tous les intervenants ont directement lié ces lacunes au manque de structures

organisationnelles et cliniques du volet pédopsychiatrique qui est abordé plus tard dans cette section.

L'implication des différents partenaires

Deuxièmement, la majorité des intervenants a soulevé des insatisfactions marquées au niveau de l'implication des différents établissements et professionnels, ce qu'ils ont majoritairement attribué au manque de structure organisationnelle. Lorsqu'il est question du niveau d'implication, les intervenants qui ont participé aux entrevues font référence tant à l'implication individuelle des professionnels qu'à l'implication des différents organismes.

Une grande majorité des intervenants a caractérisé l'implication des différents partenaires de ce volet comme étant très improvisée, ponctuelle et non définie. En effet, n'ayant pas été clairement définis au tout début du projet, les rôles des différents acteurs ont laissé une grande place à l'improvisation et à l'initiative de chaque professionnel lorsqu'il était question des suivis auprès des jeunes et de leurs parents. Avec pour conséquence qu'une partie de l'information n'a pas été transmise.

De plus, selon l'ensemble des intervenants, outre les lacunes au niveau de la définition des rôles et de l'implication de chaque intervenant, certaines situations, hors du contrôle des partenaires, ont fait en sorte que des professionnels ont dû quitter temporairement le projet, ce qui a fragilisé considérablement le projet. En effet, des partenaires cruciaux à la continuité du projet ont dû s'absenter temporairement sans toutefois que des mesures de remplacement n'aient été mises en place laissant sur pause le volet, les autres intervenants ainsi que les jeunes et leurs parents.

Tel que relevé par un intervenant :

L'engagement [à ce projet] doit dépasser l'engagement de personnes, [il] doit être un engagement d'établissement. [...] C'est souhaitable que les établissements, au-delà des individus, s'engagent à être présents dans ce type de situation-là.

Certains acteurs regrettent le fait que les établissements et les organisateurs n'aient pas su mettre en place une mécanique claire dès les premiers balbutiements du projet afin d'assurer le remplacement des professionnels lors de leur départ, parfois précipité, mettant la pérennité du projet entre les mains des quelques intervenants restants.

Le manque de structure organisationnelle

Troisièmement, un des points d'insatisfaction central et à la base de autres insatisfactions liées à la collaboration est le manque de structure organisationnelle du projet. En effet, lorsqu'il est question de structure organisationnelle du volet pédopsychiatrique, la totalité des intervenants ont soulevé de nombreuses lacunes au niveau de la définition des rôles de chacun et au niveau de la coordination du programme. Certains intervenants déclarent qu'à aucun moment durant le projet les intervenants et les organisateurs du projet n'ont eu de rencontre afin d'établir une structure et de définir les rôles de chaque individu, ce qui a eu des répercussions sur tous les aspects de ce programme

Un des intervenants explique :

Le fait qu'il y ait différents intervenants de différents établissements, ça fait que dans le fond, chaque établissement a une structure, puis un procédé. Puis ça complexifie un petit peu le tout de devoir organiser les trois procédés ou les trois structures ensemble.

De plus, lorsqu'ils ont été questionnés sur leur rôle dans le volet pédopsychiatrique, aucun des intervenants n'a été en mesure de fournir une réponse claire et précise. Tel que mentionné précédemment dans cette section, toutes leurs réponses convergent pour dire que le rôle et les tâches de chaque professionnel n'ont pas été déterminés et définis, ce qui a engendré une confusion importante chez ces derniers, particulièrement lors des suivis.

Selon une majorité des intervenants, ces lacunes au niveau de la définition des rôles de chacun ont fait en sorte qu'il y a eu un manque de leadership dans le programme, ce qui a eu un impact considérable au niveau de la coordination de celui-ci. En effet, en ce qui a trait à la coordination et à la structure de ce volet, tous les intervenants ont soulevé des faiblesses importantes. Un professionnel témoigne :

Il n'y a pas de mécanique. Il n'y a rien qui a été défini à ce niveau là (au niveau de la structure de collaboration). Encore là, beaucoup d'improvisation au fur et à mesure, selon ce qui se présente et tout ça. Donc c'est ça, [une] absence de planification ou de mise en commun de comment on souhaite que ça se passe.

Les intervenants ont également tous mentionné la présence d'incertitude sur la structure du programme ainsi que sur le déroulement des étapes suivant l'évaluation du jeune. De plus, plusieurs intervenants ont évoqué un manque de critères d'inclusion clairs et définis lors de l'admission des jeunes dans le programme ce qui a complexifié considérablement leur rôle lors de la référence des jeunes vers le volet pédopsychiatrique.

Le respect des expertises

Dernièrement, tant chez les intervenants que chez les parents, certains participants ont senti que leurs points de vue, conseils et expertise en tant qu'acteurs impliqués dans le programme n'ont pas été entendus, pris en considération ou respectés. En effet, un des participants n'a pas senti que son expertise en tant que parent a été pris en compte et que les avertissements et les conseils qu'il a donnés à l'équipe n'ont pas été utilisés afin d'adapter le traitement offert à son jeune. C'est un élément important qui est ressorti à des nombreuses reprises dans le discours de ce parent.

De plus, certains acteurs de ce projet n'ont pas senti la pertinence de tous les individus présents lors des discussions d'évaluation multidisciplinaire étant donné que les conversations avaient lieu principalement entre quelques professionnels clés pour cette étape du traitement. Un sentiment d'inutilité a même été ressenti par un des intervenants qui rapporte que son expertise aurait pu être utilisée autrement, dans un contexte différent. Ce dernier témoigne

Je ne vois pas la plus-value de tout ce comité [d'évaluation]-là, alors que si on assoit un pédopsychiatre, un psychiatre qui travaillent main dans la main, puis les proches, l'usager va avoir la plus-value.

Ainsi, selon de nombreux participants, l'expertise de tous devrait être respectée et utilisée au moment le plus opportun dans le processus de traitement du jeune afin d'offrir une expérience plus adaptée et pertinente pour tous les individus impliqués.

4.3. Recommandations des participants

Bien qu'il y ait eu certaines limites au volet pédopsychiatrique, un des intervenants a déclaré lors de son entrevue que :

les désavantages, c'est parce que là, on est en ... construction, en ajustement. Et puis qu'une fois ajusté, bien, il n'y aura que des bénéfices.

C'est dans cet objectif d'amélioration du volet que les différents participants au présent projet de recherche ont soulevé des pistes d'amélioration et des suggestions afin que le volet pédopsychiatrique offre un service adapté à sa clientèle et aux professionnels qui sont impliqués dans celui-ci. Bien que les parents ainsi que les intervenants soient à la base de ces différentes recommandations, le jeune qui a participé aux entrevues a également souligné quelques éléments d'amélioration.

Tous les participants qui ont pris part aux entrevues ont soulevé une même recommandation, soit que le volet pédopsychiatrique soit maintenu en place. Il apparaît essentiel à la totalité des intervenants que ce programme perdure dans le temps, car la mission première de ce projet, soit d'assurer un service intégré et continu pour des jeunes en situation concomitante complexe, répond à un vif besoin non comblé dans le réseau de santé québécois. Toutefois, si tous les participants s'entendent pour dire que le projet doit perdurer, tous sont également d'accord sur le fait qu'il y a des nombreuses améliorations à apporter à ce projet pour qu'il soit optimal pour la clientèle qu'il dessert ainsi que pour les intervenants qui y travaillent.

Les parents, tout comme les intervenants, ont soulevé qu'il serait nécessaire qu'un poste d'intervenant pivot ou d'intervenant central soit créé afin de faciliter la communication et la

coordination des traitements entre les différents membres de l'équipe traitant et les usagers. Selon plusieurs participants, cette suggestion permettrait d'améliorer de nombreux aspects du projet qui ont été perçus comme insatisfaisants.

De plus, afin d'améliorer le projet, les principales recommandations offertes par les participants concernent la flexibilité, la structure organisationnelle et clinique, les expertises et les suivis.

Concernant la flexibilité du programme, tant au niveau des interventions que des critères d'inclusion des jeunes dans le programme, plusieurs intervenants ont soulevé qu'il y aurait avantage à ce qu'il y ait une plus grande souplesse et une plus grande fluidité dans l'accueil de la clientèle et ce, afin que le programme puisse venir en aide à plusieurs autres familles et qu'il s'adapte à chacune de leur situation particulière. C'est ce qui est suggéré par un intervenant :

La souplesse qui serait souhaitée, c'est, je vous dirais, quelque chose de rapide, de simple en termes de procédure et qui mobilise assez rapidement le client dans des services avec assurance que les services, évidemment, vont pouvoir être offerts.

De plus, il serait préférable, selon les intervenants, que les critères de référence soient mieux définis et établis, ce qui permettrait d'obtenir des références à l'extérieur des trois organismes impliqués dans le volet pédopsychiatrique et ainsi ouvrir le programme à une clientèle plus large. La grande majorité des intervenants a également souligné la pertinence d'assouplir les règles et les procédures entre les établissements lorsqu'il y a une collaboration, comme c'est le cas avec ce projet, afin de faciliter le partenariat et le partage des dossiers et des informations entre les intervenants.

Il a également été soulevé, lors des entrevues, que la structure de suivi devrait être plus souple et plus adaptée aux jeunes et à leurs besoins. En effet, cette recommandation revient dans le discours de nombreux professionnels et parents impliqués dans ce volet. Un des parents témoigne :

Je pense que [le volet pédopsychiatrique] est dans une situation unique pour s'adresser à une clientèle unique avec des besoins uniques. Il faut absolument qu'ils revoient leur approche et qu'ils la rendent plus collée à la réalité de cette clientèle-là qui est très difficile à saisir. [...] Que cette approche-là soit très, très, très ... adaptée initialement aux besoins et à la réalité, puis à la personnalité du patient pour qu'on maintienne un niveau de service qui est toujours adéquat, puis toujours pertinent pour le patient, pour ne pas le perdre, perdre sa motivation, perdre son intérêt. [...] Faire du cas par cas plutôt que du cas type.

Un intervenant ajoute que ce programme doit offrir des approches et des interventions différentes parce qu'il est question d'une clientèle avec des problèmes plus sévères et plus complexes. Il a été relevé, lors des entrevues, qu'il pourrait également être indiqué d'offrir à cette clientèle des services de placement à domicile et des rencontres le soir afin de faciliter les suivis.

Ensuite, les participants ont tous fait des recommandations afin d'améliorer la structure organisationnelle et les processus cliniques du volet pédopsychiatrique. En effet, la totalité des participants jugent de la nécessité de mieux structurer le programme, de définir dès le départ le rôle et l'implication de chaque individu, ainsi que d'établir un mode de fonctionnement au niveau des suivis.

C'est de définir une démarche. La notion de plan de services, je la trouve fort importante pour définir les rôles, mais aussi les fonctions, les tâches, l'intervention de chacun, tantôt pour les parents, tantôt pour le client.

Cet intervenant ajoute qu'il serait nécessaire de mettre en place une mécanique afin d'unifier et de formaliser les dossiers afin que l'information soit accessible rapidement et facilement pour tous les intervenants impliqués dans le traitement des jeunes. De plus, selon certains intervenants, il est essentiel que le projet repose sur les établissements et non sur les individus et que, tel que mentionné précédemment, des procédures claires de remplacement soit mises en place afin d'éviter un arrêt dans les services.

Les recommandations concernant la structure organisationnelle et les processus cliniques sont similaires d'un participant à l'autre, toutefois un des intervenants a suggéré la plus-value de mettre en place une clinique qui fonctionnerait de manière autonome. Cela permettrait, selon ce dernier, d'avoir tous les dossiers à la même place, de faciliter les échanges et d'éviter à l'équipe multidisciplinaire d'être disséminée géographiquement.

Puis, les intervenants et les parents ont également fait la suggestion d'élargir les expertises de l'équipe traitante. En effet, certains professionnels ont trouvé dommage de devoir aller vers des ressources privées pour obtenir certaines expertises, notamment en neuropsychologie. Un des professionnels soutient ceci :

avoir accès de façon réaliste à une ressource spécialisée en neuropsychologie, je pense, serait un apport dans plusieurs situations qui sont des situations plus complexes qu'une situation complexe. C'est pas une systématisation, là. C'est pas dans cette optique-là, mais je pense que c'est quelque chose qui... qui pourrait être intéressant.

De plus, il a été suggéré par un des parents qu'il serait pertinent de mettre en place des partenariats avec différents autres organismes, tels que des hôpitaux et des centres spécialisés, afin de s'assurer qu'il y ait un suivi et de faciliter celui-ci lorsque les jeunes sont référés à ces ressources externes au programme.

Finalement, les participants ont fait des recommandations concernant les suivis effectués suite à l'évaluation. En effet, un des parents a soutenu qu'il serait apprécié qu'un suivi leur soit offert avec des rencontres de groupe dans lequel ces derniers pourraient discuter de leurs difficultés et de leurs expériences similaires. De plus, la grande majorité des intervenants a soulevé la nécessité de mettre en place un mécanisme de suivi plus stable et régulier, tant avec le jeune qu'entre les intervenants eux-mêmes. Un des intervenants témoigne

Il aurait dû y avoir plus de réunions cliniques. [...] Si on parle par définition que ce sont des cas complexes, bien, des cas complexes devraient nécessiter plus de discussions cliniques.

CHAPITRE 5 : DISCUSSION

5.1. Interprétation des résultats

5.1.1. Rappel des objectifs de recherche

Ce mémoire qualitatif s'intéresse à l'expérience des jeunes, des parents et des intervenants impliqués dans le volet pédopsychiatrique de la CCL. Tel que décrit précédemment, ce programme offre un traitement intégré pour les jeunes en transition (16-25 ans) ayant un TUS et des troubles mentaux concomitants et une continuité des services à l'atteinte de la majorité afin de diminuer les risques liés à une transition difficile vers les services de santé pour adultes. L'objectif général de cette étude de cas avec points de vue multiples est de comprendre et de décrire l'expérience de ces différents acteurs-clés des services reçus et offerts dans le cadre de ce programme. Pour ce faire, nous avons demandé aux participants quel était leur degré de satisfaction, le bilan de leur expérience de la collaboration entre les intervenants et les établissements ainsi que leurs recommandations concernant le volet pédopsychiatrique de la CCL.

5.1.2. Implication parentale

La prise en compte des parents dans le volet pédopsychiatrique de la CCL a été un élément fort apprécié des parents qui ont participé à l'étude. En effet, habituellement ces derniers ne sont pas impliqués dans les traitements lorsque leur jeune est suivi dans les services de santé pour adultes (SCP, 2007). Toutefois, le programme de la CCL a jugé pertinent et aidant d'impliquer les parents dans le processus d'évaluation et de suivi, ce que l'opinion des parents participant à notre étude a permis d'appuyer. Les parents interviewés ont exprimé leur

reconnaissance d'avoir eu la possibilité d'être impliqués dans le traitement de leur jeune et se sont sentis soulagés et rassurés d'avoir eux aussi accès à des ressources. De plus, les parents qui ont participé au projet de recherche et qui se sont impliqués dans le programme se sont sentis plus outillés pour aider leur jeune. Le jeune interviewé a également mentionné son appréciation quant à l'inclusion de ses parents dans le programme.

Lorsque bien intégrés et impliqués, les parents peuvent être des facilitateurs importants dans le traitement et le rétablissement du jeune adulte en transition (Clark, 2001 ; Heath, Farre et Shaw, 2016). Toutefois, bien que l'implication des parents, dans ce contexte-ci, ait eu un impact positif dans les traitements, toutes les situations ne permettent pas l'inclusion parentale et celle-ci n'offre pas toujours un bénéfice pour le jeune adulte. De fait, il importe de prendre en considération le degré d'implication parentale désiré dans le traitement des jeunes adultes en situation complexe, car les parents peuvent avoir une influence considérable dans le traitement de leur jeune, que celle-ci soit positive ou négative. (Bertrand, Richer, Brunelle, Beaudoin, Lemieux et Ménard, 2013 ; Santé Canada, 2002).

5.1.3. Collaboration et partage des expertises

Sur le plan de la collaboration, celle-ci a été perçue de manière très positive autant par les intervenants que par les familles qui ont participé à la recherche. Avoir accès à du soutien de la part d'une équipe multidisciplinaire, à des fins de consultation et de validation, a été perçu comme une plus-value importante de la collaboration pour les professionnels impliqués dans ce programme. Les intervenants ont également identifié le partage des connaissances et des expertises comme étant un aspect positif fondamental et un bénéfice direct associé à leur expérience dans ce projet.

Essentiellement, ce qui ressort du récit des participants est que la plus-value principale du volet pédopsychiatrique, tel qu'il est offert présentement, est sur le plan des évaluations multidisciplinaires qui mènent à l'obtention d'un diagnostic pour le jeune. En effet, la mobilisation de différents professionnels et la mise en commun de leurs connaissances et expertises ont facilité l'obtention d'un portrait global de la situation de chaque jeune et, par la même occasion, ont facilité le processus d'évaluation et, lorsque nécessaire, l'accès à des références vers des ressources externes appropriées à leurs besoins. De fait, la qualité de ce processus clinique est rehaussée par le croisement des expertises entre les intervenants des services de santé pédiatriques et adultes, ce qui n'est pas toujours possible et évident lorsque les différents professionnels travaillent indépendamment. De plus, cet accès aux services adaptés, découlant de la collaboration entre les intervenants et les établissements, est d'autant plus important pour ces jeunes en contexte de transition dans les services de santé. La documentation scientifique va dans le même sens. En effet, selon le CCSA (2013), les partenariats de collaboration entre les professionnels et les établissements ont été démontrés comme pouvant améliorer les services offerts aux usagers et pouvant également améliorer les compétences ainsi que les capacités professionnelles et organisationnelles. De nombreux chercheurs et organismes ont identifié la collaboration comme étant un élément central à prendre en considération afin d'améliorer et de bonifier les services liés aux traitements des troubles concomitants (Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale, 2015 ; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2013 ; Lee *et al.*, 2013 ; Rush et Nadeau, 2012). Le Rapport du comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale (2015) soulève, cependant, que l'élaboration de collaborations fructueuses et basées sur les données probantes demeure un défi de taille. Les

données du présent projet de recherche appuient les résultats de ce rapport. En effet, les participants ont identifié des lacunes majeures sur le plan des mécanismes de collaboration. Ainsi, dans son rapport, l'INESSS (2016) recommande la « formalisation des mécanismes de collaboration inter-organisationnels de même qu'entre les intervenants du milieu de la santé mentale et de la dépendance » afin d'améliorer les soins et les services offerts aux personnes présentant des troubles concomitants.

5.1.4. Pertinence du programme

Il ressort des propos de nos participants que ce programme répond à un besoin dans le système de santé québécois. En effet, ces jeunes adultes présentant des troubles concomitants ont rarement accès à une transition adéquate et appropriée dans les services de santé (Commission de santé mentale du Canada, 2015 ; Paul et al, 2013), ce qui la plupart du temps provoque un arrêt ou un retard considérable dans la continuité des soins (Singh, 2009). Or, malgré les retards qu'accuse le Canada, les résultats positifs des différentes études citées dans le contexte théorique signalent qu'il s'agit de la meilleure pratique fondée sur des données probantes. En effet, malgré certaines limites des études, un ensemble de documentations, notamment le bilan du CAMH tel que présenté par Santé Canada (2002), signale un niveau de preuve suffisant lorsqu'il est question des traitements intégrés comme étant la meilleure pratique dans le traitement des troubles concomitants (American Addiction Center, 2015 ; INESSS, 2016 ; SAMHSA, 2016 ; Santé Canada, 2002). Ainsi, tel que soulevé par les participants à cette étude, ce programme est adapté aux besoins de ces jeunes adultes, car il assure une continuité dans les services. Les programme de traitements intégrés, tel que celui offert par le volet pédopsychiatrique de la CCL, visent la coordination et la continuité des soins par différents

établissements et professionnels, peu importe l'âge de l'utilisateur (Coleman et Berenson, 2004). De fait, ce qui ressort de nos données va dans la même direction que la littérature. En effet, le volet pédopsychiatrique a permis au jeune d'avoir accès à des services afin d'adresser leurs troubles concomitants alors qu'habituellement, lors de la transition, ces jeunes adultes rencontrent plusieurs difficultés sur le plan de l'accès et de la continuité des services (Carter, Watson et Manion, 2014 ; Kirby et Keon, 2006 ; Swenson et Bradwejn, 2002). Ainsi, l'expérience des acteurs valide, dans une certaine mesure, le rationnel ayant mené au développement du programme.

5.1.5. Lacunes organisationnelles et cliniques

La totalité des participants a signalé des insatisfactions marquées sur le plan de la structure organisationnelle et clinique. Lorsqu'il est question de la structure organisationnelle du volet pédopsychiatrique, de nombreuses lacunes sur le plan de la définition des rôles de chacun et de la coordination du programme sont ressorties lors de l'analyse des données. En effet, l'analyse du point de vue des participants a fait ressortir des lacunes importantes au regard de la structure de programme, incluant une confusion sur le plan des rôles et des tâches de chaque intervenant, suite au processus d'évaluation. Étant donné que les services de psychiatrie et de toxicomanie ont été développés par deux secteurs distincts, il en résulte fréquemment des lacunes au niveau de la coordination des soins (Bukstein et Horner, 2011) ainsi qu'une absence de lignes directrices entre les différents services (Carter, Watson et Manion, 2014 ; Viner, 1999). Le volet pédopsychiatrique de la CCL ne fait pas exception. Selon Dubreucq, Chanut et Jutras-Aswad (2012), dans un article sur la situation montréalaise dans le traitement des comorbidités, les principales barrières dans le traitement des troubles concomitants

« semblent être situées davantage du côté de la stratégie de coordination des soins plutôt que dans la nature même des interventions ». Ce manque de coordination et de structure rend ainsi la transition dans les services de santé, mais également le traitement du jeune adulte plus difficiles (CCLAT, 2007), comme les données de ce projet l'ont fait ressortir. De plus, ce manque de structure dans la définition des rôles de chaque intervenant fait en sorte que des pertes au suivi ont facilement pu passer inaperçues, car il n'a pas été établi à qui revient la prise en charge du jeune. Cette situation a été observée aux États-Unis et au Canada (Drake et Mueser, 2005 ; Mueser et al., 2003 ; Rush et al., 2002). Il y a lieu de croire qu'elle s'est produite dans notre groupe sous étude. On peut s'interroger ici si la description des tâches de chaque clinicien a été modifiée suite à l'entente de collaboration entre les différents établissements afin de permettre la mise en application de ce programme.

De plus, trois personnes déterminantes n'ont pu continuer à apporter leur soutien au projet. Une pédopsychiatre a dû prendre un congé de maladie, un psychiatre a quitté pour un congé de paternité et la coordonnatrice du projet est décédée subitement. L'INESSS (2016) soulève dans son rapport que les programmes américains qui ont réussi à implanter des politiques de soins et de services cohérentes pour les gens présentant des troubles concomitants ont tous un élément en commun, soit un *leadership* fort provenant des instances décisionnelles et cliniques. Ainsi, l'effet cumulé du départ des trois *leaders* principaux du volet pédopsychiatrique a certainement hypothéqué le programme à la fois sur le plan administratif et clinique.

5.2. Forces et limites de l'étude

Cette section s'attarde à l'échantillon de l'étude ainsi qu'aux différentes forces et limites de ce projet de recherche portant sur l'expérience des jeunes, des parents et des intervenants impliqués dans le volet pédopsychiatrique de la CCL.

5.2.1. L'échantillon

Tout d'abord, le nombre de participants est limité ce qui a pour conséquence de limiter le regard que cette étude porte sur le programme. Les individus qui ont accepté de participer au projet de recherche sont tous très engagés et impliqués dans le programme. Ainsi, l'opinion et le point de vue des individus moins engagés n'ont pas été entendus. En outre, tel que mentionné précédemment, les démarches de recrutement n'ont pas donné de résultats auprès des intervenants du CHU Ste-Justine. Leur expérience au sein du programme n'a donc pas été recueillie.

Malgré tout, ce type d'échantillonnage a permis d'avoir accès à une population clinique variée. En effet, bien que le nombre de participants soit limité, l'étude comprend trois niveaux de participants très différents, soit un jeune, un père et une mère ainsi que des intervenants provenant de deux milieux distincts, soit du programme jeunesse du CRDM-IU et de la CCL du CRDM-IU. Ainsi, malgré le faible nombre de participants, ces trois sources convergent, ce qui constitue une force importante de cette étude. Nous y reviendrons.

Par ailleurs, la totalité des participants qui ont pris part à la présente étude ont exprimé une opinion, somme toute, favorable au volet pédopsychiatrique. On ne peut exclure qu'un biais de désirabilité sociale ait pu être présent chez les participants. Ce biais se rapporte à une tendance de l'individu à vouloir se présenter favorablement aux yeux de la société (Crowne et Marlowe, 1960). Ainsi, il est possible que les individus aient accepté de participer à la recherche pour

faire plaisir à leur intervenant recruteur ou pour faire plaisir aux gestionnaires à la tête de ce programme. C'est pourquoi, dès le premier contact avec chacun des participants, l'étudiante-chercheuse responsable des entrevues a mis l'accent sur l'aspect volontaire de la participation au projet, en insistant sur le fait que ce projet est indépendant du programme et n'aurait aucun impact sur l'implication de la personne dans le volet pédopsychiatrique. De plus, chaque participant était invité à poser toutes les questions nécessaires à sa compréhension de l'étude et était invité à prendre un moment avant de rendre sa décision afin que celle-ci soit claire et éclairée. Ce biais de désirabilité sociale a également pu être présent lors des entrevues face à face ou au téléphone entre l'étudiante-chercheuse et le participant. Ce dernier a ainsi pu modifier ses réponses afin de les adapter à ce qu'il pensait que l'étudiante-chercheuse voulait entendre. Toutefois, l'indépendance du chercheur et l'anonymat ont pu mettre en confiance les participants et ainsi atténuer ce biais. De plus, les participants étaient invités à faire les entrevues en face à face ou par téléphone. Ils ont ainsi eu la possibilité de choisir la méthode d'entrevue les mettant le plus en confiance et à l'aise. Enfin, comme les participants de l'étude étaient écoutés et non jugés tout au long de leur entrevue, cette attitude a pu contribuer au fait qu'ils ont témoigné de leur expérience complète incluant les aspects satisfaisants et insatisfaisants.

5.2.2. Les forces de l'étude

Malgré le faible nombre de participants, une triangulation des données a été possible ce qui a permis d'identifier une convergence des résultats entre les trois niveaux de participants. Cette convergence des résultats dans le discours des différents participants permet de confirmer les points communs dans l'expérience des individus impliqués dans le volet pédopsychiatrique.

En effet, la triangulation est régulièrement utilisée afin d'obtenir la confirmation des résultats grâce à la convergence de différentes perspectives (Jakob, 2001). L'utilisation de la triangulation a ainsi permis d'augmenter la validité interne et la fidélité des résultats (Golafshani, 2003 ; Miles et Huberman, 1994).

De plus, bien que les résultats ne puissent être transférés à d'autres contextes en raison du nombre limité de participants, les conclusions de cette recherche peuvent, dans une certaine mesure, être utiles à différents services de santé qui veulent offrir un service similaire à celui proposé par la CCL. En effet, les recommandations des participants, bien qu'elles soient spécifiques à leur expérience au sein du volet pédopsychiatrique, peuvent servir d'inspiration à d'autres programmes lors de la mise en place de ceux-ci. De plus, les problèmes administratifs et cliniques qui ont été rapportés sont typiques de ceux que rencontrent les divers services qui visent une intégration au Canada (pour un état des lieux, Commission sur la santé mentale du Canada, 2006).

5.2.3. Les limites de l'étude

Le nombre restreint de participants rend la généralisation des résultats à des contextes similaires impossibles. De fait, les données recueillies lors de cette étude ne nous permettent pas de les attribuer à des individus autres que ceux participant à l'étude. Toutefois, bien que cette étude ne puisse être généralisée, elle a permis de faire un bilan de l'expérience des participants au sein de ce programme, de faire des inférences sur les forces et les faiblesses du programme et d'offrir des pistes de recommandation concrètes afin de l'améliorer.

5.3. Retombées et recommandations cliniques

La transition dans les services de santé pour les jeunes présentant des troubles concomitants est reconnue, théoriquement, comme une étape cruciale dans le traitement de ces jeunes. Toutefois, très peu de programmes sont mis en place afin d'offrir un traitement intégré pour les troubles concomitants (Brousselle, Lamothe, Sylvain, Foro et Perreault, 2010 ; Dubreucq, Chanut et Jutras-Aswad, 2012) et les recherches sur l'efficacité de ces services sont rares (Paul, Street, Wheeler et Singh, 2014). C'est dans l'optique d'apporter un éclairage sur un de ces programmes spécialisés, le volet pédopsychiatrique de la CCL, que le présent projet de recherche a été élaboré.

La retombée principale de cette étude réside dans son apport clinique. En effet, ce projet de recherche offre un bilan de l'expérience de trois catégories d'individus au sein du programme dont les observations convergent. En effet, malgré le nombre limité de participants à cette étude, tous reconnaissent la pertinence et la nécessité de mettre en place des programmes tel que celui offert par la CCL, étant donné que ces programmes répondent à un besoin dans le milieu de santé québécois. Ainsi, les données recueillies vont permettre de modifier, d'améliorer et de mettre à jour le programme de la CCL afin de l'adapter aux besoins des usagers et des travailleurs.

5.3.1. Intervenant pivot

Quelques recommandations se dégagent des résultats de ce projet de recherche. Tout d'abord, suite à la suggestion de plusieurs participants, il serait utile d'instaurer un poste d'intervenant pivot (*case manager* en anglais) pour chacun des jeunes impliqués dans le programme. Cet intervenant est la personne de référence de l'utilisateur et est au fait des besoins de celui-ci tout en

ayant une vue d'ensemble des services qu'il reçoit. Une telle ressource permet de faciliter le suivi et le partage des informations et de s'assurer que tous les intervenants sont mis en courant de l'évolution du plan de traitement et des progrès du jeune (Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec, 2008 ; Minkoff et al, 1998). Ainsi, cela permettrait de diminuer les insatisfactions des participants quant au manque d'informations sur le programme et sur le rôle de chaque individu et favoriserait une fluidité dans la collaboration et la gestion des dossiers. Cette recommandation s'inscrit également dans la suite de plusieurs travaux qui ont démontré l'efficacité de cette stratégie (Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec, 2008 ; Dubreucq, Chanut et Jutras-Aswad, 2012 ; ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005).

5.3.2. Offre de service

Ensuite, il apparaît essentiel, suite aux insatisfactions marquées des participants concernant les lacunes organisationnelles et cliniques, de mettre en place une offre de service claire et bien définie afin de limiter la confusion dans les rôles de chaque intervenant et afin de maximiser les services offerts aux usagers. Ainsi, il est nécessaire qu'il y ait une intégration horizontale, soit une intégration à l'échelle des systèmes, et verticale, soit une intégration à l'échelle des services, afin que ce programme réponde efficacement et adéquatement aux besoins des usagers et des travailleurs. En effet, cela permettrait au personnel clinique de fonctionner sans se heurter à des complications et des confusions et aux usagers de recevoir les services dont ils ont besoin. De nombreux chercheurs ont affirmé que la présence de soutien actif et de mécanismes de coordination, tels que la présence d'intervenants pivots et de protocoles d'évaluation et

de suivis définis, évite des problèmes d’opérationnalisation entre les intervenants et les gestionnaires (Barnett *et al.*, 2011 ; Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale, 2015 ; CCLAT, 2013 ; Lee *et al.*, 2013). En effet, il est recommandé d’offrir un service intégré souple et bien structuré, qui a fait l’objet d’une entente de service tant sur le plan administratif que clinique. De plus, il a été démontré, au Québec, qu’une collaboration étroite entre les instances cliniques et décisionnelles lors de la mise en place de services de santé mentale et de dépendance a des retombées positives sur les usagers (Brousselle, Lamothe, Sylvain, Foro et Perreault, 2010).

5.3.3. Flexibilité

Puis, il serait également recommandé d’offrir une plus grande souplesse dans l’approche utilisée avec ces jeunes et leur famille. En effet, ce programme doit, avant tout, être flexible et adapté aux besoins du jeune (Viner, 1999), mais également aux différents besoins de ses parents (Gleeson et Turner, 2012). Notamment, il serait pertinent d’adapter le processus d’évaluation clinique en fonction des expériences antérieures de chaque jeune ainsi qu’en fonction de la personnalité et des besoins de ces derniers. Tel que soulevé dans le deuxième chapitre de ce document, ces jeunes adultes ont des besoins spécifiques (Carter, Watson et Manion, 2014) et les services de santé qui les accueillent doivent s’adapter à ceux-ci afin de leur offrir un service approprié à leur situation particulière (Crowley, Wolfe, Lock et McKee, 2011 ; Vloet, Davidson et Cappelli, 2011 ; Vinner, 1999). Dubreucq, Chanut et Jutras-Aswad (2012) sont d’avis qu’un programme qui offre la possibilité de moduler aisément l’intensité des traitements et des suivis, en fonction des besoins de l’usager, favorise l’adhésion de ce

dernier au traitement. Il est ainsi essentiel d'offrir un service adapté à la situation unique et changeante de chaque jeune afin de les maintenir dans les services.

CONCLUSION

La création du volet pédopsychiatrique de la CCL tente de contribuer à corriger la situation précaire d'une population vulnérable aux besoins multiples et uniques. Toutefois, la mise en œuvre de ce programme de traitement intégré n'a pas été sans comporter de nombreux défis et difficultés. Ce mémoire a permis de mettre en lumière la complexité du phénomène de la transition dans les services de santé pour les jeunes adultes aux prises avec des troubles concomitants ainsi que les avantages et la pertinence, lorsque bien implanté, d'un traitement intégré pour ces personnes. De plus, ce projet de recherche met en lumière la complexité de la mise en place d'un programme spécialisé pour les personnes présentant des troubles mentaux et des TUS. Tel que soulevé dans cette étude, certains éléments doivent être pris en compte lors de la création d'un programme tel que le volet pédopsychiatrique de la CCL. Ces éléments incluent la mise en place d'une structure organisationnelle et clinique dès le début du projet ainsi que l'adaptation de l'évaluation et du traitement à la situation unique et complexe de chaque usager.

Bien que cette étude ait permis de comprendre et décrire l'expérience des jeunes, des parents et des intervenants qui ont participé à l'étude, il serait également pertinent d'évaluer l'efficacité de ce programme à améliorer la condition clinique de ces jeunes. De plus, de plus amples recherches seraient nécessaires afin d'élargir les connaissances sur la transition dans les services chez les jeunes adultes ainsi que sur les besoins des jeunes en situation de troubles concomitants. Il est également indispensable que le monde de la recherche collabore étroitement avec le monde clinique afin d'améliorer les services offerts et de les adapter aux usagers et à leurs besoins spécifiques.

BIBLIOGRAPHIE

- American Addiction Center. (2015). Co-occurring disorders treatment guide. Repéré à <http://americanaddictioncenters.org/co-occurring-disorders/>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5eme éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2015). What is mental illness? Repéré à <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55 (5), 469-480. doi: 10.1037//0003-066X.55.5.469
- Arnett, J. J. (2005). The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 235-253.
doi : <https://doi.org/10.1177/002204260503500202>
- Arnett, J. J. (2015). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties* (2e éd.). New York, États-Unis : Oxford University Press.
- Armstrong, T.D. et Costello. E. J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(6), 1224-1239. doi: 10.1037//0022-006X.70.6.1224
- Baigent, M. (2012). Managing patients with dual diagnosis in psychiatric practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(3), 201–205.
doi :10.1097/YCO.0b013e3283523d3d
- Baker, A.L., Hides, L. et Lubman, D.I. (2010). Treatment of cannabis use among people with psychotic or depressive disorders: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), 247–254. doi:10.4088/JCP.09r05119gry
- Barnett, J., Vasileiou, K., Djemil, F., Brooks, L., et Young, T. (2011). Understanding innovators' experiences of barriers and facilitators in implementation and diffusion of healthcare service innovations: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 11(1), 342. doi : <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-342>
- Baxter, P. et Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559.
Repéré à <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR13-4/baxter.pdf>
- Bartsocas, C. (2007). De l'adolescence à l'âge adulte : transition des soins pédiatriques aux soins pour adultes. *Diabete Voice*, 52(3), 15-17.

- Beaujot, R. et Kerr, D. (2007). Emerging youth transition patterns in Canada: Opportunities and risks. *PSC Discussion Papers Series*, 21(5), 1-40.
- Bergman, B.G., Greene, M.C., Slaymaker, V., Hoepfner, B.B. et Kelly, J.F. (2014). Young adults with co-occurring disorders: Substance use disorder treatment response and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(4), 420-428. doi: 10.1016/j.jsat.2013.11.005
- Bertrand, K., Richer, I., Brunelle, N., Beaudoin, I., Lemieux, A. et Ménard, J.M. (2013). Substance abuse treatment for adolescents: How are family factors related to substance use change? *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(1), 28-38. doi : 10.1080/02791072.2013.763560
- Brook, J. S., Saar, N., Zhang, C. et Brook, D.W. (2009). Psychosocial antecedents and adverse health consequences related to substance use. *American Journal of Public Health*, 99(3), 563- 568. doi: 10.2105/AJPH.2007.127225
- Brousselle, A., Lamothe, L., Sylvain, C., Foro, A. et Perreault, M. (2010) Integrating services for patients with mental and substance use disorders: What matters? *Health Care Management Review*, 35(3), 212-23. doi: 10.1097/HMR.0b013e3181d5b11c
- Bukstein, O.G. et Horner, M.S. (2010). Management of the adolescent with substance use disorders and comorbid psychopathology. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 609-623. doi : 10.1016/j.chc.2010.03.011
- Canadian Center on Substance Abuse. (CCSA ; 2007). *Substance abuse in Canada: Youth in focus*. Ottawa, Ontario : Canadian Centre on Substance Abuse.
- Carter, C., Watson, G. K. et Manion, I. (2014). *Pathways to care for youth with concurrent mental health and substance use disorders*. Repéré à http://www.excellenceforchildandyouth.ca/sites/default/files/resource/policy_concurrent_sa_and_mh_disorders.pdf
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2013). *Manuel d'approche systémique. Intégrer les systèmes de toxicomanie et de santé mentale*. Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (CAMH ; 2012). *Concurrent Disorders*. Repéré à : http://www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/concurrent_disorders/Pages/concurrent_disorders.aspx

- Center for Addiction and Mental Health. (CAMH ; 2014). *Youth services system review, phase 2 report. A review of the continuum of Ontario services addressing substance use available to youth age 12-24*. Ontario, Canada : Center of Addiction and Mental Health.
- Chaim, G. (2017, Janvier). *Transitional age youth/emerging adults. The need for developmentally-informed care*. Communiqué présenté lors du NASAC Annual Meeting, Toronto.
- Chan, Y., Dennis, M. L. et Funk, R. R. (2008). Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 14-24. doi: 10.1016/j.jsat.2006.12.031
- Chauvet, M., Kamgang, E., Ngamini Ngui, A. et Fleury, M.-J. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives : prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. Montréal, Canada : Centre en réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire.
- Cheung, A., Bennett, K., Bullock, H., Soberman, H. et Kozloff, N. (2010). *Evidence on tap: Understanding service delivery needs for youth with concurrent disorders*. Toronto, Ontario : Ontario Ministry of Health and Long Term Care.
- Clark, R.E. (2001). Family support and substance use outcome for persons with mental illness and substance use disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 93-101.
- Coleman, E. et Berenson, R. (2004). Lost in transition: Challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Annals of Internal Medicine*, 141(7), 533–536. doi: 10.7326/0003-4819-141-7-200410050-00009
- Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale. (2015). *Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils*. Ottawa, Ontario : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- Creswell, J. W. et Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into Practice*, 39(3), 124-131. doi: http://dx.doi.org/10.1207/s15430421tip3903_2
- Crowley, R., Wolfe, I., Lock, K. et Mckee, M. (2011). Improving the transition between pediatric and adult healthcare: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 96(6), 548-553.
- Crowne, D.P. et Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349-354. doi : <http://dx.doi.org/10.1037/h0047358>

- Daley, D.C. et Moss, H.M. (2002). *Dual disorders: Counseling clients with chemical dependency and mental illness*. Center City, MN: Hazelden
- Davis, M., Banks, S., Fisher, W. et Grudzinskas, A.J. (2004). Longitudinal patterns of offending during the transition to adulthood in youth from the mental health system. *Journal of Behavioural and Health Services Research*, 31(4), 351–366. Repéré à <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2FBF02287689.pdf>
- Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey, K.B., Minkoff, K., Kola, L., . . . , Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52(4), 469, 476. doi: 10.1176/appi.ps.52.4.469
- Drake, R.E. Mueser, K.T., Brunette, M.F. et McHugo, G.J. (2004). A review of treatment for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 306-374. doi : <http://dx.doi.org/10.2975/27.2004.360.374>
- Dubreucq, S., Chanut, F., et Jutras-Aswad, D. (2012). Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : la situation montréalaise. *Santé mentale au Québec*, 37(1), 31-46. doi : 10.7202/1012642ar
- Duncan, R.E., Jekel, M., O'Connell, M.A., Sanci, L.A. et Sawyer, S.M. (2014). Balancing parental involvement with adolescent friendly health care in teenagers with diabetes: Are we getting it right? *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 59–64. doi : <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.024>
- Fédération des cégeps. (2010). *Portrait de santé des jeunes Québécois âgés de 15 à 24 ans*. Repéré à http://www.fedecegeps.qc.ca/wp-content/uploads/2011/06/25oct2010_portrait_de_santé.pdf
- Gleeson, H. et Turner, G. (2012). Transition to adult services. *Archives of Disease in Childhood-Education and Practice Edition*, 97(3), 86-92. doi: 10.1136/archdischild-2011-300261
- Golafshani, N. (2003). Understanding reliability and validity in qualitative research. *The Qualitative Report*, 8(4), 597-607. Repéré à <http://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1870&context=tqr>
- Gouvernement du Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf
- Gouvernement du Québec. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>

- Gouvernement du Québec. (2016). Santé mentale (maladie mentale). Repéré à <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/sante-mentale/>
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E. et McKeandry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327(7425), 1219–1221. doi : 10.1136/bmj.327.7425.1219
- Hammersley, M. (2010). Can we re-use qualitative data via secondary analysis? Notes on some terminologies and substantive issues. *Sociological Research Online*, 15(1). doi:10.5153/sro.2076
- Harpaz-Rotem, I., Leslie, D. et Rosenheck., R. (2004). Treatment retention among children entering a new episode of mental health care. *Psychiatric Services*, 55(9), 1022-1028. doi : <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1022>
- Heath, G., Farre, A. et Shaw, K. (2016). Parenting a child with a chronic illness as they transition into adulthood: A systematic review and thematic synthesis of parents experiences. *Patient Education and Counseling*, 100(1), 76-92. doi:10.1016/j.pec.2016.08.011
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. et Kraus, L. (2009). *The 2007 ESPAD report: Substance use among students in 35 European countries*. Suède : ESPAD.
- Hilferty, F., Cassells, R., Muir, K., Duncan, A., Christensen, D., Mitrou, F. et Katz, I. (2015). *Is headspace making a difference to young people's lives? Final report of the independent evaluation of the headspace program*. Sydney, Australia: Social Policy Research Centre, UNSW.
- Institut national d'excellence en santé et en service sociaux. (INESSS ; 2016). *Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance*. Québec, Canada : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ ; 2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – santé mentale 2012*. Repéré à http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale2015H00F00.pdf
- Institut de la statistique du Québec. (ISQ ; 2016). *L'enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebecois-2014-2015.pdf>

- Jakob, A. (2001). On the triangulation of quantitative and qualitative data in typological social research: Reflections on a typology of conceptualizing "uncertainty" in the context of employment biographies. *Forum: Qualitative Social Research*, 2(1), article 1. doi: <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-2.1.981>
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. et Schulenberg, J. E. (2008). *Monitoring the future: National survey results on drug use, 1975-2007* (Rapport No. 08-6418A). Bethesda, Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- Kairouz, S., Boyer, S.R., Nadeau, L., Perreault, M. et Fiset, L. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec, Canada: Institut de la statistique du Québec.
- Kelly, T.M. et Daley, D.C. (2013). Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Social Work in Public Health*, 28(0), 388-406. doi :10.1080/19371918.2013.774673.
- Kessler, R.C., Chui, W.T., Demier, O. et Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of 12 Month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. doi :10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T.E., Harrington, H., Milne, B.J. et Poulton, P.J. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults: Developmental follow back of a prospective longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 709-717. doi :10.1001/archpsyc.60.7.709
- Kirby, M.J.L. et Keon, W.J. (2006). *Out of the shadows at last. Transforming mental health, mental illness and addiction services in Canada*. Repéré sur le site du Gouvernement du Canada : http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/sen/yc17-0/YC17-0-391-2-1-eng.pdf
- Knafl, K. et Breitmayer, B. J. (1989). Triangulation in qualitative research: Issues of conceptual clarity and purpose. Dans J. M. Morse (dir.), *Qualitative Nursing Research: A Contemporary Dialogue* (p. 226-243). Newbury Park, California: Sage Publications.
- Lee, S. J., Crowther, E., Keating, C., et Kulkarni, J. (2013). What is needed to deliver collaborative care to address comorbidity more effectively for adults with a severe mental illness?. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(4), 333-346. doi: 10.1177/0004867412463975

- Leech, L. N. et Onwuegbuzie, A. J. (2011). Beyond constant comparison qualitative data analysis : using NVivo. *School of Psychology Quartely*, 26(1), 70-84. doi : 10.1037/a0022711
- Lesage, A., Bernèche, F. et Bordeleau, M. (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec, Canada : Institut de la statistique du Québec.
- Mangrum, L.F., Spence, R.T. et Lopez, M. (2006). Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(1), 79-84. doi: 10.1016/j.jsat.2005.10.004
- McDonagh, J.E. et Viner, R.M. (2006). Lost in transition? Between paediatric and adult services. *British Medical Journal*, 332(7539), 435-436. doi :10.1136/bmj.332.7539.435
- McGorry, P.D. (2007). The specialist youth mental health model: Strengthening the weakest link in the public mental health system. *Medical Journal of Australia*, 187(7), 53-56.
- McGorry, P. D., Purcell, R., Goldstone, S. et Amminger, G. R. (2011). Age of onset and timing of treatment for mental and substance use disorders: Implications for preventive intervention strategies and models of care. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 301-306. doi : 10.1097/YCO.0b013e3283477a09
- Mental Health Commission of Canada. (MHCC; 2009). *Toward recovery and well-being: A framework for a mental health strategy for Canada*. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada.
- Mental Health Commission of Canada. (MHCC; 2015). *Executive summary: Taking the next step forward: Building a responsive mental health and addictions system for emerging adults*. Calgary, AB : Mental Health Commission of Canada.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... et Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. doi : <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
- Miles, M. B., et Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2e ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: a methods sourcebook*. (3th Editio). Arizona: Sage Publications.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>
- Minkoff, K., et Ajilore, C. (1998). *Co-occurring psychiatric and substance disorders in managed care systems: Standards of care, practice guidelines, workforce competencies, and training curricula*. Philadelphia, PA: Center for Mental Health Policy and Services Research.
- Mohajer, N. et Earnest, J. (2009). Youth empowerment for the most vulnerable: A model based on the pedagogy of Freire and experiences in the field. *Health Education, 109*(5), 424-438. doi : <http://dx.doi.org/10.1108/09654280910984834>
- Mouvement santé mentale Québec. (2014). Définition : la santé mentale. Repéré à <http://www.mouvementsmq.ca/sante-mentale/definition>
- Mueser, K., Noordsy L., Drake, E. et Fox, L. (2003). *Integrated Treatment for Dual Disorders: Effective Intervention for Severe Mental Illness and Substance Abuse*. New York: Guilford.
- Mukamurera, J., Lacourse, F., et Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives, 26*(1), 110-138. Repéré à [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26\(1\)/mukamurera_al_ch.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26(1)/mukamurera_al_ch.pdf)
- National Institute of Mental Health. (NIMH ; 2017). Integrated care. Repéré à <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/integrated-care/index.shtml>
- National Youth Mental Health Foundation. (2017). About Us. Repéré à <https://www.headspace.org.au/about-us>
- Néron, Nathalie. (2014). *Projet de développement du volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine*. Document inédit.
- Osgood, D., Foster, E., Flanagan, C. et Ruth, G. (2005). *On your own without a net: The transition to adulthood for vulnerable populations*. Chicago : The University of Chicago Press.
- Organisation mondiale de la santé. (OMS ; 2009). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes – Dixième révision*.
- Organisation mondiale de la santé. (OMS ; 2017). Abus de substances psychoactives. Repéré à http://www.who.int/topics/substance_abuse/fr/

- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e édition). Montréal, Canada: Armand Collin.
- Paglia-Boak, A., Adlaf, E. M. et Mann, R. E. (2011). *Drug Use among Ontario Students, 1977-2011* (Serie No. 33). Toronto, Ontario : Center for Addiction and Mental Health.
- Palmer, R.H.C., Young, S.E., Hopfer, C.J., Corley, R.P., Stallings, M.C., Crowley, T. J. et Hewitt, J.K. (2009). Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: Evidence of generalized risk. *Drug and alcohol dependence*, 102(1), 78-87. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.01.012>
- Paul, M., Street, C., Wheeler, N. et Singh, S.P. (2014). Transition to adult services for young people with mental health needs: A systematic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(3), 436-457. doi: 10.1177/1359104514526603
- Pottick, K.J., Bilder, S., Vander Stoep, A., Warner, L.A. et Alvarez, M.F. (2008). US patterns of mental health service utilization for transition-age youth and young adults. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 35(4), 373–389. doi : 10.1007/s11414-007-9080-4
- Reed-Knight, B., Blount, R.L. et Gilleland, J. (2014) The transition of health care responsibility from parents to youth diagnosed with chronic illness: A developmental systems perspective. *Families, Systems and Health*, 32(2), 219–234. doi :10.1037/fsh0000039
- Roberts, R.E., Attkinson C.C. et Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 155(6), 715–725. doi: 10.1176/ajp.155.6.715
- Rush, B. et Nadeau, L. (2012). L'intégration des services et des systèmes de santé mentale et de dépendance : résultats de recherche au Québec et réflexions cliniques. Dans L. Nadeau et M. Landry. *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale* (p.5-44). Québec, Qc : Presses de l'Université Laval.
- Sacks, S. et Ries, R.K. (2005). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. A treatment improvement protocol* (Series 42). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration Office of Applied Studies.
- Santé Canada. (2002). *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa, Ontario : Santé Canada.

- Schulenberg, J. E., et Maggs, J. L. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 54–70. doi: <http://dx.doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.54>
- Schulenberg, J.E., O'Malley, P.M., Bachman, J.G., et Johnston, L.D. (2004). Early adult transitions and their relation to well-being and substance use. Dans R. A. Settersten, F. F. Furstenberg, et R. G. Rumbaut (dir.). *On the frontier of adulthood: Theory, research, and public policy* (p.417-453). Chicago: University of Chicago Press.
- Schulenberg, J.E. et Zarrett, N.R. (2006). Mental health during emerging adulthood: Continuity and discontinuity in courses, causes, and functions. Dans J. J. Arnett et J. L. Tanner (Dir.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century* (p. 135–172). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shanahan, M. J. (2000). Pathways to adulthood in changing societies: Variability and mechanisms in life course perspective. *Annual Review of Sociology*, 26, 667–692. doi: 10.1146/annurev.soc.26.1.667
- Sheidow, A.J., McCart, M., Zajac, K. et Davis, M. (2012). Prevalence and impact of substance use among emerging adults with serious mental health condition. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(3). 235-243. doi : 10.2975/35.3.2012.235.243
- Singh, S.P., Paul, M., Ford, T., Kramer, T. et Weaver, T. (2008). Transitions of care from child and adolescent mental health services to adult mental health services (track study): a study of protocols in Greater London. *BMC Health Services Research*, 8(135). doi: 10.1186/1472-6963-8-135
- Singh, S. P. (2009). Transition of care from child to adult mental health services: The great divide. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 386-390. doi:10.1097/YCO.0b013e32832c9221
- Smith, D.E. (2012). Editor's Note: The process addictions and the new ASAM definition of addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(1), 1-4. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/02791072.2012.662105>
- Société canadienne de pédiatrie. (SCP ; 2007). La transition des jeunes ayant des besoins particuliers vers les soins pour adultes. *Pediatrics and Child Health*, 12(9), 789-793. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2532861/>
- Statistique Canada. (2004, 9 septembre). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/030903/dq030903a-fra.htm>

- Statistique Canada. (2013, 18 septembre). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – santé mentale (ESCC). Repéré à http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (SAMHSA, 2003). *Overview of findings from the 2002 national survey on drug use and health* (Publication No. SMA 03-3774). Rockville, MD : Office of Applied Studies.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (SAMHSA; 2006). *Results from the 2005 national survey on drug use and health: National findings* (Publication No. SMA 06-4194). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *Results from the 2011 national survey on drug use and health: Mental health findings* (Publication No. SMA12-4725). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (SAMHSA; 2012). Substance use disorders. Repéré à <https://www.samhsa.gov/disorders/substance-use>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (SAMHSA; 2016). Co-occurring Disorders. Repéré à <http://www.samhsa.gov/disorders/co-occurring>
- Swenson, J. R. et Bradwejn, J. (2002) Mental health reform and evolution of general psychiatry in Ontario. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(7), 644-651. Repéré à <https://www1.cpa-apc.org/publications/archives/cjp/2002/september/swenson.pdf>
- Tanner, J.L., Reinherz, H.Z., Beardslee, W.R., Fitzmaurice, G.M., Leis, J.A. et Berger, S.R. (2007). Change in prevalence of psychiatric disorders from ages 21 to 30 in a community sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4), 298–306. doi: 10.1097/01.nmd.0000261952.13887.6e
- Transitional Aged Youth Mental Health and Addictions Advisory Committee. (2015). *Final report*.
- Verhoeven, M. (2010). Traitement scolaire de la différence culturelle et identité de jeunes issus de l’immigration. Une recherche semi-inductive et comparative multi-niveaux. Dans L. Paquay, M. Crahay, et J. M. de Ketele (dir.), *L’analyse qualitative en éducation* (2éd., p.13-30). Bruxelles : De Boeck.
- Viner, R. (1999). Transition from pediatric to adult care. Bridging the gaps or passing the buck? *Archives of disease in childhood*, 81(3), 271-275. doi:10.1136/ad.81.3.271

- Viner, R. (2001). Barriers and good practice in transition from pediatric to adult care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(40), 2-4. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1310582/pdf/11601160.pdf>
- Vloet, M. A., Davidson, S. et Cappelli, M. (2011). “We suffer from being lost”: Formulating policy to reclaim youth in mental health transitions. *Healthcare Quarterly*, 14(2), 32-38. doi : 10.12927/hcq.2011.22361
- Wallace, C. et Kovatcheva, S. (1998). *Youth in society: The construction and deconstruction of youth in East and West Europe*. London: Macmillan.
- Wattie, B. (2003). *The importance of mental health in children*. Toronto, ON: Canadian Mental Health Association, Ontario Children and Youth Reference Group.
- West, S.L. et O’Neal, K.K. (2004). Project D.A.R.E. outcome effectiveness revisited. *American Journal of Public Health*, 94 (6), 1027–1029. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448384/>
- Yin, R. (1994). *Case study research: Design and methods*, (2 éd.). London : Sage.
- Yin, R. (2003). *Applications of case study research*, (2 éd.). London : Sage.

ANNEXE 1 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU CONTACT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU CONTACT – PARENTS BIOLOGIQUES OU TUTEURS LÉGAUX et JEUNES DE 18 ANS ET PLUS

Titre du projet de recherche : L'expérience des jeunes, des parents et des intervenants impliqués dans le volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine

En signant ce formulaire de consentement au contact, vous acceptez que l'étudiante chercheuse liée au projet de recherche portant sur *l'expérience des jeunes, des parents et des intervenants impliqués dans le volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine* prenne contact avec vous afin de vous expliquer plus en détails notre projet de recherche. La signature de ce formulaire ne vous engage en aucun cas dans l'étude, vous serez libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude lorsque nous communiquerons avec vous.

Nom du participant (Lettre moulées)

Numéro de téléphone

Consentement (signature)

Date

Dans le cas d'un consentement au contact verbal de la part du parent biologique ou du tuteur légal;

Nom de la personne qui
obtient le consentement

Consentement (signature)

Date

ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARENTS ET LES INTERVENANTS



INFORMATION SUR LA RECHERCHE ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

- Parents et Intervenants

Titre : L'expérience des jeunes, des parents et des intervenants impliqués dans le volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine

Nom du Participant :

Personnes responsables :

- CHU Sainte-Justine : Leila Ben Amor
- Université de Montréal, département de psychologie : Louise Nadeau
- Université de Sherbrooke, département des sciences de la santé communautaire : Karine Bertrand

Étudiante-chercheuse responsable :

- Université de Montréal, département de psychologie : Marie-Laurence Guay



SOURCE DE FINANCEMENT

Ce projet est financé par une Bourse d'appui à la recherche pour les étudiants offerte par le RISQ – Recherche et interventions sur les substances psychoactives - Québec.

INVITATION À PARTICIPER À UN PROJET DE RECHERCHE

Vous êtes invité à prendre part à cette étude de recherche parce que vous êtes impliqué dans le volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine. Le but de ce formulaire est de vous donner de l'information sur cette étude afin de décider si vous êtes intéressé à participer à ce projet de recherche. Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire de consentement pour la recherche à laquelle nous vous demandons de participer. Prenez tout le temps nécessaire pour prendre votre décision. Vous pouvez consulter vos proches et vos amis avant de prendre votre décision. N'hésitez pas à poser en tout temps vos questions.

BUT DE L'ÉTUDE

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche qui vise à comprendre et décrire l'expérience des différents acteurs-clés des services offerts dans le cadre du volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine. Pour ce faire, nous tenterons de comprendre et de décrire votre degré de satisfaction, ainsi que vos recommandations concernant le nouveau volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine. De plus, nous examinerons votre bilan de l'expérience de collaboration entre les intervenants et les établissements impliqués dans ce nouveau programme.

PARTICIPANTS

Entre 8 et 15 participants seront inclus dans cette étude. Trois types de participants seront recrutés : i) deux ou trois jeunes suivis dans le cadre du volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine ; ii) leurs parents biologiques ou tuteurs légaux ; iii) deux à trois des intervenants impliqués dans le suivi du jeune provenant des services pédopsychiatriques du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine, du programme jeunesse du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire (CRDM-IU) et/ou de la Clinique Cormier Lafontaine (CCL) de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM).

PROCÉDURE DE L'ÉTUDE

La participation à ce projet requiert que vous acceptiez de faire une entrevue individuelle semi-structurée, d'une durée approximative de 30 à 45 minutes, basées sur un seul et même guide d'entrevue pour l'ensemble des participants. Les entrevues seront enregistrées et pourraient s'effectuer par téléphone ou face-à-face. Dans le cas où les entrevues

s'effectueraient en personne, un lieu propice à l'échange et préservant la confidentialité des participants sera utilisé. La durée totale de l'entrevue, incluant l'explication du présent formulaire de consentement, est de 90 minutes au maximum.

RISQUES POTENTIELS

Il y a peu de risques liés à votre participation. Il se peut que certaines questions suscitent un malaise ou un inconfort. Le cas échéant, vous pourrez en discuter avec l'étudiante chercheuse qui mène l'entrevue. Vous êtes aussi libre en tout temps de refuser de répondre à une ou plusieurs questions.

BÉNÉFICES POTENTIELS

Vous ne retirerez aucun avantage direct à participer à ce projet de recherche. Toutefois, ce projet vous permettra de faire part de votre expérience au sein de ce nouveau volet de la Clinique Cormier-Lafontaine. Nous espérons que les connaissances acquises grâce à ce projet de recherche seront utiles afin d'améliorer ce nouveau programme de soin.

CONFIDENTIALITÉ

Tous les renseignements recueillis dans le cadre de ce projet de recherche seront traités de façons strictement confidentielle. Le dossier de recherche sera codé, ce qui veut dire que votre nom, ainsi que toutes données pouvant vous identifier, seront modifiés. Malgré toutes ces précautions, il pourrait arriver que des participants à la recherche reconnaissent les propos d'un autre participant. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux données nominatives vous concernant. Les entrevues seront transcrites et les informations recueillies durant ce projet, ainsi que les enregistrements audio des entrevues seront conservées sous clé à l'Université de Montréal, sous la responsabilité de Leila Ben Amor et Marie-Laurence Guay. Les données seront détruites sept (7) ans après la fin du projet.

Cependant, aux fins de vérifier le bon déroulement de la recherche et d'assurer votre protection, il est possible qu'un délégué du comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine et des organismes commanditaires subventionnaires consultent vos données de recherche et votre dossier médical.

DIFFUSION DES RÉSULTATS

Le projet s'inscrivant dans le cadre d'une maîtrise en psychologie, les résultats de la recherche seront publiés à l'aide de la réalisation du mémoire de maîtrise. Ils pourront également être

utilisés à des fins de publication d'articles et de présentation dans des congrès scientifiques. Nous vous offrons la possibilité d'être tenu(e) informé(e), par écrit, de l'état d'avancement de nos travaux et des résultats généraux du projet.

LIBERTÉ DE PARTICIPATION ET DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer sans que votre refus ne nuise aux relations avec les intervenants et autres professionnels impliqués dans les soins prodigués conjointement par le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire (CRDM-IU) et la Clinique Cormier Lafontaine (CCL) de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM), ainsi que les services pédopsychiatriques du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de cette étude qui pourrait affecter votre décision quant à votre participation vous sera communiquée. Vous pouvez vous retirer de cette recherche en tout temps. Quelle que soit votre décision cela n'affectera pas la qualité des services de santé qui vous sont offerts.

PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions ou désirez plus d'informations au sujet de ce projet de recherche concernant le projet de recherche ou si vous souhaitez vous retirer du projet, vous pouvez communiquer avec l'étudiante chercheuse.

Pour tout renseignement sur vos droits, vous pouvez vous adresser au Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi.

CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche : L'expérience des jeunes, des parents et des intervenants impliqués dans le volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine

On m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement de 4 pages et on m'en a remis un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. Après réflexion, j'accepte de participer à ce projet de recherche.

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs et le promoteur de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui vous causerait préjudice.

Nom du participant
(Lettres moulées)

Consentement (signature)

Date

J'ai expliqué au participant tous les aspects pertinents de la recherche et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées. Je lui ai indiqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire et que la participation peut être cessée en tout temps.

Nom de la personne qui
obtient le consentement

Consentement (signature)

Date

ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES JEUNES



CENTRE DE RÉADAPTATION
EN DÉPENDANCE DE MONTRÉAL

Institut universitaire



Université 
de Montréal

INFORMATION SUR LA RECHERCHE ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT- Jeunes de 18 ans et +

Titre : L'expérience des jeunes, des parents et des intervenants impliqués dans le volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine

Nom du Participant :

APPROUVÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE

16 DÉC. 2016

MP-21-2017-1307

CHU SAINTE-JUSTINE

Personnes responsables :

- CHU Sainte-Justine: Leila Ben Amor
- Université de Montréal, département de psychologie : Louise Nadeau
- Université de Sherbrooke, département des sciences de la santé communautaire :
Karine Bertrand

Étudiante-chercheuse responsable :

- Université de Montréal, département de psychologie : Marie-Laurence Guay

SOURCE DE FINANCEMENT

Ce projet est financé par une Bourse d'appui à la recherche pour les étudiants offerte par le RISQ – Recherche et interventions sur les substances psychoactives - Québec.

INVITATION À PARTICIPER À UN PROJET DE RECHERCHE

Vous êtes invité à prendre part à ce projet de recherche parce que vous êtes impliqué dans le volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine. Le but de ce formulaire est de vous donner de l'information sur cette étude afin de décider si vous êtes intéressé à participer à ce projet de recherche. Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire de consentement pour la recherche à laquelle nous vous demandons de participer. Prenez tout le temps nécessaire pour prendre votre décision. Vous pouvez consulter vos proches et vos amis avant de prendre votre décision. N'hésitez pas à poser en tout temps vos questions.

BUT DE L'ÉTUDE

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche qui vise à comprendre et décrire l'expérience des différents acteurs-clés des services offerts dans le cadre du volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine. Pour ce faire, nous tenterons de comprendre et de décrire votre degré de satisfaction, ainsi que vos recommandations concernant le nouveau volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine. De plus, nous examinerons votre bilan de l'expérience de collaboration entre les intervenants et les établissements impliqués dans ce nouveau programme.

PARTICIPANTS

Entre 8 et 15 participants seront inclus dans cette étude. Trois types de participants seront recrutés : i) deux ou trois jeunes suivis dans le cadre du volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine ; ii) leurs parents biologiques ou tuteurs légaux ; iii) deux à trois des intervenants impliqués dans le suivi du jeune provenant des services pédopsychiatriques du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine, du programme jeunesse du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire (CRDM-IU) et/ou de la Clinique Cormier Lafontaine (CCL) de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM).

PROCÉDURE DE L'ÉTUDE

La participation à ce projet requiert que vous acceptiez de faire une entrevue individuelle semi-structurée, d'une durée approximative de 30 à 45 minutes, basées sur un seul et même guide d'entrevue pour l'ensemble des participants. Les entrevues seront enregistrées et pourraient s'effectuer par téléphone ou face-à-face. Dans le cas où les entrevues

s'effectueraient en personne, un lieu propice à l'échange et préservant la confidentialité des participants sera utilisé. La durée totale de l'entrevue, incluant l'explication du présent formulaire de consentement, est de 90 minutes au maximum.

RISQUES POTENTIELS

Il y a peu de risques liés à votre participation à cette étude. Il se peut que certaines questions suscitent un malaise ou un inconfort. Le cas échéant, vous pourrez en discuter avec l'étudiante chercheuse qui mène l'entrevue et, si vous le souhaitez, à votre intervenant, suite à la rencontre de recherche. Vous êtes aussi libre en tout temps de refuser de répondre à une ou plusieurs questions

BÉNÉFICES POTENTIELS

Vous ne retirerez aucun avantage direct à participer à ce projet de recherche. Toutefois, ce projet vous permettra de faire un bilan personnel de votre expérience au sein de ce nouveau volet de la Clinique Cormier-Lafontaine. Nous espérons que les connaissances acquises grâce à ce projet de recherche seront utiles afin d'améliorer ce nouveau programme de soins.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Suite à votre participation à l'étude, vous recevrez en guise de compensation pour le temps accordé, par la poste, un bon d'achat de 25\$ dans une boutique de sports.

CONFIDENTIALITÉ

Tous les renseignements recueillis dans le cadre de ce projet de recherche seront traités de façon strictement confidentielle. Le dossier de recherche sera codé, ce qui veut dire que votre nom, ainsi que toutes données pouvant dévoiler votre identité, seront modifiés. Malgré toutes ces précautions, il pourrait arriver que des participants à la recherche reconnaissent les propos d'un autre participant. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux données nominatives vous concernant. Les entrevues seront transcrites et les informations recueillies durant ce projet, ainsi que les enregistrements audio des entrevues seront conservées sous clé à l'Université de Montréal, sous la responsabilité de Leila Ben Amor et Marie-Laurence Guay. Les données seront détruites sept (7) ans après la fin du projet.

Cependant, aux fins de vérifier le bon déroulement de la recherche et d'assurer votre protection, il est possible qu'un délégué du comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-

Justine et des organismes commanditaires subventionnaires consultent vos données de recherche et votre dossier médical.

DIFFUSION DES RÉSULTATS

Le projet s'inscrivant dans le cadre d'une maîtrise en psychologie, les résultats de la recherche seront publiés à l'aide de la réalisation du mémoire de maîtrise. Ils pourront également être utilisés à des fins de publication d'articles et de présentation dans des congrès scientifiques.

Nous vous offrons la possibilité d'être tenu(e) informé(e), par écrit, de l'état d'avancement de nos travaux et des résultats généraux du projet.

LIBERTÉ DE PARTICIPATION ET DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer sans que votre refus ne nuise à vos relations avec les intervenants et autres professionnels impliqués dans les soins prodigués conjointement par le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire (CRDM-IU) et la Clinique Cormier Lafontaine (CCL) de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) ainsi que les services pédopsychiatriques du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de cette étude qui pourrait affecter votre décision quant à votre participation vous sera communiquée. . Vous pouvez vous retirer de cette recherche en tout temps. Quelle que soit votre décision cela n'affectera pas la qualité des services de santé qui vous sont offerts.

PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions ou désirez plus d'informations au sujet de ce projet de recherche concernant le projet de recherche ou si vous souhaitez vous retirer du projet, vous pouvez communiquer avec l'étudiante chercheure.

Pour tout renseignement sur vos droits, vous pouvez vous adresser au Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi.

ASSENTIMENT ET CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche : L'expérience des jeunes, des parents et des intervenants impliqués dans le volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine

On m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement de 4 pages et on m'en a remis un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on m'a répondu. Après réflexion, j'accepte de participer à ce projet de recherche.

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs et le promoteur de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui vous causerait préjudice.

_____	_____	_____
Nom du participant (Lettres moulées)	Consentement (signature)	Date

J'ai expliqué au participant tous les aspects pertinents de la recherche et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées. Je lui ai indiqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire et que la participation peut être cessée en tout temps.

_____	_____	_____
Nom de la personne qui obtient le consentement	Consentement (signature)	Date

ANNEXE 4 : GRILLE D'ENTREVUE

PRÉAMBULE

En ce qui concerne le jeune, le vouvoiement ou le tutoiement aura été convenu en début de rencontre, selon la préférence de ce dernier

Cette rencontre devrait durer entre 30 et 45 minutes. Cette entrevue porte sur votre implication au sein du nouveau volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine (CCL). Nous aborderons quelques sujets : votre degré de satisfaction par rapport à ce programme, votre expérience de la collaboration entre les différents intervenants et établissements, ainsi que vos recommandations futures. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous voulons connaître votre opinion sur les différents thèmes qui seront abordés.

Je vous rappelle que cet entretien est enregistré, mais tout ce qui sera dit au cours de celui-ci restera absolument confidentiel.

Avez-vous des questions ? Est-ce que cela vous convient ?

ENTREVUES

Pour commencer, afin de comprendre votre implication dans le programme...

[Intervenant] ... pourriez-vous m'indiquer depuis quand êtes-vous impliqué dans le programme ainsi que votre rôle ? Quelle est la nature de votre implication dans le suivi auprès du jeune qui participe à cette étude ?

[Parents] ... pourriez-vous m'indiquer depuis quand votre adolescent reçoit des services dans le cadre du programme et la nature de ceux-ci (évaluation, rencontres individuelles de suivi, thérapie de groupe, rencontre familiale, etc.) ? Quels ont été vos contacts avec les intervenants de votre adolescent et quels services ou types de soutien avez-vous vous-même reçu de la part des établissements impliqués dans ce programme (ex. : services à l'entourage) ?

[Jeune] ... pourriez-vous m'indiquer depuis quand vous recevez des services dans le cadre du programme et la nature de ceux-ci (évaluation, rencontres individuelles de suivi, thérapie de groupe, rencontre familiale, etc.) ?

SECTION 1 - Décrire et comprendre la satisfaction des différents acteurs-clés concernant le nouveau volet pédopsychiatrique de la CCL
--

Nous allons débiter par les aspects positifs du programme et ensuite, vous pourrez, si vous le souhaitez, nous faire part des aspects moins satisfaisants.

Commençons par une question générale.

1. Que pensez-vous des services offerts dans ce programme ?

Les prochaines questions se réfèrent aux aspects satisfaisants du volet pédopsychiatrique de la CCL.

2. Quels sont les aspects que vous avez appréciés de ce nouveau service ?

- Quelles sont les principales forces de ce programme ? Pour quelles raisons ?

3. Selon vous, y a-t-il des bénéfices associés à la participation à ce programme...

[Intervenant] ... pour vous ? Si oui, lesquels ?

... pour les parents ? Si oui, lesquels ?

... pour le jeune ? Si oui, lesquels ?

[Parents] ... pour vous ? Si oui, lesquels ?

... pour votre adolescent ? Si oui, lesquels ?

[Jeune] ... pour vous ? Si oui, lesquels ?

... pour votre famille/entourage ? Si oui, lesquels ?

- Quels sont les besoins pour lesquels le programme offre une réponse satisfaisante ?

4. Quelles étaient vos attentes par rapport à ce programme ?

- Le programme répond-t-il à certaines de vos attentes ? Si oui, lesquelles ?
De quelle façon ?

**SECTION 2 - Décrire et comprendre l'insatisfaction des différents acteurs-clés
par rapport au nouveau volet pédopsychiatrique de la CCL**

Dans cette deuxième partie, nous vous demandons votre opinion sur les aspects moins positifs du programme.

7. Quels sont les aspects que vous avez moins appréciés dans ce nouveau service ?

- Quelles sont les principales limites/faiblesses des services offerts ? Pour quelles raisons ?

8. Y a-t-il des désavantages à être impliqué dans ce programme ? Si oui, lesquels ?

- Quels sont les besoins pour lesquels le programme n'offre pas une réponse satisfaisante ?

**SECTION 3 – Obtenir un bilan de l'expérience de collaboration entre les
intervenants et les établissements impliqués concernant le volet pédopsychiatrique
de la CCL**

Dans cette partie, je voudrais votre opinion sur votre expérience de la collaboration entre les intervenants et les établissements impliqués dans le programme.

9. Comment percevez-vous le rôle ...

[Intervenant] ... de vos collègues impliqués dans les traitements offerts ?

[Parents] ... des intervenants que vous et/ou votre adolescent avez rencontrés
lors des traitements offerts ?

[Jeune] ... des intervenants rencontrés lors des traitements offerts ?

10. J'aimerais savoir dans quelle mesure vous êtes satisfait ou insatisfait de la collaboration entre les intervenants et entre les équipes de traitement impliqués dans le suivi du jeune?

- Selon votre expérience, comment décrire la collaboration entre les intervenants et les établissements impliqués ?
- Comment cette collaboration s'est manifestée concrètement ?
- Quels sont les aspects appréciés de cette collaboration ?
 - Sur le plan...
 - ...du partage des informations ?
 - ... du partage de la philosophie de l'intervention et des objectifs poursuivis ?
 - ... de la communication entre les professionnels impliqués?
 - ... de la reconnaissance de l'expertise des divers acteurs, professionnels, parents, jeune pour orienter le suivi ?
- Quels sont les aspects moins appréciés de cette collaboration ?
 - Sur le plan...
 - ...du partage des informations ?
 - ... du partage de la philosophie de l'intervention et des objectifs poursuivis ?
 - ... de la communication entre les professionnels impliqués?
 - ... de la reconnaissance de l'expertise des divers acteurs, professionnels, parents, jeune pour orienter le suivi ?
- Dans quelles mesures et comment cette collaboration a-t-elle été bénéfique ou non ...
 - [Intervenants] ... pour vous-même, sur le plan professionnel ?
 - ... pour les parents ?
 - ... pour les jeunes ?
 - [Parents] ... pour vous-même ?
 - ... pour votre adolescent ?

[Jeunes] ... pour vous-même ?

<p>SECTION 4 - Dégager des recommandations des différents acteurs-clés sur le volet pédopsychiatrique de la CCL.</p>

Dans cette partie, je m'intéresse à vos recommandations.

11. Avez-vous des suggestions à faire au sujet de ce programme ?

- Est-ce qu'il y a un ou des aspects du programme qui, selon vous, devrait être modifiés/améliorés ? Si oui, lequel ou lesquels ? Pour quelles raisons ?
- D'après vous, y a-t-il un ou des aspects du programme à changer qui permettraient ...
[Intervenant] ... d'améliorer les effets du suivi sur le rétablissement du jeune ? Si oui, lequel ou lesquels?
[Parents] ... d'améliorer les effets du suivi sur le rétablissement du votre adolescent ? Si oui, lequel ou lesquels ?
[Jeune] ... d'améliorer les effets de votre suivi, qui vous aideraient à atteindre vos objectifs ? ? Si oui, lequel ou lesquels ?
- D'après vous, comment les services pourraient être modifiés/améliorés afin d'être plus adaptés à ...
[Intervenant] ... vos besoins, à ceux des parents et à ceux du jeune ?
[Parents] ... vos besoins et à ceux de votre adolescent ?
[Jeune] ... vos besoins ?
- Selon vous, est-ce que la collaboration entre les équipes pourrait être améliorée ? De quelle manière ?

ANNEXE 5 : GRILLE DE CODIFICATION

1. Implication dans le volet pédopsychiatrique
2. Perception de la pratique de pointe
 - 2.1. Aspects appréciés
 - 2.1.1. Services/interventions adaptés aux besoins de la clientèle cible (Transition + complexité)
 - 2.1.2. Approche globale/références appropriées (vers les bons services, vers la bonne médication, vers le bon professionnel)
 - 2.1.3. Disponibilité, mobilisation des différents professionnels
 - 2.2. Bénéfices/effets positifs perçus (Tout ce qui est des bénéfices/effets positifs perçus des INTERVENANTS seront codés dans « collaboration »)
 - 2.2.1. Pour les parents
 - 2.2.1.1. Rassurant, sécurisant
 - 2.2.1.2. Accès à des ressources pour eux-mêmes
 - 2.2.2. Pour les jeunes
 - 2.2.2.1. Obtention de diagnostics
 - 2.2.2.2. Références rapides ou adaptées vers différentes ressources
 - 2.3. Attentes (besoins non-atteints) (Manque de conseils concrets pour les parents, pourrait être codé comme insatisfactions/limites mais sera codé comme attentes)
 - 2.4. Insatisfactions/limites
 - 2.4.1. Manque d'informations sur le programme, sur l'évolution (processus clinique)
 - 2.4.2. Manque de suivi suite à l'évaluation
 - 2.4.3. Processus d'évaluation stressant/intimidant
 - 2.5. Désavantages/effets négatifs perçus
3. Collaboration
 - 3.1. Dimensions satisfaisantes
 - 3.1.1. Qualité et richesse de l'évaluation
 - 3.1.2. Partage de connaissances/d'expertises

- 3.2. Dimensions insatisfaisantes
 - 3.2.1. Lacunes sur le plan de la communication
 - 3.2.2. Niveau d'implications des différents partenaires
 - 3.2.3. Manque de structure organisationnelle (rôle de chacun, coordination)
 - 3.2.4. Pas tenir compte de l'expertise de tous
- 3.3. Bénéfices/effets positifs perçus
 - 3.3.1. Développement des compétences/apprentissage des professionnels
- 4. Recommandations/suggestions d'amélioration
 - 4.1. Flexibilité (Horaire, lieux)
 - 4.2. Précision de la structure organisationnelle et des processus cliniques
 - 4.3. Élargir les expertises de l'équipe (neuropsychologue)
 - 4.4. Ajout/intensification du suivi suite à l'évaluation par l'équipe de pointe