SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE

Outil d'évaluation sommaire en santé mentale jeunesse : adaptation de l'outil et évaluation de la faisabilité de son implantation

RAPPORT

Santé
et Services sociaux
Québec

SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE

Outil d'évaluation sommaire en santé mentale jeunesse : adaptation de l'outil et évaluation de la faisabilité de son implantation

RAPPORT

MARS 2009

Santé et Services sociaux
Québec

Auteurs

Georgia Vrakas
Marie-Claire Laurendeau
Jean-François Labadie
Alex Battaglini
Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent

Remerciements

Nous aimerions remercier les personnes et les organismes suivants pour leur précieuse collaboration :

Louise Fournier, Centre de recherche du CHUM, Institut national de santé publique du Québec
Jean-Yves Frappier, Hôpital Sainte-Justine
Anne-Marie Gagné, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent
Michel Gontier, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Marie Julien, Direction de santé publique de la Montérégie
Johane Pilon, Hôpital Charles-Lemoyne
Pierre H. Tremblay, Hôpital Rivière-des-Prairies

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent
CSSS de Saint-Jérôme
CSSS de Sherbrooke
CSSS du Nord de Lanaudière
CSSS du Sud de Lanaudière
Table des partenaires en santé mentale jeunesse

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-550-58573-2 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2010

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 4

1. Contexte 5
1.1. La détermination d'un outil d'évaluation 5

2. Adaptation de l'outil 7
2.1. Processus d'adaptation de l'outil 7

3. Évaluation de la Faisabilité de l'implantation de l'outil 8
3.1. Sélection des CSSS 8
3.2. Méthodologie 9
3.3. Résultats 9
3.3.1. Implantation, composition et fonctionnement des guichets d'accès 9
3.3.2. Réseaux locaux de services et accès aux spécialistes 10
3.3.3. Les commentaires des CSSS sur l'outil proposé 11

4. Modifications apportées et recommandations 14

Annexe 1
Demande de services en santé mentale 0-17 ans 17

Annexe 2
Outil d'évaluation sommaire en santé mentale : version préliminaire 23

Annexe 3
Outil d'orientation à l'intention des médecins 37

Annexe 4
Entrevue téléphonique 41

Annexe 5
Questions pour les groupes de discussion 43

Annexe 6
Outil d'évaluation sommaire en santé mentale jeunesse : version finale 47

Références 79

INTRODUCTION

L'outil d'évaluation présenté dans ce rapport fait suite aux orientations du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, publié en 2005 par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il est le résultat de travaux amorcés en janvier 2007 à la demande de la Table des partenaires en santé mentale des jeunes[1]. Après sa mise sur pied, en 2004, la Table s'est vite montrée préoccupée par la nécessité de doter le Québec d'un outil d'évaluation sommaire en santé mentale des jeunes qui soit harmonisé et validé scientifiquement, et au début de 2007, grâce à une subvention du Ministère, elle confiait au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent un mandat en ce sens. En juin, l'équipe de travail du CSSS était en mesure de présenter le rapport *Outil d'évaluation sommaire en santé mentale jeunesse*. À partir du rapport, la Direction de la santé mentale du Ministère a confié au CSSS un mandat en deux volets :

1) adapter l'outil proposé dans ce document;
2) évaluer la faisabilité de l'implantation de l'outil au sein de réseaux locaux de services (RLS) présentant des contextes variés tant au regard de la population que de l'organisation des services.

Quatre CSSS ont participé à l'étude de faisabilité, soit le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), le CSSS du Nord de Lanaudière, le CSSS du Sud de Lanaudière et le CSSS de Saint-Jérôme. Deux méthodes principales ont été utilisées pour la collecte des données : des entrevues individuelles avec la personne responsable du guichet d'accès en santé mentale jeunesse et un groupe de discussion avec les membres de l'équipe en santé mentale jeunesse du CSSS. Les entrevues et les groupes de discussion se sont déroulés en mai, juin, juillet et octobre 2008. L'équipe du guichet d'accès en santé mentale jeunesse du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, mise en place en janvier 2009, a aussi été rencontrée.

Ce document vise à présenter les résultats de l'étude de faisabilité menée par l'équipe du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent. À l'annexe 6, on trouvera une présentation de l'outil, qui peut être téléchargé en format PDF 21,6 cm x 35,6 cm (8,5" x 14") à l'adresse suivante: **www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.**

1 Cette table réunit des représentants de l'Association des centres jeunesse du Québec, de l'Association des médecins psychiatres du Québec, de l'Association des pédiatres du Québec, de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, de l'Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires (REVIVRE), de l'Association québécoise des psychologues scolaires, de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et du Regroupement des associations de parents PANDA du Québec.

1. CONTEXTE

Dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, le Ministère met l'accent sur l'intervention auprès des enfants et des jeunes ayant des troubles de santé mentale (au Québec, leur nombre s'élèverait à environ 230 000). En ce qui concerne l'organisation des services destinés à cette population vulnérable, le Ministère y formule les orientations suivantes :

1) faire appel à des expertises biopsychosociales pour l'évaluation;
2) intervenir tôt et de façon intensive;
3) soutenir les familles et les proches aidants et les engager dans l'évaluation, la planification du traitement et le traitement;
4) tenir compte des besoins selon le groupe d'âge (0-5 ans, 6-11 ans, 12-17 ans, et transition à l'âge adulte);
5) tenir compte des différences culturelles.

Le Plan d'action vise aussi l'implantation de guichets d'accès aux services en santé mentale dans tous les centres de santé et de services sociaux du Québec. Avec la mise en place de ces guichets d'accès appelés à servir de mécanisme unique pour l'évaluation initiale, le triage et l'orientation, il devenait d'autant plus important que les intervenants de première ligne (omnipraticiens, pédiatres, infirmières et psychologues) disposent d'outils adéquats et standardisés d'évaluation.

C'est dans cette perspective que la Table des partenaires a confié au CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent le mandat d'analyser les outils d'évaluation sommaire en santé mentale jeunesse utilisés au Québec et ailleurs, en vue de déterminer le type d'outil qui serait le plus susceptible de répondre aux impératifs du plan d'action ministériel.

1.1. La détermination d'un outil d'évaluation[2]

Les outils d'évaluation en santé mentale jeunesse ont été analysés en fonction des critères suivants :

1) les groupes d'âge couverts (l'outil est-il sensible aux différents groupes d'âge?);
2) le format (support papier ou électronique);
3) la validité scientifique;

2 À cette fin, l'équipe de travail s'était adjoint un comité scientifique composé de Jean-Yves Frappier, pédiatre spécialisé en santé mentale (CHU Sainte-Justine), de Pierre H. Tremblay, pédopsychiatre (Hôpital Rivière-des-Prairies), et de Marie Julien, chercheuse en santé mentale des jeunes (Direction de santé publique de la Montérégie). Pour les détails sur la démarche et les outils analysés, voir le rapport *Outil d'évaluation sommaire en santé mentale jeunesse*, Montréal, AQESSS, 2007.

4) la polyvalence, soit l'utilisation possible de l'outil par divers types d'intervenants (travailleurs sociaux, psychologues, omnipraticiens, éducateurs, etc.) dans divers milieux (CSSS, centres hospitaliers, centres de la petite enfance, écoles, cabinets privés, etc.);
5) l'utilité pour l'orientation vers les diverses ressources, et en particulier celles de deuxième ligne;
6) les dimensions couvertes, par exemple : problèmes intériorisés (dépression, anxiété, etc.) et problèmes extériorisés (troubles de la conduite, agressivité, etc.), degré d'urgence (risque suicidaire), facteurs de résilience et de fragilité, culture (réalité des immigrants, adaptation à la société d'accueil), contexte familial.

Onze outils ont été analysés. Huit d'entre eux avaient été conçus au Québec et trois aux États-Unis.

Il a été convenu que l'outil qui correspondait le mieux aux besoins exprimés par la Table des partenaires en santé mentale des jeunes était l'outil utilisé en Montérégie, soit la Demande de services en santé mentale 0-17 ans (voir l'annexe 1), et ce, pour plusieurs raisons : il est bref et facile à remplir par divers types d'intervenants; il est utile pour l'orientation; il touche plusieurs dimensions; il a été conçu pour le contexte sociosanitaire québécois et il est le fruit d'un travail en partenariat dans la région.

Compte tenu des impératifs du plan d'action ministériel, il manquait toutefois certains éléments à l'outil de la Montérégie, soit une section pour chacun des trois groupes d'âge (0-5 ans, 6-11 ans et 12-17 ans) ainsi qu'une section sur la culture et l'acculturation. Des ajouts en ce sens ont donc été recommandés.

L'équipe de travail a également recommandé que l'outil soit expérimenté dans des régions du Québec présentant différents modèles d'organisation des services (ex. : régions avec et régions sans guichet d'accès en santé mentale) et des caractéristiques populationnelles diverses (ex. : région fortement multiethnique, région périphérique, etc.), afin de mieux évaluer la faisabilité de son implantation. Cette évaluation permettrait de déterminer quelles sections de l'outil pourraient être utilisées indifféremment dans toutes les régions et quelles sections devraient au contraire être adaptées.

L'analyse de cet outil a permis de dégager des facteurs de réussite de l'implantation d'un outil d'évaluation en santé mentale jeunesse. En effet, il faut tenir compte non seulement de l'outil en soi, mais du contexte dans lequel il est élaboré (en partenariat ou non) et utilisé (CSSS avec guichet d'accès en santé mentale ou non). Pour « fonctionner », l'outil doit en somme être compatible avec l'organisation des services.

2. ADAPTATION DE L'OUTIL

À la fin de cette première phase du projet, l'équipe du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent s'est vu confier par la Direction de la santé mentale du MSSS le mandat d'adapter la Demande de services en santé mentale 0-17 ans selon les recommandations formulées dans le rapport de 2007 et d'évaluer la faisabilité de l'implantation de l'outil adapté au sein de divers CSSS.

2.1. Processus d'adaptation de l'outil

Afin d'adapter l'outil Demande de services en santé mentale 0-17 ans, un comité de coordination a été créé. Ce comité était composé de l'équipe de travail du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent et de trois autres personnes détenant une solide expertise en santé mentale[3].

Le comité de coordination a adapté la Demande de services en santé mentale 0-17 ans en y intégrant des éléments du Child and Adolescent Needs and Strengths (CANS), conçu en 1999 pour le Department of Children and Family Services de l'Illinois. Le CANS est un outil bref qui permet d'évaluer les besoins et les forces des jeunes et de leurs proches, et dont la fiabilité a été établie (Anderson, Lyons, Giles, Price et Estle, 2003; Lyons, Weiner et Buddin Lyons, 1999).

La structure originale de la Demande de services en santé mentale 0-17 ans a été conservée. L'outil utilisé en Montérégie (présenté intégralement à l'annexe 1) comprend trois grandes sections, soit : A) Données sociodémographiques, B) État de la situation et C) Historique et facteurs d'influence.

Quant aux sections du CANS qui ont été retenues, elles ont été intégrées dans la deuxième section de la Demande (« État de la situation »). Ce sont les suivantes :

- 0-5 ans : permet d'évaluer plusieurs dimensions du développement du jeune enfant (ex. : fonctionnement moteur et sensoriel, communication, disponibilité de la mère, etc.);
- Transition à l'âge adulte : permet d'évaluer diverses dimensions relatives à la période de transition de l'adolescence à l'âge adulte (ex. : vie autonome, relations intimes, niveau de scolarité, etc.);
- Facteurs culturels et circonstances migratoires : permet d'évaluer l'adaptation du jeune immigrant et de sa famille au pays d'accueil;
- Expériences traumatiques : permet d'évaluer les traumatismes éprouvés par le jeune (ex. : abus sexuel, violence à l'école, deuil, etc.).

3 Soit Marie Julien, chercheuse spécialisée en santé mentale jeunesse (Direction de santé publique de la Montérégie), Louise Fournier, chercheuse spécialisée en santé mentale adulte (Institut national de santé publique du Québec), ainsi qu'Anne-Marie Gagné, travailleuse sociale et responsable de l'implantation du guichet d'accès en santé mentale des jeunes au CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent.

Une première version de l'outil a été produite au printemps 2008. Celle-ci a été présentée à Montréal le 8 mai, à l'occasion des 4e Journées bi-annuelles de santé mentale, et le 23 mai, à l'occasion de la Journée d'activités du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE). Des commentaires et suggestions ont été recueillis de façon informelle auprès des intervenants, décideurs et chercheurs qui ont assisté à ces présentations. De façon générale, on a reconnu l'utilité et la pertinence d'un tel outil; de plus, des CSSS se sont montrés grandement intéressés par son implantation au sein de leur réseau local de services (RLS).

3. ÉVALUATION DE LA FAISABILITÉ DE L'IMPLANTATION DE L'OUTIL

3.1. Sélection des CSSS

Afin d'évaluer la faisabilité de l'implantation de l'outil, six CSSS ont été approchés, soit : le CSSS de la MRC-de-Coaticook, le CSSS du Haut-Richelieu/Rouville, le CSSS de Saint-Jérôme, le CSSS de Laval, le CSSS de Chaudière-Appalaches et le CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent. Cette sélection est basée sur les caractéristiques de la population, sur le type de territoire et sur l'organisation des services en santé mentale. Le CSSS de la MRC-de-Coaticook est situé dans une région universitaire (Estrie), le CSSS du Haut-Richelieu/Rouville et le CSSS de Laval sont situés en région périphérique, alors que le CSSS de Saint-Jérôme et le CSSS de Chaudière-Appalaches sont situés en région intermédiaire. Le CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, situé à Montréal, a une mission universitaire et est caractérisé par une population multiethnique. Au début de l'étude de faisabilité, en mai 2008, certains de ces CSSS avaient déjà implanté leur guichet d'accès en santé mentale jeunesse, tel celui de Saint-Jérôme, et d'autres non, tel celui de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent.

Les six CSSS avaient manifesté leur intérêt à participer au projet au moment du contact initial, mais à l'exception du CSSS de Saint-Jérôme, ils ne pouvaient le faire dans les délais impartis, principalement en raison du manque de temps et de ressources.

Au cours des 4e Journées bi-annuelles de santé mentale, le CSSS du Sud de Lanaudière (région périphérique) et le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS; région universitaire) avaient manifesté un intérêt marqué à participer à l'étude de faisabilité de l'implantation de l'outil. Ils ont remplacé deux des CSSS qui avaient dû se désister. Le CSSS du Nord de Lanaudière s'est ajouté en cours de route. De fait il s'est trouvé que dans le groupe de discussion formé avec le CSSS du Sud de Lanaudière, la moitié des participants étaient rattachés au CSSS du Nord de Lanaudière; des données pour les deux territoires ont donc pu être recueillies.

3.2. Méthodologie

Pour évaluer la faisabilité de l'implantation de l'outil, deux méthodes ont été privilégiées : l'entrevue individuelle avec la personne responsable du guichet d'accès en santé mentale des jeunes[4] et le groupe de discussion avec les membres de l'équipe santé mentale jeunesse du CSSS (les partenaires pouvaient aussi participer au groupe de discussion avec l'accord du CSSS).

L'entrevue individuelle visait à vérifier l'état d'implantation du guichet d'accès en santé mentale jeunesse, les partenariats en santé mentale jeunesse au sein du RLS, l'accessibilité aux spécialistes de deuxième ligne et l'utilisation d'un outil d'orientation commun au sein du RLS (les questions de l'entrevue sont présentées à l'annexe 4). Le groupe de discussion visait à évaluer le contenu et le format de l'outil, l'utilité de l'outil pour orienter les jeunes vers les ressources appropriées et favoriser la collaboration interétablissements, ainsi que les facteurs susceptibles de faciliter ou au contraire de freiner l'implantation de l'outil (voir l'annexe 5).

Les entrevues et les groupes de discussion ont eu lieu en mai, juin, juillet et octobre 2008.

3.3. Résultats

3.3.1. Implantation, composition et fonctionnement des guichets d'accès

Lorsque s'est déroulée l'étude, les quatre CSSS en étaient à différentes étapes de l'implantation de leur guichet d'accès en santé mentale jeunesse. Le guichet du CSSS de Saint-Jérôme n'était implanté que depuis un mois au moment de l'entrevue (en mai 2008). Celui du CSSS du Nord de Lanaudière était implanté depuis 2005, les professionnels en santé mentale jeunesse ayant été embauchés à cette période, mais n'était fonctionnel que depuis quelques semaines au moment de l'entrevue, en octobre 2008. Toujours au moment de l'entrevue, le guichet du CSSS du Sud de Lanaudière était fonctionnel depuis un an alors que celui du CSSS-IUGS l'était depuis environ neuf mois.

La composition de l'équipe de santé mentale jeunesse du guichet d'accès varie selon les CSSS. Alors que le guichet du CSSS du Sud de Lanaudière est un « accès-liaison-jeunesse » servant d'accueil, d'orientation et d'évaluation (AEO) pour les jeunes de 0-18 ans[5] et leur famille, et compte trois travailleurs sociaux, les guichets des trois autres CSSS comptent des psychologues, des travailleurs sociaux et des psychoéducateurs. En outre au CSSS-IUGS, un infirmier et deux omnipraticiens offrent deux heures par mois (une pour les 0-11 ans, une pour les 12-18 ans). L'équipe santé mentale jeunesse du CSSS du Nord de Lanaudière comprend elle aussi un omnipraticien, alors que celle du CSSS de Saint-Jérôme comprend deux agents de relations humaines.

4 Les questions de l'entrevue individuelle ont été intégrées au groupe de discussion pour les CSSS du Sud et du Nord de Lanaudière à cause du manque de temps.

5 Jusqu'à 21 ans pour l'accueil des enfants souffrant de troubles envahissants du développement ou d'une déficience intellectuelle.

En ce qui concerne les orientations au guichet d'accès, les quatre territoires présentent là aussi des différences. Au moment de l'entrevue, le guichet du CSSS-IUGS recevait des demandes en provenance du milieu scolaire (par l'entremise des infirmières scolaires), des cliniques jeunesse (par le médecin), de l'accueil psychosocial du CSSS et de la pédopsychiatrie. Il n'y avait pas encore d'orientations des médecins en cabinet privé ni des centres jeunesse : ces mécanismes devaient être mis en place durant l'automne 2008. L'outil utilisé pour l'orientation était celui de la Montérégie, soit la Demande de services en santé mentale 0-17 ans.

Au CSSS de Saint-Jérôme, les orientations vers le guichet d'accès viennent uniquement de l'interne, c'est-à-dire de l'accueil psychosocial jeunesse. L'outil intitulé « Questions pour la prise de contact Jeunesse, SMEJ, Réadaptation et DI-DP-TED » (basé sur la Demande de services en santé mentale 0-17 ans) sert de mécanisme d'orientation des jeunes vers le guichet d'accès. L'intervenant qui fait la demande joint à celle-ci tous les rapports existants. L'agent de liaison ou un autre intervenant du guichet d'accès fait alors l'évaluation sommaire du jeune afin de l'orienter.

Au CSSS du Sud de Lanaudière, les demandes sont acheminées à l'accès-liaison-jeunesse, où trois travailleuses sociales sont chargées d'orienter les cas vers l'agente de liaison de l'équipe santé mentale jeunesse composée de psychologues, de travailleurs sociaux et d'une éducatrice. Sauf exception, les jeunes doivent avoir reçu un diagnostic de leur médecin ou du psychologue scolaire pour être orientés en santé mentale. En outre, les médecins continuent d'orienter en pédopsychiatrie sans passer par le guichet d'accès. Au CSSS du Nord de Lanaudière, il n'existe pas d'accueil réservé aux jeunes, et les demandes vont directement au guichet d'accès en santé mentale jeunesse (par l'entremise d'une agente de liaison). Dans ces deux CSSS, pour qu'un jeune puisse bénéficier des services du guichet d'accès, les intervenants responsables de l'orientation doivent remplir un formulaire (« Référence personnalisée à l'accès-liaison-jeunesse » dans le cas du CSSS du Sud de Lanaudière, et « Formulaire de référence » dans le cas du CSSS du Nord de Lanaudière).

3.3.2. Réseaux locaux de services et accès aux spécialistes

Tous les CSSS avaient des partenaires qu'ils considéraient comme faisant partie de leur réseau local de services en santé mentale jeunesse. Au moment de la rencontre, le CSSS de Saint-Jérôme en était à implanter son RLS, alors que celui des trois autres CSSS était déjà en place. Les partenaires identifiés étaient les collègues à l'intérieur du CSSS (ex. : accueil psychosocial, cliniques jeunesse), les écoles, la pédopsychiatrie, les pédiatres, les psychologues et les médecins en cabinet privé, les organismes communautaires membres des tables jeunesse, les associations de parents, les maisons de jeunes et les centres de réadaptation.

En ce qui concerne les services de deuxième ligne, les quatre territoires avaient accès à la pédopsychiatrie. Le CSSS de Saint-Jérôme présentait un cas particulier car la pédopsychiatrie de l'Hôpital Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme fait partie de la direction Santé mentale et dépendances du CSSS. Il y a eu arrimage du guichet en santé mentale jeunesse et de la pédopsychiatrie en

janvier-février 2008, et le guichet d'accès a été implanté en avril. De bons liens de collaboration se sont établis avec la pédopsychiatrie. Ainsi, les jeunes qui, auparavant, étaient orientés directement en pédopsychiatrie par des omnipraticiens de cabinet privé sont désormais orientés vers le guichet d'accès du CSSS par la pédopsychiatrie.

Le territoire du CSSS-IUGS compte cinq pédopsychiatres. Les liens de collaboration avec la pédopsychiatrie ne sont pas établis et peu de cas sont orientés vers le guichet d'accès. Au moment de la rencontre, l'équipe du guichet d'accès en santé mentale jeunesse attendait l'intégration d'un pédopsychiatre pour l'automne 2008. En février 2009, ce n'était toujours pas chose faite. Des enjeux reliés à la rémunération et aux responsabilités du pédopsychiatre expliqueraient ce délai.

En ce qui concerne les CSSS du Nord et du Sud de Lanaudière, trois pédopsychiatres couvraient depuis peu les services hospitaliers à temps partiel, et on compte 1,75 équivalent temps complet (ETC) en clinique externe pour les deux territoires. Souvent, les jeunes consultent un pédopsychiatre au CHU Sainte-Justine ou à l'Hôpital Rivière-des-Prairies, à Montréal.

3.3.3. Les commentaires des CSSS sur l'outil proposé

Les groupes de discussion ont permis de connaître la perception qu'avaient les CSSS de l'outil. Les questions posées dans le cadre des groupes de discussion sont présentées à l'annexe 5.

De façon générale, les intervenants rencontrés trouvent que l'outil est complet et qu'il constitue une bonne base d'informations systématisées sur le jeune. Par ailleurs, plusieurs sections et sous-sections sont considérées comme très intéressantes, notamment celles sur les facteurs culturels et les circonstances migratoires, sur les 0-5 ans, sur la transition à l'âge adulte, les expériences traumatiques, le risque suicidaire, les facteurs de résilience et de fragilité, les attentes du jeune par rapport à la consultation, la médication et la symptomatologie. L'aspect de l'outil considéré comme étant le moins satisfaisant est sa longueur : la majorité des intervenants rencontrés estiment en effet que remplir l'outil demandera trop de temps aux partenaires. Un bémol vient toutefois du CSSS de Saint-Jérôme, pour qui l'outil est très complet et par conséquent, tout à fait adéquat pour la pré-évaluation; selon ce CSSS, la longueur de l'outil n'est pas un problème puisqu'on se limite aux sections qui concernent le cas.

Le Ministère souhaitait un outil d'évaluation standardisé qui pourrait être utilisé par l'ensemble des partenaires de première ligne (tant internes qu'externes, donc) du RLS. Sur cette question, les avis sont partagés. Le CSSS de Saint-Jérôme fait valoir l'importance de préserver la « spécificité santé mentale » de l'équipe de son guichet d'accès en santé mentale jeunesse, et précise que l'outil ne sera rempli que par les professionnels de cette équipe; cependant, les partenaires internes et externes en recevront une copie afin de mieux comprendre le processus d'évaluation du jeune orienté en santé mentale au CSSS. Les CSSS du Nord et du Sud de Lanaudière préconisent quant à eux que l'outil soit rempli par l'intervenant de l'accueil jeunesse une fois qu'il aura recueilli auprès des partenaires toutes les informations nécessaires sur le

jeune. Seul le CSSS-IUGS souscrit au principe d'une utilisation par l'ensemble des partenaires du RLS : il s'agira alors de bien leur expliquer les objectifs et l'utilisation de l'outil, tout en leur offrant un encadrement et un soutien continus.

Même si la majorité des intervenants se montrent préoccupés par la longueur de l'outil, plusieurs ajouts ont été proposés, dont :

- une section sur le dépistage de la consommation de drogues et d'alcool (inspirée par exemple de la grille DEP-ADO);
- un génogramme permettant de « visualiser » la famille;
- des lignes supplémentaires (de l'espace pour écrire) à la section « Impressions cliniques »;
- une section réservée aux intervenants du guichet d'accès pour les recommandations et orientations relatives au jeune. Celles-ci devraient être organisées autour de la symptomatologie, du dysfonctionnement et des facteurs environnementaux;
- un espace pour inscrire la date du dernier et du prochain rendez-vous du jeune.

Selon tous les intervenants rencontrés, l'outil peut s'avérer utile pour les orientations et la collaboration entre les partenaires. Les principales raisons invoquées sont que l'outil :

- permet de mieux départager les problèmes de santé mentale des problèmes psychosociaux et peut ainsi accélérer le processus d'orientation;
- couvre tous les facteurs de risque et de protection et fournit ainsi un canevas de pré-évaluation;
- peut aider l'équipe santé mentale jeunesse à expliquer le fonctionnement du guichet d'accès aux partenaires (et pourquoi un jeune reçoit des services de santé mentale ou non);
- permet d'encadrer le processus d'orientation;
- permet de standardiser l'information à recueillir sur le jeune pour l'orienter vers les ressources appropriées;
- permet aux partenaires d'acquérir un langage commun.

Les intervenants soulignent toutefois que l'outil demande de modifier les procédures habituelles d'orientation, ce qui peut constituer un obstacle à la collaboration entre les partenaires (en raison d'une difficulté d'adaptation au changement).

Parmi les facteurs susceptibles de faciliter l'implantation de l'outil au sein des CSSS et des RLS, on retient :

- la présentation de l'outil aux intervenants de tous les secteurs du CSSS;
- la formation à l'utilisation de l'outil;
- le soutien de la démarche par l'agence régionale;
- l'accessibilité continue du guichet d'accès;
- l'informatisation de l'outil;
- la reconnaissance de l'expertise des intervenants de première ligne;
- la reconnaissance que les services en santé mentale sont une composante essentielle des services jeunesse.

Les intervenants rencontrés croient en revanche que l'implantation sera difficile si l'agence régionale ne soutient pas la démarche, si l'outil n'est pas informatisé, si le guichet n'est pas accessible (à cause d'une liste d'attente) ou encore, si les partenaires perçoivent l'outil comme étant trop long à remplir. La primauté de l'approche médicale dans le réseau de la santé et des services sociaux, qui met l'accent sur la « maladie » du jeune et ne tient donc pas suffisamment compte des dimensions familiale et systémique très présentes dans l'outil, apparaît aussi comme un obstacle à l'implantation.

Des groupes de discussion, il se dégage les principaux constats suivants :

- l'outil est très complet et multidimensionnel;
- les quatre sections tirées du CANS sont très appréciées;
- la longueur de l'outil est considérée comme un frein à l'implantation par la majorité des participants;
- la formation à l'utilisation de l'outil et l'accessibilité continue du guichet d'accès comptent parmi les facteurs facilitants de l'implantation.

Au terme des entrevues et des groupes de discussion, l'équipe de santé mentale jeunesse du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, nouvellement formée, a été rencontrée. Cette équipe, composée de deux travailleuses sociales, d'une psychologue et d'une infirmière, fait partie du guichet d'accès jeunesse du CSSS. Ce guichet comprend tous les services destinés aux jeunes, dont ceux, par conséquent, de santé mentale.

Le CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent est l'un des établissements qui avaient été approchés pour l'étude de faisabilité, mais qui n'avaient pu y participer. Cette nouvelle équipe était cependant très intéressée par l'outil qui allait être implanté au sein de son guichet d'accès, et a été rencontrée en groupe de discussion afin d'approfondir l'analyse de l'outil. Cette analyse approfondie a entre autres permis de vérifier l'applicabilité de l'outil (et en particulier, des sections tirées du CANS, l'outil américain) au contexte sociosanitaire québécois.

L'équipe du CSSS Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent a proposé notamment d'intégrer les directives d'utilisation à l'outil afin de simplifier la tâche des personnes qui auraient à le remplir[6], et d'opter pour le format 21,6 cm x 35,6 cm (8 ½ po x 14 po) plutôt que 21,6 cm x 27,9 cm (8 ½ po x 11 po) afin d'améliorer la convivialité de l'outil et de donner davantage d'espace à chaque section. L'équipe a aussi remis en question la pertinence des sections pour les 0-5 ans et la transition à l'âge adulte, étant donné que ces deux groupes d'âge ne renvoient pas aux clientèles courantes des services de santé mentale jeunesse.

4. MODIFICATIONS APPORTÉES ET RECOMMANDATIONS

Les commentaires des cinq CSSS rencontrés en groupe de discussion ont été examinés par l'équipe de travail. L'équipe comptait par ailleurs un nouveau membre depuis peu, spécialisé dans le domaine de l'immigration et de la santé[7], qui a également contribué au raffinement de l'outil, en particulier pour la section « Adaptation culturelle et circonstances migratoires ».

À la suite de cette analyse, plusieurs modifications ont été apportées à l'outil. Ainsi la section sur les facteurs culturels a été enrichie et un item de la section « 0-5 ans », considéré comme n'étant pas applicable à la réalité québécoise, a été enlevé. La première section de l'outil, d'abord intitulée « Données sociométriques », a été rebaptisée « Données sociodémographiques », et les renseignements recueillis portent par exemple sur les langues d'usage des parents plutôt que sur leur langue maternelle, car cela permet de juger de la pertinence d'avoir recours à un interprète. Des termes ont aussi été précisés. Ainsi dans la section relative au problème du jeune, le terme « santé » a été remplacé par « santé physique », alors que dans la section « Évaluations et orientations antérieures », le terme « psychiatre » a été remplacé par « pédopsychiatre ».

6. Dans la version de l'outil soumise aux CSSS, les directives d'utilisation faisaient l'objet d'un guide distinct.
7 Monsieur Alex Battaglini, adjoint à la direction de la qualité et de la mission universitaire du CSSS, qui a remplacé monsieur Jean-François Labadie au cours de l'automne 2008.

Les modifications apportées au format visaient une plus grande convivialité de l'outil. Ce sont principalement :

- l'intégration des directives d'utilisation dans l'outil lui-même;
- l'ajout de lignes (espace pour écrire) dans diverses sections;
- l'ajout d'une section réservée aux intervenants du guichet d'accès, pour les recommandations et orientations;
- la mise en page de l'outil en format 21,6 cm x 35,6 cm (8 ½ po x 14 po).

Par ailleurs, les sections « 0-5 ans » et « Transition à l'âge adulte » ont été placées en annexe bien que toutes les équipes rencontrées les aient jugées intéressantes et novatrices. Ces sections tirées du CANS auraient pu en effet alourdir l'outil puisqu'elles ne seront probablement utilisées que de façon ponctuelle. En ce qui concerne plus particulièrement la section sur la transition à l'âge adulte, même si le Ministère prône un assouplissement des frontières entre les services aux jeunes et aux adultes, ces frontières sont toujours présentes et à compter de 18 ans, les jeunes usagers continuent de passer par le guichet d'accès en santé mentale adulte. Cette section peut néanmoins être utilisée pour les 15-18 ans.

Comme on l'a mentionné, la majorité des intervenants sont d'avis que l'outil devrait être réservé à l'équipe du guichet d'accès en santé mentale jeunesse. On le juge trop complexe (trop long) pour les partenaires; en revanche, on le croit pertinent et utile pour l'agent de liaison du guichet d'accès ou pour un intervenant de l'équipe, car il leur permet de recueillir un maximum d'informations auprès des partenaires, et ainsi de prendre une décision éclairée quant à l'orientation du jeune. Les intervenants du CSSS-IUGS croient au contraire que l'outil peut être utilisé par les partenaires du RLS comme prévu à l'origine. Dans un cas comme dans l'autre, les équipes rencontrées s'accordent néanmoins sur l'importance de présenter l'outil à l'ensemble des partenaires du RLS : cela favoriserait l'acquisition d'un discours commun et une même compréhension des critères et du processus d'orientation des jeunes atteints de problèmes de santé mentale. Certains voient même dans l'outil l'occasion d'expliquer le fonctionnement du guichet d'accès en santé mentale jeunesse aux partenaires internes et externes du CSSS.

Dans ce contexte, nous faisons la recommandation suivante :

- Que les décisions relatives à l'utilisation de l'outil soient laissées au CSSS et à l'équipe du guichet en santé mentale jeunesse.

Afin de favoriser une implantation adéquate de l'outil au sein des CSSS, nous faisons les recommandations suivantes :

- Que tous les partenaires internes et externes soient rencontrés pour leur expliquer le processus d'orientation en santé mentale jeunesse sur leur territoire ainsi que le contenu de l'outil d'évaluation sommaire en santé mentale jeunesse;
- Qu'une formation à l'utilisation de l'outil soit donnée. Cette formation devrait d'abord être donnée aux intervenants du guichet d'accès en santé mentale jeunesse. Le cas échéant, cette équipe formera les partenaires du RLS;
- Que les partenaires appelés à utiliser l'outil bénéficient d'un encadrement continu de la part de l'équipe du guichet d'accès en santé mentale jeunesse;
- Que l'outil soit informatisé. Pour ce faire, la mise à contribution des ressources du MSSS et des CSSS sera nécessaire.

La région de la Montérégie a produit, à l'intention des omnipraticiens, une version abrégée de sa Demande de services en santé mentale jeunesse 0-17 ans; celle-ci a fait l'objet de commentaires positifs de la part des intervenants qui ont participé aux groupes de discussion. Nous recommandons néanmoins :

- Que la réceptivité des omnipraticiens à utiliser l'outil d'évaluation sommaire en santé mentale jeunesse pour les orientations soit évaluée.

Les travaux amorcés grâce à la subvention du Ministère seront poursuivis grâce à une subvention accordée conjointement à l'équipe du Centre affilié universitaire du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent et à celle du CSSS de la Montagne par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), à l'automne 2008, dans le cadre d'un projet de recherche intitulé « Évaluation du processus d'implantation d'un modèle de soins partagés ». Ce projet a pour objectif général l'évaluation des partenariats établis aux fins de l'implantation des modèles de soins partagés en santé mentale jeunesse dans des quartiers pluriethniques de Montréal. Un volet de ce projet se rapporte tout particulièrement à l'implantation de l'outil d'évaluation sommaire en santé mentale jeunesse dans trois territoires de la région montréalaise.

ANNEXE 1

Demande de services en santé mentale 0-17 ans

CLSC DES SEIGNEURIES
CLSC LONGUEUIL-EST
CLSC LONGUEUIL-OUEST
CLSC SAINT-HUBERT
CLSC SAMUEL-DE-CHAMPLAIN

Dossier CLSC _____

A. DONNÉES SOCIOMÉTRIQUES

1. ENFANT CONCERNÉ PAR LA DEMANDE

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____ Âge _____ ans
Adresse _____ Langue usuelle _____ Sexe ❑ F ❑ M
☎ _____ # Ass. Mal. _____ École _____ Niveau _____

2. IDENTIFICATION DES PARENTS

MÈRE		PÈRE	
Adresse		Adresse	
☎	☎ Travail	☎	☎ Travail
Occupation	Langue usuelle	Occupation	Langue usuelle
Statut civil	# Dossier CLSC	Statut civil	# Dossier CLSC
Est-elle au courant de cette démarche-ci? ❑ Oui ❑ Non		Est-il au courant de cette démarche-ci? ❑ Oui ❑ Non	

3. FRATRIE

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____ Âge _____ ans
Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____ Âge _____ ans
Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____ Âge _____ ans

4. CONTEXTE FAMILIAL

❑ Famille nucléaire ou traditionnelle (père et mère vivant avec leurs propres enfants sous le même toit)
❑ Famille monoparentale dont l'enfant vit avec ❑ La mère ❑ Le père Depuis quand? _____
❑ Famille recomposée dont l'enfant vit avec ❑ La mère ❑ Le père Depuis quand? _____
❑ L'enfant vit en ressource d'hébergement _____ Depuis quand? _____
Qui a la garde légale? ❑ La mère ❑ Le père ❑ Partagée ❑ _____ ☎ _____
Droit d'accès : ❑ Une fin de semaine sur 2 ❑ Une fin de semaine par mois ❑ Autre _____
Histoire antérieure de placement s'il y a lieu _____
Autres caractéristiques du contexte familial _____
_____
_____

B. ÉTAT DE LA SITUATION

1. PROBLÉMATIQUE PRINCIPALE? _____

_____

_____

2. ÉTENDUE DE LA SITUATION PROBLÉMATIQUE

DURÉE	FRÉQUENCE	INTENSITÉ	SPHÈRES TOUCHÉES
❑ Depuis plusieurs jours	❑ À l'occasion	❑ Très peu intense	❑ Sa santé
❑ Depuis des semaines	❑ À chaque mois	❑ Peu intense	❑ Sa conduite
❑ Depuis plusieurs mois	❑ À chaque semaine	❑ Plus ou moins intense	❑ Sa vie familiale
❑ Depuis plus d'un an	❑ À tous les jours	❑ Intense	❑ Sa vie scolaire
❑ Depuis des années	❑ À toutes les heures	❑ Très intense	❑ Sa vie sociale

ÉVOLUTION	DANGEROSITÉ	RISQUE SUICIDAIRE	
❑ S'améliore rapidement	❑ Très faible	❑ Tentative antérieure	❑ L'endroit est fixé
❑ S'améliore lentement	❑ Relativement faible	❑ Suicide dans la famille	❑ Le moment est fixé
❑ Reste stable	❑ Moyenne	❑ A l'intention de le faire	❑ A écrit une lettre d'adieu
❑ Se détériore lentement	❑ Assez élevée	❑ A un plan d'établi	❑ A fait son testament
❑ Se détériore rapidement	❑ Très élevée	❑ Arme accessible	❑ A donné de ses biens

3. SYMPTOMATOLOGIE

ANXIÉTÉ	HUMEUR	ATTENTION	ACTIVITÉ
❑ Angoisse	❑ Sentiment de désespoir	❑ Actions irréfléchies	❑ Ne peut rester en place
❑ Inquiétude	❑ Irritabilité, susceptibilité	❑ Inattention	❑ Parle excessivement
❑ Idées obsessionnelles	❑ Colère, agressivité	❑ Distraction à un rien	❑ Répond trop vite
❑ Compulsions	❑ Dépression, abattement	❑ Ne semble pas écouter	❑ Impulsivité, impatience
❑ Peur, phobie	❑ Tristesse	❑ N'obéit pas	❑ Agression
❑ Attaques de panique	❑ Culpabilité, honte	❑ Ne finit pas ses tâches	❑ Conduite imprudente
❑ Évitement	❑ Euphorie, excitation	❑ Perd ses jouets, objets	❑ Coupe la parole
❑ État de stress aigu	❑ Instabilité émotionnelle	❑ Oublie fréquemment	❑ Sans énergie, à plat

CONDUITE	PENSÉE	FACULTÉS	AUTRES PROBLÈMES
❑ Mensonges fréquents	❑ Cauchemars	❑ Problème de perception	❑ Alimentation
❑ Opposition	❑ Dépréciation de soi	❑ Difficulté à comprendre	❑ Sommeil
❑ Tendance à voler	❑ Surestimation de soi	❑ Difficulté à s'exprimer	❑ Énurésie (urine)
❑ Automutilation	❑ Idées bizarres, étranges	❑ Problème de lecture	❑ Encoprésie (selles)
❑ Fugue	❑ Idéations suicidaires	❑ Difficulté à écrire	❑ Tics vocaux ou moteurs
❑ Abus sexuel	❑ Idées d'homicide	❑ Difficulté à compter	❑ Incoordination
❑ Abus d'alcool	❑ Hallucinations	❑ Problème d'indécision	❑ Désorientation
❑ Drogue	❑ Souvenirs traumatiques	❑ Difficulté à se souvenir	❑ Mutisme

Précisions : _____

_____

4. FACTEURS DE RÉSILIENCE ET DE FRAGILITÉ

RÉSEAU SOCIAL	CONTACTS SOCIAUX	RAPPORTS AVEC FAMILLE	RELATIONS AVEC AUTRUI
❑ Multiples amis/proches	❑ Très fréquents	❑ Très bonnes relations	❑ Très bonnes relations
❑ Plusieurs amis/proches	❑ Fréquents	❑ Bonnes relations	❑ Bonnes relations
❑ Quelques amis/proches	❑ Plus ou moins fréquents	❑ Relations ± bonnes	❑ Relations ± bonnes
❑ Peu d'amis/proches	❑ Rares	❑ Relations conflictuelles	❑ Relations conflictuelles
❑ Très peu d'amis/proches	❑ Très rares	❑ Relations déplorables	❑ Relations déplorables

IMAGE DE SOI	CAPACITÉ D'ADAPTATION	ENFANCE	A DÉJÀ ÉTÉ VICTIME DE
❑ Très positive	❑ S'adapte très facilement	❑ Très heureuse	❑ Inceste
❑ Positive	❑ S'adapte facilement	❑ Heureuse	❑ Abus sexuel
❑ Plus ou moins positive	❑ S'adapte ± facilement	❑ ± heureuse	❑ Violence, agression
❑ Négative	❑ S'adapte difficilement	❑ Malheureuse	❑ Négligence
❑ Très négative	❑ S'adapte très difficilement	❑ Très malheureuse	❑ Taxage, intimidation

C. HISTORIQUE ET FACTEURS D'INFLUENCE

1. FACTEURS AYANT CONTRIBUÉ AU DÉCLENCHEMENT ET AU MAINTIEN DE LA PROBLÉMATIQUE?

_____

_____

2. FACTEURS QUI RISQUENT D'AGGRAVER CETTE SITUATION? _____

_____

_____

3. SITUATIONS OU ÉVÉNEMENTS STRESSANTS DEPUIS UN AN? _____

_____

_____

4. ÉVALUATIONS ET INTERVENTIONS ANTÉRIEURES

PROFESSIONNELS	SERVICE	DATE	DURÉE	RÉSULTATS OBTENUS
Psychologie				
Psychiatrie				
Intervenant social				
Orthophonie				
Neurologie				
ORL/Audiologie				
Orthopédagogie				
Ergothérapie				
Psycho-éducation				
Centres jeunesse				
Autre :				
Note :				

5. PROBLÈMES MÉDICAUX ET DE SANTÉ MENTALE ACTUELS ET PASSÉS? HOSPITALISATION? _____

_____

_____

_____

Médication actuelle _____ Médication antérieure _____

Médecin actuel _____ ☎ _____

6. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX AU PLAN MÉDICAL ET SANTÉ MENTALE? _____

_____

_____

_____

_____

7. ATTENTES ET MOTIVATION DU JEUNE ET DE SA FAMILLE CONCERNANT LA PRÉSENTE CONSULTATION?

_____

_____

_____

RECOMMANDÉ PAR _____ Fonction _____ Organisme _____

Pour ❑ Évaluation ❑ Consultation ❑ Autre _____

FICHE REMPLIE PAR _____ Fonction _____ Organisme _____

IMPRESSION CLINIQUE _____

DATE _____ ☎ _____ SIGNATURE _____

CLSC des Seigneuries	CLSC Longueuil-Est	CLSC Longueuil-Ouest	CLSC Saint-Hubert	CLSC Samuel-de-Champlain
2220, boul. René-Gaultier	388, rue Lamarre	201, boul. Curé-PoirierO.	6800, boul. Cousineau	5811, boul. Taschereau
Varennes J3X 1T6	Longueuil J4J 1T2	Longueuil J4J 2G4	Saint-Hubert J3Y 8Z4	Brossard J4Z 1A5
☎ (450) 652-2917	☎ (450) 463-2850	☎ (450) 651-9830	☎ (450) 443-7400	☎ (450) 445-4452
Fax (450) 652-0754	Fax (450) 463-1879	Fax (450) 651-5393	Fax (450) 445-1164	Fax (450) 445-5535

N. B. Veuillez joindre tout document pertinent à l'étude du dossier, tels que : évaluations antérieures, autorisation, recommandation, rapport médical, etc.

RÉSERVÉ AU PROGRAMME « GRANDIR EN SANTÉ MENTALE »		
ORIENTATION RETENUE		
❑ CLSC – Programme		
❑ CLSC – Programme « Grandir en Santé mentale »		
❑ Pédopsychiatrie	❑ Recommandation médicale faite	❑ Recommandation médicale à faire
❑ Autres ressources		
❑ Signature du professionnel		Date

Notes supplémentaires :

ANNEXE 2

Outil d’évaluation sommaire en santé mentale : version préliminaire

OUTIL D'ÉVALUATION SOMMAIRE EN SANTÉ MENTALE JEUNESSE

1. DONNÉES SOCIOMÉTRIQUES

1.1. Enfant visé par la demande

Nom :	**Prénom :**	Date de naissance :	Âge :
Adresse :		Langue usuelle :	Sexe : F ❒ M ❒
☎	N° ass. mal.	École :	Classe :

1.2. Identification des parents

Mère :		**Père :**	
Adresse		Adresse	
☎	☎Travail	☎	☎Travail
Occupation :	Langue usuelle :	Occupation :	Langue usuelle :
État civil :	N° dossier CLSC :	État civil :	N° dossier CLSC :
Est-elle au courant de cette démarche? Oui ❒ Non ❒		Est-il au courant de cette démarche? Oui ❒ Non ❒	

1.3. Fratrie

Nom :	Prénom :	Date de naissance :	Âge :
Nom :	Prénom :	Date de naissance :	Âge :
Nom :	Prénom :	Date de naissance :	Âge :

1.4. Contexte familial

❒ Famille nucléaire ou traditionnelle (père et mère vivant avec leurs propres enfants sous le même toit)			
❒ Famille monoparentale dont l'enfant vit avec :	❒ la mère	❒ le père	Depuis quand?
❒ Famille recomposée dont l'enfant vit avec :	❒ la mère	❒ le père	Depuis quand?
❒ L'enfant vit en ressource d'hébergement :		❒ Oui Depuis quand?	❒ Non
Qui a la garde légale?	❒ La mère	❒ Le père	❒ Partagée ☎
Droit d'accès :	❒ une fin de semaine sur deux	❒ une fin de semaine par mois	❒ Autre
Antécédents de placement s'il y a lieu			
Autres caractéristiques du contexte familial			

2. ÉTAT DE LA SITUATION

2.1. Motif de la consultation :

_____

_____

_____

_____

_____

2.2. Étendue du problème

SPHÈRE TOUCHÉE	DURÉE	FRÉQUENCE	INTENSITÉ
❒ **Santé**	❒ Depuis plusieurs jours ❒ Depuis plusieurs semaines ❒ Depuis plusieurs mois ❒ Depuis plus d'un an ❒ Depuis des années	❒ À l'occasion ❒ Chaque mois ❒ Chaque semaine ❒ Tous les jours ❒ Toutes les heures	❒ Très peu intense ❒ Peu intense ❒ Plus ou moins intense ❒ Intense ❒ Très intense
❒ **Vie familiale**	❒ Depuis plusieurs jours ❒ Depuis plusieurs semaines ❒ Depuis plusieurs mois ❒ Depuis plus d'un an ❒ Depuis des années	❒ À l'occasion ❒ Chaque mois ❒ Chaque semaine ❒ Tous les jours ❒ Toutes les heures	❒ Très peu intense ❒ Peu intense ❒ Plus ou moins intense ❒ Intense ❒ Très intense
❒ **Vie scolaire**	❒ Depuis plusieurs jours ❒ Depuis plusieurs semaines ❒ Depuis plusieurs mois ❒ Depuis plus d'un an ❒ Depuis des années	❒ À l'occasion ❒ Chaque mois ❒ Chaque semaine ❒ Tous les jours ❒ Toutes les heures	❒ Très peu intense ❒ Peu intense ❒ Plus ou moins intense ❒ Intense ❒ Très intense
❒ **Vie sociale**	❒ Depuis plusieurs jours ❒ Depuis plusieurs semaines ❒ Depuis plusieurs mois ❒ Depuis plus d'un an ❒ Depuis des années	❒ À l'occasion ❒ Chaque mois ❒ Chaque semaine ❒ Tous les jours ❒ Toutes les heures	❒ Très peu intense ❒ Peu intense ❒ Plus ou moins intense ❒ Intense ❒ Très intense

Précisions :

_____

_____

_____

_____

_____

2.3. Évolution de la situation et niveau de risque

ÉVOLUTION	DANGEROSITÉ AUTRUI	RISQUE SUICIDAIRE
❒ S'améliore rapidement ❒ S'améliore lentement ❒ Reste stable ❒ Se détériore lentement ❒ Se détériore rapidement	❒ Très faible ❒ Relativement faible ❒ Moyenne ❒ Assez élevée ❒ Très élevée	❒ Ne s'applique pas ❒ Antécédents familiaux de suicide ❒ A des idéations suicidaires ❒ Présente des comportements à risque/autodestructeurs ❒ À déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide ❒ A exprimé son intention de passer à l'acte ❒ A établi un plan (ex. : l'endroit, le moment sont fixés) **Plus le plan est précis et immédiat, plus le degré d'urgence est élevé.**

Questions à poser si on soupçonne un risque suicidaire

↳ T'arrive-t-il de penser à te suicider?	
a) Si oui, y penses-tu souvent?	
b) Y as-tu pensé récemment?	
↳ **Comment** comptes-tu t'y prendre?	
a) As-tu pensé à un **moyen** (arme à feu, médicaments, etc.)?	
b) As-tu **accès** à ce moyen?	
↳ **Où** penses-tu le faire?	
↳ **Quand** penses-tu le faire?	

Précisions :

_____

_____

_____

_____

2.4. Section pour les 0-5 ans – à remplir si le jeune est âgé entre 0 et 5 ans

(ou si les items ci-dessous sont pertinents, peu importe l'âge du jeune)

DIMENSION	0	1	2	3
❒ Fonctionnement moteur	○	○	○	○
❒ Fonctionnement sensoriel	○	○	○	○
❒ Communication	○	○	○	○
❒ Développement physique	○	○	○	○
❒ Autorégulation	○	○	○	○
❒ Poids	○	○	○	○
❒ Soins prénataux	○	○	○	○
❒ Accouchement	○	○	○	○
❒ Exposition aux substances	○	○	○	○
❒ Problèmes chez les parents ou la fratrie	○	○	○	○
❒ Disponibilité de la mère	○	○	○	○
❒ Curiosité	○	○	○	○
❒ Enjouement	○	○	○	○

Précisions :

_____

_____

_____

_____

2.5. Symptomatologie – à remplir si le jeune est âgé entre 0 et 17 ans

ANXIÉTÉ	HUMEUR	ATTENTION	ACTIVITÉ
❒ Angoisse ❒ Inquiétude ❒ Idées obsessionnelles ❒ Compulsions ❒ Peurs, phobies ❒ Attaques de panique ❒ Évitement ❒ État de stress aigu	❒ Sentiment de désespoir ❒ Irritabilité, susceptibilité ❒ Colère, agressivité ❒ Dépression, abattement ❒ Tristesse ❒ Culpabilité, honte ❒ Euphorie, excitation ❒ Instabilité émotionnelle	❒ Actions irréfléchies ❒ Inattention ❒ Distraction pour un rien ❒ Semble ne pas écouter ❒ N'obéit pas ❒ Ne termine pas ses tâches ❒ Perd ses jouets, objets ❒ Oublie fréquemment	❒ Se montre incapable de rester en place ❒ Parle excessivement ❒ Répond trop vite ❒ Impulsivité, impatience ❒ Agression ❒ Conduite imprudente ❒ Coupe la parole ❒ Sans énergie, à plat
Précisions	**Précisions**	**Précisions**	**Précisions**

CONDUITE	PENSÉES	FACULTÉS	AUTRES PROBLÈMES
❒ Mensonges fréquents ❒ Opposition ❒ Tendance à voler ❒ Automutilation ❒ Fugue ❒ Abus d'alcool ❒ Consommation de drogues ❒ Comportements sexuels inappropriés	❒ Cauchemars ❒ Dépréciation de soi ❒ Surestimation de soi ❒ Idées bizarres, étranges ❒ Idées d'homicide ❒ Hallucinations ❒ Souvenirs traumatiques	❒ Problème de perception ❒ Difficulté à comprendre ❒ Difficulté à s'exprimer ❒ Problème de lecture ❒ Difficulté à écrire ❒ Difficulté à compter ❒ Problème d'indécision ❒ Problèmes de mémoire	❒ Alimentation ❒ Sommeil ❒ Énurésie (urine) ❒ Encoprésie (selles) ❒ Tics vocaux ou moteurs ❒ Incoordination ❒ Désorientation ❒ Mutisme
Précisions	**Précisions**	**Précisions**	**Précisions**

2.6. Transition à l'âge adulte – à remplir si le jeune est âgé de 18 ans ou plus
(ou si les items ci-dessous sont pertinents, peu importe l'âge du jeune)

DIMENSION	0	1	2	3
❒ Vie autonome	○	○	○	○
❒ Transport	○	○	○	○
❒ Rôle parental	○	○	○	○
❒ Relations intimes	○	○	○	○
❒ Adhésion à la médication	○	○	○	○
❒ Niveau de scolarité	○	○	○	○
❒ Victimisation	○	○	○	○

Précisions :

2.7. Adaptation culturelle et circonstances migratoires – à remplir si pertinent, peu importe l'âge du jeune

DIMENSION	0	1	2	3
❒ Maîtrise de la langue (anglais ou français)	○	○	○	○
❒ Identité culturelle (culture d'origine)	○	○	○	○
❒ Pratiques culturelles	○	○	○	○
❒ Stress d'adaptation culturelle	○	○	○	○

Précisions :

2.8. Expériences traumatiques – à remplir si pertinent, peu importe l'âge du jeune

EXPÉRIENCE	0	1	2	3
❒ Abus sexuel	○	○	○	○
❒ Abus physique	○	○	○	○
❒ Abus psychologique	○	○	○	○
❒ Négligence	○	○	○	○
❒ Violence familiale	○	○	○	○
❒ Violence dans la communauté	○	○	○	○
❒ Violence à l'école (y compris taxage et intimidation)	○	○	○	○
❒ Désastre naturel ou causé par l'homme	○	○	○	○
❒ Deuil ou séparation	○	○	○	○
❒ Guerre	○	○	○	○
❒ Exposition à des activités criminelles	○	○	○	○

Précisions :

2.9. Facteurs de résilience et de fragilité

RÉSEAU SOCIAL	CONTACTS SOCIAUX	RELATIONS AVEC AUTRUI	RELATIONS AVEC LA FAMILLE
❒ Multiples amis/proches ❒ Plusieurs amis/proches ❒ Quelques amis/proches ❒ Peu d'amis/proches ❒ Aucun ami/proche	❒ Très fréquents ❒ Fréquents ❒ Plus ou moins fréquents ❒ Rares ❒ Absence de contact/isolement	❒ Très bonnes ❒ Bonnes ❒ Plus ou moins bonnes ❒ Conflictuelles ❒ Déplorables ❒ Retrait social	❒ Très bonnes ❒ Bonnes ❒ Plus ou moins bonnes ❒ Conflictuelles ❒ Déplorables ❒ Retrait familial
Précisions	**Précisions**	**Précisions**	**Précisions**

IMAGE DE SOI	CAPACITÉ D'ADAPTATION	CONFIANCE EN SES CAPACITÉS
❒ Très positive ❒ Positive ❒ Plus ou moins positive ❒ Négative ❒ Très négative	❒ S'adapte très facilement ❒ S'adapte facilement ❒ S'adapte plus ou moins facilement ❒ S'adapte difficilement ❒ S'adapte très difficilement	❒ Très confiant(e) ❒ Confiant(e) ❒ Plus ou moins confiant(e) ❒ Peu confiant(e) ❒ Pas du tout confiant(e)
Précisions	**Précisions**	**Précisions**

3. HISTORIQUE ET FACTEURS D'INFLUENCE

3.1. Facteurs ayant contribué au déclenchement et au maintien de la situation problématique

3.2. Facteurs susceptibles d'aggraver la situation

3.3. Événements stressants depuis un an

3.4. Évaluations et interventions antérieures

PROFESSIONNELS	SERVICE	DATE	DURÉE	RÉSULTATS
Psychologue				
Psychiatre				
Travailleur social				
Intervenant social				
Orthophoniste				
Neurologue				
ORL/Audiologue				
Orthopédagogue				
Ergothérapeuthe				
Psychoéducateur				
Autres				
Précisions :				

3.5. Problèmes de santé physique et mentale actuels et passés/hospitalisations

Médication actuelle :

Médication antérieure :

Médecin actuel :

☎

3.6. Antécédents familiaux en matière de santé physique et mentale

3.7. Attentes et motivation du jeune et de sa famille quant à la présente consultation

ATTENTES/MOTIVATION DU JEUNE	ATTENTES/MOTIVATION DE LA FAMILLE

Recommandé par : _____

Fonction : _____

Organisme : _____

Pour : ❒ **Évaluation** ❒ **Consultation** ❒ **Autre :**

(préciser) _____

Fiche remplie par : _____

Impressions cliniques : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Date : ☎

Signature :

Joindre tout document pertinent à l'étude du dossier
(rapports psychologiques, pédopsychiatriques, médicaux, etc.)
et faire parvenir la demande à :

Madame ou Monsieur _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Courrier électronique : _____

Documents joints à la demande :

- ❒ Rapport médical
- ❒ Rapport psychologique
- ❒ Rapport pédopsychiatrique
- ❒ Autres : _____

Espace réservé au guichet d'accès en santé mentale jeunesse du CSSS

Orientations et recommandations (préciser la section et la sous-section du formulaire à laquelle correspondent les notes. Ex. : 1.1, 3.2, etc.)

Autorisation de communication

Par la présente, j'autorise _____ *(nom du professionnel),*
de l'établissement _____ *(nom de l'établissement)*,
à faire parvenir toute information pertinente à l'étude de mon dossier à l'équipe de santé mentale jeunesse du CSSS _____ *(nom du CSSS)*.

J'autorise les intervenants du programme Santé mentale jeunesse du CSSS à informer
_____ *(nom du professionnel)* de l'orientation
des services pour : ❒ moi ❒ mon enfant.

Signature : _____
(bénéficiaire ou parent/tuteur)

Date : _____

Notes supplémentaires :

ANNEXE 3

Outil d’orientation à l’intention des médecins

N° de dossier : _____

DEMANDE DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE 0-17 ANS
Outil d'orientation à l'intention des médecins

Nom :	Prénom :	Date de naissance :	Âge : ans
		Langue usuelle :	Sexe : ❑ F ❑ M
Adresse :	Nº ass. mal. :	École :	
☎	Date d'expiration :	Classe :	

Section 1

Raison principale de l'orientation

Diagnostic ou problèmes de santé mentale (Axe-I, Axe-II, Axe-III)

Examen physique

L'examen physique est-il dans les limites de la normale? Oui Non

Si non, préciser :

Tests biologiques

Y a-t-il eu un bilan sanguin ou des tests particuliers? Oui Non

Si oui, préciser lesquels et leurs résultats.

Médication

Des médicaments sont-ils prescrits? Oui Non

Si oui, médicaments et posologie :

Nom du médecin : **N° de licence** :

Signature : **Date :**

2. IDENTIFICATION DES PARENTS

MÈRE :		**PÈRE :**	
Date de naissance :		Date de naissance :	
N° ass. mal. :	Date d'expiration :	N° ass. mal. :	Date d'expiration :
Adresse :		Adresse :	
☎Domicile :	☎Travail :	☎Domicile :	☎Travail :
Occupation :	Langue usuelle :	Occupation :	Langue usuelle :
État civil :	N° dossier CLSC :	État civil :	N° dossier CLSC :
Est-elle au courant de cette démarche? ❑ Oui ❑ Non		Est-il au courant de cette démarche? ❑ Oui ❑ Non	

3. FRATRIE (enfant vivant ou décédé)

					A déjà été suivi en santé mentale (Oui/Non)
Nom	Prénom	Date de naissance	Âge	ans	
Nom	Prénom	Date de naissance	Âge	ans	
Nom	Prénom	Date de naissance	Âge	ans	

4. CONTEXTE FAMILIAL

❑ Famille nucléaire ou traditionnelle (père et mère vivant avec leurs propres enfants sous le même toit)

❑ Famille monoparentale dont l'enfant vit avec : ❑ la mère ❑ le père Depuis quand?

❑ Famille recomposée dont l'enfant vit avec : ❑ la mère ❑ le père Depuis quand?

❑ L'enfant vit en ressource d'hébergement : ❑ Oui ❑ Non Depuis quand?

Qui a la garde légale? ❑ La mère ❑ Le père ❑ Partagée ❑ Autre ☎

Droit d'accès : ❑ Une fin de semaine sur 2 ❑ Une fin de semaine par mois ❑ Autre

Antécédents de placement s'il y a lieu

Autres caractéristiques du contexte familial

Notes supplémentaires :

ANNEXE 4

Entrevue téléphonique

Outil d'évaluation sommaire en santé mentale jeunesse
Entrevue téléphonique

Où en est votre CSSS dans l'implantation du guichet d'accès en santé mentale jeunesse? Est-il opérationnel? Depuis quand?

Qui sont vos partenaires au sein du réseau local de services?

Avez-vous accès à des spécialistes de deuxième ligne (ex. : psychiatres)? Si oui, combien? Sont-ils dans votre territoire de CSSS ou faut-il aller dans un autre territoire?

Votre territoire a-t-il un outil d'orientation commun? Si oui, lequel? Si non, comment se fait l'orientation des jeunes qui présentent des problèmes de santé mentale?

ANNEXE 5

Questions pour les groupes de discussion

CONTENU ET FORMAT DE L'OUTIL

1. De façon générale, que pensez-vous de l'outil?

2. Ya-t-il des sections qui vous paraissent particulièrement intéressantes? Lesquelles et pourquoi?

3. Y a-t-il des sections qui ne vous paraissent pas assez claires? Lesquelles et pourquoi?

4. Que pensez-vous de la longueur de l'outil?

5. Croyez-vous que l'outil sera simple à utiliser?

6. Autres commentaires sur le contenu et le format de l'outil

UTILITÉ POUR L'ORIENTATION ET COLLABORATION ENTRE LES PARTENAIRES

7. Croyez-vous que l'outil vous aidera à orienter les jeunes vers les services appropriés? Pourquoi?

8. Croyez-vous que cet outil vous sera plus utile dans l'orientation que votre méthode actuelle? Pourquoi?

9. Cet outil a été conçu pour être rempli par vos partenaires du réseau local de services. Quelle est votre opinion là-dessus?

10. Selon vous, cet outil pourrait-il avoir une influence sur la collaboration entre les partenaires?

11. Autres commentaires sur l'utilité et la collaboration

IMPLANTATION DE L'OUTIL

12. Selon vous, quels seraient les facteurs susceptibles de faciliter l'implantation de cet outil au sein de votre CSSS? Pourquoi?

13. Selon vous, quels seraient les obstacles à l'implantation de cet outil au sein de votre CSSS? Pourquoi?

14. Autres commentaires sur l'implantation

ANNEXE 6

Outil d’évaluation sommaire en santé mentale jeunesse : version finale

Utilisation de l'outil d'évaluation sommaire en santé mentale jeunesse

L'outil d'évaluation sommaire en santé mentale jeunesse a été élaboré à partir de l'outil « Demande de services 0-17 ans » conçu en Montérégie (CLSC des Seigneuries, de Longueuil-Est, de Longueuil-Ouest, de Saint-Hubert et Samuel-de-Champlain) et le « Child and Adolescent Needs and Strengths » (CANS; Lyons, Weiner et Buddin Lyons, 1999) conçu pour le Department of Children and Family Services de l'Illinois.

Cet outil sert à orienter l'enfant et l'adolescent vers les services appropriés de première ou de deuxième ligne. Il peut être rempli à partir de diverses sources : observation directe de l'enfant, informations fournies par les parents et les enseignants, dossier médical, psychologique et psychiatrique, etc. On répondra seulement aux questions pour lesquelles on dispose de toute l'information nécessaire. Une fois rempli, l'outil doit être acheminé au guichet d'accès en santé mentale jeunesse.

L'agent de liaison du guichet d'accès doit être en mesure d'orienter le jeune à partir de l'outil et des documents annexés. Il se peut que l'agent de liaison communique avec l'intervenant qui a rempli l'outil pour des renseignements supplémentaires.

Au verso de chaque page se trouvent les directives relatives à chacune des trois sections de l'outil.

SECTION 1 : DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Cette section permet de colliger des données sociométriques sur l'enfant, ses parents, sa fratrie et sa situation familiale.

Santé
et Services sociaux
Québec

1. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Numéro de dossier : _____

1.1. Enfant visé par la demande

Nom :	**Prénom :**		Date de naissance : Âge : Sexe :
Adresse :		Langue maternelle :	
Connaissance du français : Oui ❒ Non ❒		Connaissance de l'anglais : Oui ❒ Non ❒	
☎	N° ass. mal. :	École :	Classe :

1.2. Identification des parents

Mère :		**Père :**	
Date de naissance :		Date de naissance :	
Adresse :		Adresse :	
☎	☎ Travail	☎	☎ Travail
Occupation :	Langue(s) d'usage :	Occupation :	Langue(s) d'usage :
	Connaissance du français : Oui ❒ Non ❒		Connaissance du français : Oui ❒ Non ❒
	Connaissance de l'anglais : Oui ❒ Non ❒		Connaissance de l'anglais : Oui ❒ Non ❒
État civil :	N° dossier CLSC :	État civil :	N° dossier CLSC :
Est-elle au courant de cette démarche? Oui ❒ Non ❒		Est-il au courant de cette démarche? Oui ❒ Non ❒	

1.3. Fratrie

Nom :	Prénom :	Date de naissance : Âge :
Nom :	Prénom :	Date de naissance : Âge :
Nom :	Prénom :	Date de naissance : Âge :

1.4. Contexte familial

❒ Famille nucléaire ou traditionnelle (père et mère vivant avec leurs propres enfants sous le même toit)				
❒ Famille monoparentale dont l'enfant vit avec :	❒ la mère	❒ le père	Depuis quand?	
❒ Famille recomposée dont l'enfant vit avec :	❒ la mère	❒ le père	❒ autre (préciser) _____ Depuis quand?	
Qui a la garde légale?	❒ la mère	❒ le père	❒ partagée	❒ autre (préciser) _____
Droit d'accès du parent non gardien :	❒ Une fin de semaine sur deux	❒ Une fin de semaine par mois	❒ Autre	(préciser) _____
Caractéristiques du contexte familial				
L'enfant vit en ressource d'hébergement :	Oui ❒	Depuis quand?	Non ❒	
Antécédents de placement s'il y a lieu :				

SECTION 2 : ÉTAT DE LA SITUATION

Cette section permet de décrire le ou les problèmes pour lesquels on veut orienter le jeune vers le guichet d'accès en santé mentale.

2.1. Motif de la consultation

Vise à présenter le ou les problèmes pour lesquels on oriente le jeune vers le guichet d'accès. Il est important de fournir le plus de renseignements possibles.

Étendue du problème

Permet de préciser les sphères de vie touchées par le ou les problèmes précédemment décrits.

Pour chaque sphère de vie touchée (**santé physique**, **vie familiale**, **vie scolaire** et **vie sociale**), indiquer **la durée**, **la fréquence** et **l'intensité**.

Utiliser la rubrique « Précisions » pour inscrire des informations supplémentaires.

2.2. Historique et facteurs d'influence

Permet de dresser le portrait de l'évolution de la situation, des facteurs qui ont pu influencer celle-ci ainsi que des interventions et traitements antérieurs et actuels.

Indiquer :

- les facteurs qui ont contribué au déclenchement et au maintien de la situation;
- les facteurs susceptibles d'aggraver la situation;
- les événements stressants survenus au cours de la dernière année.
- les évaluations et interventions antérieures (avec les professionnels consultés et les résultats obtenus);
- les problèmes de santé physique et mentale actuels et passés;
- les hospitalisations;
- la médication actuelle et antérieure;
- le médecin actuel;
- les antécédents familiaux en matière de santé physique et mentale.

2.3. Évolution de la situation et niveau de risque

- **Évolution** : indiquer si la situation s'améliore, se stabilise, se détériore ou fluctue, et depuis quand.
- **Dangerosité pour autrui** : permet de déterminer si le jeune présente un danger pour les autres, et jusqu'à quel point. À la rubrique « Précisions », expliquer en quoi le jeune paraît présenter un danger pour autrui.
- **Dangerosité pour soi-même** : se rapporte aux comportements et aux facteurs du jeune qui peuvent présenter un risque pour lui-même.
- **Risque suicidaire** : permet d'évaluer le risque suicidaire du jeune. Si le jeune a un **plan de suicide précis et immédiat** (« COQ » : Comment? Où? Quand?), **il est urgent d'agir**.

2.4. Symptomatologie

Permet d'évaluer les symptômes présentés par l'enfant et l'adolescent.

Les catégories évaluées sont les suivantes :

- anxiété;
- humeur;
- attention;
- conduite;
- pensées;
- facultés;
- autres problèmes.

Cocher tous les symptômes présentés par le jeune dans chacune de ces catégories.

2.5. Adaptation culturelle et circonstances migratoires

- Vise à évaluer le contexte d'immigration du jeune et de ses parents.
- Le statut d'immigration à l'arrivée, les craintes liées à ce statut et les motifs d'émigration sont des facteurs de vulnérabilité. Les parents qui ont quitté leur pays par obligation présentent un profil qu'on peut associer au statut de réfugié ou à celui de requérant de statut. Ces catégories d'admission dénotent souvent un parcours migratoire difficile et susceptible d'avoir des conséquences sur les plans émotif, physique et socioéconomique. Il est donc important de détailler cette section le plus possible.
- La déqualification professionnelle renvoie à une situation où la scolarité, le diplôme et l'expérience professionnelle acquis dans le pays d'origine ne sont pas reconnus dans le pays d'accueil. C'est le cas de plusieurs immigrants, qui se retrouvent alors sans emploi ou qui sont obligés d'occuper un emploi pour lequel ils sont surqualifiés. La scolarité et l'expérience professionnelle sont généralement considérées comme des facteurs susceptibles d'améliorer les conditions de vie d'une personne, mais lorsqu'elles ne sont pas reconnues, elles sont plutôt la source de perturbations psychologiques. Les écarts entre les valeurs culturelles véhiculées par les parents et les valeurs véhiculées par le milieu dans lequel évolue leur enfant (école, groupe d'amis, etc.) peuvent être la source de conflits intergénérationnels importants. Subissant l'influence de valeurs culturelles parfois contradictoires – celles du pays d'origine et celles du pays d'accueil –, le jeune peut se trouver en conflit à la fois avec ses parents et avec son milieu et éprouver diverses difficultés, dont une crise identitaire.

2.6. Expériences traumatiques

Abus sexuel : vise à évaluer l'expérience d'abus sexuel et ses conséquences sur le fonctionnement de l'enfant.

0. Il n'y a aucun indice que l'enfant ait été victime d'abus sexuel.
1. L'enfant a subi un seul incident d'abus sexuel sans pénétration.
2. Plusieurs incidents d'abus sexuel sans pénétration ou un seul incident avec pénétration.
3. Abus sexuel grave et répété, éventuellement avec pénétration et traumatisme physique associé.

Abus physique : vise à évaluer le degré de gravité de l'abus physique infligé à l'enfant.

0. Il n'y a aucun indice que l'enfant ait été victime d'abus physique.
1. Il y a suspicion d'abus physique, mais aucune preuve à l'appui. Une fessée sans séquelles physiques ou une fessée sans l'intention de faire du mal à l'enfant serait cotée ici.
2. Degré modéré d'abus physique (ex. : punitions physiques répétées).
3. Abus physique grave et répété avec dommages suffisamment importants pour nécessiter un traitement à l'hôpital.

Abus psychologique : vise à évaluer le degré de gravité de l'abus psychologique (verbal et non verbal).

0. Il n'y a aucun indice que l'enfant ait été victime d'abus psychologique.
1. Degré peu élevé d'abus psychologique. Ex. : l'enfant a été insulté occasionnellement par les personnes qui s'occupent de lui (donneurs de soins).
2. Degré modéré d'abus psychologique. Ex. : l'enfant a été insulté, humilié ou isolé des autres par les personnes qui s'occupent de lui.
3. Degré important d'abus psychologique (pendant au moins un an). Ex. : l'enfant a été complètement ignoré par les personnes qui s'occupent de lui.

Négligence : vise à évaluer le degré de gravité de la négligence subie par l'enfant.

0. Il n'y a aucun indice que l'enfant ait été victime de négligence.
1. Négligence légère. Ex. : l'enfant a parfois été laissé seul à la maison ou à l'occasion, il n'a pas été supervisé adéquatement.
2. Négligence modérée. Ex. : à quelques occasions, les parents n'ont pu répondre adéquatement aux besoins de base de l'enfant (nourriture, logement, vêtements).
3. Négligence grave. Ex. : l'enfant a été laissé seul pendant des périodes prolongées et répétées ou encore, ses besoins de base restaient régulièrement insatisfaits.

Violence familiale : vise à évaluer le degré de gravité de l'exposition à la violence familiale.

0. Il n'y a aucun indice que l'enfant ait été exposé à la violence familiale.
1. L'enfant a été témoin d'un épisode de violence familiale.
2. L'enfant a été témoin d'épisodes répétés de violence familiale mais n'a vu aucune blessure significative (ex. : nécessitant des soins médicaux d'urgence).
3. L'enfant a été témoin d'épisodes répétés et graves de violence familiale ou a dû intervenir dans des épisodes de violence familiale. Des blessures graves ont été infligées et ont été vues par l'enfant.

Violence dans la communauté : vise à évaluer le degré de gravité de l'exposition à la violence dans la communauté.

0. Il n'y a aucun indice que l'enfant ait été témoin ou victime de violence dans la communauté.
1. L'enfant a été témoin de batailles occasionnelles ou d'autres formes de violence dans la communauté, mais il n'en a pas subi de conséquences directes (ni lui, ni sa famille, ni ses amis n'étaient visés) et son exposition à cette violence était limitée.
2. L'enfant a été témoin de blessures significatives infligées à des amis, à des membres de sa famille ou à d'autres personnes; il a été victime de violence ne présentant pas de risque pour sa vie; ou encore, il est actuellement témoin ou victime de violence dans la communauté.
3. L'enfant a été témoin d'un homicide ou a connu une personne décédée des suites de la violence; il a été la victime de violence mettant sa vie en danger; ou encore, un de ses proches garde des séquelles permanentes d'actes de violence (ex. : un membre de sa famille a été blessé et ne peut plus travailler).

Violence à l'école : vise à évaluer le degré de gravité de l'exposition à la violence à l'école.

0. Il n'y a aucun indice que l'enfant ait été témoin ou victime de violence dans la cour d'école.
1. L'enfant a été témoin de bagarres occasionnelles ou d'autres formes de violence, mais il n'en a pas subi de conséquences directes (ex.. : ni lui, ni sa famille, ni ses amis n'étaient visés) et son exposition à cette violence était limitée.
2. L'enfant a été témoin de blessures significatives infligées à des tiers ou a des amis qui ont été victimes de violence à l'école; il a lui-même subi des blessures mineures consécutivement à un acte de violence; ou encore, il est actuellement témoin de violence à l'école.
3. L'enfant a été témoin de la mort d'une personne à l'école ou a des amis qui ont été grièvement blessés; ou encore, il a lui-même été victime de violence causant des blessures graves ou entraînant des séquelles permanentes.

Désastre naturel ou causé par l'homme : vise à évaluer le degré de gravité de l'exposition à des désastres naturels (incendie, tremblement de terre, etc.) ou causés par l'homme (accident de voiture, écrasement d'avion, bombardement, etc.).

0. Il n'y a aucun indice que l'enfant ait été exposé à des désastres naturels ou causés par l'homme.
1. L'enfant a été exposé à des désastres de façon indirecte (ex. : à la télévision, par des conversations avec les autres à ce sujet).
2. L'enfant a été exposé directement à un désastre ou a été témoin des répercussions d'un désastre sur un membre de sa famille ou un ami (ex. : un proche a été blessé dans un accident de voiture ou la maison de ses voisins a été détruite par les flammes).
3. L'enfant a été exposé directement à un désastre ayant causé beaucoup de dommages ou la mort d'un proche; il en garde des séquelles durables.

Deuil : vise à évaluer le niveau de deuil causé par la perte d'un proche (donneur de soins) ou une séparation.

0. Il n'y a aucun indice que l'enfant ait vécu un deuil causé par la perte d'un proche ou une séparation.
1. Niveau léger de deuil : le chagrin ou la détresse éprouvés par l'enfant sont appropriés étant donné la nature de l'événement.
2. Niveau modéré de deuil : l'enfant éprouve des difficultés de fonctionnement dans certaines sphères de sa vie, qui peuvent se traduire notamment par le désengagement ou l'isolement.
3. Niveau élevé de deuil : l'enfant présente un fonctionnement détérioré dans plusieurs sphères de sa vie pour une période de temps significative (plusieurs mois suivant la perte ou la séparation).

Exposition à des activités criminelles : vise à évaluer le degré de gravité de l'exposition à des activités criminelles.

0. Il n'y a aucun indice que l'enfant ait été victime ou témoin d'activités criminelles.
1. L'enfant a été témoin d'activités criminelles.
2. L'enfant a été victime d'une activité criminelle ou témoin de la victimisation d'un membre de sa famille.
3. L'enfant a été victime d'une activité criminelle qui a mis sa vie en danger ou qui lui a causé des dommages physiques, ou a été témoin de la mort d'un proche.

2.7. Facteurs de résilience et de fragilité : vise à évaluer les facteurs de résilience et de fragilité du jeune, tels que reflétés par :

- son réseau social;
- ses contacts sociaux;
- ses relations avec autrui;
- ses rapports avec sa famille;
- son image de soi;
- sa capacité d'adaptation;
- sa confiance en ses capacités.

Cocher la case qui correspond le mieux à la situation du jeune pour chacun de ces items.

2. ÉTAT DE LA SITUATION

2.1. Motif de la consultation

a) Décrivez le problème du jeune.

b) Précisez l'étendue du problème au moyen de la grille ci-dessous.

DURÉE	FRÉQUENCE	INTENSITÉ
1. Depuis plusieurs jours	1. À l'occasion	1. Très peu intense
2. Depuis plusieurs semaines	2. Chaque mois	2. Peu intense
3. Depuis plusieurs mois	3. Chaque semaine	3. Plus ou moins intense
4. Depuis plus d'un an	4. Chaque jour	4. Intense
5. Depuis des années	5. Toutes les heures	5. Très intense

↳ Le problème du jeune concerne-t-il sa **santé physique**? Oui ❒ Non ❒
Si oui, indiquez la durée [ ], la fréquence [ ] et l'intensité [ ].

Précisions :

↳ Le problème du jeune concerne-t-il sa **vie familiale**? Oui ❒ Non ❒
Si oui, indiquez la durée [ ], la fréquence [ ] et l'intensité [ ].

Précisions :

↳ Le problème du jeune concerne-t-il sa **vie scolaire**? Oui ❒ Non ❒
Si oui, indiquez la durée [ ], la fréquence [ ] et l'intensité [ ].

Précisions :

↳ Le problème du jeune concerne-t-il sa **vie sociale?** Oui ❒ Non ❒
Si oui, indiquez la durée [ ], la fréquence [ ] et l'intensité [ ].

Précisions :

2.2. Historique et facteurs d'influence

a) Facteurs ayant contribué au déclenchement et au maintien de la situation

b) Facteurs susceptible d'aggraver la situation

c) Événements stressants survenus au cours de la dernière année

d) Évaluations et interventions antérieures

PROFESSIONNELS	ÉTABLISSEMENT	DATE	DURÉE	RÉSULTATS
Psychologue				
Pédopsychiatre				
Travailleur social				
Orthophoniste				
Neurologue				
ORL/Audiologue				
Orthopédagogue				
Ergothérapeute				
Psychoéducateur				
Autres :				
Précisions :				

e) Problèmes de santé physique et mentale actuels et passés/hospitalisations

Médication actuelle :

Médication antérieure :

Médecin actuel :

☎

f) Antécédents familiaux en matière de santé physique et mentale

2.3. Évolution de la situation et niveau de risque

ÉVOLUTION	DANGEROSITÉ POUR AUTRUI	DANGEROSITÉ POUR SOI-MÊME
❒ S'améliore rapidement ❒ S'améliore lentement ❒ Est stable ❒ Se détériore lentement ❒ Se détériore rapidement	❒ Ne s'applique pas ❒ Manifeste de l'agressivité verbale ❒ Manifeste de l'agressivité physique ❒ Fait des menaces (intimidation) ❒ Agresse physiquement autrui (passage à l'acte) ❒ Possède des armes/utilise des objets comme armes ❒ Autre :	❒ Ne s'applique pas ❒ Présente des comportements à risque/autodestructeurs (ex. : consommation de drogues ou d'alcool, automutilation, conduite dangereuse, etc.) ❒ A des tendances anorexiques ou boulimiques ❒ A des antécédents familiaux de suicide ❒ A des idéations suicidaires ❒ À déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide ❒ A communiqué son intention de passer à l'acte ❒ A établi un plan de suicide (ex. : l'endroit, le moment sont fixés) **Plus le plan est précis et immédiat, plus le degré d'urgence est élevé.**
Précisions :	**Risque :** ❒ Très faible ❒ Relativement faible ❒ Moyen ❒ Assez élevé ❒ Très élevé **Précisions :**	

Questions à poser si on soupçonne un risque suicidaire

T'arrive-t-il de penser à te suicider?	Oui ❒		Non❒
a) Si oui, y penses-tu souvent?			
b) Y as-tu pensé récemment?			
Comment comptes-tu t'y prendre?			
a) As-tu pensé à un **moyen** (arme à feu, médicaments, etc.)?	Oui ❒	Lequel?	Non ❒
b) As-tu **accès** à ce moyen?			
Où penses-tu le faire?			
a) As-tu pensé à un endroit?	Oui ❒	Lequel?	Non ❒
Quand penses-tu le faire?			

Mesures prises si risque de suicide imminent

_____

_____

_____

_____

2.4. Symptomatologie – à remplir si le jeune est âgé entre 0 et 17 ans

ANXIÉTÉ	HUMEUR	ATTENTION	ACTIVITÉ
❒ Angoisse ❒ Inquiétude ❒ Idées obsessionnelles ❒ Compulsions ❒ Peurs, phobies ❒ Attaques de panique ❒ Évitement ❒ État de stress aigu	❒ Sentiment de désespoir ❒ Irritabilité, susceptibilité ❒ Colère, agressivité ❒ Dépression, abattement ❒ Tristesse ❒ Culpabilité, honte ❒ Euphorie, excitation ❒ Instabilité émotionnelle	❒ Actions irréfléchies ❒ Inattention ❒ Distraction à un rien ❒ Semble ne pas écouter ❒ Ne respecte pas les consignes ❒ Ne termine pas ses tâches ❒ Perd ses jouets, ses objets ❒ Oublie fréquemment	❒ Se montre incapable de rester en place ❒ Parle excessivement ❒ Répond trop vite ❒ Impulsivité, impatience ❒ Agression ❒ Conduite imprudente ❒ Coupe la parole ❒ Sans énergie, à plat
Précisions :	**Précisions :**	**Précisions :**	**Précisions :**

CONDUITE	PENSÉES	FACULTÉS	AUTRES PROBLÈMES
❒ Mensonges fréquents ❒ Opposition ❒ Tendance à voler ❒ Fugue ❒ Consommation d'alcool ❒ Consommation de drogues ❒ Comportements sexualisés ❒ Comportements sexuels inappropriés	❒ Cauchemars ❒ Dépréciation de soi ❒ Surestimation de soi ❒ Idées bizarres, étranges ❒ Idées d'homicide ❒ Hallucinations ❒ Souvenirs traumatiques	❒ Problème de perception ❒ Difficulté à comprendre ❒ Difficulté à s'exprimer ❒ Troubles d'apprentissage ❒ Problème d'indécision ❒ Problèmes de mémoire	❒ Alimentation ❒ Sommeil ❒ Énurésie (urine) ❒ Encoprésie (selles) ❒ Tics vocaux ou moteurs ❒ Incoordination ❒ Désorientation ❒ Mutisme
Précisions :	**Précisions :**	**Précisions :**	**Précisions :**

2.5. Facteurs culturels et circonstances migratoires – à remplir si pertinent, peu importe l'âge du jeune

a) De quel pays les parents du jeune ont-ils émigré? _____
En quelle année ont-ils immigré au Canada? _____ ou nombre d'années au Canada : _____

b) De quel pays le jeune a-t-il émigré? _____
En quelle année a-t-il immigré au Canada? _____ ou nombre d'années au Canada : _____

c) Quel était le statut des parents à l'arrivée au Canada (ex. : requérant de statut, réfugié, etc.)?

d) Les parents avaient-ils des craintes associées à leur statut d'immigration (ex. : expulsion du Canada, citoyenneté, etc.)?

e) Quels étaient les motifs du départ du pays d'origine?

f) Quel est le statut actuel des parents?

g) Le jeune a-t-il été témoin ou victime de violence organisée (ex. : persécutions, discrimination, agressions, etc.)?
Oui ❐ Non ❐

Précisez :

h) Le jeune a-t-il été touché par la guerre? Oui ❐ Non ❐

Précisez :

i) Le jeune a-t-il :
- des membres de sa famille immédiate au Québec? Oui ❐ Non ❐
- des membres de sa famille élargie au Québec? Oui ❐ Non ❐
- du soutien de la part de sa famille? Oui ❐ Non ❐

Précisez :

j) Quel est le niveau de scolarité des parents?
Mère : _____ Père : _____

k) Les parents ont-ils subi une déqualification professionnelle (ex. : le diplôme n'est pas reconnu au Québec)?
Mère : Oui ❐ Non ❐ Père : Oui ❐ Non ❐

Précisez :

l) Y a-t-il conflit entre les valeurs culturelles des parents et celles du jeune? Oui ❐ Non ❐

Précisez :

m) Autres précisions sur le contexte d'immigration :

2.6. Expériences traumatiques – à remplir si pertinent, peu importe l'âge du jeune

EXPÉRIENCE	0	1	2	3
❒ Abus sexuel	○	○	○	○
❒ Abus physique	○	○	○	○
❒ Abus psychologique	○	○	○	○
❒ Négligence	○	○	○	○
❒ Violence familiale	○	○	○	○
❒ Violence dans la communauté	○	○	○	○
❒ Violence à l'école (y compris taxage, intimidation et agression sur le chemin de l'école)	○	○	○	○
❒ Désastre naturel ou causé par l'homme	○	○	○	○
❒ Deuil	○	○	○	○
❒ Exposition à des activités criminelles	○	○	○	○

Précisions :

2.7. Facteurs de résilience et de fragilité

RÉSEAU SOCIAL	CONTACTS SOCIAUX	RELATIONS AVEC AUTRUI	RELATIONS AVEC LA FAMILLE
❒ Plusieurs amis/proches ❒ Quelques amis/proches ❒ Peu ou pas d'amis/proches	❒ Fréquents ❒ Plus ou moins fréquents ❒ Rares ou absents	❒ Bonnes ❒ Plus ou moins bonnes ❒ Conflictuelles ❒ Négatives et malsaines	❒ Bonnes ❒ Plus ou moins bonnes ❒ Conflictuelles ❒ Négatives et malsaines
Précisions :	**Précisions :**	**Précisions :**	**Précisions :**

IMAGE DE SOI	CAPACITÉ D'ADAPTATION	CONFIANCE EN SES CAPACITÉS
❒ Positive ❒ Plus ou moins positive ❒ Négative	❒ S'adapte facilement ❒ S'adapte plus ou moins facilement ❒ S'adapte difficilement	❒ Confiant(e) ❒ Plus ou moins confiant(e) ❒ Peu confiant(e)
Précisions :	**Précisions :**	**Précisions :**

SECTION 3 : Attentes et motivations du jeune et de sa famille

Indiquer les attentes et motivations du jeune et de sa famille quant à la présente consultation.

3. ATTENTES ET MOTIVATIONS

3.1. Attentes et motivations du jeune quant à la présente consultation

3.2. Attentes et motivations de la famille quant à la présente consultation

Recommandé par :

Fonction :

Organisme :

Pour : ❒ **Évaluation** ❒ **Consultation** ❒ **Autres :**

Fiche remplie par :

Impressions cliniques :

Date : ☎

Signature :

Joindre tout document pertinent à l'étude du dossier
(rapports psychologiques, pédopsychiatriques, médicaux, etc.) et faire parvenir le tout au
GUICHET D'ACCÈS EN SANTÉ MENTALE JEUNESSE DU CSSS

Documents joints à la demande :

- ❒ Rapport médical
- ❒ Rapport psychologique
- ❒ Rapport pédopsychiatrique
- ❒ Autres : ___________________________________

Espace réservé au guichet d'accès en santé mentale jeunesse

Orientations et recommandations (préciser la section ou la sous-section du formulaire à laquelle correspondent les notes. Ex. : 1.1, 3.2, etc.)

Autorisation de communication

Par la présente, j'autorise _____ *(nom du professionnel),* de l'établissement _____ *(nom de l'établissement)*, à faire parvenir toute information pertinente à l'étude de mon dossier à l'équipe de santé mentale jeunesse du CSSS _____ *(nom du CSSS).*

J'autorise l'intervenant _____ *(nom de l'intervenant qui effectue la communication)* du guichet d'accès en santé mentale jeunesse du CSSS à informer _____ *(nom de l'intervenant auquel s'adresse la communication)* de l'orientation des services pour : ❒ moi ❒ mon enfant.

Signature : _____ Date : _____
(bénéficiaire ou parent/tuteur)

Signature : _____ Date : _____
(témoin)

Notes supplémentaires :

ANNEXE 1 : SECTION POUR LES 0-5 ANS

Fonctionnement moteur : vise à évaluer la motricité fine (soit les mouvements de faible amplitude, surtout des bras, des mains et des doigts) et globale (ex. : s'asseoir, se tenir debout, marcher) de l'enfant.

0. La motricité fine et globale de l'enfant semble normale. Il n'y a aucune raison de croire que l'enfant a des problèmes sur le plan du fonctionnement moteur.
1. Déficit moteur léger. L'enfant a présenté des retards sur le plan de la motricité fine (ex. : utiliser des ciseaux) ou globale, mais les a maintenant surmontés.
2. Déficit moteur modéré. Ex. : un enfant non ambulatoire qui possède des habiletés motrices fines, ou un enfant ambulatoire qui présente des lacunes importantes en matière de motricité fine. Le nouveau-né qui n'a pas le réflexe de succion dans les premiers jours de sa vie entre également dans cette catégorie.
3. Déficit moteur grave. Ex. : un enfant non ambulatoire qui présente aussi des lacunes en matière de motricité fine. L'enfant de plus de 6 mois qui ne peut pas lever la tête entre également dans cette catégorie.

Fonctionnement sensoriel : vise à évaluer les capacités de l'enfant à utiliser ses sens.

0. Le fonctionnement sensoriel de l'enfant semble normal. Il n'y a aucune raison de croire que l'enfant présente des problèmes sur le plan du fonctionnement sensoriel.
1. L'enfant a un sens qui présente un déficit léger (ex. : problèmes de l'ouïe ou de la vue qui peuvent être corrigés).
2. L'enfant a un sens qui présente un déficit modéré ou plusieurs sens qui présentent un déficit léger (ex. : problème d'intégration sensorielle, trouble nécessitant des traitements d'ergothérapie).
3. L'enfant a un ou plusieurs sens qui présentent un déficit grave.

Communication : vise à évaluer la capacité de l'enfant à communiquer, peu importe le moyen.

0. La communication expressive et réceptive de l'enfant semble appropriée pour son stade de développement. Il n'y a aucune raison de croire que l'enfant a des problèmes de communication.
1. Les aptitudes réceptives de l'enfant sont entières mais ses aptitudes expressives sont restreintes (ex. : vocalisations limitées dans le cas d'un bébé, difficulté à se faire comprendre des autres dans le cas d'un enfant de plus de 24 mois).
2. L'enfant a des aptitudes réceptives et expressives restreintes.
3. L'enfant est incapable de communiquer de quelque façon que ce soit.

Développement physique : vise à évaluer le développement physique au moyen des indices que sont la taille et le poids.

0. L'enfant semble grandir et prendre du poids normalement. Il n'y a aucun signe de retard ni de ralentissement dans son développement physique.
1. Retard léger. Ex. : l'enfant est sous le 25e percentile pour la taille ou le poids.
2. Retard significatif. Ex. : l'enfant est sous le 10e percentile pour la taille ou le poids.
3. Retard grave, susceptible de compromettre la vie de l'enfant. Ex. : l'enfant est sous le 1er percentile pour la taille ou le poids.

Autorégulation : comprend toutes les dimensions liées à l'autorégulation, soit les habitudes alimentaires, de sommeil et d'élimination, le niveau d'activité (intensité), la sensibilité aux stimuli et la capacité d'être consolé.

0. L'enfant ne semble pas avoir de problème d'autorégulation.
1. Problème léger d'autorégulation. Ex. : niveau d'activité plus intense que la moyenne, irritabilité légère ou passagère.
2. Problème modéré d'autorégulation. Ex. : irritabilité chronique ou intense, très grande sensibilité aux stimuli.
3. Problème grave d'autorégulation, susceptible de compromettre la sécurité, le bien-être ou le développement de l'enfant. Ex. : l'enfant est impossible à consoler lorsqu'il est en détresse; ou encore, il a des habitudes alimentaires très irrégulières.

Poids : vise à vérifier le poids de l'enfant par rapport à la norme pour son stade de développement.

0. L'enfant a un poids dans la norme, et ce, depuis sa naissance. Un enfant avec un poids à la naissance de 2500 grammes ou plus sera coté ici.
1. Poids légèrement sous la norme. Un enfant avec un poids à la naissance entre 1500 et 2499 grammes sera coté ici, même si son poids est maintenant dans la norme.
2. Poids nettement sous la norme, au point où le développement de l'enfant peut être compromis. Un enfant dont le poids à la naissance se situait entre 1000 et 1499 grammes sera coté ici.
3. Poids extrêmement inférieur à la norme, au point où la vie de l'enfant est en danger. Un enfant dont le poids à la naissance était inférieur à 1000 grammes sera coté ici.

Accouchement : renvoie aux conditions associées à l'accouchement.

0. Le travail et l'accouchement ont été normaux. Un enfant qui a reçu un score d'Apgar entre 7 et 10 à la naissance sera coté ici.

1. Des problèmes sont survenus durant l'accouchement mais ils ne semblent pas avoir eu de répercussions sur l'enfant. Entrent dans cette catégorie la césarienne d'urgence et les traumatismes durant l'accouchement (ex. : déplacement de l'épaule).

2. Des problèmes sont survenus durant l'accouchement et ont causé des difficultés fonctionnelles temporaires à l'enfant ou à la mère. Entrent dans cette catégorie la détresse fœtale prolongée, une hémorragie post-partum ou une rupture utérine. Un enfant qui a reçu un score d'Apgar entre 4 et 7 ou qui a eu besoin de mesures de ressuscitation sera coté ici.

3. Des problèmes graves sont survenus durant l'accouchement et ont des conséquences à long terme sur le développement de l'enfant (ex. : manque d'oxygène, lésions cérébrales). Un enfant avec un score d'Apgar de 3 ou moins ou qui a eu besoin de mesures immédiates ou intensives de ressuscitation sera coté ici.

Exposition aux substances : vise à évaluer l'exposition à l'alcool et aux drogues avant et après la naissance.

0. L'enfant n'a été exposé ni à l'alcool ni aux drogues in utero, et actuellement il n'y est pas exposé.

1. L'enfant a été exposé aux substances in utero (la mère a consommé de l'alcool ou des drogues en petite quantité moins de quatre fois durant sa grossesse) ou encore, il y a actuellement consommation d'alcool ou de drogues à la maison.

2. L'enfant a été exposé de façon significative aux drogues ou à l'alcool in utero. Il faut considérer ici toute consommation de drogues illégales (héroïne, cocaïne, etc.) pendant la grossesse, ou la consommation significative d'alcool ou de tabac.

3. L'enfant a été exposé aux drogues ou à l'alcool in utero et continue d'y être exposé à la maison. Un enfant qui présente des symptômes de sevrage à la naissance (ex. : irritabilité, troubles de l'alimentation, tremblements, pleurs faibles et continus) sera coté ici.

Problèmes chez les parents ou la fratrie : vise à décrire les troubles du développement ou du comportement parmi les parents et les frères et sœurs de l'enfant.

0. Les parents et la fratrie ne présentent aucun trouble du développement ou du comportement.
1. Les parents ne présentent aucun trouble du développement ou du comportement. Un ou des membres de la fratrie présentent une forme légère de trouble du développement ou du comportement (ex. : déficit de l'attention, trouble oppositionnel).
2. Les parents ne présentent aucun trouble du développement ou du comportement. Un ou des membres de la fratrie présentent un problème développemental ou comportemental significatif.
3. Au moins un des deux parents de l'enfant a un diagnostic de trouble du développement ou encore, tous les membres de la fratrie présentent des problèmes développementaux ou comportementaux significatifs.

Disponibilité de la mère : renvoie à la disponibilité émotionnelle et physique de la personne qui s'occupe principalement de l'enfant (donneur de soins principal) dans les semaines suivant la naissance. Cette dimension est évaluée pour les trois premiers mois suivant la naissance.

0. La mère était disponible émotionnellement et physiquement pour son enfant durant les douze semaines suivant la naissance.
1. La mère a vécu des événements qui l'ont rendue légèrement moins disponible pour l'enfant (ex. : la présence à la maison d'un autre enfant de moins de 2 ans, la maladie d'un membre de la famille, un retour au travail précoce).
2. La mère a vécu des événements qui l'ont rendue significativement moins disponible pour l'enfant (ex. : crise conjugale, convalescence post-partum prolongée, présence à la maison de deux enfants ou plus âgés de moins de 4 ans).
3. La mère a vécu des événements qui l'ont empêchée d'être disponible pour l'enfant, au point où le bien-être de celui-ci en a été sérieusement compromis (ex. : hospitalisation prolongée, dépression post-partum ou séparation avec le conjoint).

Curiosité : vise à évaluer les efforts démontrés par l'enfant pour découvrir son univers.

0. L'enfant montre un niveau élevé de curiosité. Le nourrisson prend les objets qui se trouvent à sa portée dans sa bouche ou les cogne; l'enfant plus âgé rampe ou marche vers les objets qui l'intéressent.
1. Bon niveau de curiosité. Ex. : l'enfant ne marche pas vers les objets qui l'intéressent mais explore activement ceux qui lui sont présentés.
2. Curiosité limitée. L'enfant hésite à chercher de nouvelles informations ou de nouveaux environnements, ou est réticent à explorer les objets qui lui sont présentés.
3. Curiosité très limitée ou aucune curiosité. L'enfant pourrait avoir peur des nouveaux environnements.

Enjouement : vise à évaluer la capacité de l'enfant à jouer seul et avec les autres.

0. L'enfant fait preuve d'une grande capacité à jouer seul et avec les autres. L'enfant aime jouer et s'adonne régulièrement au jeu symbolique, c'est-à-dire qu'il se représente des situations, ou encore des objets ou des êtres qui sont absents. Si l'enfant est encore un nourrisson, il présente des expressions faciales différentes selon les objets.

1. Bonnes capacités à jouer. Ex. : l'enfant aime jouer seulement seul ou avec un choix limité de jouets.

2. Capacités limitées à jouer. Ex. : l'enfant n'est jamais l'instigateur du jeu ou encore, ses jeux sont peu élaborés.

3. L'enfant a de la difficulté à jouer seul ou avec les autres. Le jeu symbolique est absent chez lui; cependant, il manipule des jouets.

ANNEXE 1

Section pour les 0-5 ans – à remplir si le jeune est âgé entre 0 et 5 ans
(ou si les items ci-dessous sont pertinents, peu importe l'âge du jeune)

DIMENSION	0	1	2	3
❒ Fonctionnement moteur	○	○	○	○
❒ Fonctionnement sensoriel	○	○	○	○
❒ Communication	○	○	○	○
❒ Développement physique	○	○	○	○
❒ Autorégulation	○	○	○	○
❒ Poids	○	○	○	○
❒ Accouchement	○	○	○	○
❒ Exposition aux substances	○	○	○	○
❒ Problèmes chez les parents ou la fratrie	○	○	○	○
❒ Disponibilité de la mère	○	○	○	○
❒ Curiosité	○	○	○	○
❒ Enjouement	○	○	○	○

Précisions :

ANNEXE 2 : TRANSITION À L'ÂGE ADULTE

Vie autonome : vise à évaluer la capacité de la personne à avoir une vie autonome.

0. La personne est tout à fait capable d'avoir une vie autonome. Elle ne présente aucun déficit qui pourrait l'empêcher d'avoir son propre domicile.
1. Déficit léger au regard des capacités de vie autonome. La personne éprouve certaines difficultés à accomplir les tâches de la vie quotidienne (ex. : maintien de la propreté, cuisine, gestion de ses finances personnelles). Ces problèmes peuvent être réglés par de la formation ou de la supervision.
2. Déficit modéré au regard des capacités de vie autonome. La personne éprouve des difficultés notables à accomplir les tâches nécessaires à la vie autonome. Ces problèmes peuvent être réglés par de l'aide à domicile.
3. Déficit grave au regard des capacités de vie autonome. La personne ne peut pas vivre de façon autonome et a besoin d'un milieu de vie structuré.

Transport : vise à évaluer les besoins en transport de la personne afin que celle-ci puisse participer efficacement à son traitement et faire ses activités principales. Seuls les besoins en transport non comblés doivent être considérés ici.

0. La personne n'a aucun besoin en matière de transport.
1. La personne a besoin de transport occasionnellement (ex. : pour des rendez-vous), c'est-à-dire une fois par semaine au plus. Elle n'a pas besoin d'un véhicule spécial.
2. La personne a besoin occasionnellement de transport avec un véhicule spécial, ou a besoin fréquemment (ex. : pour le travail ou une thérapie) de transport sans véhicule spécial
3. La personne a fréquemment besoin de transport avec un véhicule spécial.

Rôle parental : vise à évaluer la personne dans son rôle de parent. La personne qui a un enfant, ou encore qui est responsable d'un parent âgé ou d'un grand-parent, sera évaluée ici. La grossesse doit être considérée comme un rôle parental.

0. La personne n'a pas de rôle parental.
1. La personne a des responsabilités parentales et elle est présentement capable d'y faire face.
2. La personne a de la difficulté à composer avec ses responsabilités parentales ou encore, celles-ci interfèrent avec son fonctionnement dans d'autres sphères de sa vie.
3. La personne est présentement incapable de faire face à ses responsabilités parentales.

Relations intimes : vise à évaluer la situation présente de la personne sur le plan des relations intimes/sentimentales.

0. Relation saine avec partenaire. La personne a une relation forte et positive avec un autre adulte, et cet adulte est considéré comme faisant partie de la famille.
1. Relation généralement saine avec partenaire. La personne a une relation généralement positive avec un autre adulte qui n'est pas nécessairement considéré comme faisant partie de la famille.
2. Capacités limitées en matière de relation saine. La personne n'est pas engagée dans une relation intime avec un autre adulte présentement.
3. Difficultés importantes en matière de relation saine. La personne est présentement engagée dans une relation négative et malsaine avec un autre adulte.

Adhésion à la médication : vise à évaluer la volonté de l'individu à prendre sa médication telle que prescrite.

0. La personne prend ses médicaments tels que prescrits, sans avoir besoin de rappel; ou encore, la personne n'a aucun médicament à prendre.
1. La personne prend habituellement ses médicaments mais a parfois besoin d'un rappel; ou encore, la personne a un passé de non-adhésion à la médication mais ne présente actuellement aucun problème à cet égard.
2. Adhésion modérée à la médication. La personne prend ses médicaments durant des périodes limitées (une-deux semaines) ou encore, elle a tendance à en consommer davantage que la dose prescrite.
3. La personne refuse de prendre ses médicaments; ou encore, durant les trente derniers jours, la personne a présenté une surconsommation significative, voire dangereuse.

Niveau de scolarité : vise à évaluer le parcours scolaire de la personne.

0. La personne a atteint les objectifs de scolarité qu'elle s'était fixés; ou encore, la personne n'a pas d'objectifs, mais cela n'a aucune incidence sur son fonctionnement professionnel.
1. La personne est actuellement en train de progresser dans l'atteinte de ses objectifs de scolarité.
2. Actuellement, la personne ne fait pas de progrès dans l'atteinte de ses objectifs de scolarité.
3. La personne n'a aucun objectif sur le plan de la scolarité et présente des lacunes scolaires qui ont une incidence négative sur son fonctionnement professionnel.

Victimisation : vise à évaluer les antécédents et le risque actuel de victimisation. Entrent dans cette catégorie les personnes qui ont par exemple fait l'objet d'abus physique, d'abus sexuel, d'abus psychologique, d'extorsion ou d'un crime violent.

0. La personne ne présente aucun indice de victimisation récente (dans la dernière année). Cette personne a pu être victime dans le passé, mais aucun patron de victimisation ne s'est installé. Actuellement, elle ne présente pas de risque d`être victime de nouveau.

1. La personne a des antécédents de victimisation mais n'a pas été victime à un degré significatif dans la dernière année. Actuellement, elle ne présente pas de risque d'être victime de nouveau.

2. La personne a été victime dans la dernière année mais ne présente pas un risque élevé d'être victime de nouveau.

3. La personne a récemment été victime et présente un risque élevé de l'être de nouveau (ex. : est une travailleuse ou un travailleur du sexe, est engagée dans une relation de couple abusive).

ANNEXE 2

Transition à l'âge adulte – à remplir si le jeune est âgé de 18 ans ou plus
(ou si les items ci-dessous sont pertinents, peu importe l'âge du jeune)

DIMENSION	0	1	2	3
❒ Vie autonome	○	○	○	○
❒ Transport	○	○	○	○
❒ Rôle parental	○	○	○	○
❒ Relations intimes	○	○	○	○
❒ Adhésion à la médication	○	○	○	○
❒ Niveau de scolarité	○	○	○	○
❒ Victimisation	○	○	○	○

Précisions :

RÉFÉRENCES

ANDERSON, R.L., J.S. LYONS, M.S. GILES, J.A. PRICE et G. ESTLE (2003). « Reliability of the child and adolescent needs and strengths-Mental Health (CANS-MH) Scale », *Journal of Child and Family Studies*, vol. 12, n° 3, septembre, p. 279-289.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (2007). *Outil d'évaluation sommaire en santé mentale jeunesse*, Rapport présenté à la Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux, Montréal, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 52 p.

BATTAGLINI, A., S. GRAVEL, L. BOUCHERON, M. FOURNIER, J.M. BRODEUR, C. POULIN, S. DEBLOIS, D. DURAND, C. LEFÈBVRE et B. HENEMAN (2002). « Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes », *Service social*, vol. 49, n° 1, p. 35-69.

LYONS, J.S., T. GAWRON et M. BUDDIN LYONS (1999). *The Child and Adolescent Needs and Strengths for Children with Mental Health Challenges and their Families*, Chicago, Northwestern University, 48 p.

LYONS, J.S., D.A. WEINER et M. BUDDIN LYONS (2004). « Measurement as communication in outcomes management: The Child and Adolescent Needs and Strengths (CANS) », dans M.E. Maruish (sous la dir. de), *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment. Volume 2 : Instruments for Children and Adolescents*, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Inc., p. 461-467.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *La force des liens*. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 96 p.

www.msss.gouv.qc.ca

Santé
et Services sociaux
Québec

09-914-26W