

Examen des pratiques du système de soins Rapport final 2007-2008

Présenté au Réseau de santé mentale pour l'enfance et la jeunesse
et au Comité d'organisation d'Accès coordonné et services de
références pour enfants d'Ottawa

Appuyé par :

Société d'aide à l'enfance d'Ottawa,
Centre pour enfants Crossroads,
Comité d'organisation d'Accès coordonné et services de références
pour enfants d'Ottawa,
Bureau des services à la jeunesse,
Université South Florida



Rédigé par :
**Comité d'organisation d'Accès coordonné et services de références
pour enfants d'Ottawa**

Participants

Chef d'équipe :

Mario Hernandez, Ph.D., chef d'équipe, président et professeur, Département des études sur l'enfance et la famille, Institut de santé mentale Louis de la Parte, Université South Florida

Entraîneuse :

Janice Worthington, entraîneuse M.S.

Entraîneurs du système de soins :

John Mayo, M.A., assistant au directeur général, Success 4 Kids & Families

Norin Dollard, Ph.D, chercheur, Département des études sur l'enfance et la famille, Université South Florida

Linda M. Callejas, assistante en recherche, Département des études sur l'enfance et la famille, Université South Florida

Nicole Deschenes, assistante en recherche, Département des études sur l'enfance et la famille, Université South Florida

Terry Jonshson, navigateur du système, Success 4 Kids & Families

Analyste du Système de soins d'Ottawa

Francine Gravelle, directrice des Services de santé mentale, Bureau des services à la jeunesse

Michael Hone, directeur des services cliniques, Centre pour enfants Crossroads

Diane Martin, coordonnatrice de cas, Accès coordonné

Yvan Trottier, superviseur, Société d'aide à l'enfance

Sandra Browne-Kealey, thérapeute pour enfant et la famille, Crossroads

Maureen Davidson, coordonnateur des Services de counseling

Natasha Tatartcheff-Quesnel, chef, Accès coordonné

Remerciements :

L'équipe d'examen aimerait remercier les groupes ci-dessous de leur soutien envers le Projet d'examen des pratiques du système de soins à Ottawa;

Le Réseau de santé mentale pour l'enfance et la jeunesse

Le Comité d'organisation d'Accès coordonné et orientation aux services pour enfants d'Ottawa

Le Centre d'excellence à CHEO

Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, Bureau régional de l'Est

Remerciements particuliers :

L'équipe d'examen aimerait remercier particulièrement tous les enfants/jeunes, parents/soignants et fournisseurs de services qui ont convenu de participer à ce projet. Sans votre soutien, ce projet n'aurait pas été possible.

Table des matières

Introduction	5
Renseignement généraux sur le projet	5
Principes du Système de soins.....	6
Raison d'être et objectifs de l'EPSDS	8
Méthodologie	8
Sélection des études de cas	11
Contexte des données.....	11
Statistiques	13
A. Renseignements démographiques	13
B. Évaluation des domaines.....	16
Faits saillants des données	22
A. Forces du système.....	22
B. Défis du système	22
C. Secteurs nécessitant une exploration plus approfondie ...	23
D. Besoins en matière de formation.....	24
Prochaines étapes	24
A. EPSDS.....	24
B. Répercussions sur le système.....	24
Conclusion	25
Annexe A : Répartition des membres du Comité	26

Introduction

Le présent rapport décrit le projet d'Examen des pratiques du système de soins (EPSDS) mené à Ottawa au cours de l'exercice 2007-2008. Les constatations du projet seront mises en évidence, et les recommandations pour l'avenir seront également présentées.

Renseignements généraux sur le projet

Au cours des deux dernières années, le Réseau de santé mentale pour l'enfance et la jeunesse (RSMEJ) a étudié diverses façons d'éclairer ses décisions au sujet des améliorations et des transformations du Système de santé mentale pour enfants dans la région d'Ottawa. Précipité par la Fondation pour la santé mentale des enfants, le RSMEJ a déterminé qu'une allocation annuelle de fonds devrait être mise de côté pour la formation sur le système dédiée au renforcement et à la direction du système de santé mentale pour l'enfance et la jeunesse.

Conséquemment au fond pour la formation sur le système, le D^r Friedman, chercheur à l'Université South Florida (USF) est venu présenter au RSMEJ un modèle d'intégration des systèmes. Le D^r Friedman a également proposé que le RSMEJ explore l'usage de l'outil d'Examen des pratiques du système de soins comme moyen de déterminer les priorités de changement pour le système.

Étant donné le potentiel des outils, le RSMEJ et le Comité d'organisation d'Accès coordonné et orientation aux services pour enfants d'Ottawa ont déterminé qu'ils étaient en effet intéressés à utiliser l'outil pour les fins d'évaluation des besoins du système. Par conséquent, ils ont approché le Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et ados, dans le but de déterminer si l'outil était en effet solide et s'il avait l'appui du Centre. Il a été déterminé par le Centre d'excellence que l'outil était solide et prometteur. De plus, ils ont recommandé que, en l'absence d'un équivalent canadien, un projet pilote serait opportun.

Le RSMEJ a ensuite décidé d'inviter Sharon Hodges, Ph.D. de la USF, ainsi que John Mayo, directeur général d'un centre de santé mentale pour enfant en Floride, qui ont de l'expérience avec cet outil et sa mise à exécution. Le but de la formation offerte était de rehausser davantage la compréhension de l'Examen des pratiques du système de soins par le RSMEJ. Suite à la séance de formation, le RSMEJ a voté en faveur d'aller de l'avant avec le projet pilote, au moyen de l'EPSDS par le l'intermédiaire d'Accès coordonné. Tous les membres du RSMEJ ont convenu à l'unanimité de participer au projet, en permettant à leurs employés de se soumettre à l'entrevue. En outre, les organismes ci-dessous ont décidé de former au moins un membre du personnel à titre d'intervieweur.

1. Société d'aide à l'enfance d'Ottawa
2. Accès coordonné et orientation vers les services
3. Centre pour enfants Crossroads

4. Bureau des services à la jeunesse

Le deuxième niveau de participation nécessitait que chaque organisme prête un membre du personnel pour une période de deux semaines.

Dans le but de garder le projet dans les limites d'une envergure gérable, il a été convenu qu'Accès coordonné prenne la direction en ce qui a trait à la coordination du projet. De plus, le RSMEJ a convenu que la population ciblée serait définie comme étant celle ayant de graves troubles émotionnels, tels que décrits par les critères d'admissibilité d'Accès coordonné. Enfin, les renseignements recueillis au cours de l'EPSDS reflèteraient le système (et non les organismes) et, par conséquent, constitueraient un atout pour aider le RSMEJ à prendre des décisions futures en matière de planification.

Principes du système de soins

L'Examen des pratiques du Système de soins (EPSDS) est un outil servant à évaluer dans quelle mesure les principes du système de soins sont opérationnalisés au niveau de la pratique, où les enfants et leur famille ont un contact direct avec les fournisseurs de services. Plus précisément, le but de l'EPSDS est de recueillir et d'analyser les données recueillies de multiples sources dans le but de déterminer la mesure à laquelle les systèmes de services locaux, par l'intermédiaire de leurs travailleurs de service direct, se conforment à la philosophie du système de soins. Il offre également un moyen de déterminer dans quelle mesure le système général de prestation de services répond aux besoins des jeunes aux prises avec des TEG. L'EPSDS offre une rétroaction qui peut rehausser les efforts d'amélioration de la qualité, et s'appliquer à deux niveaux.

- 1) Au niveau de service direct, il offre aux utilisateurs des recommandations précises qui peuvent être incorporées à la formation du personnel.
- 2) À la grandeur du système, il peut être regroupé dans le but de cerner les forces ainsi que les secteurs nécessitant une amélioration.

L'EPSDS a trois objectifs principaux :

- Documenter les expériences des enfants aux prises avec des troubles émotionnels graves, et leur famille, qui se trouvent dans le système de soins.
- Documenter la conformité à la philosophie du système de soins par le fournisseur de services directs ou le système.
- Évaluer dans quelle mesure la philosophie du système de soins est appliquée au niveau de la pratique, et générer des recommandations d'amélioration.

Un système de soins (SDS) peut être défini comme étant un spectre complet de services de santé mentale et d'autres services nécessaires qui sont organisés et coordonnés au sein d'un réseau coordonné, dans le but de répondre à l'évolution des besoins des enfants et des adolescents aux prises avec des TEG. La philosophie du système de soins est fondée sur trois valeurs fondamentales 1) centrée sur l'enfant et axée sur la famille, les besoins de l'enfant et de la famille déterminant les services offerts; 2) communautaires, offrant des services moins restrictifs (que les services auparavant offerts en établissement) dans la communauté de l'enfant et; 3)

culturellement compétent, dans laquelle les contextes culturels et ethniques sont pris en considération dans la prestation de services (Stroul & Friedman, 1986).

Les enfants aux prises avec un TEG ont typiquement des besoins multiples et, par conséquent, reçoivent des services de multiples organismes et fournisseurs de services, comme dans les domaines de l'éducation, des services sociaux, de la justice pour la jeunesse, de la santé, de la santé mentale, des carrières, des loisirs et de la toxicomanie. Une approche de système de soins est une approche interorganismes dans laquelle les organismes travaillent ensemble dans le but d'élaborer et de coordonner les services pour l'enfant et la famille. L'approche de système de soins comprend également la participation de la famille, c'est-à-dire que la famille d'un enfant aux prises avec un TEG est traitée comme participante à part entière dans la planification et la prestation de services. La compétence culturelle, c'est-à-dire la reconnaissance des besoins uniques des personnes ayant des origines culturelles différentes, est une composante essentielle de la philosophie du système de soins (Stroul & Friedman, 1986).

Le système de soins en santé mentale pour enfants, du point de vue philosophique, est réellement une approche fondée sur un système. Les enfants individuels sont perçus systématiquement, dans le contexte de leurs systèmes physique, mental et émotionnel. Ils sont également perçus au sein de leur système familial, ainsi qu'au sein de leur système communautaire, y compris la famille élargie, les voisins, les membres du clergé et les soutiens informels. De plus, leurs services sont perçus systématiquement, au sein de la gamme complète de services complets, multiorganismes et multidisciplinaires (Stroul & Friedman, 1986).

The philosophie du système de soins est fondée sur les trois valeurs fondamentales décrites ci-dessus et dix principes directeurs. Les dix principes directeurs ci-dessous, ou croyances fondamentales, constituent la base de tout système de soins :

1. Les enfants aux prises avec des troubles émotionnels devraient avoir accès à une gamme complète de services qui répondent à leurs besoins physiques, émotionnels, sociaux et éducationnels.
2. Les enfants aux prises avec des troubles émotionnels devraient recevoir des services individualisés, conformément aux besoins et au potentiel uniques de chaque enfant, et guidés par un plan de service individualisé.
3. Les enfants aux prises avec des troubles émotionnels devraient recevoir des services dans un environnement le moins restrictif et le plus normatif qui convienne du point de vue clinique.
4. Les familles et les familles de substitution d'enfants aux prises avec des troubles émotionnels devraient être des participants à part entière à tous les aspects de la planification et de la prestation de services.
5. Les enfants aux prises avec des troubles émotionnels devraient recevoir des services qui sont intégrés, et qui ont des liens entre les organismes et les programmes à l'intention des enfants, et des mécanismes pour la planification, l'élaboration et la coordination des services.

6. Les enfants aux prises avec des troubles émotionnels devraient recevoir une gestion de cas ou des mécanismes semblables pour faire en sorte que des services multiples sont prodigués d'une façon coordonnée et thérapeutique, et qu'ils peuvent naviguer dans le système conformément à l'évolution de leurs besoins.
7. Le dépistage et l'intervention précoces devraient être favorisés par le système de soins chez les enfants aux prises avec des troubles émotionnels, dans le but d'améliorer la probabilité de résultats positifs.
8. Les enfants aux prises avec des troubles émotionnels devraient avoir droit à une transition sans heurt au système de services pour adultes, lorsqu'ils atteignent l'âge adulte.
9. Les droits des enfants aux prises avec des troubles émotionnels devraient être protégés, et des efforts efficaces pour la défense des intérêts des enfants et des jeunes aux prises avec des troubles émotionnels devraient être favorisés.
10. Les enfants aux prises avec des troubles émotionnels devraient recevoir des services sans égard à la race, à la religion, à l'origine nationale, au sexe, à l'incapacité physique ou à d'autres caractéristiques, et les services devraient être sensibles et réceptifs aux différences culturelles et aux besoins particuliers. (Stroul & Friedman, 1986, xxiv).
La clé du processus d'un système de soins est la gestion du système, de coordonner et d'évaluer les composantes de service au sein du système (Stroul & Friedman, 1986).

Raison d'être et objectifs de l'EPSDS

La raison d'être de l'EPSDS est de recueillir et d'analyser les données provenant de diverses sources afin de déterminer dans quelle mesure les systèmes de services locaux, par l'intermédiaire de leurs fournisseurs de services directs, se conforment aux principes du système de soins. Il présente une façon d'établir dans quelle mesure le système de soins dans leur communauté répond aux besoins des enfants aux prises avec un TEG et de leur famille. L'EPSDS cherche à accomplir cette tâche en : 1) documentant les expériences des enfants aux prises avec un TEG qui reçoivent des services au sein du système de soins et leur famille; 2) documentant la conformité à la philosophie du SDS par les fournisseurs de services directs et par le système; et 3) en évaluant le degré auquel la philosophie du SDS est appliquée au niveau de la pratique, et en générant des recommandations pour l'amélioration.

Les renseignements appris au moyen de l'EPSDS peuvent ensuite être utilisés pour améliorer la qualité du système de soins. Une rétroaction peut être fournie au niveau des services directs en offrant des recommandations précises qui peuvent être incorporées à la formation du personnel, et qui peuvent également être utilisées au niveau du système pour cerner les forces ainsi que les secteurs ayant besoin d'améliorations (Vergon, 2006).

Méthodologie

L'EPSDS est fondé sur les valeurs/principes du SDS, et utilise une méthodologie d'études de cas informée par les soignants, les jeunes, les fournisseurs de services formels et les soutiens informels, lorsqu'ils sont disponibles. Le Protocole de l'Examen des pratiques du système de soins (EPSDS) est organisé en quatre grandes sections :

- La Section 1 comprend les renseignements démographiques.
- La Section 2 guide l'examen des dossiers.
- La Section 3 comprend des entrevues pour le soignant principal, le jeune, le(s) fournisseur(s) de services formel(s) et l'aidant informel, moyennant leur disponibilité.
- La Section 4 comprend les questions sommatives que les analystes de cas utilisent pour résumer et intégrer les renseignements recueillis.

Section 1—Renseignements démographiques : Cette section de l'EPSDS contient les renseignements démographiques du jeune, qui sont conçus pour créer un portrait de la gamme de services actuelle de l'enfant. Ils résument également le profil démographique de l'enfant et de la famille.

Section 2—Examen de la documentation : Cette section comprend les critères pour l'examen des dossiers de cas (p. ex., le plan de traitement des cas, les plans éducationnels individualisés) et comprend le Sommaire des antécédents du cas et le Plan de service/traitement actuel. Le Sommaire des antécédents du cas nécessite que l'analyste présente un bref exposé des antécédents, selon l'examen d'un dossier. Il offre également des renseignements au sujet de tous les systèmes de services dans lesquels se trouvent l'enfant et la famille (p. ex., éducation spéciale, santé mentale, justice pour la jeunesse, bien-être de l'enfant). Il résume les événements marquants de la vie, les personnes présentes dans les antécédents et la vie actuelle de l'enfant, les résultats d'interventions, et le statut actuel de l'enfant. L'examen du plan de traitement/service offre des renseignements au sujet des types et de l'intensité des services reçus, l'intégration et la coordination, l'identification des forces et la participation de la famille. L'Examen de la documentation est effectuée avant toute entrevue, afin que les renseignements recueillis de la documentation peuvent enrichir et renforcer les entrevues.

Section 3—Protocole de l'entrevue : Cette section comprend les entrevues pour le soignant principal, l'enfant/le jeune, le(s) fournisseur(s) de services formel(s) et l'aidant informel. Les entrevues sont conçues pour recueillir des renseignements au sujet de chacune des quatre domaines cernés (centré sur l'enfant et axé sur la famille, communautaire, compétence culturelle et impact). Chacun des quatre domaines comprend plusieurs sous-domaines qui définissent davantage le concept, et représentent l'intention de la valeur fondamentale correspondante du SDS. Les sous-domaines indiquent également la mesure à laquelle les valeurs fondamentales du SDS guide la pratique. La structure de l'EPSDS permet de recueillir des renseignements au moyen de questions fermées (quantitatives) qui produisent les évaluations et des réponses explicatives de la part des participants au moyen de questions plus ouvertes (qualitatives). Le protocole donne l'occasion à l'analyste de sonder des sujets liés à des questions précises, afin que les réponses soient aussi complètes que possible. En

outre, les citations directes des répondants sont enregistrées dans les cas convenables et possibles.

Centré sur l'enfant et axé sur la famille : Les besoins de l'enfant et de la famille dictent les types et la combinaison des services offerts. Cette approche centrée sur l'enfant et axé sur la famille est perçue comme un engagement à adapter les services à l'enfant et à la famille, plutôt que de s'attendre à ce que les enfants et les familles se conforment à des configurations de services existantes. Ce principe a été opérationnalisé en trois mesures: Individualisé, Participation à part entière et Gestion de cas. Ces mesures permettent à l'étude d'analyser l'efficacité de l'emplacement dans la prestation de services qui sont *individualisés*, sans égard à la mesure à laquelle ils ont réussi à inclure les familles en tant que *participants à part entière*, ou à offrir une *gestion de cas* efficace.

Communautaire : Les services sont offerts dans la communauté de l'enfant ou près de celle-ci, dans un environnement le moins restrictif que possible, et sont coordonnés et offerts au moyen de liens entre des fournisseurs de services publics et privés. Ce principe a été opérationnalisé en quatre mesures : Intervention précoce, Accès aux services, Caractère restrictif minimal, et Intégration et Coordination. Ces mesures évaluent l'efficacité de l'emplacement à cerner les problèmes dans le but de d'organiser une *intervention précoce*, de fournir un *accès aux services* ayant le *caractère restrictif minimal* approprié, et à offrir des services avec une *intégration et une coordination* parmi tous les partenaires du système.

Compétence culturelle : Les organismes, programmes et services répondent aux différences culturelles, raciales et ethniques de la population qu'ils desservent. Cela signifie que la diversité est valorisée et reconnue par les efforts des fournisseurs de services à répondre aux besoins des groupes à cultures et ethnies diverses au sein de la communauté. Ce principe a été opérationnalisé en quatre mesures : Sensibilisation, Sensibilité et réceptivité, Culture d'organisme et Soutiens informels. Ces mesures ont permis d'effectuer l'évaluation du niveau de *sensibilisation* culturelle de l'emplacement et sa propre *culture d'organisme*, indépendamment de la *sensibilité et de la réceptivité* aux origines culturelles des familles, ou leur inclusion de *soutiens informels* dans la planification et la prestation des services.

Impact : La philosophie du SDS suppose également que la mise en œuvre de ses principes au niveau de la pratique produit un impact positif pour les enfants et les familles qui reçoivent des services. Afin d'aborder cette attente, l'étude a incorporé un quatrième objectif afin d'évaluer l'impact des services sur les enfants et les familles. Plus précisément, cet objectif cherche à examiner la mesure à laquelle les familles croyaient que les services répondaient à leurs besoins et aux besoins de leurs enfants. Cet objectif a été opérationnalisé dans deux mesures : Amélioration et Caractère approprié. Ces mesures ont aidé à l'évaluation de l'*amélioration* des enfants et des familles desservies à l'emplacement, indépendamment du *caractère approprié* des services offerts.

Individuellement, ces mesures nous permettent d'examiner la présence ou l'absence des composantes de chaque principe. Combinées, elles indiquent dans quelle mesure Ottawa a été efficace dans la mise en œuvre de chaque principe précis du SDS, en général. Par conséquent, les constatations peuvent mieux décrire en détails les réussites et les défis d'Ottawa à mettre en œuvre les principes du SDS. L'EPSDS devient conséquemment une évaluation de la satisfaction du client et offre une rétroaction précise pour l'amélioration systémique.

Section 4—Questions sommatives : La dernière section contient les questions sommatives. Ces questions exigent que l'analyste résume et intègre les renseignements obtenus au moyen de l'Examen de la documentation et des entrevues effectuées pour un enfant ou une famille particulière, pour chacun des quatre domaines. Les questions sommatives nécessitent que l'analyste évalue chaque question et offre une brève explication afin d'appuyer le raisonnement derrière l'évaluation (Vergon 2006).

Sélection de l'étude de cas

Dans le but de contenir le projet, le RSMEJ a décidé que les cas sélectionnés pour la participation à l'EPSDS auraient reçu des services d'AC et, par conséquent, auraient été cernés comme ayant des besoins complexes. Puisque l'EPSDS a été conçu pour la population difficilement desservie, l'usage de clients d'AC était conforme à l'élaboration initiale de l'outil. De plus, les clients d'AC sont souvent cernés comme enfants/jeunes du système en raison de leur niveau de complexité, attribuable à un usage fréquent des services. Par conséquent, les clients d'AC ont été cernés comme étant bien situés pour fournir une rétroaction éclairée aux analystes au sujet de leur expérience au sein du système. De plus, tous les cas soit recevaient des services, soit étaient fermés depuis six mois ou moins. Finalement, tous les cas ont été sélectionnés au moyen d'un échantillon intentionnel, c'est-à-dire que les cas ont été sélectionnés au hasard tout en reflétant les modèles d'envois en consultation d'AC et la distribution de la langue communautaire.

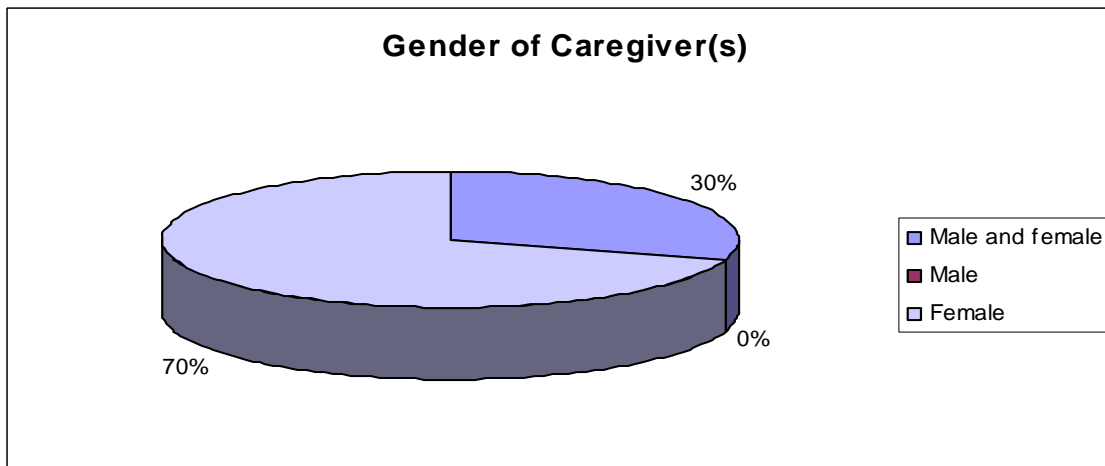
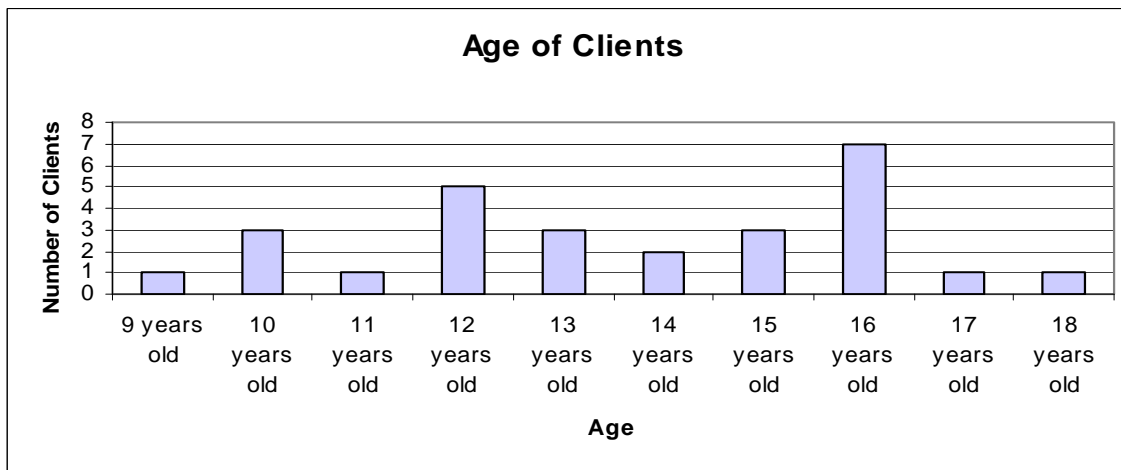
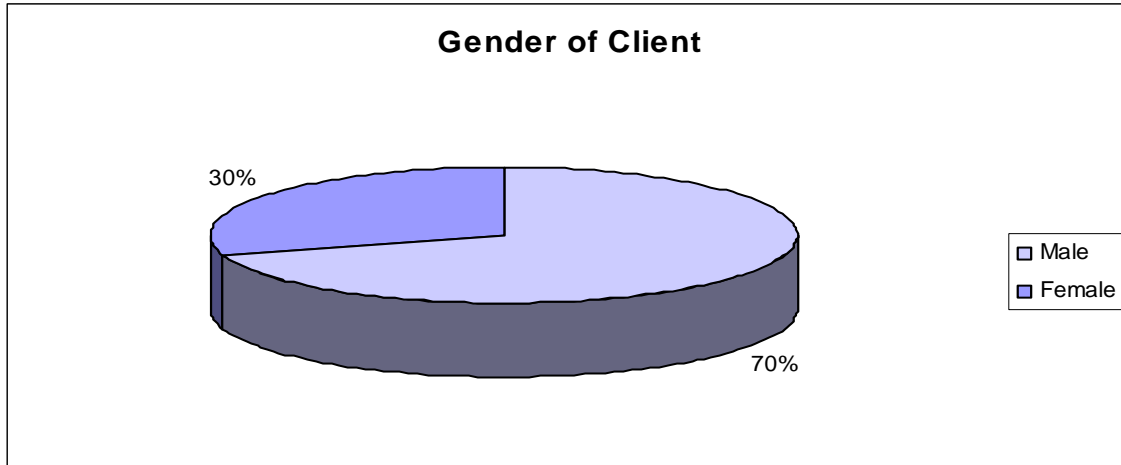
Contexte des données

Il est important de se rappeler le contexte plus large dans lequel les données ont été recueillies. Tout d'abord, cette première année de données est considérée comme étant les données de référence de la communauté, qui s'est montrée généreuse dans diverses autres études en raison du manque d'expérience des analystes avec l'outil. Par conséquent, il se peut que les scores soient quelque peu plus élevés au cours de la première année que dans les années ultérieures, ce qui montre l'importance d'utiliser l'outil sur une période de temps. En deuxième lieu, puisque tous les cas étaient des clients d'AC, ils recevaient toutes les interventions les plus intensifs disponibles au sein

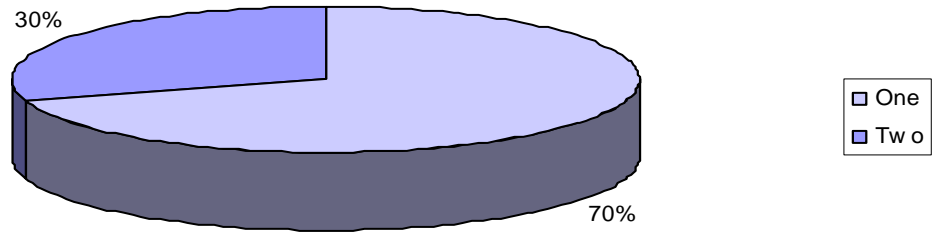
du système, par exemple, la thérapie multisystémique, les services intensives, Wraparound et le traitement de jour. Conséquemment, il sera important à l'avenir d'élargir la portée avant de faire toute généralisation au sujet de notre système. Toutefois, ces données n'offrent pas à notre communauté des renseignements justes au sujet des types de forces et de défis auxquels nous faisons face, ainsi que les secteurs particuliers qui nécessiteront un examen plus approfondi à l'avenir. Finalement, l'échantillon de 27 familles à Ottawa est considéré comme étant grand pour ce genre d'évaluation, étant donné qu'un échantillon de 20 familles est habituellement considéré comme étant approprié. Toutefois, il importe également de comprendre que ce genre d'évaluation qualitative ne nécessite pas d'importance statistique, mais plutôt une redondance dans la rétroaction, pour en garantir la validité (Hernandez, 2008). Puisque la redondance a été acquise au cours de la présente évaluation, la rétroaction peut être considérée comme étant valide, du moins en ce qu'elle a trait aux clients difficilement desservis dans la région d'Ottawa.

Statistiques

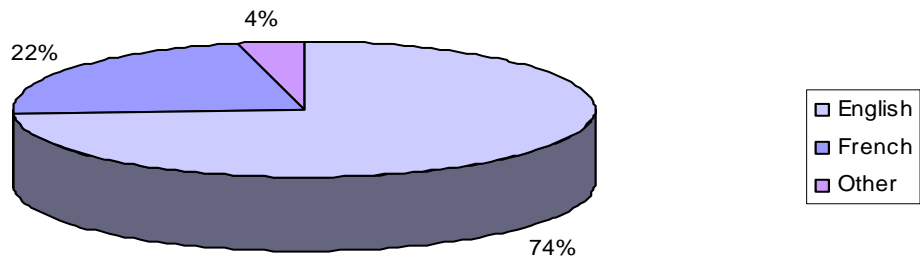
A. Renseignements démographiques



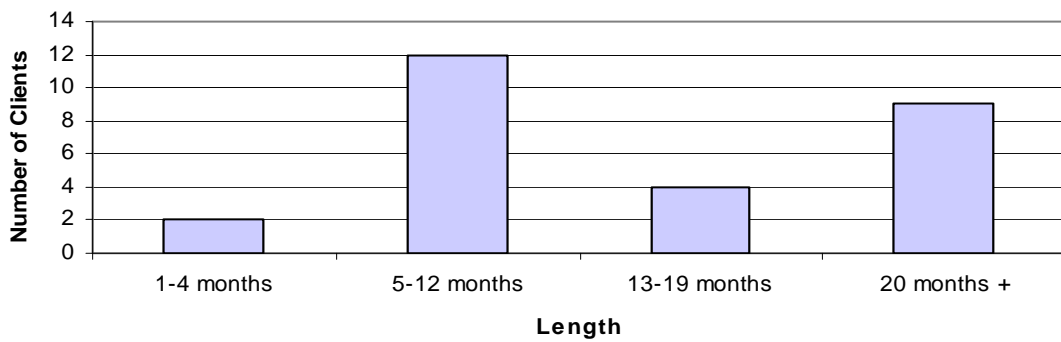
Number of Caregiver(s) in Home

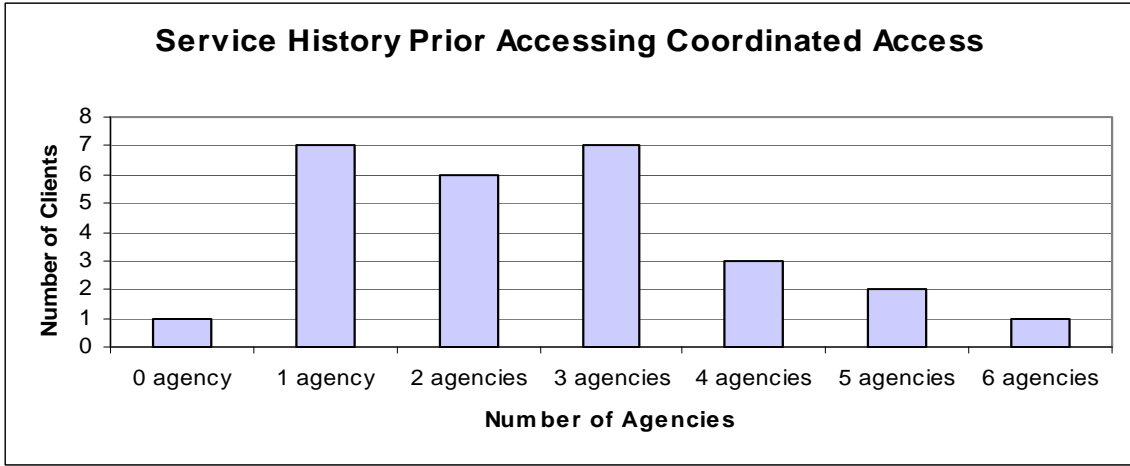
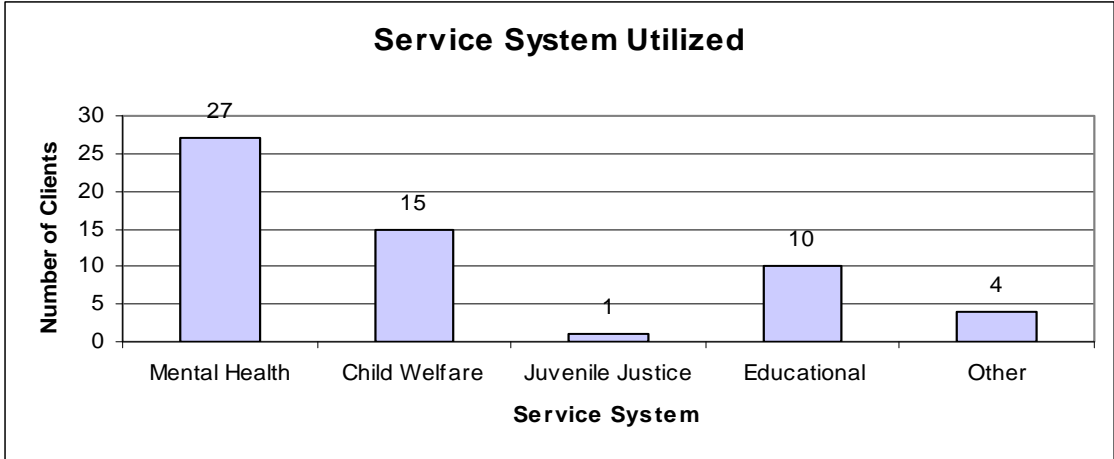


Language Spoken in Home



Length of Treatment





B. Évaluation des domaines

Chaque question sommative a été évaluée sur une échelle de « -3 » (fortement en désaccord) à « +3 » (fortement d'accord). Ces scores ont été transformés, tel qu'indiqué dans le tableau ci-dessous, sur une échelle de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement d'accord), pour éliminer les signes « - » et « + ». Par conséquent, -3 est devenu 1; -2 est devenu 2; -1 est devenu 3, etc.

Échelle d'évaluation des questions sommatives

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
1	2	3	4	5	6	7
Fortement en désaccord	Modérément en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni d'accord ou en désaccord	Légèrement d'accord	Modérément d'accord	Fortement d'accord

***Les données suivantes constituent le score moyen, selon un échantillon de 27 familles.**

Domaine 1: Centré sur l'enfant et axé sur la famille (CEAF) : Les besoins de l'enfant et de la famille dictent le type et la combinaison des services fournis.

1A: Individualisés

Évaluation/Inventaire	5
1. Une évaluation ou un inventaire complet a été mené sur tous les domaines de vie.	5
2. Les besoins de l'enfant et de la famille ont été cernés et établis comme priorités sur un éventail complet de domaines de vie.	5
3. Les forces de l'enfant et de la famille ont été cernées.	5
Planification des services	5

4. Il y a un plan de services primaires qui est intégrés chez tous les fournisseurs de services et organismes.	4
5. Les buts du plan de services reflètent les besoins de l'enfant et de la famille.	5
6. Les buts du plan de services incorporent les forces de l'enfant et de la famille.	3
7. La planification et la prestation des services reconnaissent de façon informelle/prend en considération les forces de l'enfant et de la famille.	6
Types of services/soutiens	5
8. Les types de service/support fournis à l'enfant et à famille reflètent leurs besoins et leurs forces.	5
Intensité des services/soutiens	5
9. L'intensité des services/soutiens fournis à l'enfant et à la famille reflète leurs besoins et leurs forces.	5

1B: Pleine participation

10. L'enfant et la famille participent au processus de planification des services (plan initial et mises à jour).	5
11. L'enfant et la famille influencent le processus de planification des services (plan initial et mises à jour).	5
12. L'enfant et la famille comprennent le contenu du plan de services.	6
13. L'enfant et la famille participent activement aux services.	5
14. Les fournisseurs de services formels et les aidants informels participent à la planification des services (plan initial et mises à jour).	4

1C: Gestion de cas

15. Il y a une personne qui coordonne avec succès la planification et la prestation des services et des soutiens.	4
16. Le plan de services et les services répondent aux besoins émergents et en évolution de l'enfant et de la famille.	5

Domaine 2 : Communautaire (C): Les services sont fournis dans la communauté de l'enfant ou près de celle-ci, dans un environnement le moins restrictif que possible, et sont coordonnés et offerts au moyen de liens entre fournisseurs de services publics et privés.

2A: Intervention précoce

17. Aussitôt que l'enfant et la famille ont commencé à vivre des difficultés, le système a clarifié les besoins de l'enfant et de la famille.	3
18. Aussitôt que l'enfant et la famille sont entrés dans le système de services, celui-ci a répondu en offrant la combinaison appropriée de services et de soutiens.	4

2B: Accès aux services

Heures pratiques	6
19. Les services sont prévus à des heures qui conviennent à l'enfant et à la famille.	6
Emplacements pratiques	6
20. Les services sont fournis dans la communauté de l'enfant ou près de celle-ci.	6
21. Des soutiens sont offerts pour améliorer l'accès à l'emplacement où les services sont offerts.	5
Langage approprié	7
22. Les fournisseurs de services communiquent verbalement dans la langue maternelle de l'enfant et de la famille.	7
23. La documentation écrite au sujet des services/de la planification des services est dans la langue maternelle de l'enfant et de la famille.	7

2C: Caractère restrictif minimal

24. Les services sont offerts dans un environnement confortable.	6
25. Les services sont fournis dans un environnement le moins restrictif et le plus approprié.	6

2D: Intégration et coordination

26. Il y a une communication réciproque parmi et entre tous les membres de l'équipe, y compris les fournisseurs de services formels, les aidants informels (si la famille le désire) et les membres de la famille, y compris l'enfant.	5
27. Il y a un processus sans heurt pour jumeler l'enfant et la famille avec les services additionnels, si nécessaire.	4

Domaine 3 : Culturellement compétent (CC) : Les services sont adaptés à l'identité et aux antécédents culturels, raciaux et ethniques de l'enfant et de la famille.

3A : Sensibilisation

Sensibilisation à la culture de l'enfant et de la famille	
28. Les fournisseurs de services reconnaissent que l'enfant doit être perçu dans le contexte de leur propre groupe culturel, ainsi que dans leur quartier et leur communauté.	5
29. Les fournisseurs de services connaissent les concepts de la famille au sujet de la santé et de la famille.	5
30. Les fournisseurs de services reconnaissent que la culture, les valeurs, les croyances et le style de vie de la famille influencent le processus de prise de décisions de la famille.	5
Sensibilisation à la culture des fournisseurs de services	
31. Les fournisseurs de services sont au courant de leur propre culture, de leurs propres valeurs, de leurs propres croyances et de leur propre style de vie, et de la façon à laquelle ils influencent leurs interactions avec l'enfant et la famille.	4
Sensibilisation aux dynamiques culturelles	
32. Les fournisseurs de services connaissent les dynamiques inhérentes lorsqu'ils travaillent avec des familles dont la culture, les valeurs, les croyances et le style de vie peuvent différer de les leurs.	4

3B: Sensibilité et réceptivité

33. Les fournisseurs de services traduisent leur sensibilisation aux valeurs, aux croyances et au style de vie de la famille en actions.	4
34. Les services répondent aux valeurs, aux croyances et au style de vie de l'enfant et la famille.	4

3C: Culture de l'organisme

35. Les fournisseurs de services reconnaissent que la participation de la famille à la planification des services et au processus de prise de décisions est influencée par leur connaissance/compréhension des attentes des organismes/programmes/fournisseurs de services.	4
36. Les fournisseurs de services aident l'enfant et la famille à comprendre/naviguer les organismes qu'ils représentent.	4

3D: Soutiens informels

37. La planification et la prestation des services comprennent intentionnellement les sources informelles de soutien pour l'enfant et la famille.

5

Domaine 4 : Impact (IM) : L'impact des services et des soutiens sur cet enfant et sa famille.

4A : Amélioration

38. Les services/soutiens offerts à l'enfant et à la famille ont amélioré leur situation.

ENFANT	FAMILLE
5	5

4B: Caractère approprié

39. Les services/soutiens offerts à l'enfant et à la famille ont bien répondu à leurs besoins.

ENFANT	FAMILLE
5	4

Points importants des données

Les données compilées ci-dessous soulignent les renseignements quantitatifs recueillis grâce à l'EPSDS. Bien que ces renseignements puissent être utiles, il ne s'agit que d'une portion de l'équation et, par conséquent, ils ne fournissent pas une compréhension complète du système. L'avantage d'utiliser l'EPSDS est qu'il offre un contexte pour comprendre les données au moyen des renseignements qualitatifs recueillis. Ce qui rend cet outil exceptionnel et différent de bon nombre d'autres, ce sont les renseignements qualitatifs que l'EPSDS a été conçu pour recueillir. Les renseignements présentés dans la section suivante aident à la compréhension des scores présentés ci-dessous et clarifient peut-être mieux le « pourquoi » et le « quoi » du score.

A. Forces du système

Les domaines ci-dessous ont été cernés comme les trois forces principales du système de santé mentale à Ottawa;

1. Identification des forces – la planification et la prestation des services reconnaît de façon informelle des forces de l'enfant et de la famille. La meilleure façon d'illustrer ceci repose dans les commentaires d'un des analystes qui a dit :
 - « Je suis étonné de voir combien souvent nous sommes en mesure de comparer la liste des forces dressée par l'enfant, la famille et le travailleur, et de voir qu'elles sont presque identiques (Ottawa, analyste) ».
2. Caractère restrictif – porte sur la capacité de fournir des services dans un environnement confortable qui est le moins restrictif que possible, tout en demeurant approprié du point de vue clinique.
3. Accessibilité de la prestation de services – les services sont offerts à des endroits et à des heures qui répondent aux besoins du client, tout en respectant leur préférence linguistique.

B. Défis du système

Les domaines ci-dessous ont été cernés comme les trois défis principaux du système de santé mentale à Ottawa;

1. Dépistage et l'intervention précoces – Le système de services a clarifié les besoins de l'enfant et de la famille rapidement et a réagi en fournissant la bonne combinaison de services et de soutiens.
 - « Si j'avais reçu du counseling plus tôt, je vivrais peut-être encore chez moi (jeune de 15 ans) ».
 - « Ce n'est que lorsqu'on l'a mis à la porte que les services ont finalement été offerts (père) ».
2. Intégration du Plan de services dans tous les organismes– L'enfant et la famille ont un plan que tous les fournisseurs de services utilisent.
 - « J'ai dû répondre aux mêmes questions posées par différentes personnes (jeune) ».

- « La communication semblait se faire au ralenti. J'ai dû répéter à plusieurs reprises ce que j'avais (jeune, 16 ans) ».
3. Transitions sans heurt – Le jumelage de l'enfant et de la famille avec les services tout en faisant en sorte qu'il y ait une communication continue et réciproque entre les fournisseurs de services. Selon les répondants, les transitions entre secteurs, et des services en attente aux services pour adolescents étaient particulièrement préoccupants. Ce domaine peut le mieux être résumé par une mère qui a donné la réponse ci-dessous lorsqu'on questionnait au sujet des transitions sans heurt.
- « C'était comparable à arracher une dent de sagesse (mère) ».
 - « Les programmes ont un début et une fin, mais n'ont pas de suivi. On ne fait que disparaître du radar (mère) ».

C. Secteurs nécessitant une exploration plus approfondie

Les deux domaines ci-dessous illustrent le besoin d'aller au-delà des données quantitatives afin de comprendre complètement le contexte des scores. Les scores au milieu de l'écart ne peuvent être compris sans les données qualitatives recueillies.

1. **Gestion de cas** – Il y a une personne qui coordonne avec succès les services, tout en s'assurant que le plan de traitement/services répond bien aux besoins. Ce domaine nécessite une attention beaucoup plus grande que ce qui est compris par les données quantitatives présentées. Présentement, il n'existe présentement aucun organisme et aucun programme qui a le mandat de coordonner les services pour nos familles, et pourtant, le domaine lui-même obtient un score médiocre. L'évaluation relativement élevée est un résultat direct du dévouement des fournisseurs de services et des programmes qui reconnaissent ce manque au sein du système et, par conséquent, tente de leur mieux d'offrir ce service. Toutefois, puisque les programmes et organismes ne sont pas financés pour offrir des services de gestion de cas, ils doivent le faire à des frais imposés aux services qu'ils devraient offrir, ce qui résulte en un service dilué, ou moins de temps consacré à la prestation du programme prévu. De plus, le manque de services de gestion de cas est lié aux difficultés vécues par les familles lorsqu'elles tentent d'accéder à des services ou naviguer entre services au sein du système. Par conséquent, Le manque de services de gestion de cas est évident, et son impact nécessitera une exploration plus approfondie au fil du temps. Les deux citations ci-dessous de la part de familles peuvent peut-être expliquer le mieux cet impact.
- « Cela été un parcours difficile. J'ai dû comprendre le système sans aide. Personne ne m'a offert d'explications, alors j'ai dû faire mes propres recherches (mère) ».
 - « En Alberta, il y avait des services complets, mais en Ontario, ma mère a dû communiquer avec la SAE pour déterminer quels services étaient offerts (jeune de 16 ans) ».
2. **La sensibilisation et la compétence culturelles** – portent sur la capacité non seulement d'être au courant des différences culturelles, mais également d'être

sensible et réceptif à ces besoins pour toutes les personnes et tous les organismes qui participent aux soins d'une famille respectueuse (voir la description ci-dessous). De plus, il existe des obstacles additionnels qui empêchent nos systèmes d'offrir des services culturellement compétents, comme le recrutement, l'approche et les programmes fondés sur des données probantes qui sont considérés culturellement compétents. Par conséquent, notre système devra travailler de façon cohérente afin d'améliorer notre capacité d'offrir des services qui sont culturellement compétents.

- « Nous n'avons jamais même parlé de cela (jeune de 16 ans) ».

D. Besoins en matière de formation

1. Planification fondée sur les forces et établissement des buts – Bien que notre système ait excellé dans le domaine de l'identification des forces, il n'a pas été en mesure d'utiliser efficacement ces renseignements pour l'établissement des buts ou la planification des services avec la famille. Dans le but d'aller au-delà de l'étape de l'identification, nos fournisseurs de services auront besoin d'une formation dans ce domaine.
2. Compétence culturelle – quand ce domaine est examiné dans son ensemble, il reçoit également un score dans l'écart moyen. Ce n'est que lorsque le domaine est éclaté que les besoins en matière de formation peuvent être cernés. Notre système connaît bien les questions et dynamiques culturelles au niveau de la planification. Toutefois, une formation est requise afin d'équiper efficacement les fournisseurs de services, leur permettant d'utiliser ces renseignements dans le cadre de leur travail pour passer au-delà de la sensibilisation à une pratique sensible, réceptive et, par conséquent, culturellement compétent.

Prochaines étapes

A. EPSDS

- L'engagement communautaire pour l'usage continu de l'EPSDS comme outil d'évaluation du système.
- Former des analystes additionnels dans le but de soutenir l'usage de l'outil au fil du temps et de répondre aux demandes des autres organismes communautaires qui aimeraient participer.

B. Répercussions sur le système

- Élargir la population ciblée dans le but d'augmenter l'étendue et la profondeur des données, améliorant par conséquent la validité des résultats systémiques.
- Appuyer l'Usage de l'outil comme mesure d'assurance et d'amélioration de la qualité au niveau de l'organisme.

- Engager le Réseau de santé mentale pour l'enfance et la jeunesse dans un exercice de valeurs qui serviraient de fondation pour les décisions futures du système et qui évalueraient la congruence avec l'EPSDS.
- Entreprendre un exercice de mappage dans le but de déterminer la disponibilité des services sur un continuum, et de cerner les lacunes de service.
- Adopter une théorie de changement et un modèle logique pour notre communauté de santé mentale dans le but d'aider le RSMEJ dans toute décision future du système.
- Élaborer un groupe de travail relevant du RSMEJ pour jeter les bases d'un plan de travail qui appuieraient l'élaboration de la théorie du changement et le plan de travail. Le mandat du groupe de travail pourrait être défini comme suit :

Le groupe de travail élaborera une théorie du changement et un modèle logique qui comprend la détermination du contexte de la population, les stratégies/actions proposées et l'expression des résultats souhaités dans le but d'appuyer un cadre communautaire pour une transformation future du système. L'élaboration de la théorie du changement et les modèles logiques seraient congruents avec la vision, les valeurs et les principes déterminés par le RSMEJ CYMHN et comprendraient toute consultation communautaire requise. De plus, le groupe de travail relèverait du RSMEJ et fonctionnerait sous sa direction.

- Faire de demandes de subvention par l'intermédiaire du Centre d'excellence dans le but d'appuyer davantage les activités susmentionnées et de garantir la plus grande participation communautaire possible.

Conclusion

Ce projet est un excellent exemple de partenariat communautaire, de collaboration et de partage de ressources pour travailler vers l'amélioration du système de santé mentale pour l'enfance et la jeunesse d'Ottawa. L'équipe d'examen espère que l'EPSDS continuera d'être considérée comme un atout au système tout en étant un catalyseur pour les changements futurs au système. L'usage de l'EPSDS et les recommandations qui découlent de ce rapport ont fourni à notre communauté une carte routière vers une « communauté de pratique » et devraient être perçus comme un modèle de collaboration efficace et un chef de file dans la transformation. La volonté de notre communauté de s'examiner honnêtement dans le but ultime d'améliorer la qualité de vie globale des enfants/jeunes et des familles que nous desservons est ce qui fait d'Ottawa une communauté exceptionnelle.

Annexe A : Répartition des membres du Comité

Comités de gouvernance :

1. Comité d'organisation mixte :

Centre psychosocial, Société d'aide à l'enfance d'Ottawa, Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario, Centre pour enfants Crossroads, ministère des services sociaux et communautaires– ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, Accès coordonné et orientation aux services pour enfants d'Ottawa, Centre de traitement pour enfants d'Ottawa, Centre Roberts/Smart, Rotary Home, Coordination des services et Bureau des services à la jeunesse

2. Groupe du RSMEJ :

Centre Bethany Hope, Centre psychosociale, Société d'aide à l'enfance, Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario, Centre pour enfants Crossroads, Services pour jeunes contrevenants de l'Est de l'Ontario, Logement Emily Murphy, Écoles McHugh, ministère des services sociaux et communautaires–, Rideauwood, Centre Roberts/Smart Centre, St. Mary's, Bureau des services à la jeunesse, Centre Youville.