

Projet pilote

**Stratégies intersectorielles et  
communautaires pour  
l'amélioration des difficultés  
émotionnelles et  
comportementales  
des enfants de 6 à 11 ans**

J.P.Valla, M.D., M.Sc., L.Bergeron, Ph.D., C.Naud, Ps.Ed.

**Journées annuelles de santé publique 2002  
Construire sur du solide en santé mentale  
20 novembre 2002 | [www.inspq.qc.ca/jasp](http://www.inspq.qc.ca/jasp)**

# Objectif

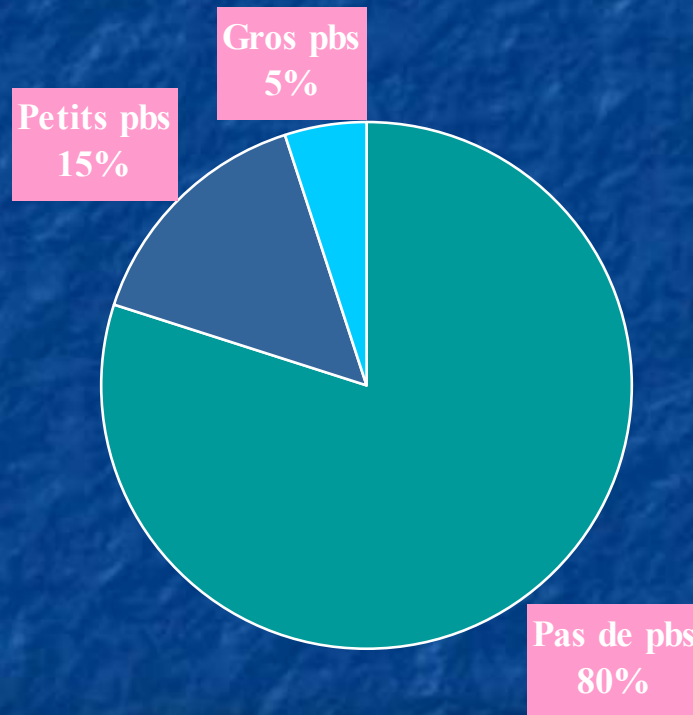
Expérimenter un modèle intégré  
d'organisation des services de santé  
mentale

pour les enfants du primaire  
basé sur

- des interventions universelles
- des interventions de groupe
- des interventions individuelles

# Problématique

Répartition des enfants en fonction de leur santé mentale (études épidémiologiques)



Nombre de jeunes au Québec : 1,565,600

# Problématique

Les services de pédopsychiatrie sont organisés autour de **140 pédopsychiatres** (Rcpq)

Soit un pédopsychiatre pour **1,300 jeunes** (15% des 6-11 ans, plus 20% des 12-17ans)

La première ligne en absorbe une partie, mais comme elle est débordée elle réfère en pédopsychiatrie

# Problématique

Chez 90% des adultes  
présentant un problème de santé mentale  
et de consommation, ce problème avait  
débuté  
avant l'âge de 13 ans

(Kessler, Nelson, McGonagle, et al, in press)

# Problématique

Quels sont les 6-11 ans référés dans les services ?

- Dans l'est de Montréal, les 6-11 ans sont référés en pédopsychiatrie pour des problèmes de **comportement** vs des difficultés émotionnelles, dans une proportion de **10 pour 1** (Smolla et coll., 2002)
- **L'anxiété et la dépression sont largement ignorés**
- Un sur deux présente également des difficultés émotionnelles (Smolla et coll., 2002)

# Problématique

## Qui sont ces enfants ?

Cliniquement, surtout des enfant-rois,  
parfois des enfants négligés ou abusés

### L'enfant-roi

- **A 6-7-8 ans** : opposant(e), refus de l'autorité, impulsif(ve), immature, intolérant(e) à la frustration,
- **A 9-10-11 ans** : agressif(ve), immature, dépressif(ve),
- **A l'adolescence** : un(e) candidat(e) au geste suicidaire impulsif lorsque survient une grosse frustration.

# **Il existe donc deux problèmes au niveau des services**

- L'engorgement du système
- La non identification des jeunes dépressifs dont le besoin de soin n'est pas considéré



# Problématique

solutions possibles

**La politique de l'autruche : faire comme si le système pouvait fonctionner normalement, et répondre à la «demande»**

- La première ligne manque d'outils et d'expertise,
- La deuxième ligne est débordée par les références provenant de la première ligne,

**Essayer de régler l'engorgement en ignorant les dépressifs**

- Rationalisation intersectorielle,
- Pas de dépistage,

**Une approche pro-active rationnelle dans le cadre des moyens disponibles**

- des interventions **universelles** pour ceux qui n'ont pas de problèmes
- des interventions **de groupe** pour ceux qui ont moins de problèmes
- des interventions **individuelles** pour ceux qui en ont le plus besoin

# Les 12 étapes d'implantation des stratégies proposées

- Revue de littérature sur les interventions de groupe en milieu scolaire
- Analyse du milieu
- Évaluation d'implantation
- Mise en place de l'approche-milieu (Guay et al., 2000)
- Comité de coordination et Comité clinique
- Programmes de formation
- Évaluation standardisée (dépistage) des problèmes de santé mentale des enfants et des indicateurs de risque
- Synthèse des résultats de l'évaluation standardisée et des observations des professionnels scolaires par le Comité clinique
- Décision du besoin de soins par le Comité clinique
- Intervention
- Suivi des enfants et des parents
- Évaluation de l'effet des interventions

# Revue de littérature sur les interventions de groupe en milieu scolaire «efficaces» pour des problèmes de santé mentale

## Enfants

- Interventions de groupe pour les problèmes émotionnels et comportementaux dont l'efficacité a été démontrée (ex. la thérapie cognitive-comportementale pour les troubles dépressifs)

## Parents

- Interventions de groupe pour le soutien des parents ainsi que l'amélioration des compétences parentales
- Plus de 1,700 soi-disant programmes référés dans les bases de donnée
- Plus de 100 programmes avec groupe-témoin (Hoagwood, 2002)
- Qui se résument à une quinzaine, méthodologiquement acceptables
- Généralement des adaptations de 5 à 10 programmes, toujours les mêmes

# Analyse du milieu et évaluation d'implantation

- Identification des ressources et des interventions utilisées dans le continuum des services
- Permet de s'assurer que l'infrastructure actuelle peut accueillir les enfants et les familles qui auront besoin d'aide
- Évaluation continue du processus d'implantation :
  - Perception des différents acteurs concernés
  - Les difficultés rencontrées,
  - Les suggestions proposées

# **L'approche-milieu (Guay et al., 2000) : une structure organisationnelle intersectorielle**

## **Valeurs essentielles véhiculées par " l'approche milieu " :**

L'organisation des différents acteurs concernés par la santé mentale  
des enfants en réseaux intégrés

La prise en charge des services dans la collectivité  
par la collectivité elle-même («empowerment»)

# Comité de coordination et Comité clinique

## Comité de coordination

- Ce comité ("table intersectorielle"), mis en place autour de l'école, est composé de l'ensemble des acteurs de la communauté concernés par la santé mentale des enfants, et de représentants des parents.

## Comité clinique multidisciplinaire intersectoriel

- Ce comité est constitué de professionnels de la santé mentale des différents services (école, clsc, organismes communautaires, centres jeunesse, pédopsychiatrie, psychiatrie adulte).
- Ce comité a le mandat d'analyser les résultats de l'évaluation standardisée (dépistage) de façon non nominative, dans le but de déterminer le niveau de besoins de soins et de proposer les interventions les plus efficaces en fonction des ressources existantes.

# Programmes de formation

- Il s'agit de former des " formateurs " provenant de divers milieux. Des chercheurs du domaine de l'intervention ainsi que des cliniciens seront responsables de cette partie du projet

## **Professionnels de la santé mentale**

- Partage de l'information théorique sur les problèmes de santé mentale les plus fréquents
- Formation aux interventions de groupe en milieu scolaire

## **Enseignants**

- Formation à un premier niveau d'intervention en classe avec le soutien des psycho-éducateurs et des psychologues scolaires

## **Parents**

- Interventions de groupe visant le soutien des parents et l'amélioration des compétences parentales

# Évaluation standardisée (dépistage)

- Évaluation standardisée (dépistage) des problèmes de santé mentale des enfants et des indicateurs de risque
  - Enfant : Dominique Interactif
  - Enseignant : questionnaire sur les problèmes de comportement
  - Parents : échelle d'adaptation (CGAS) et facteurs de risque (Questionnaire «Caractéristiques Biopsychosociales»)



# Synthèse des résultats et décision du besoin de soins par le Comité clinique

- Synthèse des résultats de l'évaluation standardisée et des observations des professionnels scolaires,
- Décision du besoin de soins,
- Choix d'une approche d'intervention pour enfants et/ou parents,
- Choix du ou des service(s) le(s) plus approprié(s),

# Intervention et suivi des enfants (et des parents)

## Interventions

- universelle
- précoce
- thérapeutique
  
- En fonction des moyens disponibles :
  - de groupe (les plus fréquentes)
  - individuelles (les plus rares)

# Évaluation de l'impact des interventions

- Réévaluation des problèmes de santé mentale : évaluation quantitative de la réduction des symptômes chez les enfants
- Évaluation qualitative du type et du contexte des interventions
- Réévaluation des indicateurs de risque sur un sous-échantillon

# Conclusion : un choix logique

- Ce projet propose un modèle d'organisation de services pro-actif plutôt que réactif, un changement important du fonctionnement des services de santé mentale pour les jeunes
- C'est un choix logique : le système actuel ne fonctionne pas et les chiffres montrent qu'il ne peut plus fonctionner
- La société est différente, les problèmes sont différents, les solutions sont forcément différentes.
- C'est pourquoi il reste de nombreux points à préciser et à opérationnaliser et il s'agit d'un projet pilote

# Conclusion : un choix éthique

## **Du point de vue des troubles dépressifs, anxieux, et des conduites suicidaires, est-il plus éthique**

- de les dépister et de proposer des interventions précoces ?
- de les ignorer en sachant qu'ils se détériorent à l'adolescence et aboutissent parfois à un geste suicidaire qui aurait pu être prévenu ?

## **Du point de vue des services, est-il plus éthique**

- de rationaliser l'offre de services en fonction des besoins et des ressources disponibles ?
- de rationaliser les services en fonction d'une partie des besoins, en ignorant le besoin de soin des jeunes les plus à risque de conduites suicidaires ?
- de croire que le système actuel de services basé essentiellement sur la référence et l'intervention individuelle peut encore fonctionner ?