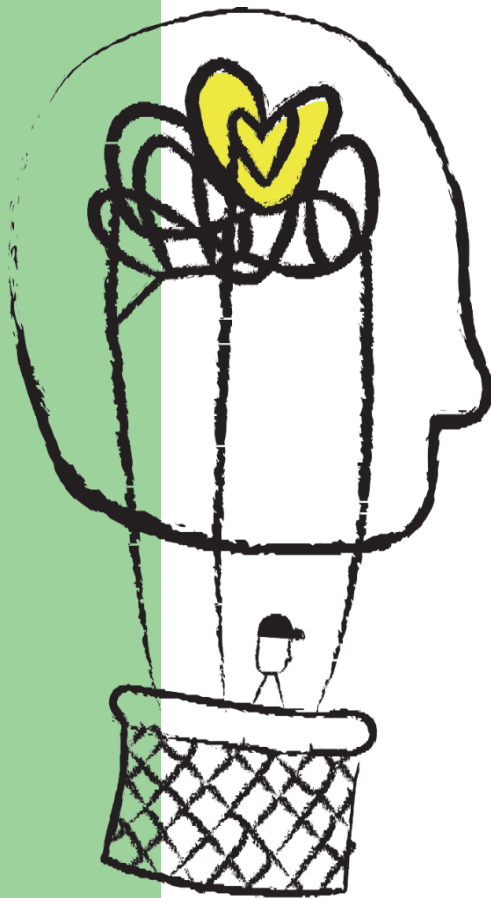




Centre RBC
d'expertise universitaire
en santé mentale

Accompagnement et évaluation de l'implantation et des retombées des sites Aire ouverte en Estrie (rapport d'évaluation de la phase I)



Sous la direction de : Julie Lane Ph. D., M.A.,
Professeure spécialisée en transfert des
connaissances et implantation de programmes
probants et Directrice du Centre RBC
d'expertise universitaire en santé mentale

Date : 22 décembre 2022



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Remerciements

Les personnes ayant contribué à la réalisation de ce rapport d'*Accompagnement et évaluation de l'implantation et des retombées des sites Aire ouverte en Estrie* sont nombreuses. Nous souhaitons particulièrement remercier Mélanie Gélinas, Anie Lacroix et leur équipe pour leur contribution au présent rapport ainsi que l'ensemble des participants à l'évaluation pour leur intérêt, disponibilité et générosité. Un merci tout spécial aux jeunes des comités qui ont influencé ce rapport de plus d'une manière.

Ce projet d'accompagnement et d'évaluation a été financé par le CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Liste des auteurs du rapport et membres de l'équipe de recherche

Noms	Titre et organisations
François Lauzier-Jobin, PhD, co-chercheur, coordonnateur	Candidat au doctorat en psychologie communautaire, Université du Québec à Montréal, PhD; M.Serv.Soc.; Professionnel de recherche au Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale
Julie Lane, PhD, chercheuse principale	Professeure adjointe spécialisée en transfert des connaissances et implantation de programmes probants et Directrice du Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke; Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux de l'Estrie (IUPLSSS); Centre de recherche sur le vieillissement; Équipe RENARD
Pasquale Roberge, Ph.D., co-chercheuse principale	Professeure régulière titulaire, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke; Directrice de l'Axe Santé: Populations, organisation, pratiques du Centre de recherche du CHUS; IUPLSSS
Martine Shareck, PhD, co-chercheuse	Professeure adjointe, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke; Centre de recherche du CHUS; IUPLSSS
Anne-Marie Tougas, PhD, co-chercheuse	Professeure agrégée, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke; Groupe de recherche et d'intervention sur les adaptations sociales de l'enfance (GRISE); IUPLSSS
Paul Morin, PhD, co-chercheur	Professeur titulaire, École de travail social, Université de Sherbrooke; IUPLSSS
Chantal Camden, PhD, co-chercheuse	Professeure agrégée, École de réadaptation, Université de Sherbrooke; IUPLSSS; Centre de recherche du CHUS
Patrick Gosselin, co-chercheur	Professeur titulaire, Département de psychologie, Université de Sherbrooke; IUPLSSS
Mélanie Gélinas	Chargée de Projet Aire ouverte Estrie, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Anie Lacroix	Spécialiste en activités cliniques, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Annick Maltais	Professionnelle de recherche au Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale

Approbation du comité éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie – CHUS : Projet #2022-4300 - Aire_ouverte

Résumé

CONTEXTE

L'adolescence est une période cruciale pour le développement et l'acquisition de ressources physiques, cognitives, émotionnelles, sociales et économiques. La jeunesse (12-25 ans) est une période de grande vulnérabilité, notamment pour l'émergence de problèmes de santé mentale. Il s'agit d'une période critique où une intervention précoce peut prévenir les répercussions négatives ou le développement d'une trajectoire de vie affectée par ces problématiques. Une intervention rapide et précoce est essentielle pour prévenir les conséquences négatives, éviter des répercussions à long terme et favoriser l'intégration sociale et le développement du plein potentiel des jeunes (OMS, 2005). Ces facteurs jumelés aux problèmes d'accès aux services justifient le déploiement de services d'intervention précoces, accessibles et adaptés aux besoins et préférences des jeunes. Les services intégrés pour les jeunes présentent une avenue de choix pour répondre à cette constellation de problèmes complexes et interreliés ainsi que les problèmes de fragmentation et d'accès des services (Halsall et al., 2019; Hetrick et al., 2017).

Le développement des sites Aire ouverte s'inscrit dans une initiative du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui vise à s'inspirer des initiatives internationales services intégrés pour mieux répondre aux besoins des jeunes (12-25 ans). Trois sites initiaux Aire ouverte ont été mis sur pied au Québec dès 2018 dans la cadre de projets de démonstration. Par la suite, le MSSS a élargi ces efforts à quatre nouveaux sites, dont le site Aire ouverte – Estrie. Un déploiement dans 18 nouveaux sites complète ces efforts depuis janvier 2021. .

OBJECTIFS

L'objectif principal de l'ensemble de la recherche évaluative est d'accompagner et évaluer la mise en place et les retombées du site Aire ouverte – Estrie. Pour la Phase I, la question principale de recherche est : 1) Comment s'articulent la conception et la mise en place du site Aire ouverte – Estrie? Les questions secondaires sont :

- A. Qui sont les parties prenantes du site Aire ouverte – Estrie?
- B. Quelles stratégies ont été mises en place pour faciliter la conception et l'implantation du site Aire ouverte – Estrie ainsi que la prise en considération des besoins des jeunes et de leurs parents ?
- C. Quelle est la vision de la santé globale des jeunes? Quels sont les facteurs influençant la santé des jeunes? Quelle est le rôle des relations interpersonnelles dans la santé des jeunes?
- D. Quel est le modèle logique des interventions du site Aire ouverte – Estrie?

MÉTHODES

L'approche développementale de Patton (2005; 2011) est indiquée pour accompagner et évaluer les innovations sociales comme le site Aire ouverte – Estrie. La présente recherche évaluative mise sur la triangulation des sources de données. Premièrement, une collecte et **analyse documentaire** a été effectuée incluant les différents documents produits par les acteurs du site Aire ouverte – Estrie ainsi que par le MSSS. Deuxièmement, une **observation participante** a été effectuée. Grâce à une grille d'observation, une prise de note a été effectuée par chaque membre de l'équipe de recherche participant à une rencontre d'un des comités du site Aire ouverte – Estrie. Troisièmement, des **entrevues individuelles et en groupe** ont été effectuées. D'abord, des entrevues individuelles ont eu lieu avec des partenaires : partenaires internes au CIUSSS-de-l'Estrie-CHUS (2), des partenaires du privé (2), du public (2) et du communautaire (2). Ensuite, trois entrevues de groupe ont été effectuées avec l'équipe d'intervention du site Aire ouverte – Estrie. Cinq entrevues ont été effectuées des parents de jeunes de 12 à 25 ans. Quatrièmement, deux groupes de jeunes ont participé à un projet de **Photovoice** : une méthode de recherche-action participative combinant la photographie et la discussion en groupe (20 rencontres au total).

FAITS SAILLANTS

De nombreux acteurs ont été impliqués dans le déploiement du site AO – Estrie : les partenaires, les jeunes, l'équipe d'intervention et l'équipe de recherche. Notamment, une grande quantité de partenaires internes et externes sont impliqués. AO – Estrie est devenu un espace de partenariat pour les organismes impliqués. La consolidation de ces relations de partenariats demande un changement de pratique qui est déjà en partie entamé par AO – Estrie.

Concernant la composition de l'équipe d'intervention, les résultats montrent une grande diversité notamment en termes d'expériences et de professions (psychoéducatrices, travailleuses sociales, sexologue, nutritionnistes, kinésiologue et infirmière).

Par ailleurs, différentes stratégies ont été mises en place pour la conception et l'implantation du site Aire ouverte – Estrie : la mise sur pied et le maintien du comité clinique et des partenaires, la mise sur pied des comités de jeunes, l'apport des partenaires dans la semaine de formation et, dernièrement, l'arrivée du cadre ministériel. Les sites Aire ouverte visent à la fois l'ensemble des jeunes, mais visent particulièrement certains jeunes en situation de vulnérabilité.

La recherche a permis de prendre en compte la vision des jeunes quant à leurs expériences de services, leurs besoins et leur vision des services intégrés pour les jeunes.

En croisant la perspective des jeunes, des parents et des partenaires, une modélisation des pratiques a été suggérée qui comprend cinq grandes stratégies d'intervention auprès des jeunes : transmission générale d'information, le reaching out (démarchage) et de proximité, l'accueil humain et empathique, l'intervention court terme et l'accompagnement et la référence.

Référence suggérée : Lauzier-Jobin, F., Lane, J., Roberge, P., Shareck, M., Tougas, A.-M., Morin, P., Camden, C., Gosselin, P., Gélinas, M., Lacroix, A. et A. Maltais. (2022). *Accompagnement et évaluation de l'implantation et des retombées des sites Aire ouverte en Estrie (rapport d'évaluation de la phase I)*. Publication du Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale. Sherbrooke, QC : Université de Sherbrooke.

Table des matières

Remerciements.....	i
Résumé.....	ii
Table des matières.....	iv
Liste des abréviations.....	vi
1. Introduction.....	1
2. Problématique.....	2
2.1 Problèmes de santé mentale et de santé globale chez les jeunes.....	2
2.2 Utilisation des services par les jeunes.....	3
2.3 Services intégrés pour les jeunes : les sites Aire Ouverte.....	4
2.4 Site Aire ouverte en Estrie.....	6
2.5 La présente recherche évaluative.....	7
3. Méthodes.....	8
3.1 Objectif et questions de recherche.....	8
3.2 Approches : Évaluation développementale participative.....	9
3.3 Cadres conceptuels.....	10
3.4 Collecte des données de la Phase I.....	11
3.5 Recrutement des participants et critères de sélection de la Phase I.....	13
3.6 Gestion et analyse des données de la Phase I.....	14
3.7 Considérations éthiques.....	15
4. Résultats.....	16
4.1 Rôles et partenariat entre les parties prenantes du site Aire ouverte – Estrie.....	16
4.1.1 Les partenaires internes et externes.....	17
4.1.2 Implications des jeunes comme partenaires.....	26
4.1.3 L’accompagnement de l’équipe de recherche.....	27
4.1.4 L’équipe d’intervention.....	29
4.1.5 Clientèles ciblées.....	30
4.2 Vision des jeunes et de leur santé globale.....	31
4.2.1 La santé globale selon les jeunes.....	31
4.2.2 La santé globale des jeunes selon les parents et intervenants.....	33

4.2.3 Facteurs influençant la santé des jeunes	34
4.2.4 Relations interpersonnelles du jeune	41
4.3 Conception des services pour les jeunes	47
4.3.1 Utilisation des services actuels	47
4.3.2 Problèmes avec les services actuels selon les jeunes	48
4.3.3 Problèmes avec les services actuels selon les parents.....	49
4.3.4 Caractéristiques souhaitées du site Aire ouverte – Estrie.....	50
4.3.5 Modèle logique du site Aire ouverte Estrie.....	52
4.3.6 Climat d’implantation du site Aire ouverte – Estrie	57
5. Discussion.....	59
5.1 Un partenariat solide à maintenir vivant	59
5.2 Une offre de services qui répond aux besoins des jeunes, particulièrement ceux en situation de vulnérabilité	61
5.3 Une prise en compte des besoins et de la vision des jeunes.....	62
5.4 Lever les barrières internes et externes d’accès aux services	63
5.5 Une équipe diversifiée et le rôle crucial de la chargée de projet	64
5.6 Facteurs liés à l’implantation d’une innovation : des leviers à activer	65
5.7 Forces et limites de la recherche	65
6. Conclusion	67
Liste des références	68
Annexes.....	76

Liste des abréviations

CFIR	<i>Consolidated Framework for Implementation Research</i>
CIUSSS de l'Estrie – CHUS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – CHUS
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
CRCHUS	Centre de recherche du CHUS
DPJe	Direction du programme jeunesse
EQSJS	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux de l'Université de Sherbrooke
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé

1. Introduction

Les sites Aire ouverte sont des services intégrés visant à répondre aux besoins de santé globale des jeunes de 12 à 25 ans. Le développement et l'implantation du site Aire ouverte – Estrie ont été planifiés par la Direction du programme jeunesse (DPJe) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – CHUS (CIUSSS de l'Estrie – CHUS). Le développement du site Aire ouverte – Estrie s'inscrit dans une initiative du Ministère de la Santé et des Services sociaux qui s'inspire du modèle australien *headspace* pour mieux répondre aux besoins des jeunes. Lancé en 2006 en réponse à l'incidence et à la prévalence élevées des problèmes de santé mentale chez les jeunes, *headspace* offre des services intégrés répondant aux besoins des jeunes en matière de santé mentale, de santé physique, de consommation d'alcool et autres drogues ou de soutien pour les études et le travail. Fort d'un réseau national de 110 centres dispersés dans les régions métropolitaines, régionales et rurales et impliquant une grande variété de professionnels, ces cliniques ont été consultées en 2018-2019 par 99 892 jeunes et 426 135 services leur ont été dispensés, dont près de 75% pour la santé mentale (*headspace*, 2019). À l'instar de *headspace*, de nombreuses innovations ont été déployées au Canada et dans d'autres pays pour améliorer la santé mentale des jeunes (Hetrick et al., 2017). Ces initiatives peuvent servir d'inspiration pour la conception du site Aire ouverte – Estrie ainsi que son évaluation.

Une équipe de chercheurs de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux de l'Université de Sherbrooke (IUPLSSS), du Centre de recherche du CHUS (CRCHUS) et du Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale a été formée afin d'accompagner la DPJe et ses partenaires dans le développement et l'implantation du site Aire ouverte – Estrie. Dans une approche d'évaluation développementale participative, cette équipe est impliquée dans les phases de conception, d'implantation et d'évaluation de cette innovation afin de soutenir un processus d'amélioration continue appuyé sur des données de recherche. Nous avons proposé un protocole de recherche évaluative permettant de soutenir le déploiement de la première phase de trois phases d'évaluation du site Aire ouverte – Estrie. De nouvelles demandes sont prévues afin que l'équipe de recherche puisse compléter ce mandat et qu'elle soit une partenaire durable dans l'implantation de cette innovation au cours des cinq prochaines années. Une particularité de la première phase (présentée ici) est de se dérouler dans un contexte de pandémie de la COVID-19. Cette pandémie a affecté à la fois les services offerts par le site Aire ouverte – Estrie, mais également le processus d'implantation et les modalités d'évaluation, notamment en ce qui a trait aux modalités participatives.

2. Problématique

2.1 Problèmes de santé mentale et de santé globale chez les jeunes

La jeunesse est une période cruciale pour le développement et l'acquisition de ressources physiques, cognitives, émotionnelles, sociales et économiques. Il s'agit d'une période de grande vulnérabilité, notamment pour l'émergence de problèmes de santé mentale. La moitié des troubles de santé mentale se manifestent avant 14 ans, 75% avant 24 ans (Kessler et al., 2005) et les signes avant-coureurs peuvent se manifester encore plus tôt (Fusar-Poli, 2019). De plus, dans les dernières années, on assiste à une augmentation des cas diagnostiqués de troubles dépressifs et de troubles anxieux (INSPQ, 2019; Wiens et al., 2020).

En Estrie, la prévalence de la détresse psychologique chez les jeunes est en hausse dans les dernières années. Selon les résultats de la deuxième édition de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS; CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2018), 28,7% des adolescents ont rapporté vivre un niveau de détresse élevé en 2016-2017, comparé à 20,6% en 2010-2011. De plus, la proportion de jeunes ayant reçu un diagnostic d'anxiété est désormais de 18,5% alors qu'il était de 9,1% en 2010-2011. La proportion ayant un diagnostic de dépression est demeurée stable à 5,6%. La situation ne s'est guère améliorée dans la dernière année : l'Enquête sur la santé psychologique des 12-25 ans révèlent que, 41,6% des jeunes estriens rapportent des symptômes d'anxiété ou de dépression modérés à sévères et 28,1% avoir eu des idées noires dans les deux dernières semaines (Bergeron et al., 2022).

Ces problèmes de santé mentale ont de nombreuses conséquences psychologiques, sociales et économiques (Gibb et al., 2010; Malla et al., 2020; Whiteford et al., 2013; Yung, 2016). Ils sont reliés à des problèmes au niveau vocationnel, économique et de la qualité de vie (Fusar-Poli, 2019; Gibb et al., 2010). Les troubles de santé mentale représentent le plus grand fardeau lié à la maladie pour ce groupe d'âge (OMS, 2014; Whiteford et al., 2013).

Au-delà des troubles de santé mentale, cet âge¹ est une période-clé pour de nombreuses dimensions de leur santé globale : santé physique, sexuelle et psychosociale (incluant leurs relations interpersonnelles, l'éducation, l'employabilité, etc.). Par exemple, au niveau de la consommation de substances, les jeunes de moins de 24 ans « représentent le groupe le plus susceptible de consommer de façon excessive [de l'alcool]. Ce groupe, en pleine période de transition entre la poursuite des études ou l'arrivée sur le marché du travail, devrait être visé en priorité par les interventions de prévention » (INSPQ, 2015a, p.16). De plus, bien que la situation s'améliore, « la majorité des fumeurs adultes s'initient à l'usage de la cigarette durant l'adolescence » (INSPQ, 2015b, p.1). La consommation de substances psychoactives comporte de nombreuses conséquences sur la santé physique, mentale et psychosociale (INSPQ, 2010). Autre exemple, l'utilisation des écrans, dont le temps excessif, aurait différents impacts sur la santé physique et mentale des jeunes, notamment sur les sentiments dépressifs et anxieux (INSPQ, 2020; Société canadienne de pédiatrie, 2019). Les jeunes présentant des troubles de santé

¹ À moins d'indication contraire, la jeunesse dans ce texte réfère aux jeunes de 12 à 25 ans bien que nous reconnaissons les limites de la délimitation arbitraire de celle-ci.

mentale présenteraient aussi davantage de comportements à risque (Carney et al., 2016; Hetrick et al., 2017; Yung, 2016).

La jeunesse, notamment le passage à l'âge adulte, représente une étape cruciale dans la trajectoire développementale (Halsall et al., 2019) : les transitions qui y prennent place représentent différents défis et peuvent impacter la santé mentale (INSPQ, 2017). De l'autre côté, la jeunesse est aussi une période-clé pour la mise en place de comportements promoteurs de santé qui peuvent être développés grâce aux services en santé mentale (Yung, 2016). Les habitudes, les stratégies et les comportements de santé instaurés à cet âge tendent à perdurer dans le temps (Hetrick et al., 2017). Il est important de considérer aussi la jeunesse quant à son potentiel de développement positif, d'initiative, de créativité et de contribution sociale.

De plus, alors que la documentation grise et scientifique met l'accent sur la dimension positive de la santé mentale (MSSS, 2015; INSPQ, 2017, 2019), ces aspects demeurent trop peu explorés chez les jeunes comparativement à la dimension négative (Hall et al., 2016; Rayner et al., 2018; Ward, 2014). La dimension positive de la santé mentale inclut le bien-être psychologique, la satisfaction de vie, le sens à la vie et le rétablissement. La dimension négative présente un continuum incluant à la détresse psychologique, les signes avant-coureurs et les symptômes psychiatriques. La santé mentale positive est inversement liée aux troubles de santé mentale; il s'agit donc de dimensions distinctes, mais complémentaires (Knoll et MacLennan, 2017; Provencher et Keyes, 2011).

2.2 Utilisation des services par les jeunes

En dépit des fortes prévalences de problèmes de santé mentale et des comportements à risque, les jeunes de moins de 25 ans sont moins susceptibles que les autres groupes d'âge d'avoir recours aux services pour la santé physique ou mentale (Manion, 2010; Rickwood et al., 2007). Selon les recherches internationales, seul le tiers des jeunes présentant des niveaux importants de symptômes anxieux et dépressifs demanderait de l'aide professionnelle (Gulliver et al., 2010). Cet écart entre les besoins et le traitement (*treatment gap*) serait encore plus prononcé pour les garçons, les jeunes autochtones et ceux issus de l'immigration (Rickwood et al., 2007).

Différentes raisons expliqueraient cette sous-utilisation des services (Barker et al., 2005; Gulliver et al., 2010; Hetrick et al., 2017; Rickwood et al., 2007, 2015; Yung, 2016) : certains propres aux jeunes (barrières internes) et d'autres à leur environnement (barrières structurelles). Les principales barrières internes seraient la littératie en santé mentale (moindres connaissances en santé mentale et sur les compétences émotionnelles), la stigmatisation, l'embarras face à la santé mentale et une volonté d'autosuffisance. Au niveau des barrières externes, il y aurait la présence d'un système de soutien formel et informel inadéquat, les problèmes d'accessibilité aux services, les coûts, les procédures administratives dont les nombreuses évaluations et les enjeux liés à la confidentialité. De l'autre côté, les facilitateurs sont moins connus et moins étudiés, mais ils comprendraient : avoir eu des expériences de soins positives, avoir déjà une relation thérapeutique avec un professionnel, la qualité du soutien social et recevoir des encouragements à recevoir de l'aide de la part des proches (Gulliver et al., 2010; Rickwood et al., 2015).

Le cheminement des jeunes vers les soins en santé mentale est complexe et implique l'influence de différents acteurs (MacDonald et al., 2018; Rickwood et al., 2015). Ce cheminement varierait

aussi en fonction de l'âge du jeune, de son sexe et de la modalité des services (en personne ou en ligne) (MacDonald et al., 2018; Rickwood et al., 2015). De plus, les services, notamment ceux de santé mentale, ont été critiqués comme n'étant pas adaptés aux jeunes et à leur réalité (Hetrick et al., 2017; Patton et al., 2016; OMS, 2014). Enfin, malgré un besoin de continuité des soins, la transition entre différents services apporte également des risques et défis supplémentaires. La transition des services pédiatriques vers les services pour adultes à 18 ans (Rickwood et al., 2019). Comme le souligne McGorry : « L'apparition et la charge des troubles mentaux chez les jeunes font que la faiblesse et la discontinuité maximales du système surviennent au moment où il devrait être le plus fort » (2007, p.553, *traduction libre*).

En résumé, la jeunesse est une période-clé où émergent différentes problématiques. Il s'agit d'une période critique où une intervention précoce peut prévenir les répercussions négatives ou le développement d'une trajectoire de vie affectée par ces problématiques. Une intervention rapide et précoce est essentielle pour prévenir les conséquences négatives, éviter des répercussions à long terme et favoriser l'intégration sociale et le développement du plein potentiel des jeunes (OMS, 2005). Ces facteurs jumelés aux problèmes d'accès aux services justifient le déploiement de services d'interventions précoces, accessibles et adaptés aux besoins et préférences des jeunes. Comme le souligne l'OMS (2005, p.xi) : « des interventions efficaces réduisent le poids des troubles mentaux pour l'individu et la famille et amoindrissent les coûts que supportent les systèmes de santé et les communautés ». Les services intégrés pour les jeunes présentent une avenue de choix pour répondre à cette constellation de problèmes complexes et interreliés ainsi que les problèmes de fragmentation et d'accès des services (Halsall et al., 2019; Hetrick et al., 2017).

2.3 Services intégrés pour les jeunes : les sites Aire Ouverte

Les services comme Aire ouverte – Estrie et *headspace* s'inscrivent dans la famille des services intégrés pour les jeunes. Les services intégrés pour les jeunes (*integrated youth services*) sont des services de première ligne qui regroupent des services de santé mentale, physique et sociale et les intègrent autour des besoins des jeunes (Halsall et al., 2019; Hetrick et al., 2017; Malla et al., 2020). Des principes et caractéristiques-clés ont été identifiés pour les services intégrés pour les jeunes sur la scène internationale (Hetrick et al., 2017; Settipani et al., 2019) :

- Les services doivent être accessibles en termes de localisation géographique, d'heures d'ouverture et de coût. Ils doivent aussi fournir une réponse rapide.
- Les services doivent être centrés sur les jeunes en offrant des soins complets, adaptés à leur âge et dans une approche holistique.
- L'environnement doit être sécuritaire et adapté aux jeunes (par exemple, être informel, non visiblement clinique et non stigmatisant). Les services doivent être confidentiels et garantir le respect de la vie privée.
- La participation des jeunes (et de leur famille) est préconisée pour la planification, la prestation et l'évaluation des services.
- Une approche collaborative avec les partenaires est préconisée.
- Les services doivent être soutenus empiriquement, appuyés sur les meilleures pratiques. Une évaluation continue des services est recommandée.

Les services intégrés peuvent être réalisés selon différents modèles de prestation de services (Hetrick et al., 2017) et ils ont été implantés dans différents pays. Les différents modèles tendent à inclure une clinique physique (*drop-in clinic*), un pendant numérique, des services individuels et des groupes pour les jeunes ainsi que des services pour les parents. Par contre, il n'existe pas un modèle de prestation de services faisant consensus comme étant la meilleure pratique organisationnelle (Fusar-Poli, 2019; Mei et al., 2020). De nombreux écrits mettent l'accent sur l'importance de l'adaptation de ces modèles au contexte local (p. ex., Hetrick et al., 2017). Souvent en s'inspirant de *headspace* en Australie (Rickwood et al., 2019), différents modèles se développent ailleurs, tels que les modèles Headstrong et Jigsaw présents dans dix communautés en Irlande, ou encore Youthspace au Royaume-Uni (McGorry et Mei, 2018). Plus près d'ici, le gouvernement de la Colombie-Britannique a cofinancé la création de Foundry (foundrybc.ca), un réseau provincial de centres de services intégrés pour les jeunes offrant une diversité de services se déclinant en plusieurs modalités et programmes (Salmon et al., 2018).

Malgré que les données sur l'efficacité des services intégrés s'accumulent notamment par rapport à la santé mentale (p. ex., Hetrick et al., 2017; Hilferty et al. 2015; Rickwood et al., 2015), il demeure certaines zones d'ombre qui méritent plus d'attention. Premièrement, au-delà du modèle d'organisation des services, certaines pratiques cliniques sont nommées comme étant importantes dans ces services sans que leur articulation concrète ne soit explicitée : soins par étapes, entretien motivationnel, thérapie centrée sur les solutions, approche par les forces ainsi que l'établissement de trajectoires de services et de références aux partenaires (Halsall et al., 2019; Hetrick et al., 2017; Settiani et al., 2019). Dans les cliniques *headspace* en Australie, Rickwood et collaborateurs (2015) ont montré que l'intervention la plus fréquemment reçue est la thérapie cognitive comportementale.

Deuxièmement, un consensus existe sur l'implication centrale des jeunes (Halsall et al., 2019; Hawke et al., 2019; Hetrick et al., 2017). Il s'avère cependant nécessaire de documenter l'effet de leur participation à l'implantation de ces services (Halsall et al., 2019). De plus, malgré ce consensus pour l'implication des jeunes, un flou demeure quant à la place des autres parties prenantes, comme les familles et les partenaires (Halsall et al., 2019; Settiani et al., 2019).

Par ailleurs, vu la nature de ces services, dont sa dimension participative et collaborative, l'adaptation à son contexte est primordiale pour optimiser son efficacité. Il est nécessaire de documenter la manière dont le service doit être adapté dans un contexte local unique. Notamment, des auteurs soulignent l'importance d'une meilleure description du programme et l'identification de ses composantes essentielles (Halsall et al., 2019; Hetrick et al., 2017). Selon Hetrick et collaborateurs (2017), les « approches traditionnelles d'évaluation » risquent de ne pas convenir à la réalité et la philosophie des services intégrés pour les jeunes. Nous dirions plutôt qu'il est nécessaire de se doter d'une méthodologie appropriée à l'objet d'étude (ce que Chen (2015) nomme les stades de vie du programme). Nous croyons que le niveau de déploiement d'Aire ouverte – Estrie appelle à un type d'évaluation, soit une évaluation d'implantation plutôt qu'une évaluation des effets basée sur un devis expérimental. Enfin, il importe de documenter comment se conjugue la dimension participative avec les jeunes et les partenaires participant à la co-construction de l'offre de services et la nécessité que les approches cliniques au cœur des services soient ceux qui sont réputées efficaces.

2.4 Site Aire ouverte en Estrie

Le développement des sites à Aire ouverte s’inscrit dans une initiative du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui vise à s’inspirer du modèle australien *headspace* pour mieux répondre aux besoins des jeunes. De nombreux services intégrés pour les jeunes ont été déployés au Canada et dans d’autres pays : *headspace* en Australie, *Jigsaw* en Irlande, *Foundry* au Canada, *ACCESS Open Minds* au Canada, etc. (Hetrick et al., 2017). S’inscrivant dans cette mouvance internationale, trois sites initiaux Aire ouverte ont été mis sur pied au Québec dès 2018 dans le cadre de projets de démonstration (Laval, Nord-de-l’Île-de-Montréal et Sept-Îles) en partenariat avec la Fondation Graham Boeckh. Par la suite, le MSSS a élargi ces efforts à quatre nouveaux sites, dont le site Aire ouverte – Estrie. Un déploiement dans 18 nouveaux sites complète ces efforts depuis janvier 2021. En consultation avec les premiers sites, le MSSS a produit différents cadres ministériels qui viennent aiguiller le déploiement des sites Aire ouverte. En décembre 2021, après la collecte de données de la Phase I présentée ici, le MSSS a publié le *Cadre de référence – Aire ouverte* qui « vise à officialiser les composantes et principes de base de ce modèle, tout en conservant son adaptabilité, de manière à ce qu’il puisse être coconstruit avec les jeunes et les partenaires au niveau local et régional » (2021, p.iii). Trois composantes centrales y décrivent le modèle d’Aire ouverte : le réseau de services intégrés pour la jeunesse (RSIJ), l’équipe dédiée et le site. Le cadre de référence détaille aussi la population ciblée, les objectifs d’Aire ouverte, l’offre de services et les principes directeurs. Les cinq principes directeurs guidant le déploiement d’Aire ouverte sont :

- 1) l’accessibilité optimale et la réduction des inégalités sociales de santé (incluant les interventions de démarchages [*outreach*] et le principe toujours à la bonne porte [*no wrong door*]);
- 2) le déploiement pour et avec les jeunes (incluant la pair-aidance);
- 3) la coconstruction et le partenariat (incluant la gouvernance inclusive);
- 4) l’accompagnement flexible et la continuité (incluant l’accompagnement personnalisé, la navigation dans les services et l’orientation sur le rétablissement); ainsi que
- 5) l’approche globale et holistique (incluant la santé positive, miser sur les forces et partir du besoin exprimé par les jeunes).

En termes de gouvernance, le site Aire ouverte – Estrie comprend une équipe d’intervention, un comité clinique et de partenaires, un soutien de l’équipe de recherche, des comités de jeunes et éventuellement un comité de parents. Pour soutenir son déploiement, l’équipe du site Aire ouverte – Estrie est composée depuis septembre 2019 d’une chargée de projet (Mélanie Gélinas, APPR) et d’une travailleuse sociale (à raison d’une journée par semaine). S’est jointe en septembre 2020 une adjointe administrative. L’équipe d’intervention est complétée depuis mai 2021 et est composée d’une spécialiste en activités cliniques, d’une sexologue (3 jours/semaine), de deux nutritionnistes, d’une kinésiologue, d’un psychoéducateur et d’une infirmière. Ensuite, dans une logique de collaboration et de co-construction, le comité clinique et de partenaires se rencontre mensuellement et est composé d’une quarantaine de partenaires internes (services du CIUSSS-de-l’Estrie-CHUS) et externes (organismes communautaires, milieu scolaire, municipal et privés) ainsi que d’une ambassadrice des jeunes et une ambassadrice des parents. Au cours de

la dernière année, des comités de jeunes ont également été formés. Participant au comité clinique et de partenaires, l'équipe de recherche comprend les deux chercheuses principales et deux professionnelles de recherches.

Ainsi, en plus de son rôle d'évaluation, l'équipe de recherche a un rôle d'accompagnement dans la mise en place du site Aire ouverte – Estrie. L'accompagnement prend la forme d'un soutien à la planification des rencontres des comités cliniques, la participation à celles-ci ainsi qu'un soutien à l'appropriation des bonnes pratiques (p. ex., recension des écrits sur l'implication des pairs aidants) et la mise en place d'ateliers pour les parents et les jeunes par les partenaires. De plus, l'équipe de recherche a soutenu une consultation des jeunes et des parents et supporte les activités des comités de jeunes.

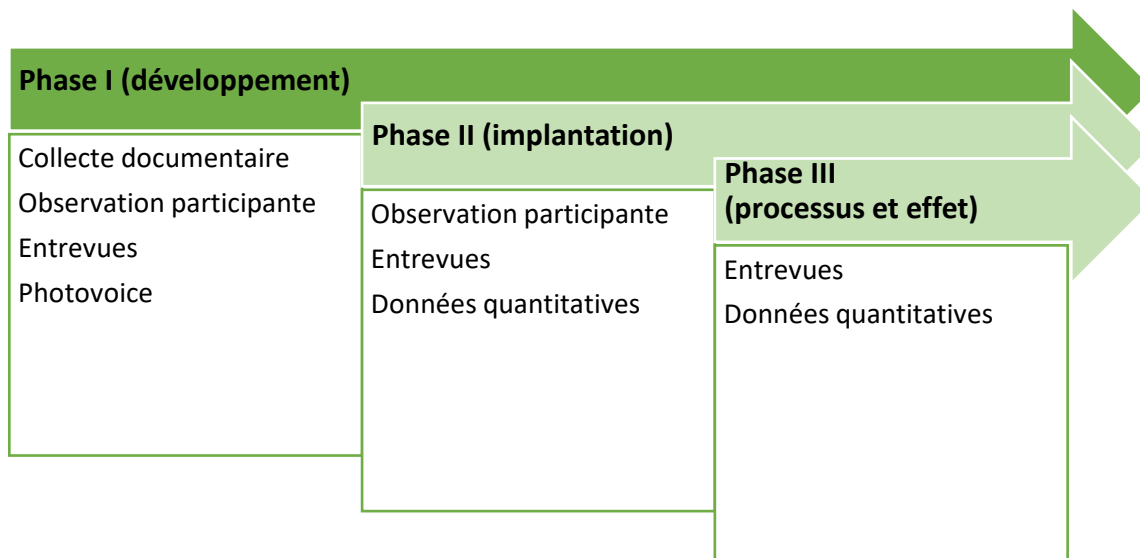
2.5 La présente recherche évaluative

Notre projet de recherche évaluative vise à accompagner et évaluer la mise en place du site Aire ouverte – Estrie. Cette recherche évaluative s'inscrit dans un cadre international, national et local dont il est possible de s'inspirer pour l'implantation des pratiques, mais aussi pour les méthodes de recherche. Ainsi, notre recherche évaluative s'inspire de la méthodologie utilisée par l'évaluation des services intégrés pour les jeunes comme Foundry en Colombie-Britannique (Salmon et al., 2018).

3. Méthodes

La présente recherche évaluative vise à accompagner et évaluer le site Aire ouverte – Estrie en s'appuyant sur l'approche développementale. Il s'agit un devis mixte en trois phases imbriquées (Figure 1). Ces trois phases s'inspirent de la division de Mendell et collaborateurs (2008). Le présent rapport concerne seulement la première phase qui se centre sur le déploiement du site Aire ouverte – Estrie. Dans cette section, l'objectif et les questions de recherche seront d'abord détaillés. Puis, les approches développementale et participative seront présentées. Par la suite, les cadres conceptuels, les modalités de collecte et d'analyse des données seront précisés.

Figure 1 : Trois phases de la recherche générale



3.1 Objectif et questions de recherche

L'objectif principal de l'ensemble de la recherche évaluative est d'accompagner et évaluer la mise en place et les retombées du site Aire ouverte – Estrie. Pour la Phase I, la question principale de recherche est :

1) Comment s'articulent la conception et la mise en place du site Aire ouverte – Estrie?

Les questions secondaires sont :

- A. Qui sont les parties prenantes du site Aire ouverte – Estrie?
- B. Quelles stratégies ont été mises en place pour faciliter la conception et l'implantation du site Aire ouverte – Estrie ainsi que la prise en considération des besoins des jeunes et de leurs parents?
- C. Quelle est la vision de la santé globale des jeunes? Quels sont les facteurs influençant la santé des jeunes? Quelle est le rôle des relations interpersonnelles dans la santé des jeunes?
- D. Quel est le modèle logique des interventions du site Aire ouverte – Estrie?

Étant donnée la nature de l'approche utilisée (prochaine section), les questions de recherche pour les prochaines phases sont appelées à évoluer selon ce que les parties prenantes jugeront pertinent. Pour l'instant, la question préliminaire de la Phase II est : 2) Comment les différentes composantes du site Aire ouverte – Estrie ont-elles été implantées en lien avec le modèle logique initial? Pour l'instant, la question préliminaire de la Phase III est : 3) Quels sont les effets observés chez la clientèle et quels sont les processus permettant d'expliquer ces effets?

3.2 Approches : Évaluation développementale participative

Le programme Aire ouverte – Estrie peut être vu comme une innovation sociale, soit « une modification de ce qui est établi par l'introduction de nouveaux éléments ou de nouvelles formes [p. ex., idées, pratiques, relations] pour permettre la transformation de problèmes sociaux » (Patton, 2011, p.36, *traduction libre*). L'**approche développementale** de Patton (2005; 2011) est tout indiquée pour accompagner et évaluer les innovations sociales. L'évaluation développementale « vise à soutenir en temps réel le développement d'interventions complexes et dynamiques telles que les innovations sociales caractérisées par des effets émergents et imprévisibles » (Rey et al., 2013, p.2). Dans cette approche, l'évaluateur ou l'équipe d'évaluation n'est pas dans un rôle externe au programme (ici, Aire ouverte – Estrie). Au contraire, l'évaluateur est impliqué dans le programme et cherche à développer et améliorer le programme grâce aux questions, aux données de l'évaluation et en outillant ses partenaires (Patton, 2005). Cette approche est particulièrement appropriée pour les programmes complexes qui sont en développement continu, qui doivent s'adapter à de nouveaux contextes et des circonstances changeantes (Patton, 2011).

L'approche développementale est une **évaluation axée sur l'utilisation** (Patton, 2011; Patton et LaBrossière, 2012), ce qui signifie de « concevoir et mener l'évaluation en tenant compte, du début jusqu'à la fin, de son utilisation future » (Patton et LaBrossière, 2012, p.145). Il s'agit donc de mettre l'accent sur l'utilisation potentielle des résultats de la démarche d'évaluation par les utilisateurs. Pour ce faire, une stratégie privilégiée est de s'appuyer sur une approche participative.

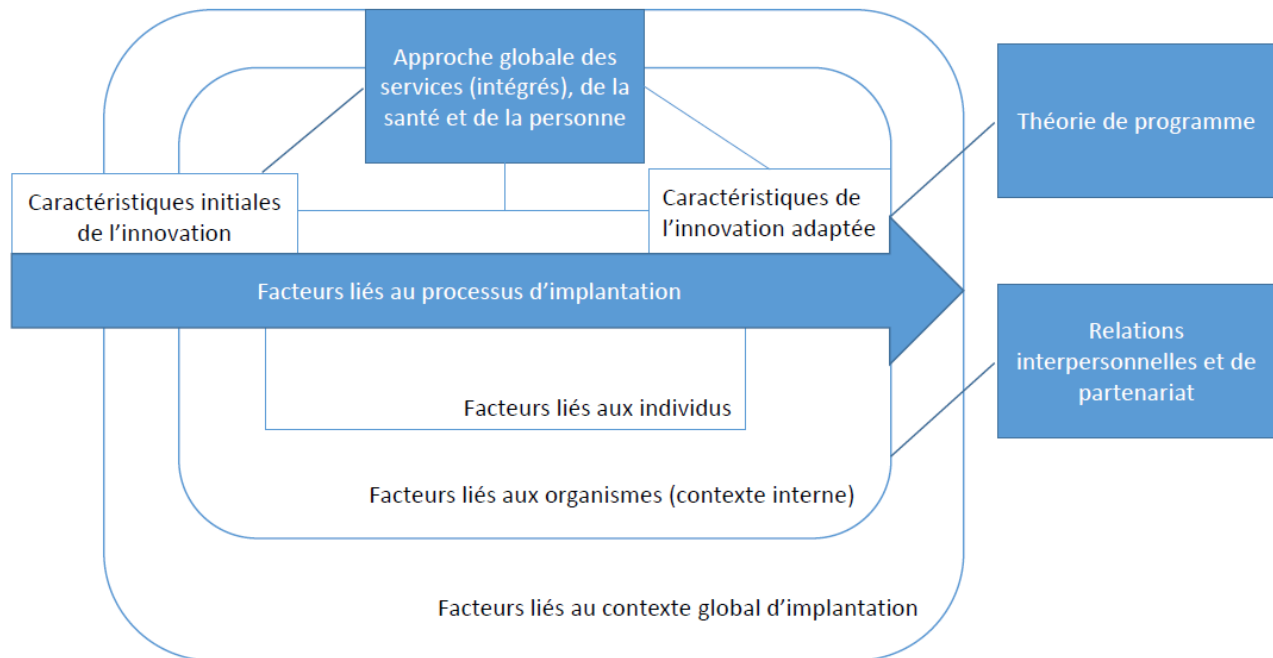
L'**approche participative** implique de travailler de concert avec les acteurs en les impliquant à toutes les étapes de l'évaluation (Zukoski et Luluquisen, 2002; Patton, 2015). Deux questions-clés de l'approche participative sont : qui sont ces acteurs à impliquer et quel sera leur niveau de participation (Lauzier-Jobin, 2017). Quatre catégories de participants seront impliquées de diverses manières (le recrutement et les critères de sélection sont présentés à la section 3.5) : 1) les membres du comité clinique et de partenaires; 2) les membres de l'équipe d'intervention; 3) les jeunes des deux comités de jeunes (agissant à la fois comme pairs-chercheurs et participants; 4) un groupe de parents. En nous basant sur l'article classique d'Arnstein (1969) et des adaptations subséquentes (Bryson et Patton, 2009; Duperré et Deslauriers, 2010; Sweeney et Morgan, 2009), le niveau de participation visé est celui du partenariat, ce qui nécessite un partage des responsabilités et du pouvoir. Les membres du comité clinique et de partenaires, de l'équipe d'intervention et des comités de jeunes agissent donc à la fois comme partie prenante à la conception et l'implantation du site Aire ouverte – Estrie et comme participant à l'évaluation. De plus, nous reconnaissons que l'équipe de recherche est aussi une partie prenante dans ce projet. Enfin, il est à noter que la pandémie de la COVID-19 influence les modalités de travail et

d'évaluation notamment en ce qui a trait aux modalités participatives. Par exemple, les comités (clinique et de partenaires) se réunissent par l'intermédiaire de plateformes électroniques (Zoom, Microsoft Teams, etc.) ce qui vient affecter les stratégies de collaboration et de partenariat mises en place.

3.3 Cadres conceptuels

Suivant les questions de recherche et l'analyse des écrits scientifiques, quatre cadres conceptuels ont guidé la collecte et l'analyse de données : implantation des innovations, théorie de programme, relations et approche globale. Le cadre conceptuel principal utilisé dans la présente évaluation est une adaptation du cadre *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) de Damschroder et ses collaborateurs (2009) sur **l'implantation des innovations** en santé, l'innovation étant ici le site Aire ouverte – Estrie. Le CFIR est un cadre conceptuel métathéorique qui regroupe et structure 37 concepts pour évaluer l'implantation d'une innovation sous cinq grandes catégories : les facteurs liés au contexte global d'implantation, liés aux organismes (contexte interne), liés aux individus, liés au processus d'implantation et les caractéristiques de l'innovation. Parmi ces catégories, un choix des concepts employés doit être fait en tenant compte du contexte et des objectifs de l'étude (Damschroder et al., 2009). De plus, puisque le CFIR est un cadre conceptuel métathéorique, il est possible d'employer en complément d'autres cadres conceptuels. L'articulation de ces cadres et dimensions est présentée à la Figure 2. Le texte qui suit précise les concepts ciblés pour chaque dimension et la complémentarité des autres cadres.

Figure 2 : Articulation des cadres conceptuels et leurs dimensions



Au niveau du processus d'implantation et des individus, une attention est portée à la phase d'engagement, au leadership et au stade de dispositions aux changements des individus. Par ailleurs, la description du programme (site Aire ouverte – Estrie) et de ces composantes s'appuie sur les écrits sur la **théorie de programme** (Champagne, Brousselle, Hartz et Constandriopoulos, 2011; Chen, 2005; 2015; Coryn, Noakes, Westine et Schröter, 2011; Funnell et Rogers, 2011). Plus précisément, une attention particulière sera portée au modèle logique de l'intervention d'Aire ouverte – Estrie. Un modèle logique est une représentation graphique montrant les relations entre les composantes d'un programme : ses intrants (ressources), ses processus (activités) et ses résultats (extrants, effets).

Au niveau des caractéristiques contextuelles (contexte global et interne), une attention est portée aux caractéristiques de l'utilisateur, des relations de partenariat (*cosmopolitanism, social capital bridging*), des relations interpersonnelles (*network and communication, social capital bounding*) et du climat d'implantation. Ainsi, une place importante est accordée à l'établissement de **relations** interpersonnelles ainsi qu'aux relations de partenariat (Bilodeau et al., 2003; 2008; Lescarbeau et al., 2003; Saegert et Carpiano, 2016).

Le dernier cadre conceptuel est **l'approche globale** qui s'applique à la personne, la santé et les soins. L'approche globale tente de considérer la personne, sa santé et ses soins dans leur ensemble, de manière holistique. Pour la personne, une approche globale et holistique renvoie à « l'importance de se préoccuper de la personne dans son ensemble, y compris de ses forces, dans le contexte des nombreuses relations, milieux et environnements dans lesquels elle s'inscrit » (Nelson et Prilleltensky, 2010, p.35). Pour la santé, une approche globale signifie de considérer l'ensemble des besoins du jeune au plan de la santé mentale, physique, sexuelle, relationnelle et sociale. Plus spécifiquement, pour la santé mentale, une approche globale renvoie à la prise en compte des dimensions positives (bien-être) et négatives (détresse et symptômes) en cohérence avec les approches du rétablissement et de la santé mentale complète (p.ex., Provencher et Keyes, 2011). Enfin, pour les soins, l'approche globale se reflète dans une volonté d'intégration des soins grâce à une centration sur la personne et le travail de collaboration. La documentation internationale sur les services intégrés pour les jeunes constitue un riche appui théorique sur cette question (p.ex., Hetrick et al., 2017).

3.4 Collecte des données de la Phase I

La présente recherche évaluative mise sur la triangulation des sources de données : (1) analyse documentaire, (2) observation participante, (3) entrevue et (4) Photovoice. La collecte de données est guidée par les cadres théoriques. Les collectes de données ont été faites en suivant les recommandations des instances gouvernementales dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 ce qui implique la possibilité de rencontres virtuelles.

Premièrement, une analyse documentaire a été effectuée incluant les différents documents produits par les membres de l'équipe de recherche, les comités du site Aire ouverte – Estrie ainsi que les documents partagés par le MSSS concernant les sites Aire ouverte à l'échelle du Québec. Comme le soulignent Gaudet et Robert (2018, p.107) : « La plupart des recherches actuelles se déroulent dans des environnements au sein desquels les acteurs sociaux que nous rencontrons produisent des documents *sur* les organisations ou les groupes auxquels ils appartiennent [...] Ce sont des "autodescriptions" que les organisations et les individus produisent pour se représenter

à eux-mêmes et au reste du monde ». Ici, les documents ont été traités comme une source d'information (approche factiste, Gaudet et Robert, 2018). Des documents de différentes natures ont été considérés (Creswell et Poth, 2018,), comme les cadres ministériels, le site Internet, les infolettres du Site Aire ouverte – Estrie ou les documents des rencontres du comité clinique et des partenaires.

Deuxièmement, étant donné la posture sous-tendue par l'approche développementale participative, l'observation participante a été utilisée. Les membres de l'équipe de recherche ont été impliqués directement dans le développement du programme en assistant entre autres aux comités cliniques et des partenaires. Ainsi, il s'agit d'une observation participante, ouverte (statut connu) en milieu naturel (Martineau, 2005; Gauthier, 2009; Robson et McCartan, 2016). Une prise de note devait être effectuée par chaque membre de l'équipe de recherche participant à une rencontre d'un des comités du site Aire ouverte – Estrie. Cette courte prise de note a été effectuée « sur le vif » ou complétée dans les jours suivant la rencontre. La grille d'observation est présentée en Annexe A. Elle comprend trois sections : la fiche signalétique (date, heure, lieu, activité), les notes descriptives (compte rendu) et les notes analytiques (réflexions personnelles, théoriques ou analytiques).

Troisièmement, des entrevues avec les différentes parties prenantes ont été effectuées par un membre de l'équipe de recherche. Les entrevues individuelles et en groupe sont semi-structurées (Ayres, 2008; Robson et McCartan, 2016) et s'appuient sur une grille d'entrevue. D'abord, des entrevues individuelles ont été effectuées avec des représentants de quatre catégories de partenaires : partenaires internes au CIUSSS-de-l'Estrie-CHUS, des partenaires du privé, du public et du communautaire. Ensuite, trois entrevues de groupe ont été effectuées avec l'équipe d'intervention du site Aire ouverte – Estrie. Cinq entrevues ont été effectuées avec des parents de jeunes de 12 à 25 ans. Enfin, les entrevues initialement prévues avec les jeunes n'ont pas été effectuées puisque l'approbation éthique n'a pas été obtenu avant la mise en place des comités de jeunes. Les grilles d'entrevues (voir l'Annexe B, C, D et E) détaillent les questions principales (systématiquement posées) et les questions secondaires (en retrait, questions pour relancer les participants si nécessaire). Les grilles d'entrevues ont été conçues en s'appuyant sur les concepts issus des cadres conceptuels (détaillés à la section précédente).

Quatrièmement, en plus de leur travail dans le cadre des comités de jeunes, les jeunes ont été invités à participer à la collecte de données. La participation aux collectes de données pour les jeunes est volontaire et n'influence pas la possibilité de participer aux autres activités des comités de jeunes. Les jeunes ont participé à un projet de Photovoice pour documenter leur vision d'une approche globale de la santé et des soins. Il s'agit d'une méthode de recherche-action participative « qui combine la photographie et le travail en groupe pour donner aux gens la possibilité de capter et de faire une réflexion sur leur vie quotidienne » (Lal et al., 2012, p.181, *traduction libre*). Cette méthode est particulièrement adaptée pour le travail avec des populations vulnérables et marginalisées (p.ex., Douville et al., 2017). La participation à cette méthode favorise l'évaluation de besoins, le développement de leur pouvoir d'agir, le dialogue critique et la capacité à rejoindre les décideurs politiques (Strack et al., 2004; Wang, 2006). Le déroulement prévu du Photovoice est détaillé dans l'Annexe F, mais il était sujet à modification en fonction des sujets d'intérêt des jeunes. La première rencontre du Photovoice a servi à présenter le projet en général et leur rôle de pair chercheur dans celui-ci. Ensuite, les jeunes ont

été formés à la photographie et aux enjeux éthiques de prise de photos en milieu communautaire. Par la suite, des ateliers ont été animés pour qu'ils puissent présenter leurs photographies, la signification qu'ils y rattachent et entamer des discussions sur ces sujets. Les groupes ont été co-animés par deux intervenants (de l'équipe d'intervention ou d'un organisme partenaire). Les photographies et les discours des jeunes ont été traités comme des sources de données.

3.5 Recrutement des participants et critères de sélection de la Phase I

Quatre types de participants ont été recrutés pour participer à la Phase I. Premièrement, les partenaires ont été recrutés par référencement de la chargée de projet du site Aire ouverte – Estrie (Mélanie Gélinas). Huit partenaires ont donc été recrutés : deux partenaires internes au CIUSSS-de-l'Estrie-CHUS, deux partenaires du privé, deux du réseau du public et réseau communautaire. Les participants devaient : a) être âgé de 18 ans et plus; b) avoir la capacité de répondre aux questions en français ou en anglais; c) être employé CIUSSS-de-l'Estrie-CHUS ou d'un des partenaires. Une lettre d'invitation de participation à la recherche a été rédigée par l'équipe de recherche, révisée par l'APPR et envoyée par l'agente administrative ou le professionnel de recherche.

Deuxièmement, les neuf membres de l'équipe d'intervention ont été invités à participer à trois entrevues de groupe. Les entrevues ont eu lieu durant leur temps de travail, mais ceux-ci étaient libres de participer ou de refuser sans préjudice. Les participants devaient : a) être âgé de 18 ans et plus; b) avoir la capacité de répondre aux questions en français ou en anglais; c) faire partie de l'équipe d'intervention du site Aire ouverte – Estrie.

Troisièmement, cinq parents de jeunes de 12 à 25 ans ont été invités à participer à des entrevues individuelles. Ils ont été recrutés par le biais d'une affiche électronique qui a été diffusée par l'équipe de recherche. Les participants devaient : a) être âgé de 18 ans et plus; b) avoir la capacité de répondre aux questions en français ou en anglais; c) être le parent d'un jeune de 12 à 25 ans habitant sur le territoire du CIUSSS-de-l'Estrie-CHUS.

Quatrièmement, les jeunes ont été recrutés à titre de « pairs chercheurs », soient un membre de la population cible qui est recruté et formé pour agir comme membre de l'équipe de recherche. Un professionnel de recherche a été chargé d'approcher les partenaires et les jeunes du territoire pour faire connaître le projet, notamment par le biais d'une affiche électronique (voir l'Annexe G). Les jeunes ont d'abord été recrutés pour faire partie d'un de des deux comités des jeunes : l'un composé de jeunes de 12 à 17 ans et le second de jeunes de 18 à 25 ans (au moment du recrutement). Par la suite, ils ont été invités à participer à un Photovoice. La participation aux collectes de données pour les jeunes était volontaire et n'influçait pas la possibilité de participer aux autres activités des comités de jeunes. Les jeunes participants devaient : a) être âgé de 12-17 ans et de 18-25 ans (selon le comité); b) avoir la capacité de répondre aux questions en français ou en anglais; c) avoir vécu ou vivre présentement une problématique de santé mentale, physique ou psychosociale; d) être dans un état de santé suffisamment stabilisé pour prendre part à la démarche. Chacun des deux comités de jeunes était composé d'un maximum de 10 jeunes. Les jeunes recrutés représentaient une diversité de profils de jeunes dans chacun au niveau du genre (tendre vers la parité, filles et garçons); de l'orientation sexuelle ou d'identités de genre; de la diversité ethnoculturelle et de l'héritage autochtone; de la problématique (santé

mentale, physique, psychosociale, consommation d'alcool ou de drogue); utilisation problématique des écrans; etc.

3.6 Gestion et analyse des données de la Phase I

Les données ont été transférées dans un logiciel d'analyse qualitative (NVivo 11 de QSR International) de manière à faciliter la gestion des données, leur codification et leur extraction (Bassett, 2010). Ce logiciel permet la codification de transcriptions d'entrevues, de documents audio, audio-vidéos ou visuel (comme des photographies).

En nous appuyant sur les processus transversaux en analyse qualitative de Miles, Huberman et Saldaña (2014, p.12-14) et de Cresswell et Poth (2018, p.183), nous avons adopté une stratégie d'analyse des données en cinq étapes (voir le Tableau 2). En ce qui a trait au paradigme de recherche, nous nous positionnons dans un réalisme pragmatique (tel défini par Miles, Huberman et Saldaña, 2014) qui est en cohérence avec l'approche développementale participative (Patton, 2011). Bien que présenté de manière linéaire, l'enchaînement des étapes ne l'est pas : les étapes peuvent se chevaucher, il y a des allers-retours entre les étapes, etc.

Tableau 2 : Étapes de l'analyse qualitative

Étapes	Descriptions
1. Préparation et organisation des données	Collecter et colliger (p. ex. transcrire les entrevues). Importer et organiser les données dans le logiciel (p.ex., attribution de codes d'identification (<i>code nodes, attributes</i> , Bassett, 2010) pour chacune des sources de données).
2. Premier cycle de codification	Codification des données en fonction des grandes dimensions des cadres conceptuels : fragmentation en unité de sens et attribution d'un code.
3. Manuel de codage	Création et bonification du manuel de codage comprenant la liste de codes, leurs noms, définitions, conditions d'utilisation et des exemples. Cette étape permet aussi la révision de l'organisation des codes en catégories, sous-catégories et en thèmes.
4. Deuxième cycle de codification	Les catégories les plus importantes ont été soumises à une analyse plus poussée en fonction de leur nature et des besoins des parties prenantes que ce soit en effectuant une analyse thématique de ces données (Braun et Clark, 2006) ou en nous appuyant sur les stratégies identifiées par Miles, Huberman et Saldaña (2014). Par exemple, la « codification par processus » vise à attribuer un code dénotant l'action à un segment de texte (p.ex., « répandre des rumeurs », Miles, Huberman et Saldana, 2014, p.75). Autre exemple, la méthode d'analyse par matrice (Miles, Huberman et Saldana, 2014) permet d'organiser un condensé du matériel à analyser sous forme de tableau ayant des colonnes (p.ex., stades de dispositions aux changements des individus) et des lignes (p.ex., types de partenaires).
5. Présentation des résultats	Diverses présentations des résultats ont été effectuées par l'équipe de recherche auprès de l'équipe clinique ou de parties prenantes externes (dont des présentations académiques). Un angle spécifique était ciblé pour chaque présentation. Une synthèse des résultats était alors effectuée selon l'angle choisi et le public cible. Les thèmes les plus pertinents et des illustrations (p.ex., des citations) étaient conservés pour appuyer les interprétations.

3.7 Considérations éthiques

Le protocole a été soumis et accepté pour approbation au Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (Projet # 2022-4300). Différentes stratégies ont été mises en place pour assurer le consentement libre et éclairé des participants. Pour l'analyse documentaire, il s'agit de documents publics et accessibles (Gaudet et Robert, 2018) ne nécessitant pas de demande d'accès. Pour l'observation participante, un formulaire d'information et de consentement a été soumis aux partenaires afin d'autoriser que certaines informations relatives aux diverses rencontres de comité clinique et de comité de pilotage soient rapportées par le biais d'observations participantes. Toutes les données recueillies sont confidentielles et anonymisées.

En ce qui a trait aux observations participantes, aux entrevues semi-dirigées et auprès des jeunes participants au Photovoice, le professionnel de recherche a présenté le projet aux personnes admissibles en utilisant les renseignements figurant dans les formulaires d'information et de consentement. Ce formulaire qui présente l'objet, les risques et les bénéfices potentiels du projet et les implications de leur participation leur a été remis au préalable lorsque possible. Un formulaire d'information et de consentement spécifique aux personnes d'âge mineur a été utilisé lorsque requis.

Lors des entrevues et du Photovoice, le professionnel de recherche a systématiquement présenté le droit de refuser de participer, de se retirer à tout moment ou de ne pas répondre à certaines questions, et ce, sans justification, ni aucun préjudice. Il est à noter que le retrait de participation à la recherche n'influence pas la poursuite de l'implication aux autres volets du projet (comme la participation aux comités).

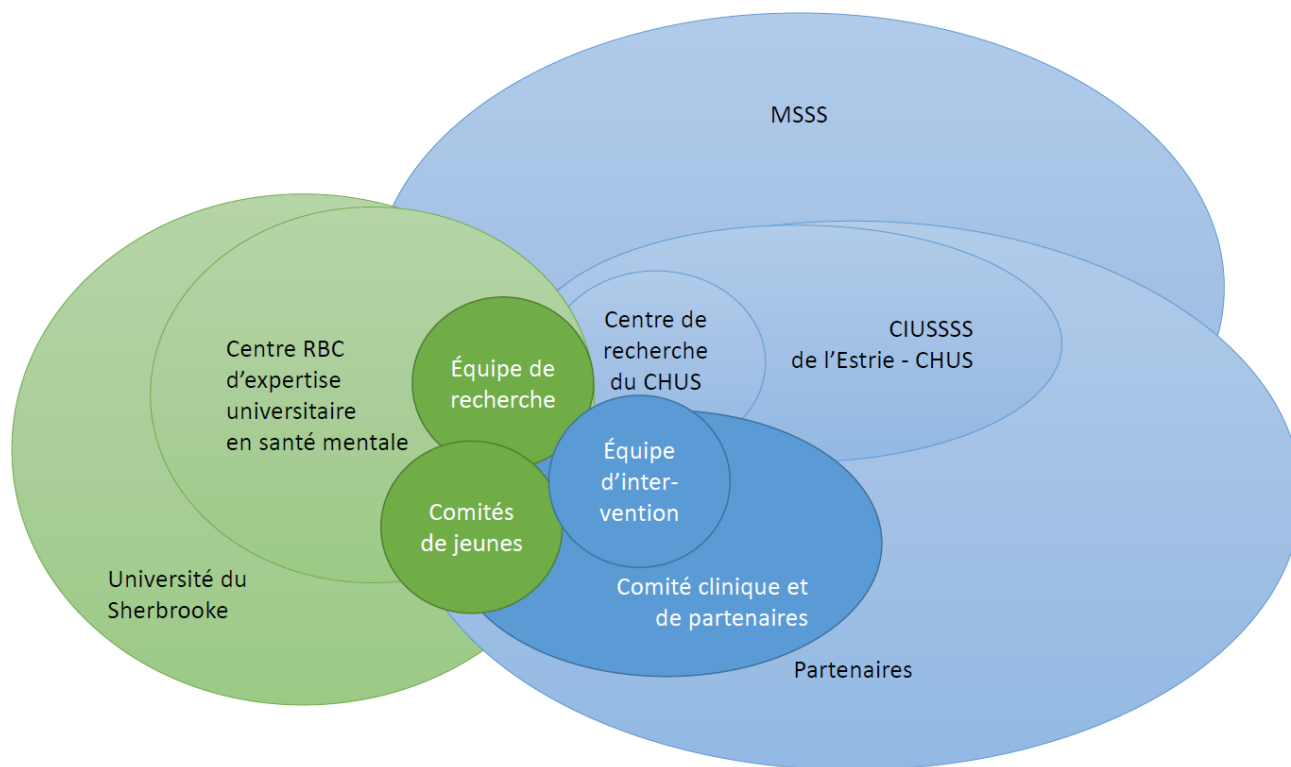
4. Résultats

Suivant l'ordre des objectifs poursuivis, les résultats sont divisés en quatre sections. D'abord, nous explorons les caractéristiques et les enjeux des différentes parties prenantes : les partenaires internes et externes d'Aire ouverte – Estrie, l'implication des jeunes comme partenaires, l'accompagnement de l'équipe de recherche, l'équipe d'intervention et les clientèles ciblées. Une attention particulière est portée aux relations de partenariats : enjeux du partenariat, stratégies pour l'établir, analyse et définition de ces relations. Ensuite, la deuxième section traite de la vision de la santé globale et des facteurs l'influençant et ce, selon la perspective des jeunes ainsi que celles des parents et intervenants. Une attention particulière est portée à l'influence des relations interpersonnelles sur la santé des jeunes. Enfin, la troisième section traite de la conception des services destinés aux jeunes. Nous y abordons les problèmes perçus avec les services actuels selon les jeunes et les parents ainsi que les caractéristiques souhaitées du site Aire ouverte – Estrie, sa théorie de programme et un mot sur le climat d'implantation.

4.1 Rôles et partenariat entre les parties prenantes du site Aire ouverte – Estrie

La présente section s'intéresse au rôle des principaux acteurs dans le déploiement du site Aire ouverte – Estrie : les partenaires, les jeunes (comme partenaires et comme clientèle cible), l'équipe d'intervention et l'équipe de recherche. Chacun de ces groupes d'acteurs est situé dans un contexte et interagissent entre eux (Figure 3). Nous les présenterons à tour de rôle. Cette section présente les résultats issus principalement des entrevues avec les partenaires ainsi que de l'analyse documentaire et l'observation participante.

Figure 3 : Imbrication des parties prenantes du site Aire ouverte – Estrie



4.1.1 Les partenaires internes et externes

Enjeux du partenariat

Le déploiement du site Aire ouverte – Estrie (AO-Estrie) ne se fait pas en vase clos; il s’inscrit dans un contexte historique, régional et social. Selon plusieurs personnes partenaires interrogées, l’établissement de partenariat a été influencé notamment par les directives ministérielles, l’histoire des relations interétablissements et le contexte de la pandémie.

Premièrement, l’appui explicite du MSSS et du CIUSSS-de-l’Estrie-CHUS est un élément qui a favorisé l’engagement de certains partenaires. Un partenaire externe nous dit :

« Quand j’ai commencé à travailler avec Aire ouverte, ce qui me motivait beaucoup, c’était que [...] il y avait un objectif sur le plan stratégique du MSSS, d’avoir un paquet d’Aires ouvertes partout au Québec. [...] Je suis quelqu’un qui aime beaucoup avoir un impact [...] je cherche vraiment l’impact, je cherche vraiment à faire une différence dans la vie des jeunes [...] » (Partenaire D)

Au niveau des partenaires internes (comme les autres directions, départements et équipes du CIUSSS-de-l’Estrie-CHUS), cet appui officiel se manifeste dans un certain automatisme à collaborer avec l’équipe d’AO – Estrie. Chacun des partenaires internes mentionne d’emblée que la participation à ce partenariat était dans leurs fonctions dès leur arrivée en poste :

« Ben moi, quand j’ai accepté [mon poste], on m’avait dit "dans tes mandats, il va avoir aussi toute la participation au comité de coordination et tout ça d’Aire ouverte" » (Partenaire E)

Deuxièmement, l'établissement des relations de partenariat qui est au cœur de l'approche d'Aire ouverte s'effectue sur le fond de relations déjà existantes entre les différentes instances. Particulièrement, l'histoire des relations entre les organismes communautaires et le réseau public est marquée par différentes tensions, revendications et expériences passées qui dépassent le projet actuel. Comme l'explique un partenaire :

« [...] dans le milieu communautaire, ça passe encore un peu de travers. Mais ça, je l'ai expliqué à [la chargée de projet] en long et en large et à des gestionnaires de dire "ça, y'a un historique qui est au-delà de vous, c'est pas vous qu'on tague, c'est le concept". C'est une vieille histoire, le communautaire versus l'institutionnel [...] » (Partenaire F)

Cette réaction du milieu communautaire est multifactorielle. D'abord, du point de vue du communautaire, le projet Aire ouverte est vu comme un projet qui partagent les valeurs et les manières de faire du communautaire. Cette ressemblance semble particulièrement frappante pour certains organismes comme les Maisons des jeunes ou les travailleurs de rue.

Parallèlement, les organismes communautaires mentionnent se sentir sous-financés par l'État. Dans ce contexte, l'investissement dans un nouveau projet – de couleur communautaire, mais fait par le public – peut être vu comme des ressources qui ne leur reviendront pas.

« Je pense aussi [à tel organisme] qui ont toutes vu leur modèle d'affaires changer dernièrement, où ils sont payés à la tête. Là, vous devenez carrément un compétiteur. Pas pour nous parce qu'on n'est pas dans ce mode-là, moi, qu'il y a 20 personnes qui viennent [à mon organisme] ou qui en aille 110, je suis payé le même salaire, on a la même subvention. » (Partenaire A)

« [...] quand j'entendais les partenaires communautaires dire "on veut pas que vous veniez chercher notre clientèle", mais je me disais, mais voyons, vous avez rien compris. Je vais tellement t'en amener de la clientèle [...] Aire ouverte pourrait être une publicité pour tes organismes communautaires, mais faut qu'on leur vende, puis il faut qu'ils comprennent. » (Partenaire E)

Par ailleurs, parmi les enjeux contextuels impactant le partenariat, les personnes interrogées soulignent aussi l'impact de la pandémie de COVID, le déploiement d'autres programmes en même temps qu'Aire ouverte ainsi que les changements et la surcharge que ceux-ci ont entraînés. D'abord, selon certaines personnes interrogées, la pandémie a eu un impact négatif sur les jeunes : « c'est préoccupant parce qu'avec la dernière année de COVID qu'on a eu, bien, ces jeunes-là sont extrêmement fragiles, beaucoup d'idées noires, ils ne savent pas vers où se tourner, c'est vraiment préoccupant. » (Partenaire C)

Selon certaines personnes interrogées, un aspect influençant le partenariat est le contexte de changement et de surtâche des partenaires (gestionnaires et intervenants). Notamment, le déploiement d'Aire ouverte – Estrie s'effectue en parallèle avec le déploiement d'autres projets comme le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM), le réseau des éclaireurs et la révision du guichet d'accès en santé mentale jeunesse. Dans ce contexte de changement, l'établissement d'un nouveau partenariat peut être vu comme une nouvelle tâche qui s'ajoute autant pour les partenariats administratifs que terrain.

« Bien c'est tous des enjeux de partenariats qui sont liés a "C'est qui qui arrive? Qui commence à travailler avec moi? Le travail aussi que ça peut représenter?" Je veux bien accompagner des gens, les mettre en confiance avec les personnes avec qui on travaille. C'est un travail qui s'ajoute. » (Partenaire A)

Quelle est l'attitude des partenaires face à ces enjeux? Les partenaires interrogés reconnaissent ces enjeux, mais ils font « la part des choses » (Partenaire F) et décident d'adopter une attitude constructive, se disant contents que le réseau public décide d'aller dans cette direction.

« Il y a des enjeux que je comprends, moi, si je me remets dans leurs souliers. Puis, je pourrais être fâché. Moi, je trouve ça le fun [...] Moi, tant mieux si le CIUSSS ou les CISSS commencent à faire le travail qu'on fait depuis des années. On fera autre chose. Il y aura nécessairement d'autres problématiques dans la communauté. Si, enfin, le réseau peut comprendre que c'est comme ça qu'il faudrait qu'il fasse les choses pour que les communautés aillent mieux, moi, je suis dans cette perspective-là. » (Partenaire A)

Plusieurs partenaires interrogés ont choisi de s'impliquer par conviction envers leur travail, les valeurs qu'ils portent et pour avoir une influence dans la vie des jeunes :

« Les valeurs portées par les Aires ouvertes sont des valeurs que je partage; je travaille dans le milieu communautaire depuis [plusieurs années], puis c'est des valeurs qui se ressemblent. » (Partenaire A)

Dans le vocabulaire utilisé par certains partenaires décrivant leur rôle, on remarque un engagement important et souvent à long terme : « je travaille dans le milieu communautaire depuis 25 ans »², « j'ai toujours cru, moi, l'éducation des adultes, énormément », « je cherche vraiment à faire une différence dans la vie des jeunes [...] », « ça va faire 30 ans que je suis en intervention communautaire Sherbrooke, c'est dans mon dada perso ». Par ailleurs, plusieurs partenaires interrogés considèrent souvent avoir un « double rôle » : un comme gestionnaire d'organisme communautaire, mais aussi comme représentant d'un regroupement; un comme professionnel et entrepreneur, une comme professionnelle en pratique privée et comme SAC en milieu public, etc.

Stratégies pour établir le partenariat

En s'appuyant sur le discours des partenaires interrogés et l'observation participante, il est possible de ressortir diverses stratégies et modalités de partenariat ayant été mises en place dans le déploiement du site Aire ouverte – Estrie. Un partenariat administratif s'est d'abord mis en place entre les différents gestionnaires des partenaires internes et externes. Ce partenariat a été facilité par l'établissement d'un lien personnalisé avec la chargée de projet d'Aire ouverte. Le partenariat s'actualise aussi par d'autres modalités comme les espaces sans-rendez-vous hebdomadaire ainsi que le partenariat terrain entre les équipes d'intervenants.

En premier lieu, les **rencontres du comité clinique et des partenaires** sont un lieu clé du partenariat d'AO-Estrie (une analyse détaillée des relations de partenariat sera faite à la sous-section suivante). Historiquement, les premières rencontres étaient plus longues alors que les rencontres suivantes ont été raccourcies et ont utilisé le travail en sous-groupe sur des thèmes précis. Plusieurs partenaires considèrent que cette dernière manière de faire favorise leur participation et les met en action.

² Les identifiants ont été enlevés ici pour préserver la confidentialité de ces citations.

« [...] bien les débuts, tu sais quand qu'on était plus en gros groupes, ça, je voyais moins un peu l'apport que je pouvais avoir. Quand on a commencé à travailler plus, en plus sous-groupe, là, j'avais l'impression qu'on pouvait vraiment collaborer puis tout ça [...] Puis c'est vraiment un comité justement où, tu sais, ces rencontres-là y servent à bâtir quelque chose. [...] puis les petits groupes permettent ça, puis je trouve qu'énormément de personnes qui sont créatives, puis moi je trouve ça super intéressant. » (Partenaire E)

« Mais tu sais, le concept, il travaille beaucoup en sous équipe, fait que c'est facile d'avoir, pouvoir donner ton point de vue. Généralement, quand on travaille en sous équipe, c'est des sujets prédéterminés, fait que on peut aussi s'investir où ce qu'on sent qu'on a le gout de s'investir, ça j'apprécie ce côté-là aussi. [...] Bien, je pense que ça a permis à ce qu'on travaille sur les éléments précis, on est capable de faire des suites rapidement. Moi, cette façon de faire là, je l'aime beaucoup. Moi, ça démontre qu'on est proactif dans ce qu'on fait, on peut travailler sur des choses précises puis donner des idées générales. » (Partenaire F)

Ce passage à des rencontres courtes et l'utilisation des sous-groupes est une adaptation répondant au passage en mode virtuel dû à la pandémie de la COVID-19. Certains partenaires soulignent quand même la valeur ajoutée de rencontre en présentiel.

« Puis tout s'est fait cette année virtuellement, ce qui ajoute en fait quand même à la complexité. [...] Moi ce qui me faudrait pour vraiment bien comprendre, mettons mon rôle, le lien avec les partenaires, quoi que ce soit, c'est sûr que ça serait, mettons une rencontre physique où est ce que je placerais les gens [...] » (Partenaire B)

De plus, plusieurs partenaires aiment la qualité de l'organisation des rencontres particulièrement en ce qui a trait à la communication avec la production d'ordre du jour, d'enregistrement et de résumé.

« Puis, ce qui fait que, quand bien même que tu en manques une, t'es pas trop perdue dans le champ avec les communications, tu sais, on enregistre, tu vas avoir accès à ça. Je trouve ça merveilleux, j'en ai manqué une en septembre, puis j'ai rien marqué parce que j'ai tout eue accès à toutes les rencontres, tous les ateliers, c'est enregistré, c'est ... je peux revenir, les verbatim sont excellents, si j'ai des questions, je peux appeler quelqu'un. Donc, au niveau concept partenarial dans ce comité-là, je sens que j'ai ma place même si j'en manque une parce que bon, c'est ça que la vie amène à faire. Fait que pour moi, ça a son sens. » (Partenaire F)

Allant un peu plus loin, un partenaire considère que les rencontres se font avec beaucoup de transparence, notamment par la présence de différents acteurs dont l'adjointe administrative :

« Puis quand on connaît la dynamique, c'est sûr quand tu vois l'adjointe administrative, pour moi en tout cas, c'est toujours un signe de transparence et d'ouverture. Puis en plus ... C'est souvent, dans mon cas, la personne pivot dans les relations de contact. Si je veux avoir un rendez-vous avec un gestionnaire, c'est clair qu'il faut que je passe par la secrétaire, donc si je la connais c'est encore mieux. » (Partenaire A)

Dans quelques cas, on note que des contacts se sont établis entre les différents gestionnaires des partenaires internes et externes dans ce qui a été nommé comme un « **partenariat administratif** » par un partenaire. Ces liens peuvent se produire dans le comité, mais aussi en marge de celui, grâce à des appels personnalisés ou dans d'autres lieux de concertation.

« Par rapport à la gestion administrative dans mon cas, je continue à avoir des contacts, puis des liens significatifs avec l'ensemble de ceux qui ont le rôle, je pense à [la spécialiste en activité clinique (SAC)] et à [la chargée de projet], c'est ceux avec qui je fais affaire. [...] Mais tu sais, [la SAC], on se croise, on est sur trois comités, donc des nouvelles d'Aire ouverte, j'en ai. » (Partenaire F)

La **chargée de projet** a été au cœur de l'établissement des relations de partenariat. Plusieurs partenaires (autant internes qu'externes) mentionnent avoir eu des contacts personnalisés directement avec la chargée de projet en début de projet : en attirant une charge de projet pour les consulter, « on venait personnaliser puis humaniser un peu ce concept-là » (Partenaire F). La chargée de projet a habituellement rencontré les différents partenaires individuellement pour leur expliquer le projet et les impliquer.

« Donc, c'est comme ça que j'en ai entendu parler la première fois, donc j'ai pris rendez-vous avec [la chargée de projet], on s'est parlé plusieurs fois, on a réfléchi, bien réfléchi ensemble, elle me partageait ses réflexions, puis c'est là que j'ai demandé de m'envoyer de la documentation. » (Partenaire C)

Selon les dires de certains, elle a aussi su faire preuve d'ouverture et de doigté dans le cadre des rencontres du comité pour faciliter l'adhésion des partenaires.

« [La chargée de projet et la SAC] qui sont en poste actuellement, c'est des gens qui ont une ouverture d'esprit, qui sont capables d'écouter, sont capables de ... moi, j'adore ma relation de travail avec c'est deux personnes-là particulièrement [...] je peux vous garantir que si [la chargée de projet] c'est pas elle qui avait été là, je sais pas si ça allait passer. Je lui lève mon chapeau parce qu'elle a été avec des oreilles grandes ouvertes, puis a l'écoutait et elle agissait en conséquence, vraiment, ça été un maillon, un maillon extrêmement important pour le développement, puis ce l'est encore. » (Partenaire F)

Un partenaire souligne que le choix de cette chargée de projet était judicieux parce qu'elle était extérieure au RSSS et qu'elle avait un vécu expérientiel.

« Ça, je pense que ça a été un choix judicieux de prendre quelqu'un qui ne venait pas du milieu de la santé et des services sociaux pour coordonner le projet. [...] elle m'a été sympathique parce que c'est la mère d'un enfant avec des particularités, des besoins particuliers. Puis ça pour moi, ça m'était déjà sympathique, on sortait des sentiers battus. » (Partenaire A)

Ainsi, grâce à ses liens personnalisés, à ses qualités personnelles et ses alliances, la chargée de projet a su aller chercher les partenaires qui étaient peut-être plus réticents face au projet Aire ouverte ou à la collaboration avec le CIUSSS.

« J'ai vu plusieurs partenaires émettre des résistances auxquelles [la chargée de projet] a agi avec beaucoup de doigté, beaucoup de positivisme, beaucoup de bienveillance, beaucoup d'écoute, beaucoup de respect, puis de nommer à quel point ils étaient importants, puis qu'on voulait qu'ils fassent partie du projet. [...] j'ai vu vraiment la différence de [telle personne] au début puis [cette même personne] d'aujourd'hui. Puis je le vois qui a été gagné parce qu'il s'est senti impliqué, il s'est senti que son avis comptait » (Partenaire E).

Une autre modalité de partenariat mise en place par l'équipe d'Aire ouverte – Estrie est un **espace virtuel sans-rendez-vous**. Tous les mercredis, toute l'équipe d'intervenants et de gestionnaires est disponible pour répondre aux questions, prendre les références ou réfléchir à

des collaborations avec les partenaires internes et externes. Pour un partenaire, cet espace sans- rendez-vous peut aussi être l'occasion d'avoir des discussions de cas ou apprendre à connaître d'autres partenaires.

« [...] l'espace sans rendez-vous pour moi, c'était comme une possibilité de dire "bien, je vais aller m'asseoir en face à face avec la personne qui sera là à ce moment-là", puis de dire "voici, j'ai un jeune qu'on n'est pas tant dans une problématique, admettons, de santé mentale de tel ordre, donc on va pas vers la deuxième ligne, mais qu'est-ce qui pourrait être pensé, il y a un trouble anxieux, admettons ». » (Partenaire E)

Encore à ces débuts, le partenariat s'étend aussi à certaines équipes d'intervention des partenaires ce qu'un participant nomme le « **partenariat terrain** ».

« Puis tu sais, mon équipe en profite, moi, je reste dans ... je suis dans un mode de « OK, on actualise, puis on développe ». Tu sais, je vois juste une perspective positive parce que tout ce que j'ai eu à date, les babines suivent les bottines actuellement. [...] Écoute, moi j'ai pu de contrôle sur mon équipe qui parle à l'équipe d'intervenants. [...] Puis tu sais, dans mes discussions, dans mon coaching clinique que je fais à toutes les jours avec plusieurs de mon équipe, l'équipe Aire ouverte revient. Donc au niveau partenariat terrain, c'est établi, les liens sont là, les communications se font. » (Partenaire F)

Enfin, d'autres modalités de partenariat existent, mais sont moins souvent nommées par les personnes interrogées. Les partenaires internes au CIUSSS se réunissent dans d'autres rencontres ou comités, notamment des rencontres de gestionnaires de direction, dont « l'objectif, c'était essayer de décloisonner [et] qu'on travaille ensemble » (Partenaire C). Les partenaires internes pourraient aussi profiter des maillages effectués par l'équipe Aire ouverte avec les partenaires externes : « Eux, étant donné qu'ils ont fait le topo de beaucoup, beaucoup d'organismes communautaires, je le vois comme la possibilité de pouvoir me pistonner à la bonne place pour faire le lien. » (Partenaire E) Enfin, un autre lieu de partenariat est les rencontres des comités de jeunes. Ainsi, pour chacun des deux comités de jeunes, un partenaire « participait à la partie animation de groupes de jeunes » (Partenaire G) en co-animation avec un intervenant de l'équipe.

Analyse des relations de partenariat

Les partenaires se réunissent de manière mensuelle dans le cadre de comité clinique et des partenaires dont les rencontres ont fait l'objet d'une attention particulière notamment en les analysants selon certaines des dimensions de Bilodeau et collaborateurs (2008) : mobilisation de tous les acteurs, cible commune, écoute et partage ainsi que le pouvoir d'influence. Pendant la période de collecte de données, un membre de l'équipe de recherche a observé et participé à chacune de ces rencontres. De plus, des questions spécifiques sur celles-ci ont été systématiquement posées aux personnes partenaires interrogées (voir l'Annexe B).

Concernant la **mobilisation de tous les acteurs**, les partenaires interrogés considèrent que, dans l'ensemble, les acteurs qui devaient être mobilisés l'ont été. Un partenaire se dit « surpris » (Partenaire H) de cette mobilisation et un autre souligne qu'il « est intéressant de voir d'autres professionnels qu'on n'a pas l'habitude de voir » (Partenaire A), comme les médecins, les spécialistes en communication ou les adjointes administratives. Plusieurs partenaires ont

d'ailleurs souligné le travail qui a été fait pour mobiliser une grande variété de partenaires autant internes qu'externes :

« [...] Puis, chapeau d'avoir été capable de réunir autant de monde aussi de l'institutionnel sur ce comité-là parce que je sais que c'est extrêmement difficile. » (Partenaire F)

Pour certains, il semble y avoir une grande quantité de partenaires autour de la table. Notons que quelques partenaires semblent trouver qu'il y a beaucoup de partenaires provenant des autres secteurs que le leur. Par exemple, un partenaire du réseau scolaire nomme : « J'ai vu, comme beaucoup de représentants au niveau du communautaire, mais je le sais pas au niveau du très, très, très, très, très, gros établissement. » Par contre, la grande quantité de partenaires permet d'avoir accès à toute l'information et des réponses rapides aux questions soulevés.

« [...] c'est beaucoup institutionnel, on s'entend que c'est normal, parce qu'il y a beaucoup de départements, puis chaque département, y'a une personne, mais je sens pas que je suis exclu de la gang. [...] Il pourrait toujours y en avoir plus, mais à un moment donné, trop c'est trop. Moi je trouve qu'il y en a même beaucoup [...], mais ceci dit que ça reste que c'est intéressant parce que quand t'as une question sur ce comité-là à poser, y'a tout le temps quelqu'un qui peut y répondre. » (Partenaire F)

Parmi les partenaires manquants, notons qu'il manquerait certains départements du CIUSSS qui ne peuvent assister parce qu'ils sont trop débordés. Il manquerait aussi selon un partenaire un représentant des personnes issues de l'immigration et un partenaire des établissements secondaires.

Enfin, un partenaire questionne le rôle de la personne choisie pour représenter un organisme ou une direction partenaire. Il s'agit habituellement de la personne détenant le pouvoir décisionnel, mais pas nécessaire la personne qui fera l'arrimage du partenariat sur le terrain.

« Tu sais, là on a [telle personne] qui est là des fois, mais vraiment là plus pour le volet TSA. Donc tu sais, mettons, un travailleur social de la pédo ou un psychoed qui gère plus les jeunes, mettons hébergés ou la clinique externe, puis qui après ça sortent puis qui ont besoin de services. Ce créneau-là est pas là. [...] la docteure qui est là, la pédopsy, je le sais qu'elle a référé une jeune, mettons qui était suivie à la clinique pour les troubles alimentaires, puis elle l'a référer à Aire ouverte. Puis c'est une jeune qu'on suivait ici aussi, mais tu sais, là elle fait des références spécifiques. Mais logiquement, c'est qu'il devrait avoir un professionnel qui aille repris ça en charge, puis que là c'est lui qui fait s'arrimage-là, parce que c'est avec lui qu'on va travailler. » (Partenaire C)

Au moment de la collecte de données, la majorité des partenaires interrogés considèrent qu'il y a une **cible commune**, claire et partagée par tous.

« Je pense que, dans le comité, les gens viennent participer avec un objectif de définir Aire ouverte, puis d'essayer de voir comment on peut ouvrir certaines portes, puis mieux travailler ensemble. » (Partenaire C)

« Bien je pense que tout le monde s'est senti interpellé. Tout le monde a voulu participer, mais faut pas oublier toutes ces gens, ces organisations-là ont quand même un agenda, puis des objectifs propres à eux. Ceci dit, même si cette réalité-là existe, j'ai vraiment senti que les gens voulaient collaborer, travailler ensemble pour le bien du jeune. Puis ça, c'était frappant. » (Partenaire D)

Comme on le voit dans la citation précédente, oui, il y a une cible commune, mais il faut reconnaître que chacun a ses objectifs. Par contre, tous sont interpellés par l'amélioration du bien-être des jeunes marginalisés.

Pour un autre partenaire, la manière de fonctionner actuellement utilisée a permis de clarifier la cible commune pour chaque rencontre (ordre du jour, fonctionnement en sous-groupe, infolettre).

« Préalablement, on a vraiment un ordre du jour qui est détaillé, qu'on sait où est-ce qu'on s'en va. Le fait de travailler en sous-groupe, c'est clair, cette rencontre-là, à sert pour les communications dans tel département, à tel secteur, tel secteur, voici les façons, voici ce qu'on vous présente, on travaille en sous-groupe, on remodifie les ... Donc on a l'objectif de la rencontre [...] » (Partenaire F)

Malgré cette manière de fonctionner, une minorité de partenaires considèrent que la cible commune est parfois floue ou pas toujours explicite. Ce manque de clarté découle peut-être dû au manque de clarté du « rôle [ou de] l'apport de chacun » (Partenaire H) ou à la complexité du projet, le tout nuisant à leur participation.

Unaniment, les partenaires sentent qu'ils ont la possibilité de **partager et d'écouter divers points de vue**. Le comité clinique et des partenaires représente un bel « espace pour accueillir ce que l'autre dit » (Partenaire A), marqué par le respect, l'ouverture et l'esprit de collaboration.

« C'était fait dans le respect que je pourrais dire autour de la table, tout le monde avait un point à emmener, ça faisait des rencontres, qui bien entendu, étaient relativement longues parce que tout le monde veut partager son expérience, veut se faire entendre parce que c'est d'abord et avant tout, ces rencontres-là permettaient justement de partager le vécu, partager l'expérience. Donc non, il y avait un bel esprit de collaboration, beaucoup d'idées partagées [...] » (Partenaire D)

Par contre, deux partenaires nuancent. Le premier distingue entre écouter et entendre : « Je pense que tout le monde est écouté. Entendu, je sais pas, j'ai pas d'enjeux comme tels. » (Partenaire A). Le second ajoute qu'un défi sera de transposer cette écoute dans un véritable arrimage sur le terrain.

« Je pense que oui. Oui, la volonté est là. Mais c'est ça, c'est de voir comment on va faire vivre ça après? C'est là que c'est pas évident [...] on peut créer des liens, puis réfléchir à d'autres choses. Ben ça fait qu'on est ensemble, on va parler, mais après ça on retourne chacun de notre bord dans notre quotidien, puis là, oups, l'arrimage n'est pas fait, c'est pas fluide [...] » (Partenaire C)

Environ la moitié des partenaires considèrent que le **pouvoir d'influence est également distribué** parmi les parties prenantes.

« [...] je pense que dans le contexte du comité, je pense que c'est assez partagé. [...] Je pense qu'ils ont travaillé fort pour être capable de créer ça cette bulle-là, cet univers-là où tout le monde est égaux, puis qu'on est capable de, tu sais, "mon opinion, puis l'opinion de l'autre à la même valeur". » (Partenaire C)

Pour l'autre moitié des personnes interviewées, le pouvoir est inégalement distribué pour différentes raisons. D'abord, certains ont plus de poids que d'autres à cause de leur rôle. Ensuite, plusieurs décisions avaient déjà été clarifiées par l'expérience des premiers sites de

démonstration. Enfin, le pouvoir n'est pas total puisqu'il faut prendre en compte les contraintes extérieures.

« Ah non, mais c'est normal, je pense que c'est pas tout le monde qui est impliqué de la même façon. Je pense que c'est normal qu'il y en a que ça pèse peut-être un peu plus, mais même au-delà de ça, c'est sûr que non. C'est sûr que quand t'es pédopsy ou t'es pédos y parlent ou tu sais, certaines personnes positionnées, c'est sûr que ça ajoute un certain poids, mais c'est que tu te dis que si eux disent ça, bien ça va être ça. » (Partenaire H)

Ainsi, pour certains, le comité lui-même n'avait pas tout le pouvoir. Il n'avait peut-être pas tout le pouvoir décisionnel, mais les partenaires étaient quand même informés et consultés, notamment sur les enjeux sensibles. Un partenaire souligne que, dans ce contexte, il a senti une belle solidarité entre les partenaires ce qui leur permettait parfois de se positionner face à ce qu'il nomme comme une commande d'un bailleur de fonds. Il reconnaît donc que les partenaires avaient un certain pouvoir d'influence.

« Ah, là je vais te dire non. Écoute, je vais te le simplifier... C'est clair que la machine du CIUSSS pousse sur la mise en application, la mise en action. Ce qui fait que des fois, même je trouve pour les... Puis je l'ai ressenti à quelques reprises. Pour les gens du comité, je pense à [telle personne] ou même les autres représentants du milieu, c'est comme un peu descendu de travers, parce que tu sais, ce projet-là a comme fondement de base d'être adapté à la réalité des gens. Tu peux pas descendre ça comme étant un concept de CIUSSS ou de l'institutionnel. [...] Ce que j'aime, c'est qu'il a une solidarité dire « wow, on comprend, mais on va y aller à la vitesse qu'on est capable ». Ça, je sens qui a ça. C'est ce qui fait que c'est plus agréable de travailler en disant, solidairement, on répond pas « oui » systématiquement. [...] Un moment donné, les choses qui avançaient un peu à une [grande vitesse], mais y'avait tout le temps la possibilité de dire « OK, on peut quand même moduler des choses ». Donc y'a toujours ce sentiment-là de pouvoir influencer. Est-ce qu'on peut toujours décider? Je sens pas qu'on peut toujours décider. Ceci dit, moi personnellement, je m'attendais à ça. Sachant comment ça descend et tout ça. » (Partenaire F)

Définition des relations de partenariat

Interrogées systématiquement à ce propos, les partenaires n'ont pas tous la même définition de leur relation de partenariat avec Aire ouverte – Estrie (ou peut-être aussi n'ont-ils pas tous la même relation). Un partenaire souligne d'ailleurs que sa relation « n'est pas explicite » avec AO – Estrie (Partenaire B). Pour qualifier la relation de partenariat, certains partenaires s'appuient sur la notion de « **co-construction** » : « [...] on est vraiment dans la co-construction. [...] On est en train de bâtir le site Aire ouverte. » (Partenaire E).

« Ce qui a été développé à travers le concept de co-construction, moi, c'est là que je le ressens en tant que partenaire. Puis, c'est pour ça que j'ai le goût de continuer à m'investir autant au niveau du comité [...] Mais j'ai rarement vu un concept de co-construction comme ça. Tu sais, je reviens sur ce terme-là parce que c'est ce qui a fait que ça passe plus facilement partout. » (Partenaire F)

Par contre, certains nuancent que la relation est, pour l'instant du moins, basée sur le partage d'information et des échanges. Mais, ces relations ne sont pas encore des « relations de travail » à part entière (Partenaire C). Donc, pour eux, c'est une « collaboration », mais pas un « partenariat » (Partenaire A).

« De partenariat, je ne sais pas, mais de collaboration, certes. Je pense qu'il y a eu de belles collaborations entre nous. De partenariat, moi, je peux, je ne peux pas dire [...] moi, j'appellerai plus ça des collaborations : on a de beaux échanges, on est invité à participer de façon égalitaire [...] Moi, j'ai pas l'impression de participer à la mise en place d'Aire ouverte, mais j'ai l'impression d'y collaborer. C'est pas moi qui fais les choses, mais j'apporte une expertise, une expérience, mais j'ai pas l'impression de participer à la mise en place. [...] Mais on peut apporter notre contribution, temps en temps, à certains aspects. » (Partenaire A)

4.1.2 Implications des jeunes comme partenaires

Le fait d'impliquer les jeunes comme partenaires est dans la volonté d'Aire ouverte. Le cadre ministériel souligne les différentes formes d'implication des jeunes : comme partenaire dans l'élaboration et l'évaluation des services, comme récipiendaire actif des services et, éventuellement, comme pairs-aidants. Malgré cette volonté claire, selon les partenaires interrogés, il y a une marge entre le souhait et la mise en place qui comporte plusieurs défis concrets : qui choisir (représentativité), combien de jeunes inclure, comment adapter les modalités de rencontres (comme l'horaire), etc.

« Tu sais, dans Aire ouverte j'avais comme compris c'est qu'on construisait avec les jeunes un projet d'Aire ouverte, puis avec les jeunes marginalisés. Mais je sais que c'est tout un enjeu. [...] C'est des enjeux d'accompagnement qui sont complexes. Y'a comme une marge entre avoir le souhait de mettre Aire ouverte en place, puis la façon d'accompagner des jeunes marginalisés à mettre ce projet-là en place. [...] on dit qu'on place les personnes au centre, puis c'est un droit de la santé de pouvoir participer à chacune des étapes. Tout le monde est d'accord avec ça, mais quand vient le temps de le mettre en place, très peu font l'effort de le faire. » (Partenaire A)

« Moi, ça fait [de nombreuses années] que je travaille avec des jeunes, ça fait [de nombreuses années] que j'entends "faut les impliquer dans toutes nos démarches". C'est bien beau sur papier pour nos paroles puis notre volonté, mais on fais-tu ça sur nos heures de diner? On fais-tu ça de 5 à 7 nos rencontres? [...] Non, puis un moment donné, tu veux bien, mais à 23, comme on est dans un concept de travail, nos vies personnelles, tout ça, pas sûr qu'on va faire nos rencontres sur l'heure du dîner, ou matin bien tôt, ou pendant les pédagos, ou la fin de semaine ou le soir. Tu sais, ça, ça fait [de nombreuses années] que je me bats avec les organismes jeunesse de dire, c'est vrai, mais on n'adapte pas notre horaire de travail de comité en fonction de ces jeunes-là. » (Partenaire F)

Par contre, les partenaires reconnaissent que **des efforts sont faits pour impliquer les jeunes.**

« Je sais, pour certains, ça peut être difficile à voir, puis à comprendre, mais je trouve qu'on fait quand même du bon travail en Estrie. Je sais pas ce que les autres ont fait, mais il y aurait place quand même à améliorer la participation des jeunes. [...] Moi, je vois qu'il y a des efforts qui sont fait, j'entends qu'il y a des gens qui travaillent à la mobilisation des jeunes, essayer de recruter des jeunes, mais c'est long mettre en place un projet Aire ouverte, si on veut vraiment le faire dans les valeurs de ce que le projet Aire ouverte expose. Parce qu'il affiche ces valeurs-là, mais vouloir accompagner des jeunes à mettre un projet Aire ouverte en place à Sherbrooke, c'est une autre job que celle qu'on est en train de faire. » (Partenaire A)

« Bien [la chargée de projet] essaie beaucoup, elle laisse de la place pour qu'ils s'expriment, qu'ils participent. Mais c'est sûr que c'est pas un gros nombre de jeunes. Moi, je voyais toujours, je pense, la même qui était là, mais je sais pas dans les autres travaux. Tu sais, moi c'est juste dans le comité que j'étais là, tu sais, elle, je trouvais qu'elle avait l'air de bien comprendre puis d'être bien

impliquée. Mais, c'est ça. En même temps tu peux pas en avoir dix non plus autour de la table. Mais, celle qui était là, elle était impliquée. » (Partenaire H)

Ainsi, le premier effort, le plus apparent, est la présence d'une **ambassadrice des jeunes** depuis le début des rencontres du comité clinique et des partenaires : « Écoute y'a même une jeune qui est représentée. [Telle jeune] quand qu'elle parle, elle est écoutée. Je le sens. » (Partenaire F) Par rapport au fait d'avoir une ambassadrice, donc une seule jeune, des enjeux de représentativité et de pouvoir réel d'influence ressortent.

« C'est comme la porte-parole qu'on a. Elle est super bonne et c'est super intéressant ce qu'elle apporte, mais il y a [...] une différence entre prendre un patient modèle, puis lui dire "tu vas représenter une parole collective" puis représenter une parole collective. Elle a beau avoir le vécu qu'elle a, c'est correct aussi. Elle a son expérience à travers, mais ça demeure une expérience individuelle. Ça aurait été le fun d'avoir des représentants de personnes marginalisées ou d'en avoir plus qu'une. C'est sûr que c'est un défi. » (Partenaire A)

Au-delà de l'ambassadrice, les partenaires ont eu vent des travaux des **deux comités des jeunes**. Bien qu'ils entendent parler de ces efforts, au moment des entrevues, les partenaires n'avaient pas vu concrètement les jeunes. De plus, la mise en place du comité des jeunes a été compliquée par l'arrivée de la pandémie avec l'annulation du comité original mis en place et avec l'ajustement des modalités pour les nouveaux comités (voir la section suivante).

« Il y a un comité de jeunes qui a été mise en place, pré-pandémie, un autre qui est en train d'être mis en place. [...] donc à mes yeux, oui, le jeune était assez impliqué dans les étapes qui ont été faites jusqu'à ce jour. » (Partenaire D)

« Moi, à part [telle jeune] qui est la représentante depuis le début, j'ai pas eu affaire aux jeunes encore. Je sais que les comités jeunes sont proactifs, on a les inputs des jeunes. [...] je sais qu'ils sont actifs et je me fie sur les représentants qui nous ramènent l'information. » (Partenaire F)

4.1.3 L'accompagnement de l'équipe de recherche

L'accompagnement par l'équipe de recherche s'est actualisé principalement par les deux chercheuses principales (Julie Lane et Pasquale Roberge) et deux professionnels de recherche ayant agi à titre de coordonnateur du projet (Annick Maltais puis François Lauzier-Jobin). L'équipe a aussi eu l'aide de co-chercheurs de différents départements de l'Université de Sherbrooke ainsi que d'un agent de mobilisation. **L'équipe de recherche a d'abord agi en soutien et en collaboration avec la chargée de projet et la spécialiste en activité clinique** grâce à des rencontres hebdomadaires. L'équipe de recherche a aussi eu un rôle auprès du comité clinique et des partenaires, du recrutement et de l'accompagnement des jeunes des comités de jeunes ainsi qu'auprès de l'équipe d'intervention.

Avec les partenaires, **l'équipe de recherche a assuré une présence à l'ensemble des rencontres du comité clinique et partenaires** depuis la formation de celui-ci le 21 janvier 2020. Des ateliers sur différents sujets (modèle et implantation de cliniques pour les jeunes ailleurs dans le monde; caractéristiques-clés des services intégrés pour les jeunes; stratégies de *reaching out*; notions de population-cible, universelle, ciblée; les barrières internes et externes à l'accès aux services en santé mentale chez les jeunes, etc.) ont été proposés et animés par des membres de l'équipe de recherche afin d'alimenter les discussions sur la création d'une offre de service pour les jeunes.

Au niveau des jeunes, la mise sur pied d'un comité des jeunes avait été entamée, mais la pandémie de COVID-19 est venue y mettre fin temporairement (bien qu'une ambassadrice-jeune et une ambassadrice-parent ont poursuivi leur implication dans les différents comités). Ainsi, un rassemblement a eu lieu en mars 2020 afin d'expliquer le projet aux jeunes, entendre leurs besoins et préoccupations ainsi que les inviter à s'impliquer au niveau des comités de jeunes (ceux-ci ne se sont pas actualisés à ce moment en raison des perturbations liées à la pandémie). Neuf jeunes se sont présentés lors de ce rassemblement et ont participé à un atelier visant à choisir certaines images proposées pour répondre à des questions en lien avec la santé psychologique des jeunes. Les jeunes présents ont mentionné certains thèmes importants pour eux, soit le besoin de créer une communauté de jeunes, de se sentir écoutés et acceptés, de diminuer les délais pour recevoir le bon service ainsi que le besoin d'être en contact avec des intervenants qui comprennent la réalité et les enjeux propres à leur génération (ex. réseaux sociaux, orientation sexuelle et changement de sexe, communications interpersonnelles, etc.).

Au printemps 2021, **de nouvelles démarches ont dû être faites afin de favoriser la mobilisation de jeunes dans les deux comités de jeunes** (12-17 ans et 18-25 ans), pilotées par l'équipe de recherche. Ainsi plusieurs actions ont été faites telles que :

- Embauche d'un agent de mobilisation ayant une expertise en intervention de proximité auprès des jeunes (ancien travailleur de rue et agent de liaison);
- Démarches spécifiques et personnalisées auprès de plus de 45 partenaires pour expliquer le projet et solliciter leur aide pour recruter des jeunes;
- Sollicitation des jeunes directement dans leurs milieux (dans les organismes communautaires, dans les parcs, dans les écoles) afin de leur expliquer le projet et les inviter à participer;
- Contact personnalisé avec chacun des jeunes intéressés.

Toutes ces démarches ont permis le recrutement de 13 jeunes âgés entre 18 et 25 ans et 10 jeunes de 12 à 17 ans. Les jeunes recrutés permettent une grande représentativité de la communauté sherbrookoise en lien avec les critères établis en équipe (anglophone et francophone, jeunes issus de l'immigration, diversité de genre et culturelle, etc.).

En lien avec l'équipe d'intervention, **l'équipe de recherche a été impliquée dans la cadre de la semaine de formation à la nouvelle équipe clinique**. Une présentation et une discussion ont été animées pour ouvrir la semaine de formation. Celles-ci ont porté sur les expertises de chacun et leur complémentarité. Par la suite, deux blocs de formations ont eu lieu sur la relation d'aide ainsi que sur l'approche d'intervention positive (approche par les forces), de proximité et le modèle de soins par paliers revisité. Également, dans le cadre de la formation des nouveaux intervenants de l'équipe clinique d'Aire ouverte, un membre de l'équipe a accompagné chacun d'entre eux en intervention auprès des jeunes dans différents milieux afin de faire du coaching sur l'attitude et les interventions à adopter en contexte d'intervention de proximité.

Au travers de ces interactions, **l'équipe de recherche offre un soutien à l'appropriation des approches et pratiques probantes et prometteuses** issues de la documentation scientifique et

de la documentation grise par le comité clinique et des partenaires. Plus précisément, elle a effectué :

- Une recension des facteurs à prendre en considération dans le choix d'un lieu physique pour le local (novembre 2019);
- Une recension des écrits en lien avec l'implication des pairs aidants (hiver 2020);
- Une recension des éléments clés du modèle et de l'implantation de cliniques pour les jeunes ailleurs dans le monde, soit headpace et Foundry (janvier 2020);
- Un répertoire des différents services offerts aux familles par les organismes sherbrookoïsis (printemps 2020);
- Une recension en lien avec les meilleures pratiques en thérapie familiale;
- Une recension de l'offre de service actuelle de Foundry et headspace en contexte de pandémie (septembre 2020);
- Une recension sur les caractéristiques-clés des services intégrés pour les jeunes (integrated youth services), ce qu'est une pratique innovante, novatrice ainsi que le modèle de soins par paliers revisité (mars 2021);
- Une recension sur les notions de population cible (universelle, ciblé) et les barrières internes et externes pour l'accès aux services en santé mentale chez les jeunes (avril 2021);
- Une recension sur les notions de services de proximités et d'outreach, démarchage (mai 2021);
- Une recension sur les interventions brèves auprès des jeunes (janvier 2022);
- Une recension sur l'approche orientée vers les solutions (février 2022).

4.1.4 L'équipe d'intervention

L'équipe d'intervention est diversifiée à plusieurs points de vue. D'abord, elle regroupe des intervenants de différentes professions : psychoéducatrices, travailleuses sociales, sexologue, nutritionnistes, kinésiologue, et infirmière. De plus, les intervenants ont occupé une grande diversité d'emplois dans différents milieux : en milieu hospitalier (par ex., en pédiatrie), en réadaptation, en CLSC (par ex., santé mentale jeunesse), en protection de la jeunesse, en organismes communautaires (par ex., maison des jeunes), ainsi que dans le milieu privé et public (par ex., école primaire). En plus de l'expérience professionnelle, cette diversité amène une connaissance de ces différents milieux, des contacts et de l'inspiration sur de nouvelles manières de faire. L'équipe est composée presque exclusivement de femmes avec un seul homme. La majorité des intervenantes sont elles-mêmes parents (mères). Enfin, de nombreuses intervenantes nomment d'emblée des passions qui les animent : le jardinage, le sport, le yoga, les animaux, etc.

4.1.5 Clientèles ciblées

En s'appuyant sur l'analyse documentaire et les entrevues avec les partenaires, **trois types de clientèle émergent pour Aire ouverte – Estrie : les jeunes, leurs proches et les partenaires.** Évidemment, les jeunes sont la clientèle prioritaire à laquelle différentes caractéristiques sont accolées. La seconde clientèle est la famille, notamment les parents, ou plus largement les proches. La troisième clientèle est constituée des partenaires. On peut voir cette triple clientèle dans les documents du programme. Par exemple, les infolettres présentent des activités pour les parents dans un « Espace Famille » et s'adressent directement aux partenaires dans leur « Espace collaboratif partenaires ».

De leur côté, les jeunes ciblés sont d'abord définis en fonction de critères objectifs, soit l'âge et le lieu de résidence : « Jeunes de 12 à 25 ans de Sherbrooke » (Infolettre Aire ouverte Estrie Numéro 2). Ensuite, les services s'adressent particulièrement aux jeunes vulnérables, marginalisés ou qui ne sont pas rejoints par les services actuels. Plusieurs formes de vulnérabilité ou de marginalité sont nommées : les jeunes issus de l'immigration, « on peut être marginalisé du fait qu'on arrive d'un autre pays, aussi d'une autre culture, qu'on vive en situation de pauvreté » (Partenaire A), les jeunes issus « du carcéral aux établissements de détention » ou des clientèles « non scolarisées » (Partenaire B). Certains partenaires parlent aussi des jeunes marginaux parce qu'ils souscrivent à des cultures alternatives comme les punks ou plus généralement des jeunes réticents à l'autorité (Partenaire A).

On cherche surtout à **rejoindre les jeunes qui ne sont pas dans les services** en ce moment. Ainsi, une « Attention particulière portée aux jeunes qui abandonnent ou utilisent peu les services » (Infolettre Aire ouverte Estrie Numéro 2).

« Comme il vise une clientèle, je vais dire, orpheline ou la clientèle qui se promène dans une zone grise, qui va pas nécessairement chercher des services ou qui en veut pas trop longtemps » (Partenaire C)

Une partenaire souligne qu'il s'agit donc des « oubliés du système » :

« C'est nos oubliés du système. Dans le fond, c'est ceux qui fit pas, tu sais, on est tellement depuis plusieurs années en silo, puis on a nos créneaux, bien ça c'est ma clientèle, ça c'est la tienne, puis ça c'est la tienne, puis comme on se parle pas beaucoup entre nous, on se parle de plus en plus, mais pas tant que ça. Puis c'est encore aujourd'hui, je vais avoir des références de jeunes, dire "Ah bien là il y a tel problème en plus donc c'est vraiment plus mon jeune, je te laisse". Là tu dis "voyons, attends, on va travailler ensemble". Donc c'est cette clientèle-là qui [...] réussissent pas à se trouver une place dans notre structure, puis qui ont l'impression qu'on les délaisse, ou qu'on n'est pas en mesure de les soutenir, d'y répondre, ou qui ont eu des expériences passées un peu plus négatives, donc ils n'osent plus faire de demandes. » (Partenaire C)

Malgré une volonté de cibler les services pour ceux qui en ont le plus besoin, on sent un désir d'être inclusif : « Bien que la philosophie se veuille inclusive, nous vous présentons la clientèle cible basée sur les jeunes qui ne viennent pas dans les services traditionnels » (Infolettre Aire ouverte Estrie Numéro 5). On fait même explicitement référence à la délimitation des publics cibles en prévention : « Clientèle vulnérable et universelle » (Infolettre Aire ouverte Estrie Numéro 2).

Enfin, trois caractéristiques de cette clientèle sont relevées comme étant particulièrement importantes. Premièrement, certains jeunes auraient un manque de littératie en santé mentale. Ensuite, d'autres jeunes auraient des besoins multiples ou des besoins à éclaircir : « multitude de difficultés [ou] des enjeux personnels divers » (Partenaire C).

« Puis tu sais, quand on parle de complexité nos clients, ils cotent pas dans le DSM, ils cotent pas en santé mentale, mais ils cotent dans des traumas complexes davantage, puis à ce moment-là, ils développent différentes choses qui pourraient, je pense, être plus répondues par des organismes communautaires que de penser sur une 2e ligne. » (Partenaire E)

Enfin, certains jeunes ciblés seraient, par définition, réticents face aux services du système public. Il y aurait donc un enjeu au niveau du « volontariat » : « Tu sais, c'est pas un volontariat franc, c'est un volontariat qui est en mouvance et puis qu'on doit aussi susciter souvent comme volontariat. » (Partenaire E)

Sans que cet aspect n'ait été abordé directement dans les questions d'entrevue, il apparaît que les parents et les partenaires peuvent aussi être vus comme des clientèles-cibles. Par contre, les parents insistent pour que les jeunes demeurent l'emphase principal : « je pense qu'il faut que ça réponde aux besoins du jeune, puis un accompagnement, peut être aux parents. [...] Mais, des fois, juste peut-être de se le faire expliquer ou de se faire rassurer sans avoir les détails des services. » (Parent 1)

Les partenaires internes et externes peuvent aussi être vus comme des clientèles-cibles. D'ailleurs, les jeunes mettent l'emphase sur les liens à établir avec les partenaires que ce soit les écoles, les organismes communautaires ou les autres services dans le réseau de la santé et des services sociaux :

« On veut faire plein d'affaires, mais il y a déjà quelqu'un d'autre qui s'en occupe. [...] [Autre jeune :] Il y a déjà quand même beaucoup [...] Il y a des organismes qui sont vraiment précieux [...] Il faudrait trouver la manière des faire connaître. [Autre jeune :] C'est vraiment d'intégrer ça ensemble que j'aimerais. » (CJ – Adulte 3)

4.2 Vision des jeunes et de leur santé globale

La présente section détaille la vision de la santé globale des jeunes qu'ont les jeunes (section 4.2.1) et leurs parents (section 4.2.2) ainsi que des facteurs l'influençant (section 4.2.3). Une attention particulière a été accordée à l'influence des relations interpersonnelles (section 4.2.4). Cette section s'appuie principalement sur les propos tenus par les jeunes lors des comités de jeunes. Ceux-ci seront complétés par les dires des parents et des professionnels interviewés.

4.2.1 La santé globale selon les jeunes

Pour les jeunes ados, la santé réfère d'abord à un sentiment de **bien-être général** dans leurs différentes sphères de vie : « C'est juste le bien-être, mais dans toutes les sphères de ta vie. Puis, être heureux dans toutes les sphères de ta vie » (CJ – Ados A). Ce sentiment de bien-être peut se manifester malgré les problèmes ou les diagnostics. Dans ce cas, le bien-être passe notamment par l'acceptation de ces problèmes, dont les troubles de santé mentale.

« Être bien avec nous-même et notre entourage. Puis, être bien dans notre peau. Peu importe la condition. Peu importe que tu sois handicapé. Aussi, être bien avec notre mental. Une personne schizophrène, c'est le premier exemple à m'être venu en tête, peut quand même s'aimer. [...] Juste de t'aimer, aimer [accepter] ta maladie, fait que tu vas être bien dans ta peau. » (CJ – Ados A)

Les jeunes nomment que la santé est globale : « C'est global. Ça englobe toute. » (CJ – Ados A) Pour les jeunes, la santé globale comprend différentes dimensions : « L'amour, les relations, le sport, la santé physique, la santé mentale, la famille » (CJ – Ados A). Ainsi, les jeunes adultes détaillent **différentes dimensions de la santé globale** :

- **Santé physique** : faire de l'exercice, de l'activité physique;
- **Santé mentale** : les émotions, le sentiment de calme et d'apaisement, la confiance et l'estime de soi; s'aimer soi-même;
- **Nutrition** : avoir une bonne alimentation, faire la cuisine;
- **Santé relationnelle** : créer des liens, se rassembler, faire des activités ensemble;
- **Santé occupationnelle** : avoir un travail qu'on aime, la santé scolaire;
- **Santé financière** : « Pour moi, c'est primordial la santé financière. L'argent fait pas le bonheur, mais quand même, si tu es cassée tu as de la misère à être avoir une bonne santé mentale, tu as de la misère à te projeter dans l'avenir. » (CJ - Adulte 2);
- **Santé sexuelle** : « pour n'importe quel groupe d'âge, mais dans notre groupe d'âge 18-25 ans, c'est la santé sexuelle. Pour la santé globale, c'est primordial. » (CJ - Adulte 2);
- **Autonomie** : vivre seul, se nourrir, gérer son argent, autonomie au niveau paperasse.

Les jeunes mentionnent que les différentes dimensions sont en interaction ou, même, en interdépendance les unes avec les autres. Par exemple, une³ jeune illustre : « l'activité physique si tu en fais pas assez ou si tu en fais trop, tu vas voir que ça affecte les autres sphères de ta santé » (CJ – Adulte 2). Autre exemple, une jeune souligne « la différence de prix pour manger santé [...] Je trouve ça plate que ça coute moins cher mal manger et plus cher pour bien manger » (CJ – Adulte 4).

Il est donc important de trouver un **équilibre** entre ces différentes sphères de vie : « La santé globale, c'est un équilibre puisque toutes les dimensions s'affectent. Faut pas mettre toutes tes oeufs dans le même panier. » (CJ - Adulte 2) Par contre, cet équilibre est propre à chacun.

« Moi, j'aime beaucoup le mot équilibre. Quelqu'un qui est toujours rendu au gym et mange full protéiné, mais qu'il n'a pas le temps pour sa famille ou ses amis ou pour travailler. Peu importe. Tu n'es pas en santé. [...] L'équilibre, c'est tellement important. [...] Rester dans l'équilibre, se donner du temps pour tout, mais aussi pour soi-même. La santé touche tellement de sphères. » (CJ - Adulte 2)

« Ça dépend de chaque personne. Je ne pense pas qu'il y ait un équilibre en particulier que tout le monde devrait avoir cet équilibre là. Je pense que l'équilibre est vraiment selon différentes

³ Étant donné que la majorité des jeunes étaient des femmes et pour préserver la confidentialité, le terme « jeune » sera traité au féminin.

personnes aussi. [...] Il faut être à l'écoute de nos besoins, pour trouver notre propre équilibre pour avoir une santé globale. » (CJ - Adulte 2)

Enfin, pour certains jeunes, la santé globale dépasse la santé de l'individu. Par exemple, une jeune explique que « pour effectuer du changement en santé mentale, il faut que tu effectues du changement dans la société » (CJ - Adulte 3). Un autre jeune souligne que « la santé globale, c'est plus que la santé d'un individu, c'est la santé de la planète, la santé des peuples, la santé de tout le monde. L'environnement, ça a un impact extrêmement important sur la santé de l'individu. » (CJ - Adulte 2)

4.2.2 La santé globale des jeunes selon les parents et intervenants

Les parents interrogés mentionnent également que la santé est globale et comprend différentes dimensions comme la santé physique, affective, psychologique, interpersonnelle et l'alimentation. Les parents soulignent aussi l'importance de l'équilibre entre les différentes sphères de vie.

« Moi je dirais que c'est l'équilibre. C'est vraiment un équilibre. C'est être capable de jongler avec tous les aspects de sa vie [...] Être capable d'avoir du temps pour soi, pour les autres, pour sa famille, pour s'amuser, mais pour apprendre. C'est vraiment une question d'équilibre. » (Parent – 4)

Les parents soulignent par contre qu'il peut y avoir une vision **différente de cet équilibre** entre les parents et leur jeune.

« Je pense que, pour moi, il va avoir peut-être un peu plus d'équilibre entre les différents volets tandis que, pour eux, ils vont peut-être apporter une plus grande priorité à tout ce qui est d'avoir des relations avec leurs amis. Puis tandis que moi je mettrais peut-être un petit peu moins de place à ça, mais plus de place à la santé physique et mentale. » (Parent – 5)

À ce sujet, certains parents soulignent que les jeunes ont souvent une **vision à court terme** de leur santé : s'ils vont bien maintenant, ils sont en santé : « Je pense que pour eux, la santé. C'est tant que ça va bien là, le moment présent. Ils ne pensent pas au long terme. » (Parent – 1) Alors que de leur côté, les parents verraient les impacts à long terme de certains comportements ou habitudes de vie des jeunes. Ce qui fait que, les parents ont parfois l'impression que la santé n'est pas une priorité pour leur enfant.

« Pour eux, ce n'est pas une priorité. C'est sûr que mes deux enfants prennent pour acquis qu'elles sont en santé. Mais toute la prévention au niveau d'avoir des saines habitudes de vie. Ça prend beaucoup, beaucoup de rappel, moi je trouve. [...] elles ont encore beaucoup de difficultés à faire des liens entre le choix qu'elles vont faire dans une habitude de vie, et les conséquences que ça peut avoir. Donc ils vont me dire par exemple "ben, tu sais, je me suis couché tard, oui, parce que j'ai parlé avec mon ami très tard ou j'ai parlé avec mon amoureux très tard." "OK, puis est-ce que ce matin ça affecté? Tu es fatigué?" "Oui, mais c'était tellement important." Puis là, elle s'endort là, là. » (Parent – 5)

De plus, certains parents mentionnent aussi une déconnexion entre, d'une part, les connaissances qu'ont leur enfant des comportements promoteurs de santé et, d'autre part, la prise de conscience d'un comportement problématique et la volonté de changer ces comportements.

« Et je dirais même sur la prise de conscience, il y a comme une espèce de séparation. Les ados, ils sont sensibilisés, par exemple à l'école, sur le temps d'écran. Ça là, ils prennent beaucoup de temps à l'école pour en parler, et c'est correct. Mais en tout cas, moi, si je regarde, puis c'est différent entre mes deux, je ne sais pas si c'est l'âge, la personnalité, mais la plus vieille, mon ado de 15 ans, elle est capable de me dire toutes les bonnes façons de faire, les bonnes pratiques. Il ne faut pas que j'en fasse plus que tant d'heures par jour. Il faut... Et là, quand je lui reflète, "est-ce que c'est ça que tu fais?". "Non, mais moi j'en ai pas de problème. Moi, j'ai pas de problème. Je suis pas accro à mon cell. Donc ça, c'est plus des pratiques qui sont pour ceux qui sont accros. Moi j'en ai pas de problème". Donc, il y a comme un peu une distance, "c'est pas pour moi". » (Parent – 5)

Enfin, les parents ont souvent mentionné que la vision de la santé varie beaucoup d'un jeune à l'autre, même dans la même famille ce qui renforce la pertinence de personnaliser les interventions.

« J'ai deux enfants très, très, très différents, j'ai mon garçon qui bouge beaucoup. Pour lui, c'est sûr qu'il aime ça faire des activités, des sports et tout ça. Et j'ai l'autre qui est l'antipode. Qui est complètement différente. Elle, elle déteste ça. » (Parent – 1)

« On parle de différenciation aujourd'hui. On n'enseigne pas un groupe, on enseigne à des individus. Et ça, c'est la journée où on comprend ça, on fait vraiment une différence dans la vie de chacun des jeunes. C'est un challenge professionnel incroyable d'avoir 30 jeunes puis faire des choses différenciées. Mais cette relation-là, c'est être capable de montrer que chacun, chaque individu est important, et l'élève le ressent tout de suite. » (Parent – 4)

4.2.3 Facteurs influençant la santé des jeunes

Étant donné que cette dimension a surtout été abordée par les jeunes, le choix a été fait de présenter les facteurs influençant la santé des jeunes de leur point de vue en y ajoutant sporadiquement la perspective des parents et des intervenants.

La pandémie et ses effets

Pour les jeunes ados, l'influence négative sur la santé qui a été le plus discutée est **la pandémie et ses effets collatéraux**. D'abord, les jeunes soulignent que la pandémie de COVID-19 a eu un impact négatif sur leur santé mentale et celle de leur entourage.

« Tout le monde est tombé en confinement et tout le monde est tombé plus dépressif et tout. Je pense que ça a fait un mini-crash. » (CJ – Ados B)

« L'état mental des jeunes a vraiment [...] diminué. En négatif. » (CJ – Ados B)

La pandémie a eu un **effet sur la socialisation** des jeunes qui ne pouvaient plus sortir de chez eux. Une intervenante ajoute que cet isolement et le manque de relations qui s'en est suivi a été particulièrement difficile à cause du stade développemental des jeunes.

« Moi, ce que j'ai remarqué pendant la pandémie, les jeunes ont eu beaucoup, beaucoup de difficultés. Ça n'a pas été facile du tout. Leur identité à l'adolescence et comme jeune adulte, est développée souvent avec leurs interactions sociales et là, ils étaient coupés dans leurs interactions sociales. » (Intervenants – FG2)

Les jeunes nomment aussi une **baisse de motivation** qui a suivi. Il devient plus difficile de sortir de chez soi, de voir des gens et de retourner à ses activités normales.

« Je trouve que c'est vraiment plus dur d'avoir une motivation. Avant je m'entraînais, j'allais au gym. Mais là avec à cause la pandémie, il n'y a pu de gym. J'ai réessayé de m'entraîner, mais après deux semaines, j'étais comme 'uh' [bruit d'arrêt]. J'ai arrêté. Ça vaut pu la peine. On ne sait pas quand ça va fermer. Je suis pu capable d'avoir de motivation [...] Ça change quoi si je ne fais pas ma session d'automne là, je peux bien la faire dans un an. C'est vraiment dur d'avoir de la motivation. » (CJ – Ados B)

« Il y a genre full de jeunes qui ont lâché l'année dernière. Moi, je suis une personne qui aime l'école et l'année passée, j'arrêtais pas de penser à lâcher l'école. » (CJ – Ados B)

Après le confinement, le retour à l'école a parfois été difficile. Dans la première citation, un jeune nous raconte son entrée à l'école secondaire suivant le confinement :

« Avant, j'étais tellement social. On dirait que maintenant aller au restaurant pour moi, c'est la mort. Je vois trop de personnes en même temps, je vis un gros stress. Même avec l'école. Quand je suis retourné, la première journée, j'ai eu la chance que je connaissais une personne depuis la maternelle qui allait à la même école que moi [...] alors j'ai pu me faire un groupe rapidement. Sans ça, oublie ça, je serais resté dans mon coin. À me morfondre. Puis à ne pas avoir d'identité sociale. Ça n'aurait pas été le fun. Plus avec les autres problèmes mentaux que j'ai eus, ça aurait pas été drôle. » (CJ – Ados B)

« Moi l'année passée quand on est retourné à l'école, on voyait du monde. Moi, j'avais juste hâte de retourner chez nous et de voir personne. Ça a vraiment changé la personne que je suis. Puis, quand je pense à ma session d'automne, que je rentre, l'année prochaine. Ça ne me tente pas de voir du monde. [...] C'est comme si ça nous demandait trop d'effort de se remettre en interaction avec du monde. C'est comme 'ah, ça me tente de sortir, mais ça me demande trop d'énergie'. » (CJ – Ados B)

Un parent note que la pandémie est venue changer les habitudes de vie de ses enfants.

« Bien c'est sûr qu'au niveau de la santé physique et mentale, il y a toutes les habitudes de vie, j'ai plus parlé du sommeil. Je dirais qu'au niveau de l'activité physique, les derniers deux ans ont été... Il y a eu des hauts et des bas. Moi, mes filles font du sport scolaire, donc, ça a été mis sur pause souvent, puis j'ai vraiment vu des effets que ça a donnés. Pas seulement sur leur santé physique là, mais... Je veux dire pas seulement sur leurs capacités athlétiques parce qu'on le voit, ils reprennent le jeu, puis là je me dis «Oh mon Dieu, sont moins rapides qui était avant ». Mais ça, ce n'est pas grave, tout le monde l'est. Mais, aussi mettons sur leur tolérance à faire de l'activité physique. Elles sont comme un peu plus patate qu'il était avant. » (Parent – 5)

Les intervenants ajoutent que la pandémie a touché toutes les sphères de la vie des jeunes.

« [La pandémie] est venue brimer de ces sphères-là, dont les saines habitudes de vie, dont l'aspect social, relationnel, socioprofessionnel. Il y a eu des pertes de job. Santé sexuelle. Il y a eu une coupure des services autour d'eux. Santé physique. Ils ne peuvent plus aller au gym. » (Intervenants – FG2)

« C'est sûr qu'en nutrition, il y a eu une croissance énorme des troubles alimentaires. Les jeunes étaient proches des frigos, toujours à la maison. Il s'en est découlé "bien là, je mange trop, je vais me faire vomir". On a eu un gros boum d'admissions sur l'étage en psychiatrie pour les troubles alimentaires. C'est assez impressionnant. » (Intervenants – FG2)

Utilisation de la technologie

Comme on l'a vu précédemment, l'un des impacts de la pandémie a été le **travail à distance** que ce soit pour l'école ou pour leur emploi. Le travail à distance a mené à une grande utilisation des technologies : « Tu passes ton temps devant un écran. [...] Plus tu travailles longtemps, plus tu deviens fatigué. » (CJ – Ados B)

« Moi, quand je faisais du télétravail avec l'école pendant la pandémie, bien ça m'affectait physiquement parce que j'étais vraiment fatigué à cause de ça. Chaque jour, j'étais encore plus fatigué que la normale. On dirait que ça a perturbé : je l'ai encore cette fatigue-là, tous les jours. Avec le télétravail, ça m'a enlevé les plaisirs de la vie. [...] Puis aussi, je ne prenais pu soin de moi, ni mentalement, ni physiquement. Je prenais juste soin des autres. J'ai eu du mal à m'en sortir. » (CJ – Ados B)

Au-delà du confinement, les jeunes soulignent que l'utilisation de la technologie s'est généralisée et qu'on est rendu à un « point de non-retour » (CJ – Ados B). Certains jeunes critiquent la normalisation de l'utilisation de la technologie : « C'est rendu tellement normalisé. Juste avec l'école qui est en ligne. Ce n'est plus comme "je me sens mal, j'ai passé beaucoup de temps sur mes écrans". Non, c'est juste un outil. » (CJ - Adulte 4) Accentuée par les contrecoups de la pandémie, l'utilisation de la technologie est par contre nécessaire dans différentes sphères de leur vie : travail, école, loisirs, etc. « Pour moi, tous mes trucs d'école [et de travail] sont toute sur mon téléphone. Oui, il y a des trucs de loisir, mais aussi c'est un outil de travail, même à notre âge. Tout est sur notre téléphone. » (CJ - Adulte 4)

Les technologies comme les écrans sont décrites **comme des dépendances** ou des « addictions » par les jeunes. La télévision, les téléphones cellulaires ou les réseaux sociaux sont faciles d'accès, mais addictifs : c'est facile de rester « accroché dessus ».

« Je pense à l'addiction à la télé. Tu es toujours accroché dessus. Comme imaginons un cellulaire ou comme la vapoteuse. Toujours accroché dessus, tu ne t'en défais jamais. » (CJ – Ados B)

Les jeunes soulignent qu'une trop grande utilisation de la technologie entraîne de la fatigue. De plus, un certain cercle vicieux peut s'installer quand une personne est déprimée et que les algorithmes s'adaptent et promulguent plus de contenu en ce sens.

« C'est vrai que c'est quelque chose qui influence négativement. Quand je finis de regarder la télé, je me sens tellement fatigué. Ça me rend fatigué de m'asseoir sur un divan toute la journée. » (CJ – Ados B)

« TikTok, moi, c'était juste [...] pour montrer ma musique au monde. Mais là, plus mon état mental a diminué, plus tu vas sur ta for you page ça apparait ce que tu as liké [...] Plus tu es dans un état mental dépressif, plus ta for you page va être dépressive. Tu vas être plus stimulé à penser négatif. Tu vas rester là constamment. Tu vas juste regarder ça. » (CJ – Ados B)

Un parent ajoute :

« Tous les réseaux sociaux, la connexion, tout le temps être branché. D'écouter de la musique, des films, des séries, tout le temps, tout le temps, tout le temps. Je trouve que là il y a un risque aussi. C'est ça les réseaux sociaux je pense que là aussi dans... Moi, je ne suis quand même pas, c'est ça... On contrôle quand même, on est contrôlant un peu là-dessus. On a le encore le contrôle parental sur la quantité de minutes d'applications auxquels ont accès là. Mais je trouve que ça aussi c'est

un facteur de risque pour les jeunes parce qu'ils sont exposés à tellement, tellement d'informations, de situation qui ne sont pas nécessairement de leur âge. Il y a ça ou de vouloir tenter des expériences-là qui sont pas, en tout cas par rapport à moi, qui ne serait pas approprié pour mes filles. De la violence, des choses sexuelles. Il a comme des contenus à risque aussi. [...] Et que ton attention est tout le temps, tout le temps activé. Tu n'es pas concentré, t'es tout le temps en train de voir ce qui se passe? Et qui a fait quoi, qui a dit quoi? Il y a quelque chose là aussi qui les met à risque. » (Parent – 2)

Par contre, lors de la présentation de ces résultats, les jeunes soulignent aussi les aspects positifs des réseaux sociaux au niveau de l'accès à l'information (notamment sur YouTube), l'accès aux services, comme source de distraction et pour retrouver des amis. Illustrant le côté positif (distraction) et négatif des technologies, un jeune nous raconte son ancienne utilisation de celle-ci :

« Moi, ce qui m'attire souvent envers les écrans (mon téléphone, Netflix, la télé), c'est un peu pour m'échapper de la réalité. Puis entrer dans le monde que je me fais dans ma tête. Puis, juste ne pas penser aux problèmes de la vie. Ça a des effets positifs, mais aussi négatifs parce que je suis vraiment rendu un ermite dans ma chambre, tout seul. Mes parents sont rendus désespérés et moi aussi je le suis. Mais je ne peux pas arrêter. » (CJ – Ados B)

De leur côté, les parents insistent sur les aspects positifs et négatifs des réseaux sociaux et de la technologie plus largement.

« Bien c'est sûr que quand moi j'étais un ado, il n'y avait pas de médias sociaux là évidemment. Mais tu sais, même au niveau des grands messages, je pense que là il y a plus d'opportunités d'attraper des choses au passage, qui vont être positifs. Il y en a plein de négatifs. Mais je pense qu'il y a quand même plus de messages positifs qui circulent. Mes deux filles, mes deux grandes ados, tu leur parles de body positivity, ils vont... Ils vont fighter et ils ont plein d'exemples, ils ont des modèles. Que ce soit au niveau de l'image corporelle, que ce soit au niveau... Que ce soit au niveau de l'identité sexuelle, mais ce n'est pas ça, j'allais dire. C'est plus, je ne sais pas comment dire en français. Elles vont se révolter à la seconde même où quelqu'un essaie de faire du slutshaming. [...] Je pense qu'il y a des sujets sur lesquels elles sont bien outillées. Mais il y en a d'autres.... Il n'y a pas de bons modèles sur "il faut se coucher de bonne heure pour être en santé". » (Parent – 5)

Concernant leur rapport à la technologie, une jeune ajoute également que la technologie est parfois utilisée comme une récompense : « C'est comme si le temps passé sur les réseaux sociaux ou sur Internet, ça a toujours été une récompense. » (CJ - Adulte 4) Des solutions pour limiter les impacts négatifs sont mentionnées (CJ - Adulte 4) : l'importance de prendre conscience de la place que ça prend dans leur vie et d'amener les changements en conséquence; se mettre un *timer* sur certaines applications; faire des conférences pour changer la mentalité des jeunes (par des experts, des professeurs ou des jeunes conscientisés).

Utilisation de substances

Dans les influences négatives sur la santé, les jeunes ont aussi nommé la **consommation de cigarette** électronique (vapeuse) et, dans une moindre mesure, de la consommation de cigarettes en général.

« C'est un effet négatif sur la santé, autant tu aimes ça en prendre que ça détruit ta vie. » (CJ – Ados B)

« C'est un objet qu'on pourrait dire meurtrier. Ça te met des problèmes aux poumons, ça te tue lentement sans que tu ne t'en rendes compte. [...] C'est une addiction. Puis des fois on ne peut pas s'en empêcher. » (CJ – Ados B)

Certains l'utilisent pour gérer leur situation difficile, notamment « pour gérer leur anxiété. » (CJ – Ados B) ou « sortir d'une situation difficile. Tu en prends et l'émotion passe. » (CJ – Ados B)

« C'est un peu comme une échappatoire. Une échappatoire. Moi, je m'enfermais dans ma chambre et c'est comme une échappatoire pour la vraie vie. Peut-être que pour ceux qui vapotent c'est une échappatoire pour eux. C'est leur façon de dire 'Ça, je m'échappe de la vraie vie, me retrouver dans mon monde, tranquille à vapoter.' » (CJ – Ados B)

Les jeunes nomment aussi l'influence de leurs pairs et l'impact des publicités sur leur adoption de cette pratique :

« Tu te fais influencer plus par tes pairs, par tes amis que par n'importe quoi. » (CJ – Ados B)

« À cause de l'industrie du tabac qui voulait faire plus d'argent. Chaque chose qui est vendue, c'est pour faire plus d'argent. Ils ne se sont pas dit 'Ah, ça va être très bon pour la santé des jeunes' ils s'en sont câlissés. [...] Pourquoi il y a full de publicité de ça et qu'ils en vendent full. Oui, ils disent que c'est 18 ans, mais regarde le nombre de jeunes qui en ont clairement qu'ils arnaquent le système. » (CJ – Ados B)

Nature et changement climatique

Les jeunes parlent aussi beaucoup des **effets psychologiques des changements climatiques** avec les concepts de « écoanxiété » ou « écoémotion » (CJ - Adulte 1). Selon eux, la crise climatique est une source constante de stress qui a des impacts sur leur santé psychologique, voire à leur fonctionnement quotidien.

« L'effet psychologique des changements climatiques, des changements environnementaux. L'espèce de climate crisis qu'on voit tout le temps. On est constamment bombardé de mauvaises nouvelles, ça crée un global threat, un cynisme général. Générationnel, même. Ça brime les relations générationnelles avec les personnes plus vieilles pour qui la protection de l'environnement c'est moins urgent ou important. Mais, pour nous autres, c'est notre futur. » (CJ - Adulte 3)

De l'autre côté, les jeunes ont discuté de l'influence positive de la **nature** sur leur santé. Les jeunes combinent souvent dans leur propos le fait d'être dans la nature et d'y faire des activités : « Le plein air, ça fait tout le temps du bien. » (CJ - Adulte 2); « Moi, j'ai eu des périodes difficiles, puis moi j'ai privilégié faire des activités à l'extérieur, vraiment dans la nature. [...] Aller marcher dans la nature une fois par jour, ça peut vraiment te ressourcer, te faire sentir bien, c'est libérateur de marcher. Autant physique que mentalement. » (CJ - Adulte 2)

Comparaison sociale, état d'esprit (*mindset*) et prendre soin de soi

La **comparaison** constante aux autres nuit à la santé des jeunes et à leur estime d'eux-mêmes, surtout sur les réseaux sociaux. Cette comparaison entraîne les jeunes à « être trop autocritique. [...] trop perfectionniste » et a cherché à atteindre des « standards malsains ou trop élevés

véhiculés par notre société » (CJ - Adulte 4). De manière générale, les jeunes sentent qu'eux et leurs amis sont « extrêmement exigeant envers nous-mêmes » (CJ - Adulte 7).

« La société c'est rendu, c'est beaucoup de comparaison. C'est nocif un peu. Surtout sur Instagram. [...] Ça a un impact sur les jeunes surtout. Tu vois le corps d'une fille full belle, puis tu te dis 'Et moi?'. Tu te compares et ça baisse ton estime. » (CJ - Adulte 4)

« La comparaison se fait aussi beaucoup dans notre génération, c'est épouvantable. (...) Moi, j'ai plein d'amies qui se comparent, ce n'est tellement pas bon pour la santé mentale de se comparer comme ça. [...] Mais c'est ça notre génération, on se compare 'ah, moi j'ai 21 ans, je ne suis pas encore à l'université, je ne suis pas encore là'. C'est vraiment nocif et tout le monde fait ça. Que ce soit sur Instagram ou n'importe où [...] » (CJ - Adulte 7)

Les parents abordent cet aspect sous l'angle de la comparaison, mais aussi de la performance que ce soit dans les études, dans l'activité physique (sport) ou la sexualité.

« La performance, c'est comme dans tout. Sexualité de la même façon. Et très tôt... C'est dans la perception par les autres. Donc ça a des impacts sur la santé, pas juste ce mental, mais la santé physique. Il ne faut pas juste s'amuser à aller dehors puis prendre une marche là. Ce n'est pas faire du sport, ce n'est pas faire attention à soi, mais c'est vraiment de performer, puis d'être capable de montrer des médailles quelque part. Mais dans tout, comme la santé sexuelle. Tu as eu combien de partenaires? Ce n'est pas, moi je suis rendu où? Et ce n'est pas mes besoins ou mes envies à moi là. » (Parent – 4)

De l'autre côté, un aspect qui peut contribuer positivement à la santé globale est **l'état d'esprit** du jeune. De manière intéressante, l'une des premières sources d'influence positive que nomment les jeunes est eux-mêmes. Les jeunes nomment souvent l'importance de la persévérance, de la motivation, d'avoir des buts (direction) et de se dépasser.

« [...] tu as un bon mindset, que tu es positif, que tu es motivé [...] De juste avoir une drive, de te sentir vivant. Si tu te lèves le matin et que tu as un bon mindset, que tu es capable de te projeter un peu dans l'avenir, mais pas trop, que tu es capable de vivre le moment présent. » (CJ - Adulte 2)

Bien que la persévérance et la projection vers l'avenir soient importantes, les jeunes insistent aussi sur l'importance **d'être dans le moment présent** et de prendre soin de soi : « prendre du temps pour elle, avec un loisir qui lui plait. » (CJ - Adulte 2)

« Moi, il y a un message qui m'est resté. Quand j'étais au foyer, c'est une intervenante qui me l'a dit: 'ne vis pas dans le passé, parce que c'est passé, mais vis dans le présent'. Ça m'a vraiment changé parce que je me basais toujours sur les défaites du passé pour vivre ma vie normalement. Alors que je faisais juste fait dégringoler. Ça me faisait juste me répéter dans un cycle négatif. Au final, tu restes dans le passé. Vivre le moment présent. » (CJ – Ados F)

Les jeunes mentionnent l'importance de **prendre soin de soi** et de « se recentrer sur soi-même » (CJ – Ados A).

« C'est vraiment important de prendre soin de soi. C'est peut-être même la plus importante dans la vie. En même temps, si on néglige une partie de nous-même, ça va devenir un effet domino. Il va y avoir plusieurs aspects de notre santé globale qui vont être affectés. Donc, c'est important de prendre soin de tout, tout, tout. Pour juste être bien dans sa peau. Être bien avec soi-même. C'est aussi comme ça qu'on va réussir à avoir une bonne santé mentale. » (CJ – Ados A)

Une jeune parle de l'analogie des cuillères d'énergie ("spoon theory") : « C'est un système où ton énergie dans une journée, c'est des cuillères [...] C'est un système pour savoir combien d'énergie j'ai dans une journée et qu'est-ce que tu es capable de faire dans une journée. » (CJ - Adulte 3)

Les jeunes insistent sur l'importance de prendre soin de **leurs habitudes de vie** comme « bien manger » (CJ – Ados H) et « prendre beaucoup d'heures de sommeil » (CJ – Ados H). Certains jeunes font aussi des liens entre prendre soin de soi et le fait de s'aimer, de s'accepter, se centrer sur soi et de ne pas se comparer.

« Premièrement, c'est comme ça que tu apprends à t'aimer. Quand tu aimes quelqu'un, tu prends soin de lui. Bien, c'est la même chose avec toi. » (CJ – Ados A)

« Crois en toi. Quand j'étais jeune, je ne croyais pas en moi. Crois en toi, parce que tu avais raison. Tu as un gut feeling [...] Laisse toi pas influencer si les autres te disent que non si toi tu penses que oui. » (CJ – Ados H)

Les jeunes nous ont aussi beaucoup parlé de **leur passion**, notamment le sport, la lecture et la musique. Le premier pas est de « Juste comme trouver des choses que tu aimes » (CJ – Ados F). Puis de faire une place à cet aspect positif, à cette passion.

« On parle de passion. Moi, j'en ai trop. Ces temps-ci, j'en ai trois. La natation, la lecture et la musique. Tout ce qui est en rapport avec la musique : danser, chanter, écouter de la musique. » (CJ – Ados B)

Pour certains, la passion se combine au dépassement :

« J'ai l'impression que si on ne se dépasse pas, on n'arrivera pas à grand-chose dans la vie. C'est comme ça que fonctionne ma tête. Si tu ne vas pas au bout, tu n'arriveras pas pour les autres affaires. C'est mon moteur [...] I have to achieve everything that I want to do. » (CJ – Ados C)

Un parent ajoute que la passion peut être une force mobilisatrice et a aussi une fonction protectrice contre les mauvaises influences.

« Tu sais, moi, j'ai des enfants qui sont allés à [école], puis après ça ils vont faire des vocations. Une des raisons pour laquelle j'ai poussé là-dessus. Bon, il y avait les capacités, c'est sûr, mais quand t'as une passion, c'est ça qui te drive, c'est ça qui... Donc, tu vas à l'école, pas pour tes maths, ton français, tu vas à l'école pour faire partie de la gang qui fait ça. Ça sort les élèves qui font ça de toutes les mauvaises influences, et je le vois là dans mon travail actuellement. C'est fascinant. » (Parent – 4)

D'autres jeunes parlent plutôt **d'équilibre** et de changer la balance, changer le *mindset*, **faire la place au positif** :

« Pour moi, c'est plus de changer la balance. Oui, si tu vapotes c'est négatif. Mais, moi vu que je fais du sport, j'ai pas envie de trop en prendre, trop en consommer pour que dans mon état physique et mental, ça m'épuise trop. Que j'aie pas assez d'énergie physique pour faire du sport. [...] Switcher en fait. À la place de vapoter, de faire une activité physique. Changer une addiction. De te focaliser à essayer de sortir au moins une ou deux fois par jour. [...] Changer la balance par ce que tu aimes. Exemple, tu aimes faire des marches dehors. [...] Commence par ce que tu aimes, ce que tu apprécies [...] qui te motive. » (CJ – Ados B)

Enfin, annonciateur de la prochaine section, une des stratégies personnelles est de trouver des personnes qui vont nous soutenir. Ainsi, les relations avec différentes personnes sont une influence sur la santé.

« Le message que j'ai trouvé important c'est d'être capable de trouver du soutien. Être capable de trouver des personnes qui vont nous aimer, qui vont être avec nous autres, qui vont nous soutenir, qui vont nous amener vers le haut. Surtout quand on avait parlé des personnes importantes, on n'avait pas juste parlé de notre famille. On avait parlé des éducateurs, des voisins. Toutes les personnes autour de nous qui sont capables de nous soulever. C'est un des grands messages que j'ai retenus. » (CJ – Ados F)

4.2.4 Relations interpersonnelles du jeune

Les relations interpersonnelles ont été nommées à la fois comme une dimension de la santé globale, mais aussi comme étant un facteur qui y contribue. S'appuyant sur la méthode Photovoice, les conversations des jeunes démarraient avec une photographie qui était présentée au groupe et tous pouvaient renchérir. Les jeunes ont nommé une grande diversité de sources de soutien et ont exprimé différentes fonctions jouées par ces relations. Les jeunes mentionnent que les relations peuvent avoir une valence positive, négative ou, parfois les deux à la fois.

« Importance d'avoir les proches de ton bord. C'est négatif, quand tu as un lien rompu ou que ça va mal avec quelqu'un qui est important pour toi. » (CJ - Adulte 4)

« On a une relation compliquée. Ma petite soeur souvent elle n'utilise pas les bons pronoms. Des fois, elle me respecte même pas. Mais, là, ça a arrêté suivant une discussion avec mes parents qui ont une conversation sérieuse avec elle. Là, ça s'est amélioré. [...] Elle me traite de tous les noms. Souvent, elle dit plein d'affaires vraiment pas le fun. Je l'aime, mais je ne suis pas capable de lui montrer d'affection, parce qu'elle m'a tellement fait du mal intérieurement. » (CJ – Ados C)

Source du soutien social des jeunes

En termes de **source de soutien**, les jeunes ont nommé une grande variété de relations : l'influence des membres de la famille, des autres jeunes, de leur conjoint, les enseignants, les professionnels et de sources de soutien plus éloignées (voisins, conférenciers, célébrité, etc.).

Premièrement, les membres de la famille proche reviennent plus souvent chez les ados, ce qui inclut les parents (père, mère), les frères et sœurs, voir les neveux : « Ça, c'est ma famille. [...] Je suis vraiment content de les avoir. Parce qu'ils m'acceptent comme je suis. Ils ne m'ont pas jugé. » (CJ – Ados E) De leur côté, les jeunes adultes ont beaucoup parlé de l'influence de la relation qu'elles ont eue avec leurs parents. La qualité de la relation entre les jeunes et les parents sera exposée dans sa propre section un peu plus bas. Par exemple, une jeune raconte la relation complexe qu'elle a avec ses parents :

« Dans ma vie personnelle, j'ai deux parents qui m'ont vraiment influencée en bien et en mal. Je pense que tout le monde a vécu ça et tout le monde a un bagage différent [...] [Mon père] vit dans le passé puis il est stuck dedans et toi, tu finis par l'être aussi et ça crée une relation super toxique entre l'enfant et le parent » (CJ - Adulte 7)

Une autre jeune adulte raconte aussi la relation avec ses parents et son influence sur les rapports homme-femme et sa sexualité :

« Mon père, c'est un grand pervers, narcissique, manipulateur, contrôlant. J'ai vécu beaucoup d'injustice et de rapports autoritaires inégaux, homme-femme. Il y a eu des abus sexuels, des trucs comme ça qui ont toujours bien passé [...] Ma mère, ça a été mon plus grand pilier. C'est elle qui était toujours là. Malgré tout ça, elle m'a appris à vivre dans la peur par rapport aux hommes, que les hommes c'est des gros cochons [...] Ça fait longtemps que je vis avec ces questionnements-là et que je dis "comment ça se fait que je suis autant fâchée". Même si je suis capable d'être épanouie, il reste qu'il reste toujours une colère quand vient le moment de cette situation-là. [...] Tout ça, veut, veut pas, ça part de mon éducation. De ce que j'ai vécu avec mes parents. Je pense tellement qu'au niveau de la sexualité, il y a tellement de chemin à faire. » (CJ - Adulte 7)

Certains parents de leur côté nous ont mentionné le rôle de la famille plus élargie : « Les oncles, les tantes, les cousins, cousines, les grands-parents, qui a une influence importante » (Parent - 2).

« Assurément avec la famille un peu plus élargie aussi. Dans notre cas, on est moins proche, mais les grands-parents sont très très proches et ça, je vois que ça fait une grande grande différence. Ça a un point de vue très différent, juste générationnel et complètement désintéressé du quotidien. » (Parent – 3)

« Dans le cas de mes ados, ils sont assez proches de leurs grands-parents, leurs grands-parents maternels, mes parents à moi. Je pense qu'elle voit plus souvent leurs grands-parents que pas mal tous leurs amis. Moi, ça arrive là, à peu près une fois par semaine, qui vont dormir chez leurs grands-parents. [...] Et quand elle va moins bien, je me dis "OK, ce soir elle va dormir chez ma mère". Ça met comme un baume. Elle n'est pas confrontante. Donc c'est une relation qui est vraiment significative pour elle. Ma mère est vraiment beaucoup impliquée dans leur vie. » (Parent – 5)

Deuxièmement, les jeunes ont insisté sur l'influence des autres jeunes dans leur comportement et leur santé. Les jeunes adultes voient aussi la pertinence qu'il y ait des pairs-aidants sur les sites Aire ouverte. Par contre, une jeune fait la distinction entre l'aide d'un autre jeune et celle d'un professionnel :

« Je pense que c'est important de faire des liens entre les jeunes [...] Mais, je pense que le lien professionnel est quand même important aussi. Si je veux, je peux parler à un psychologue, à un nutritionniste, je veux parler à un professionnel, pas à ma meilleure amie. [...] Vu que tu es encadré par un cadre professionnel, je sais que tu es encadré par le secret professionnel et tout. » (CJ - Adulte 5)

« C'est sûr, les amis. Je pense que c'est ça. Et plus, tu sais enfant c'est important, mais adolescente aussi, ça, je pense que ça a une influence. Les amis. » (Parent – 2)

En troisième lieu, les jeunes nomment aussi le rôle d'adultes à l'extérieur de leur famille comme les enseignants, les entraîneurs (*coachs*) et d'autres sources de soutien plus distal (voisin, ancienne gardienne, etc.). D'abord, les enseignants sont évidemment présents dans la vie des jeunes et certains peuvent avoir un rôle très important alors que d'autres resteront neutres.

« Moi, il y a certains profs. Pas tous parce qu'il y en a certain que "eurk". Il y a des profs, surtout des profs de science, parce qu'ils nous enseignent quelque chose que j'aime beaucoup. Et les profs d'art. Il y a juste certains profs qui sont vraiment cools pour t'enseigner des choses. Ils sont là pour

toi. [...] Quand tu pognes des mauvais profs, tu ne te sens pas bien en classe. Quand tu as des bons profs, tu as moins d'anxiété. » (CJ – Ados C)

« C'est sûr qu'avec l'école, il y a les profs, mais tu sais, c'est tellement prof dépendant, elle peut être importante et... Elle ne sera pas pas importante. En fait, elle ne sera pas négative. Mais elle peut être vraiment neutre. Puis de temps en temps, il y en a un qui sort du lot et là... C'est là qu'elle va devenir significative. Mais d'emblée, les profs sont neutres. » (Parent – 5)

Pour les jeunes pratiquant un sport, les entraîneurs sont très importants et ont une grande influence sur eux. Un parent qui est enseignant nous explique l'importance du rôle des entraîneurs :

« Il y a des coachs qui ont des énormément d'influence aussi. [...] Les coachs, moi d'ailleurs comme prof, quand j'avais des jeunes qui étaient dans des équipes sportives, quand je voulais faire un changement de comportement, je ne m'adressais jamais à la direction d'école. J'allais directement voir le coach. Sans ça, ça tournait en rond avec la direction, avec le parent ça finissait plus, mais le coach c'était direct. Donc, il y a des gens qui ont énormément d'influence dans la vie de nos jeunes. » (Parent - 4)

Une jeune mentionne d'ailleurs pourquoi elle aime parler avec des adultes :

« Moi, c'est parler avec des adultes, je ne sais pas c'est quoi, mais ça clique. [...] Ils vont me demander comment je me sens et 'C'est quoi qu'il y a de nouveau dans ta vie?'. Ça libère un peu de ta vraie vie. Oui, c'est un adulte. Il a passé par des étapes que toi tu n'as pas passées, mais qui ressemble. Tu peux te baser sur leur passé. [...] Baser sur ce qu'eux ils disent tu peux changer un peu, toi, tu es encore jeune. On est encore jeune, on peut encore changer des affaires. » (CJ – Ados H)

Les jeunes ayant des relations avec des intervenants mentionnent les intervenants comme source de soutien. Les parents mentionnent aussi fréquemment les intervenants de leurs jeunes.

« Moi, j'avais quelqu'un, c'est ma psy. Ça fait presque deux ans qu'on se voit aux semaines ou deux. Elle m'a vraiment aidé à avancer dans la vie et mon cheminement personnel. À réaliser des choses. Juste à m'aider, overall. Même si c'est sa job. À m'aider dans beaucoup de domaines dans ma vie. À propos de beaucoup de choses qui allaient pas bien et qui me faisaient vivre de l'anxiété. Je suis vraiment reconnaissante. » (CJ – Ados C)

« Ma fille, on a sa psychologue qui la suit depuis un bon bout. Moi, j'ai ma psychologue qui m'aide beaucoup. [Mon garçon], on a une éducatrice spécialisée, qui est avec nous à toutes les semaines. Qui vient juste le vendredi, quelques heures. [...] On a une médecin qui est super, puis on sait qu'on peut la voir à tout moment. C'est sûr qu'elle est importante pour [garçon], pour sa santé, mais... Sinon, comme je te dis, on n'a pas de travailleur social, personne dans le dossier, ça, c'est lourd. » (Parent – 1)

Finalement, certains jeunes ont aussi mentionné les animaux de compagnie comme source de soutien.

« Moi, c'est pas un humain. [...] Ça serait mon hamster et mon chien. Les animaux. Ça me donne de la dopamine. [...] Je me sens moins seul. Quand j'étais plus jeune, ça m'aidait à copier avec l'anxiété que j'avais beaucoup dans ce temps-là. C'est un stress relievier. Ça t'accepte comme tu es. » (CJ – Ados C)

« Oui, c'est Bobo, [ma tortue], je l'amène partout parce qu'il m'aide beaucoup avec mon anxiété. J'ai des tics d'anxiété et ça m'aide beaucoup quand j'ai des tics. » (CJ – Ados C)

Rôles et fonctions du soutien social

Selon les personnes interrogées, les relations interpersonnelles des jeunes peuvent remplir différents rôles ou différentes fonctions. Voici les mécanismes du soutien social en s'appuyant sur la catégorisation de Lauzier-Jobin (2022). Ces mécanismes représentent autant de manières dont une relation peut favoriser la santé des jeunes. Les mécanismes sont présentés séparément, mais une relation peut intégrer plusieurs fonctions.

1. **Présence et disponibilité.** Ce premier rôle des relations d'être présent, disponible et accessible pour le jeune et de le manifester.

« Elle est souvent là pour moi quand j'en ai besoin. Elle me répond presque tout le temps. » (CJ – Ados C)

« Être disponible. Mais au-delà d'être rejoignable, quand on est avec le jeune, de se montrer disponible. Pas juste avoir une oreille à lui et une oreille ailleurs. Ou d'être plus préoccupé par nos besoins que par ceux du jeune. Mais, vraiment être présent et disponible quand on est en interaction. » (Intervenants – FG2)

Une dimension de cette présence est dans l'assurance d'une certaine continuité avec l'emploi de terme comme : « toujours », « tout le temps », même dans les moments plus difficiles.

« Ma mère, c'est la personne la plus importante au monde pour moi. Définitivement. Elle est là pour moi, tout le temps, tout le temps, tout le temps. On a une dynamique assez spéciale parce que je suis enfant unique et ma mère est monoparentale. Je suis tout le temps, tout le temps, tout le temps avec elle. Et j'ai tout le temps, tout le temps été avec elle. [...] On a une super relation. Elle a toujours été là pour moi. Surtout dans ma transition [de sexe]. Elle est super ouverte avec ça. » (CJ – Ados C)

« [Parlant de son intervenante] Même quand je vais sortir d'ici [centre jeunesse], elle me dit toujours 'tu peux me texter, je veux savoir comment tu vas'. Puis, ça me fait du bien de voir que quelqu'un qui travaille pour les centres jeunesse qui prend tellement de temps pour une jeune.[...] J'en ai eu plusieurs des intervenants et je n'ai jamais vu quelqu'un qui aime autant son travail et qui prend du temps avec une jeune, autant qu'elle le fait. Des fois, elle reste plus tard juste pour me parler. Quand je sors le soir, je l'appelle et même à la maison, le soir avec ses enfants, elle me répond. Je trouve ça vraiment gentil de sa part. » (CJ – Ados C)

2. **Camaraderie.** Cette dimension renvoi au fait de faire des activités ensemble, d'avoir une relation est conviviale, agréable et amusante.

« Qui m'aide parfois à retrouver le sourire. [...] Puis elle rit. Elle respecte mes secrets. Elle n'en parle pas à personne. [...] Puis, elle rit tout le temps avec moi, avec mes blagues. » (CJ – Ados C)

« Essayer d'être dans le plaisir beaucoup, puis dans dédramatiser. Être dans l'humour, ne pas toujours se prendre au sérieux. » (Parent – 1)

3. **Soutien émotionnel.** Cette dimension renvoie au partage d'émotions (peine, joie, amour, etc.) et à la manifestation d'affection, de considération, de sympathie et d'empathie. Pour

les jeunes ados, ce soutien émotionnel passe aussi par le fait que l'autre voit quand ils ne vont pas bien et qu'ils prennent soin d'eux (*caring*).

« Je l'aime énormément. C'est la maman du groupe. C'est aussi elle qui s'est rendu compte que j'allais vraiment pas bien. [...] Elle sait quand je ne vais pas bien. Elle sait quand je vais bien. J'ai juste connu ça l'année passée ces deux personnes-là. C'est les meilleures amies que j'ai jamais eues. » (CJ – Ados C)

« C'est un de mes partenaires. [...] Je suis polyamoureux. J'ai plusieurs personnes. C'est une de ces personnes. Elle m'aide beaucoup à aller de l'avant et à me rappeler que ça va bien aller. Rappeler de manger. Ça fait pas longtemps qu'il y a des gens autour de moi qui care. [...] Ça fait du bien d'avoir quelqu'un qui voit que ça va pas bien par rapport à telle chose et qui travaille sur la suite. » (CJ – Ados C)

4. **Communication.** Cette dimension renvoie à la parole et l'écoute de l'autre. Pouvoir parler, partager et se confier sur tout favorise la santé mentale des jeunes. Cette communication s'appuie sur certaines attitudes comme le respect, l'ouverture et la considération.

« N'importe quoi que j'aie, un problème ou juste une bonne nouvelle que je ne suis pas capable de retenir, tout de suite je vais lui en parler. C'est un super bon support. C'est un super bon acolyte. Tu peux tout partager avec, sans gêne. Mes amies et ma mère, c'est un peu la même chose. Quelqu'un avec qui tu peux parler de n'importe quoi. C'est ça qui fait que ta santé, surtout mentale, va bien. C'est que tu peux tout exprimer sans limites. » (CJ – Ados C)

« Une des premières personnes à qui je me confie vraiment. [...] C'est une très bonne amie. Pendant tout l'été, on a fait des appels à chaque soir, chaque soir. Une amie très importante pour moi. [...] Elle ne me juge pas. Elle ne me juge vraiment pas sur mes choix. [...] Elle respecte mes secrets. Elle n'en parle pas à personne. » (CJ – Ados C)

« J'étais pour dire authenticité aussi. Prendre le temps d'écouter, mais de vraiment écouter ce que le jeune a à dire en laissant de côté toutes nos pensées à nous. Mais, vraiment être là. Vraiment dans l'écoute... Plus qu'active presque. Vraiment, écouter ce qu'il a à dire. » (Intervenants – FG2)

5. **Espoir, dépassement, être un modèle.** Plusieurs jeunes mentionnent que les autres ont aussi comme rôle de les rassurer, de les inspirer, de les pousser à se mettre en action et à se dépasser. Par exemple, un bon prof est quelqu'un « qui va quand même te pousser à faire des choses, mais d'une bonne façon. » (CJ – Ados C)

« J'ai trois coachs que j'ai en tête. Parce que je suis très sportif. [...] Je veux impressionner les coachs. Ces trois-là en particulier, il faut que je donne tout ce que j'ai pour les impressionner. C'est pour ça que c'est les trois plus important. [Le premier coach] enseignait une éthique de travail importante. [...] C'est de nous pousser à leurs limites pour les dépasser. » (CJ – Ados C)

« [Mon neveu] influence ma santé parce que j'essaye de faire des bons choix pour lui. Pour revoir lui et mon frère après [le Centre Jeunesse]. [...] Je le verrai dans 365 jours. Dans un an, je sors du système. [...] Je veux qu'il ait sa tante, une tante positive. [...] Qu'il voit que je suis quand même à l'école même s'il voit que je peux lâcher l'école maintenant. [...] Qu'il voit que j'évolue un peu. Qu'il dise "ah, elle, elle peut le faire, moi je peux faire mieux pour moi". » (CJ – Ados E)

6. **Aider les autres.** Finalement, les jeunes mentionnent aussi l'importance d'aider les autres, mais tout en faisant attention à soi.

« Il faut que tu fasses attention à ne pas trop prendre le problème des autres sur tes épaules. [...] Il faut aussi ne pas se perdre là-dedans. » (CJ – Ados A)

« Quand elle va mal j'aime beaucoup la reconforter. Une partie d'être heureux, c'est aussi d'aider les autres. » (CJ – Ados C)

Relations interpersonnelles et Photovoice

Les jeunes ont aussi mentionné plusieurs dimensions liées au soutien social en parlant de leur expérience avec la démarche de recherche (Photovoice). La référence au processus d'évaluation lui-même est un résultat ayant émergé des analyses. Ce résultat nous semble tout à fait cohérent avec l'approche utilisée dans ce projet qui implique une imbrication entre l'accompagnement et l'évaluation du programme (voir section 3.2). D'abord, plusieurs jeunes nomment l'intérêt de pouvoir « parler et se faire écouter » (CJ – Ados F). De plus, une jeune parle d'une occasion pour développer son réseau : « Je suis nouvelle [dans cette ville] et je voulais me faire un réseau. [...] Pour commencer, c'était pour rencontrer des gens » (CJ – Ados F). Enfin, les jeunes souhaitent aider les autres jeunes, notamment en témoignant de leur histoire.

« C'est le fun de parler de sujets un peu plus sensibles, tabous, qu'on parle pas souvent. Je trouve ça vraiment intéressant. Ça permet de voir le point de vue des autres. » (CJ – Ados F)

« Moi, c'est plus pour ouvrir les autres jeunes qui ont plus de difficulté à être sincères. À expliquer que cette ressource est là pour, disons, Info-Social est là pour ton mental, comment ça va. [...] Une façon de t'ouvrir plus. Leur donner un genre de base. Pour exprimer les affaires que tu vis. [...] Leur donner une base tout de suite et les aider à évoluer dans le futur. [...] C'est vraiment pour un peu changer le monde. » (CJ – Ados F)

Relation entre les jeunes et les parents

Les parents et les jeunes adultes ont discuté des caractéristiques d'une bonne relation entre un enfant et son parent. Les attitudes d'ouverture, d'écoute, de respect sont fréquemment mentionnées de part et d'autre.

« Moi, il y a beaucoup la confiance qui me rejoint dans la relation avec les parents. Moi, en tant qu'enfant, j'aurais besoin que mes parents me fassent confiance dans les choix que je fais, je pense surtout à des choix de carrière. Il n'y a pas tous les parents qui sont ouverts [...] C'est plate si toi comme personne tu es fière de qui tu es, mais que tu n'as pas l'approbation [l'acceptation] de tes parents. Même [...] si on s'aime, puis on croit en nous, les parents ont vraiment une influence même aujourd'hui, à 23 ans. » (CJ - Adulte 7)

Les parents et les jeunes nomment aussi l'importance d'être à l'écoute des besoins du jeune.

« Un parent qui soit à l'écoute, des besoins de son enfant, sans jugement, avec une ouverture pour gagner la confiance de son enfant. Si le parent porte un jugement, l'enfant ne va pas vouloir se tourner vers le parent » (CJ - Adulte 7)

« Voir quelles sont les attentes de nous, mais aussi de l'enfant, ou ses besoins. Parler en termes de besoins, ça, c'est très important. » (Parent – 3)

Par contre, plusieurs parents avancent l'importance d'un équilibre entre cette écoute et le besoin d'encadrement.

« Mais ce qui est difficile, en tout cas pour moi, c'est les limites. C'est où qu'on les mette pour garder cette espèce d'ouverture là que ça ne fait pas leur affaire de se faire dire non ou de se faire refuser. Qu'on mette des limites, qu'on quand on gère, avec notre contrôle parental. Mais ça fait que c'est sécurisant pareil parce que il y a des règles. Donc il y a ça... Une bonne relation... Que les règles soient connues, c'est peut-être ça. » (Parent – 2)

« Éviter l'autorité dégradante ou humiliante. Ça, je pense, c'est la base d'une bonne communication avec les jeunes, puis une bonne relation sans nécessairement être complètement permissif. Surtout là, ça c'est évident que l'inverse n'est pas mieux là. Donc un cadre bienveillant et aimant, je pense, c'est déjà... Si on est capable, installez ça, ouais. » (Parent – 3)

Pour ce faire, ces parents mentionnent l'importance de bien se connaître comme personne, de définir ses valeurs et celles de la famille et d'établir des règles claires de fonctionnement. Les parents interrogés nomment aussi la grande diversité d'encadrement qu'ils observent chez les autres parents autour d'eux.

« Mettons, je regarde à l'école primaire, on est une école assez mixte où mes deux filles sont allées. L'isolement dans le sens où... Les parents sont disponibles ou présents. Je trouve qu'il y a beaucoup de jeunes qui se permettent toutes sortes de comportements que tu dis "Ben voyons donc, ça se peut pas là à cet âge là d'avoir ces comportements-là, de parler de cette façon-là". Au niveau du cadre un peu, je trouve que ce n'est pas évident. [...] Mais les enfants qui se retrouvent beaucoup à écouter des séries ou... Mettons la relâche, soit ils vont en voyage ou sont restés chez eux à être sur Netflix ou autre. Il y a comme un tout ou rien un peu. [...] Je trouve, c'est ça, il y en a que c'est ça... Qui sont comme peut être plus laissé à eux-mêmes un peu, mais qu'on a l'impression qu'ils font beaucoup de choses parce qu'ils ont plein de types de loisirs. » (Parent – 2)

4.3 Conception des services pour les jeunes

Dans cette section, nous aborderons l'utilisation et les problèmes avec les services actuels selon les jeunes et les parents. Par la suite, nous détaillerons les caractéristiques souhaitées pour le site Aire ouverte – Estrie et nous détaillerons un modèle logique de l'intervention d'Aire ouverte – Estrie selon les différents acteurs. Ce modèle logique peut être vu comme une première théorie de programme (modélisation des prémisses sur lesquelles s'appuie le programme).

4.3.1 Utilisation des services actuels

Dès le début de la démarche d'élaboration du site Aire ouverte – Estrie, certaines actions ont été mises en place par l'équipe clinique et des partenaires (avec le soutien de l'équipe de recherche) afin de connaître l'opinion de la population concernée en lien avec leur utilisation des services de santé globale, leurs besoins et leur niveau de satisfaction des services dans la région de Sherbrooke. Dans un premier temps, **un sondage en ligne distribué via les médias sociaux auprès de la population générale a été complété par 750 jeunes âgés entre 12 et 25 ans**. Les résultats démontrent que 61% des jeunes trouvent que les services de santé globale répondent très bien ou assez bien à leurs besoins. Au courant de l'année 2019, les jeunes rapportent avoir utilisé certains services en lien avec un accident ou une blessure (38%), leur santé sexuelle (31%), un suivi de routine (27%), des symptômes de stress ou d'anxiété (23%), leur santé mentale (16%), des besoins scolaires (13%) ainsi qu'en lien avec leurs habitudes de vie (12%). À la question concernant les incitatifs à utiliser en lien avec un espace de services en santé globale pour les

jeunes, les réponses les plus populaires sont le fait de pouvoir recevoir plusieurs services à un même endroit (65%), la possibilité de clavarder avec un intervenant (58%), les consultations téléphoniques (42%) ainsi que l'accès à une plateforme web (41%).

Dans un deuxième temps, **727 parents (d'enfant âgé entre 12 et 25 ans) ont complété un sondage en ligne**. Ceux-ci rapportent que les principales raisons de consultation de leur jeune dans les services de santé globale à Sherbrooke durant l'année sont les symptômes de stress et l'anxiété (40%), les besoins scolaires (32%), l'estime de soi et les habiletés sociales (28%) ainsi que les habitudes de vie (24%). À la question concernant les incitatifs à utiliser les services pouvant les soutenir en lien avec les difficultés de leur enfant, les réponses les plus populaires sont le fait de pouvoir recevoir plusieurs services à un même endroit (67%), les consultations téléphoniques (62%), la possibilité de clavarder avec un intervenant (49%), ainsi que l'accès à une plateforme web (36%).

4.3.2 Problèmes avec les services actuels selon les jeunes

Les jeunes adultes ont nommé différents problèmes avec les services actuels (qui implicitement devraient être évités ou adressés par les services Aire ouverte). D'abord, les jeunes ont mentionné la **bureaucratie** dans les services publics : « La bureaucratie est trop présente [...] Je pense que beaucoup de nos problèmes dans le système de santé sont ancrés dans la bureaucratie » (CJ – Adulte 8). Plusieurs histoires et conséquences de la bureaucratie sont nommées : pour l'inscription aux services, se faire référer d'un service ou d'un professionnel à l'autre (« jouer au ping pong »), la hiérarchisation des services, etc.

Ensuite, un deuxième problème relié est le **problème de communication** : « Plus il y a de liens, plus le message a le temps de se déformer. / Oui le jeu du téléphone. » (CJ – Adulte 8) Rapidement, une solution au problème de communication est proposée, soit l'établissement de « liens directs » et personnalisés entre les professionnels : « Le transfert personnalisé, les dossiers des patients. Que ce soit plus uniforme. Que les informations soient transférées et lisibles pour un autre professionnel » (CJ – Adulte 8).

Enfin, un troisième problème est le **manque de personnel** : « Les professionnels, il en manque. Il y en a vraiment pas assez pour le nombre de malades » (CJ – Adulte 8). Avec le manque de personnel viennent le « manque de place » et l'épuisement des professionnels : « C'est sûr que tout le monde dans le milieu hospitalier sont sur-travaillés parce qu'il manque de personnel. » (CJ – Adulte 8) Trois solutions sont proposées. Premièrement, les jeunes suggèrent d'embaucher plus de professionnels, tout en reconnaissant les enjeux sociaux de pénurie de personnel et le vieillissement de la population : « Tu fais juste rajouter un shitload de monde et le reste va suivre. Parce qu'il y a des bonnes intentions, les systèmes ont pas été bâtis sur des mauvaises choses » (CJ – Adulte 8) Deuxièmement, les jeunes soulignent donc l'importance de prendre soin des professionnels qui sont en poste. « À court terme et moyen terme, si on manque de professionnel, il faut trouver une manière de ne pas les épuiser, bien s'en servir, s'en soucier. Être capable d'avoir un système qui va pour servir plus de patients [...] » (CJ – Adulte 8). Troisièmement, une jeune souligne la pertinence d'agir en amont : « dans la santé mentale jeunesse, d'aller plus vers la prévention du développement des problématiques sinon que après ça il y a plein de personnes à aider. » (CJ – Adulte 8)

4.3.3 Problèmes avec les services actuels selon les parents

Un premier problème que soulèvent les parents est de **trouver le bon service** quand le problème ou le besoin n'est pas clair. Les parents racontent comment ils ont dû « cogner à plein de portes » pour trouver le bon service. Ce problème peut être exacerbé par la méconnaissance des services existants et par la pandémie qui a limité l'accès aux services.

« Avec ton jeune, des fois tu ne sais pas trop où aller. Tu ne sais pas à quelle porte cogner? Mais que tu sais que t'as une place. [...] C'est niaisieux, mais des fois ils veulent connaître notre besoin, mais on sait pas trop. On sait pas trop, est ce que c'est un psychoéducateur ? Est-ce que c'est une travailleuse sociale ? Est-ce que c'est une éducatrice spécialisée qu'on a besoin ? » (Parent – 1)

Un autre enjeu est lorsque le problème est jugé trop ou pas assez grave pour l'intensité du service identifié. D'un côté, les parents confient avoir de la difficulté à trouver une aide ponctuelle pour un besoin? moins grave. De l'autre, un parent souligne les problèmes avec les limites dans la durée des interventions quand le problème est plus sévère.

Une deuxième grande catégorie de problème concerne **les problèmes d'accès aux services ou de continuité** entre les services. On identifie notamment le passage des services pour les mineurs aux services adultes à 18 ans comme étant problématique. Les changements d'âge, en intensité de services ou l'identification d'un nouveau problème ont comme conséquences de faire recommencer les mêmes démarches, les mêmes défis, les mêmes problèmes pour accéder à de nouveaux services. Les problèmes de continuité obligent parfois les personnes à redemander de l'aide et, donc, à replonger dans les expériences parfois négatives.

« Il y a les changements de programme. Exemple, mon garçon quand il a changé... C'est parce que moi, quand il est rentré au centre de réadaptation, il était en déficience auditive. Donc là, il était dans ce programme-là. Après, ils l'ont changé pour déficience langagière. Donc troubles de langage, il tombait sur une liste d'attente. On recommençait, une nouvelle travailleuse sociale, des nouveaux spécialistes. Puis après, ça a été plus en lien avec sa déficience. Donc, on se promène, on recommence, puis là il tombe adulte, on recommence encore. » (Parent – 1)

Enfin, on note un problème de continuité dans les références qui sont parfois inadéquates.

« Ma fille, mon aînée, elle avait eu des besoins, à un moment donné, puis on m'a orientait vers certains services, puis ce n'était pas adéquat. [...] Cet accès là, au début, ça a été un petit peu plus difficile dans le sens où il a fallu que j'insiste là pour qu'elle ait accès au psychologue de l'école par exemple. Ce n'était pas vers cette personne-là qu'on me référerait. » (Parent – 2)

Pour répondre à ces différents problèmes, **les parents proposent d'avoir un endroit centralisé ou un intervenant-pivot.**

« Ce que je comprends, c'est qu'il y aurait une façon de joindre une équipe, que ce soit médical, psychologique, travailleur social. Ou peu importe le besoin du jeune, il y aurait une place qui est centralisée pour avoir accès à des services. » (Parent – 1)

« Des fois d'avoir un petit pivot. [...] De dire OK cette personne-là, elle n'intervient pas nécessairement dans le dossier toujours avec nous, mais on sait qu'on peut se référer à elle et qu'elle peut nous donner de l'information. Elle peut nous diriger vers la bonne personne qui a l'information sans qu'on ait tout le temps à repasser, ça, c'est sûr que ça pourrait être génial. » (Parent – 1)

4.3.4 Caractéristiques souhaitées du site Aire ouverte – Estrie

Avant sa réelle mise en place, les jeunes et les partenaires ont discuté des caractéristiques souhaitées pour le site Aire ouverte – Estrie. D’abord, les jeunes abordent les **différentes modalités** que pourraient avoir le site Aire ouverte – Estrie, voire de l’importance d’avoir plusieurs modalités (local, équipe mobile, à domicile, milieu informel, en ligne, texto) : « Je vois plein d'affaires. Autant tu peux appeler, autant tu peux te pointer, autant tu peux aller sur le site Internet. [...] Dans un monde idéal, tu peux avoir autant l'Internet, que tu peux aller sur place, que tu peux appeler, que tu peux texter, même. » (CJ – Adulte 5)

Les jeunes mentionnent qu’avoir un lieu physique, un **local**, est important pour eux : « Moi, j'aimerais ça qu'il y ait un local. [...] Le monde veut pas être sur l'ordi, on a été un an et demi là-dessus, on veut pu ça » (CJ – Adulte 3).

« Je trouve qu'Aire ouverte pourrait [...] être un community hub où les personnes peuvent aller faire des meetings, s'organiser et avoir de l'information sur comment organiser [...] aider les personnes à continuer leur projet aussi dans la communauté » (CJ – Adulte 3).

Sur la question du local physique, les partenaires sont plus partagés. Certains en voient la pertinence :

« Pour moi, c'est très important. [...] Pour qu'il y ait l'aspect de rencontre en personne, l'aspect qu'on sorte de tout ce qui est technologie puis visio, l'aspect qu'est une salle pour des groupes. Moi, j'imagine pas ça sans lieu [...] ça aurait été aire ouverte, puis tu sais, qui ait une grande salle pour des groupes, puis des petits bureaux, tu sais, j'aurais imaginé ça comme ça. » (Partenaire G)

Mais, la majorité des partenaires interrogés remet en question la centralité du local. Avec la pandémie, l’investissement d’un local a été mis sur pause ce qui s’est peut-être avéré une bonne chose : « je pense qu'on n'a pas de besoin d'un local. Tu sais, on dirait que ça vient de plus en plus clair que si ton partenariat est assez fort, puis que t'as une belle porte d'entrée par l'internet, je pense qu'on n'a pas besoin d'avoir une porte d'entrée spécifique » (Partenaire E). Ainsi, certains partenaires prôneraient une approche d’abord numérique avec un appui sur un local au besoin.

« [...] moi, ça serait pas que numérique, moi, ça serait d'abord numérique, les Anglais appellent ça virtual first, la philosophie que tu construis d'abord et avant tout sur le web de façon numérique et que si le professionnel fait "Oh, oh, non, non, ce que tu es en train de me décrire là, ça c'est clair qu'il faut qu'on se voie en personne". [...] un fallback vers une rencontre en présentiel si jeune est dans la région de Sherbrooke directement ; tant mieux. Sinon, on trouve une façon de l'envoyer dans un organisme communautaire près de chez lui. Mais oui, moi, en fait, l'approche numérique viendrait informer ce qu'on a besoin comme service physique, service en présentiel et non pas l'inverse. » (Partenaire D)

En termes **d’accessibilité**, les jeunes parlent donc d’un local ouvert, attrayant et accueillant ainsi que de différentes modalités de services ce qui favoriserait l’accessibilité. L’ouverture passe par une attitude d’accueil des intervenants (voir plus loin), mais aussi par l’absence de barrières, comme les coûts de services, les heures restreintes ou les listes d’attente.

« C'est sûr que la place centrale de ça doit être vraiment accessible. C'est la chose la plus importante, c'est que ce soit accessible pour tout le monde. Que tout le monde se sent accueilli dans ce genre d'endroits. C'est la priorité. [...] Make sure that it is design in a way where everyone feels welcome. Hospital are really uncomfortable places. [...] quand tu y vas pour la santé mentale, tu ne veux pas que ça soit une place stérile, pas confortable. » (CJ – Adulte 3)

« Les caractéristiques, c'est sûr que c'est l'accessibilité [...] ça serait comme un lieu accessible qui couvre beaucoup d'heures quand même dans le sens que ça soit ouvert en soirée, là où les jeunes auraient besoin en fait. » (Partenaire G)

Enfin, les parents suggèrent de réfléchir à la proximité des services. La proximité peut être géographique, mais aussi en enlevant les distances (bureaucratie, temps d'attente). Ils suggèrent aussi d'aller là où sont déjà les jeunes comme les écoles.

« C'est comme des lieux où ils passent beaucoup, beaucoup de temps. C'est comme des milieux à investir là pour les bonnes habitudes de vie. [...] Ce qui est commun à toutes les enfants, c'est l'école. Je pense qu'ils n'ont pas le choix d'y passer, faite que tu sais au niveau des habitudes de vie [...] » (Parent – 2)

Pour l'accessibilité des services, **l'utilisation des technologies semble être une solution intéressante** : « **une accessibilité numérique** » (Partenaire B); « Les gens peuvent texter. Les gens peuvent répondre par courriel. Il y a plein d'ouverture. » (CJ – Adulte 5) Les jeunes nomment aussi le fait d'avoir un système de prise de rendez-vous virtuel pour prendre un rendez-vous n'importe quand. À noter que les systèmes téléphoniques automatisés sont vu négativement par les jeunes.

Ces solutions en ligne sont particulièrement pertinentes pour les personnes ayant des problèmes de mobilité ou en situation de handicap (CJ – Adulte 3). De la même manière, certains jeunes soulignent l'importance que les **services soient inclusifs** que ce soit au niveau des personnes LGBTQ+, les personnes racisées et autochtones ainsi que les personnes en situation de handicap : « Je suis très investie dans les droits des personnes LGBTQ+ et dans l'inclusion. Pour moi, c'est important de créer un environnement qui est inclusif et réceptif à ça. » (CJ – Adulte 1)

L'accessibilité passe aussi par les **choix**. D'abord, le choix de la modalité d'aide avec laquelle tu te sentes le plus à l'aise : « il y a plusieurs chemins possibles » (CJ – Adulte 5). L'accessibilité, c'est aussi de ne pas obliger de prendre un chemin :

« Tu es comme libre d'aller à gauche ou à droite ou tout droit. Au niveau des services de santé pour les jeunes, c'est des choses qui sont importantes aussi de se sentir libre, de se sentir bien, de se sentir confortable d'aller chercher ton aide. » (CJ – Adulte 5)

Enfin, l'accessibilité doit aussi trouver un équilibre entre le confort et la **sécurité** du lieu : « le jeune, il se sent en sécurité, il est dans sa boîte où ce qu'il est bien » (Partenaire F). L'Aire ouverte est décrite par un jeune comme étant :

« Un bel environnement aussi pour partager même si c'est pour partager des mauvaises nouvelles. Ça a l'air d'un bel environnement, une intimité, un confort. Même si c'est difficile personnellement, tu as un confort extérieur [...] Un environnement sécurisant et sécuritaire. » (CJ – Adulte 3)

Les services doivent être **adaptés aux jeunes** et à leur réalité que ce soit en termes de moyens de les rejoindre, d'horaire ou de type de services. L'adaptation aux jeunes n'est pas qu'une

question de critères d'âge, mais plutôt une approche à adopter : « s'inspirer des services déjà offerts, mais de les adapter au goût du jour, plus actuel. » (CJ – Adulte 5)

« Aire ouverte, ça peut être pour les jeunes, mais ça peut être pour tous les âges. Parce que si on met un âge, tel âge à tel âge, comme les maisons des jeunes jusqu'à 18 ans. Pourquoi ne pas mettre ça jusqu'à... plus tard... n'importe quel âge. Tu as besoin, tu y vas. C'est pas la clientèle qui a besoin d'être jeune, c'est l'approche qui a besoin d'être jeune et plus actuelle. C'est ça que les gens veulent, ils veulent se sentir écoutés et que ce soit up-to-date. » (CJ – Adulte 7)

Par ailleurs, il faut faire attention pour que ce ne soit pas stéréotypé ("pour les jeunes, par les adultes") : « Moi, quand j'étais jeune [...] jusque ce soit fait pour les jeunes, ça me donnait pas le goût d'y aller. Je me dis c'est des adultes qui disent aux jeunes comment être » (CJ – Adulte 3). Le lieu doit non seulement être adapté aux jeunes, mais il doit aussi être attrayant pour eux et non-stigmatisant.

« Il faut vraiment que les gens ils passent là. Les jeunes passent, puis ils voient, puis ils y vont. [...] Puis en même temps, attrayant, mais pas, hop, la vie avec des Arcs-En-ciel, parce que je ne pense pas que les ados ça... Ça, je suis sûre que vous avez du monde, mais ce n'est pas ça que je veux dire quand je veux dire attrayant. Je veux dire, il faut que ce soit "Ah c'est là ça. C'est quoi ? Je vais aller voir et je vais revenir". » (Parent – 5)

« Puis aussi, moi je crois que avoir des lieux de rencontres, pas nécessairement associées à des problèmes. Parce que les jeunes ne veulent pas avoir des problèmes. Je pense, ou être associé à des problèmes. Mais que ça fasse juste partie de la normalité d'avoir des groupes d'appartenance plus en lien avec la santé. Bon, il y a le sport, c'est sûr. Il y a les maisons des jeunes, mais là déjà il y a une tangente vers là c'est des jeunes à problèmes qui vont dans les maisons des jeunes. Donc, avoir un milieu neutre, qui n'est pas associé à une maladie, mais au bien-être là. Je pense ça pourrait être intéressant. » (Parent – 3)

Les parents suggèrent de miser sur le sentiment d'appartenance des jeunes et de favoriser la discussion entre les pairs plutôt que la transmission d'informations unidirectionnelle.

« Faire partie d'un groupe. Le sentiment d'appartenance à cet âge-là est important. [...] Ouais, je comprends que Aire ouverte, c'est quelque chose qui touche le bien-être général, les jeunes, puis c'est vraiment nécessaire. Mais il y a aussi de forts besoins pour ceux qui ont des diagnostics, mais qui se sentent isolés. Je crois sincèrement qu'avoir des groupes thématiques pour des jeunes admettons vivant de l'anxiété ou de la dépression, une maladie affective, bipolaire, trouble d'apprentissage... pour appartenir à un groupe qui vit les mêmes difficultés que soi, ça peut être intéressant aussi. » (Parent – 3)

4.3.5 Modèle logique du site Aire ouverte Estrie

Bien qu'il aurait intéressant de faire un modèle logique pour chaque clientèle-cible ayant émergée de nos analyses (jeunes, parents et partenaires), nous n'avons pas collecté d'information spécifiquement pour celles-ci. La présente section se concentre donc sur le modèle logique de l'intervention auprès des jeunes en la structurant en cinq grandes stratégies d'intervention. Cette section intègre les propos des intervenants, des partenaires, des jeunes et des parents.

La première stratégie est la transmission générale **d'information** aux jeunes : faire de « l'éducation, de l'information » (Partenaire G). Cette stratégie vise à sensibiliser les jeunes et faire de la prévention. Malgré les critiques de l'influence négative de l'utilisation de la technologie, les jeunes voient quand même la valeur ajoutée d'avoir de la bonne information sur Internet pour prendre soin de soi à l'aide de la technologie : « Ça me fait bien moins peur d'aller sur mon téléphone pour aller chercher de l'information sur ma propre santé [...] » (CJ – Adulte 4).

Un parent souligne toutefois que la transmission d'informations n'est pas suffisante. Il est nécessaire que l'information mène à une prise de conscience chez le jeune pour qu'il y ait changement de comportement.

« Mais encore là, je pense que c'est la prise de conscience parce qu'il y a bien des jeunes qu'ils ne le sont pas en santé, mais qui se croient en santé. Donc, c'est quoi être en santé? Bien, c'est avec des choses tangibles. De faire une activité physique régulière avec des temps, disons, 3 fois semaine ou 5 fois semaines d'au moins 30 minutes. Les recommandations claires, puis demander aux jeunes "vous, vous faites quoi pour vous approcher de ça?" Puis là, ça serait parlant pour eux de voir, de dire "bien en fait, j'en fais pas du tout ou pas assez". [...] Il y a une pensée de naturel disant "bien oui, moi je suis en santé. Les problèmes, c'est pour les autres." » (Parent – 3)

La deuxième stratégie est le **reaching out** : la volonté d'aller vers les jeunes, d'avoir des pratiques de proximité dans leurs milieux de vie. Les jeunes considèrent que certains ont plus de besoins et sont potentiellement ceux qui ne viendront pas vers les services, il est donc nécessaire d'aller vers eux.

« Quand on parle des jeunes souvent, il y a beaucoup de voix qui ne sont pas incluses là-dedans. Il y a beaucoup de jeunes qui vivent dans la rue et qui ont pas d'opportunité. Allez les voir, ça serait important. Parce que c'est vraiment ça qu'il faut penser en santé communautaire, c'est d'aller vers... [Autre jeune : faire du reaching out.] Oui et être sûr que tout le monde va bien. Et ça, ça aide à prévenir les choses qui plus tard pourraient devenir un problème. » (CJ – Adulte 3)

« Ce qui marche, c'est le "aller vers"[...] Puis là, tu vas chercher le volontariat des jeunes, tu vas chercher... d'être avec les gens, chez les gens, où ce qu'ils sont. Ça va être plus facile après de les faire venir chez vous. [...] c'est de dire, "on va vers, pour les ramener vers", "on va vers vous, pour les ramener éventuellement vers un local, un pied-à-terre". » (Partenaire F)

Qu'il y aille un lieu (local) ou pas (en reaching out), la troisième stratégie est l'importance d'un **accueil humain et empathique** de la part des intervenants. Les intervenants doivent être disponibles et prendre le temps d'accueillir le vécu des jeunes.

« [...] un accueil super-humain, qu'ils prennent bien leur temps pour m'expliquer comment ça va se passer et qui ne sont pas juste 'attends là, va là'. Qu'on prenne le temps de me l'expliquer [...] Mais que j'ai cet accueil humain là, qui manque terriblement dans les hôpitaux. » (CJ – Adulte 8)

« Puis l'idée de ça, c'est vraiment que le jeune ait la réponse automatique [...] en tout cas, à ce qu'on puisse l'accueillir, y aura pas réponse tout de suite nécessairement à son besoin, mais il va être accueilli par quelqu'un qui va l'écouter. » (Partenaire E)

« Je ne pense pas que c'est une réponse immédiate qui est requise, mais c'est un accueil immédiat. » (Parent – 5)

Cette troisième stratégie permet de créer un lien avec un intervenant, d'avoir une bonne première expérience de service et de démystifier l'intervention professionnelle :

« Des fois, démystifier un peu c'est quoi là. Ça peut être un peu effrayant d'aller voir un psychologue ou d'aller demander de l'aide [...] » (Parent – 2)

« C'est peut-être aussi pour une première expérience, pour donner confiance au service. [...] Bien justement, si ça se passe bien, qu'ils arrivent à avoir un lien de confiance, puis que l'intervenant est capable de voir... Tu sais d'amener le jeune s'il y a besoin d'autre chose. De dire "ah ça s'est bien passé ici, j'ai été bien accueilli, c'était pas trop compliqué, pas trop lourd", bien peut être c'est ça, ça va être lui donner confiance après s'il y a besoin à nouveau ou qu'il a besoin d'autres services plus dans le réseau, ça va peut-être, c'est ça, facilité la transition. » (Partenaire H)

La quatrième stratégie est **l'intervention court terme** dans laquelle l'intervenant vient répondre au besoin ou expliciter le besoin (pour cibler service).

« Bien c'est ça, je pense qu'il faut qu'ils y aillent dans une approche vraiment de court terme pour pas avoir à s'enliser dans un suivi qui va être trop long, qui vont faire qu'il va avoir des listes d'attente. » (Partenaire E)

« C'est quand même difficile pour un jeune et même pour un adulte, de cibler les besoins. Donc, comme quand on a une situation d'un jeune en difficulté, puis de trouver c'est quoi le bon service. [...] des fois quand on fait une demande pour un service, mais techniquement, des fois, c'est même pas ça, tu sais? C'est ce qui est dit, mais en dessous de ça y'a autre chose. » (Partenaire B)

« Des fois, tu as un sentiment de mal-être, puis tu le sais pas exactement, tu n'es pas capable de l'identifier, mais que tu te sentes libre d'aller chercher de l'aide et que tu sais qu'il va y avoir quelqu'un pour t'accueillir. Sans que ce soit catégoriser, genre "oui, tu as besoin de quel service?" "Je ne le sais pas". Des fois, les gens ne savent pas toujours. D'avoir le sentiment de liberté. D'arriver et de ne pas avoir la pression t'identifier à quelque chose. » (CJ – Adulte 5)

À différents moments et de différentes manières, les jeunes ont souligné l'importance d'être outillés et de se faire aider à comprendre ce qu'ils vivent et comment y faire face, particulièrement au niveau des émotions :

« L'importance des émotions. Savoir identifier nos propres émotions. Avoir une sensibilité à identifier les émotions des autres à travers certains signes pour faciliter la communication puis se comprendre soi-même. Je pense que c'est une lacune. » (CJ – Adulte 3)

« Mettons que la personne est capable de dire 'Je fais de l'anxiété' / 'Ok, par rapport à quoi'. Bien la personne en live ou au téléphone est capable de faire le schéma avec elle. Au pire, la personne repart avec son schéma. Au pire, il y aurait déjà informatisé des 'cues', des 'tips' pour survivre jusqu'à ton prochain rendez-vous. » (CJ – Adulte 8)

Cette quatrième stratégie serait liée à des effets de nature plus clinique comme la diminution de l'anxiété, l'augmentation de l'empowerment, du bien-être, de la santé globale et de la qualité de vie.

« Bien si tu l'évaluais en niveau de bien-être en lien avec la problématique en lien avec la réponse à son besoin, je pense qu'on pourrait voir de l'amélioration dans leur vie. » (Partenaire E)

Enfin, la cinquième stratégie est **l'accompagnement et la référence** à un autre service. Ainsi, les jeunes ont parlé non seulement de l'importance d'être lié et de référer vers d'autres services,

mais aussi la manière de le faire. Il est important de dépasser la simple référence et d'offrir un accompagnement vers les prochaines étapes.

« Les services habituels, c'est toi qui faut qui aille voir. C'est toi qui faut qui fasse un suivi. C'est toi qui faut qui décide d'aller, mettons qu'ils te donnent une ressource : ils te disent 'Va là, fais ça'. Tu n'as pas nécessairement l'accompagnement. Mais, c'est toi qui faut que tu aies "le guts" d'aller le faire quand même. Ça serait donc de vraiment guider jusqu'aux ressources dont tu aurais le plus besoin. Ça te pousserai plus à y aller, quand tu serais à l'aise d'y aller. Vraiment comme un pont entre les deux. » (CJ – Adulte 5)

« [Dans] Aire ouverte, les intervenants devraient, oui agir, mais avoir un œil aussi comme macro, de dire "Hey, je le sais que tel organisme fait ça, je sais que tel organisme fait ça, je sais que tel organisme qui fait ça". J'ai comme une idée de oui, pas de plus d'intervention avec le jeu, mais de dire "Hey, j'ai vu ça quelque part, puis je pense que ça pourrait faire ça". » (Partenaire B)

En termes d'effets, cette stratégie permettra au jeune d'augmenter son réseau social et d'avoir une meilleure trajectoire de service.

« Je verrais aussi peut-être la possibilité de regarder au niveau du réseau social. Est-ce que ça l'a mis en place des nouvelles ressources? Une connaissance peut être de nouvelles personnes qui peuvent venir intervenir, l'aider aussi. » (Partenaire E)

« Ça va être d'évaluer le parcours du jeune, c'est-à-dire, si le jeune, du moment qu'il entre en contact avec un intervenant, c'est de prendre son évaluation des besoins, et là je vais être très pointu, mais est-ce que t'as été capable de l'accompagner dans l'ensemble de ces services-là, soit directement ou indirectement en le référant vers une autre chose, d'autres organismes? » (Partenaire F)

Deux analogies sont utilisées pour illustrer cette stratégie d'accompagnement et de référence : l'analogie du fil conducteur et celle de la toile d'araignée.

« C'est comme mon fil conducteur qui allait s'assurer d'aller chercher un service, d'aller trouver le bon partenaire, la bonne intervention, ou quoi que ce soit pour toi. Je l'ai vraiment vu, comme c'est ça, un fil conducteur pour pas qu'il aille de bris de service. » (Partenaire B)

« Puis après ça, cette personne-là va l'accompagner vers les personnes qui vont pouvoir répondre à son besoin. Puis moi je le vois vraiment dans un objectif. On est, on est quand même supporté par le CIUSSS, mais l'objectif c'est pas de le pitcher sur une première ligne ou d'une 2e ligne dans un service plus spécifique, mais de pouvoir utiliser vraiment toute l'expertise du communautaire pour pouvoir le faire. Puis je le vois aussi comme justement une porte ouverte sur notre ville, puis sur les partenariats pour venir valoriser le travail des partenaires qui travaillent déjà, puis qui ont une expertise [...] je le vois un petit peu comme une toile, un peu, une toile d'araignée où est-ce qu'on peut mettre autour du jeune les différents partenaires, mais ça sera pas juste du CIUSSS. » (Partenaire E)

La Figure 4 ci-dessous synthétise les propos détaillés préalablement. Les flèches bleues illustrent l'imbrication des cinq stratégies ensemble. Les extraits sont mis en italique quand ils reviennent dans plus d'une catégorie.

Figure 4 : Modèle logique préliminaire des services offerts aux jeunes selon les différentes parties prenantes

Intrants Ressources	Activités Processus	Extrants	Effets
	Éducation, information Prévention	<i>Nombre rejoint</i>	↑ connaissance de soi, de la santé et des ressources
	Reaching out Proximité Aller vers Dans les milieux de vie	<i>Expliciter le besoin</i> <i>Nombre rejoint</i>	Rendre plus volontaire aux services Plus mobilisé
	Accueil, présence (No wrong door) Au bon moment Agir rapidement pour pas que le problème trop gros	Apaisement Bon premier contact, belle expérience client (personnalisé) Lien significatif <i>Nombre rejoint</i>	↑ connaissance des ressources (démystifier) Confiance au service AO comme point de référence (connu)
	Court terme (single session) Partir des besoins réels des jeunes	<i>Expliciter le besoin</i> Rép. à sa demande, besoin Satisfaction	Niveau d'anxiété Bien-être, mieux-être, santé globale, qualité de vie Empowerment
	Accompagnement – Référence – Lier (aller vers pour amener vers)	Nombre référés Parcours du jeune	Lien (réseau social)

4.3.6 Climat d'implantation du site Aire ouverte – Estrie

Enfin, plusieurs facteurs ont influencé l'implantation du site Aire ouverte – Estrie. Cette section s'appuie sur les entrevues avec l'équipe et avec les partenaires.

Premièrement, au départ, le déploiement des sites Aire ouverte était l'une des priorités du ministère et donc de l'établissement. Cet endossement a mobilisé des partenariats à l'interne et à l'externe. De l'autre côté, certains partenaires rapportent avoir senti une certaine pression dans le déploiement face à ce "bailleur de fond" :

« C'est clair que la machine du CIUSSS pousse sur la mise en application, la mise en action. [...] Mais malgré la pandémie, il fallait activer les choses, malgré le fait qu'on ne pouvait pas mettre en place certaines étapes, fallait quand même pousser parce que le bailleur de fonds veut ça. C'est assez typique, moi, ça, je le vis régulièrement avec mon bailleur de fonds. » (Partenaire F)

Deuxièmement, en termes de positionnement hiérarchique, le site Aire ouverte – Estrie est sous la DPJE du CIUSSS-Estrie-CHUS. Un partenaire à l'interne nous dit que le programme est bien situé puisqu'il y a un lien direct avec la directrice adjointe de la DPJE. Par ailleurs, la direction et ses employés ont été très sollicités par tous les événements entourant la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. De plus, plusieurs équipes à l'interne manquaient de personnel ce qui est venu teinter le processus de recrutement des intervenants de l'équipe et même d'attribution de postes avec la tâche de certains nouveaux intervenants qui était partagée entre différentes équipes : « [telle intervenante] va être nous à trois jours par semaine [...] elle va aussi continuer à deux jours par semaine dans [telle autre équipe] pour une durée indéterminée, c'est tout l'enjeu de notre CIUSSS avec la pénurie de main-d'œuvre » (intervenante).

Troisièmement, la pandémie aussi est venue teinter le déploiement d'Aire ouverte. Des rencontres ont été annulées. L'attribution des ressources matérielles et humaines a été retardée, reportée ou annulée. Les manières de faire ont dû être revues (par exemple, avec les réunions à distance). Bref, comme le résume un partenaire : « la COVID est venue fucker la patente solide, on s'entend! » (Partenaire F)

Enfin, le site Aire ouverte se veut une innovation flexible, agile et adaptée à la réalité locale des partenaires et des jeunes. Par contre, le CIUSSS est un très gros organisme ayant ses propres manières de faire ce qui peut rendre le processus comme « lourd et compliqué » (Partenaire H), « qui peut être écrasant parfois » (intervenante). La tension entre ces deux pôles d'adaptabilité et de lourdeur entraîne beaucoup d'efforts de la part notamment de la chargée de projet en ce qui a trait par exemple aux procédures des ressources humaines ou aux communications. Un partenaire nous dit :

« Ça me confirme que c'est compliqué faire des choses innovantes dans le réseau, surtout en contexte de pandémie. Je me dis, c'est comme ... La vision, c'est que même si le ministère a donc bien de la bonne volonté, puis je pense que c'est une bonne idée, ils sont même pas capables de se donner les moyens d'appliquer les bonnes idées, puis que ça va boquer sur des niaiseries [...] Fait que pour moi c'est comme toujours obligé de faire des

compromis, des compromis, des compromis, puis un moment donné, est-ce que tu réussis à garder vraiment toute la puissance de ton projet du départ? C'est ça que je me demande et je la [la chargée de projet] trouve extraordinaire de trouver des solutions, puis des stratégies pour avancer, mais tu sais, juste ces enjeux de locaux, t'es comme câline c'est toujours bien ça à base que tu aies une place qui est pas liée au réseau, qui est attrayante pour ces jeunes-là? » (Partenaire H)

Une condition qui facilite l'implantation est l'adhésion face au projet des acteurs à l'interne. Il est noté par les partenaires que l'équipe en place a la bonne attitude.

« Quand tu parles aux intervenants sur le terrain, ils ont embarqué dans un concept qu'ils désiraient, ça se sent. Premièrement, l'équipe qui est choisie actuellement en place, quand tu rencontres les gens, tu dis "ok, c'est des passionnés", c'est des gens qui ont un esprit d'ouverture, donc déjà là ton équipe est montée pour aller vers autant les organismes que les jeunes, pas juste les jeunes, les organismes aussi. » (Partenaire F)

5. Discussion

L'objectif de cette recherche était de voir comment s'articulent la conception et la mise en place du site Aire ouverte – Estrie. Pour ce faire, une recherche évaluative a été effectuée en misant sur la triangulation des sources de données : analyse documentaire, observation participante, entrevues et Photovoice. Dans cette discussion, nous reviendrons sur l'analyse des parties prenantes, les stratégies mises en place pour l'implantation du site Aire ouverte – Estrie, les stratégies mises en place pour la prise en considération des besoins des jeunes, la vision de la santé globale et des facteurs l'influençant et, finalement, la vision des services pour les jeunes.

5.1 Un partenariat solide à maintenir vivant

Concernant les parties prenantes, les résultats montrent une grande quantité et diversité de parties prenantes impliquées. La Figure 3 illustre cependant l'imbrication de ces différents groupes d'acteurs. Ensuite, de manière transversale, on peut voir que la pandémie a affecté la participation des différents groupes d'acteurs. **Pour les jeunes**, la COVID-19 est venue freiner la première vague de mobilisation des jeunes et des familles. La chargée de projet a alors misé sur des ambassadrices (une pour les jeunes et une pour les parents). Bien que celles-ci aient des qualités d'écoute, d'ouverture et de doigter, il demeure que cette stratégie a permis d'entendre une voix individuelle, mais a peut-être rendue difficile le passage à une voix collective comme pourra le faire des comités. Les écrits sur la pair-aidance (p. ex., Clément, 2011) soulignent la pertinence des regroupements et de l'action collective pour passer de la parole individuelle à la parole collective. De nombreux efforts ont été déployés pour effectuer une nouvelle mobilisation des jeunes avec le projet Photovoice. Malgré le succès de cette mobilisation initiale, les groupes ont eu un grand taux d'attrition. Nous croyons qu'il est nécessaire de :

- Mettre les ressources afin de maintenir la mobilisation des jeunes et de faire un recrutement en continu.

Pour ce qui est des partenaires internes et externes, il se dégage certains *constats* transversaux (voir les numéros) et des *pistes de réflexion* (voir les puces) pour la suite :

1. **Une grande quantité de partenaires sont impliqués.** D'un côté, ce large partenariat découle de l'approche globale d'Aire ouverte ce qui amène des partenaires internes de différentes directions et des partenaires externes de nombreux organismes. Grâce à l'appui ministériel et institutionnel notamment et à ses nombreux efforts, la chargée de projet réussit à regrouper et à rallier beaucoup de monde. De l'autre côté, certains partenaires ont été identifiés comme étant manquants, notamment des partenaires connaissant la réalité des jeunes issus de l'immigration. Ceci dit, il faut trouver un équilibre dans le nombre de partenaires mobilisés : « Il pourrait toujours y en avoir plus, mais à un moment donné, trop c'est trop. » (Partenaire F)

- Trouver un équilibre dans le nombre de partenaires mobilisés entre la couverture des situations des jeunes et l'augmentation en complexité d'une plus grande quantité de partenaires;
 - Explorer la possibilité d'une rencontre en présentiel pour renforcer les relations entre les partenaires.
2. **Les partenaires portent tous une visée commune générale qu'est l'amélioration du bien-être des jeunes marginalisés** ce qui constitue un élément qui a favorisé l'adhésion des partenaires est l'établissement.
- Dans une analyse systémique, l'adhésion à une cible commune générale a été un facteur déterminant, mais il demeure important de bien circonscrire les cibles ponctuelles lors de chacune des rencontres.
3. **AO – Estrie est devenu un espace de dialogue et de concertation qui n'existait pas pour l'ensemble de ces organismes réunis.** Les relations de partenariat qui se sont développées s'inscrivaient dans un contexte plus large qui dépasse le site Aire ouverte.
- Les partenaires doivent eux aussi être considérés comme un système-client.
4. **Cet espace de partenariat a permis de faire différents apprentissages.** D'abord, les partenaires ont appris à se connaître les uns les autres. Ensuite, des liens personnalisés se sont établis entre les partenaires ce qui risque de favoriser les futures collaborations ou référencement. Enfin, d'autres apprentissages ont pu être faits. Par un exemple, un partenaire souligne avoir beaucoup appris au niveau des communications.
- Maintenir les relations et l'engagement des partenaires internes et externes;
 - Favoriser les futures collaborations ou référencement; consolider les modalités de communication et les mécanismes de référencement.
5. **La consolidation des relations de partenariats demande un changement de pratique qui est déjà en partie entamé par AO – Estrie.** On remarque que, dans le discours, il y a une volonté claire d'agir en partenariat. Dans la réalité, il y a différentes embûches comme le manque de connaissances des organismes, les délais de traitement d'une demande ou les automatismes déjà en place.
- Favoriser les échanges bidirectionnels (versus transmission d'informations unidirectionnelle);
 - Faire sentir aux partenaires qu'ils dépassent les seuls échanges pour en venir à passer à l'action;
 - Adopter une vision pragmatique du pouvoir décisionnel qui implique de cibler la portée de la cible commune proposée (information, consultation, décision, etc.) et de bien définir leur zone de pouvoir et leur zone de pression autant avec les partenaires que les jeunes.

5.2 Une offre de services qui répond aux besoins des jeunes, particulièrement ceux en situation de vulnérabilité

Différentes stratégies ont été mises en place pour la conception et l'implantation du site Aire ouverte – Estrie : la mise sur pied et le maintien du comité clinique et des partenaires, la mise sur pied des comités de jeunes, l'apport des partenaires dans la semaine de formation et, dernièrement, l'arrivée du cadre ministériel. L'équipe de recherche a tenté d'influencer et de faire émerger cette conceptualisation. Trois domaines transversaux méritent d'être soulignés ici.

Premièrement, en ce qui concerne la définition de la population-cible, on peut dire que **les sites Aire ouverte ont une double visée en termes de populations : la population est universelle puisqu'on souhaite n'exclure personne, mais elle vise particulièrement certains jeunes en situation de vulnérabilité (population ciblée ou sélective)**. Comme le souligne, le *Cadre de référence - Aire ouverte* (MSSS, 2021, p.5) :

Bien qu'aucune jeune ou aucun jeune ne doivent être exclus, l'équipe dédiée à Aire ouverte déploie des efforts particuliers pour rejoindre les jeunes : de 12 à 25 ans qui vivent certaines difficultés ainsi que leur famille; qui hésitent à faire appel aux services du RISS; en situation de vulnérabilité, de défavorisation, d'exclusion sociale ou qui sont marginalisés. [...] Dans l'objectif de prévenir ou d'atténuer des inégalités sociales de santé, une attention particulière devrait être portée à rejoindre les jeunes qui pourraient se retrouver en situation de vulnérabilité et qui hésitent à faire appel aux services, et à aller vers eux. [...] La posture consistant à cibler prioritairement des clientèles vulnérables et moins desservies, sans exclure l'ensemble des jeunes d'un territoire, s'inscrit dans le principe d'universalisme proportionné.

L'ajout de la mention des inégalités sociales de santé est intéressant puisque cette notion met en garde les sites face au paradoxe de l'approche populationnelle en santé des populations. À ce sujet, Frohlich et Potvin (2008) montrent comment une approche populationnelle peut non-intentionnellement exacerber les inégalités sociales. Il s'avère donc nécessaire de garder un œil attentif aux inégalités sociales de santé (voir MSSS, 2021). Il est donc nécessaire de porter une attention particulière aux caractéristiques des jeunes rejoints ainsi qu'aux modalités pour rejoindre ceux-ci. Nous suggérons donc de documenter cette dimension dans la prochaine phase d'accompagnement et d'évaluation. De plus, étant donné l'intérêt pour les jeunes « qui hésitent à faire appel aux services », les pratiques de démarchage (*outreach*) sont particulièrement importantes (voir plus loin).

Deuxièmement, en ce qui concerne les différentes modalités de services, **l'approche de soins par palier 2.0 (Cornish, 2020) apparaît particulièrement pertinente pour réfléchir à l'organisation des pratiques d'Aire ouverte – Estrie**. D'abord, elle permet de concilier les aspects positifs et négatifs de la santé (en cohérence avec une approche globale et holistique de la santé, l'approche positive centrée sur les solutions; MSSS, 2021). De plus, elle se distingue des premières moutures de l'approche de soin par palier par son

emphase sur l'accueil et le fait de permettre aux jeunes d'utiliser plusieurs niveaux en simultané. Enfin, nous croyons que cette approche est cohérente avec le dernier *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026* (MSSS, 2022) ainsi que le déploiement des prochaines modalités du PQPTM.

Troisièmement, les besoins exprimés par l'équipe d'intervention et les démarches d'accompagnement de l'équipe de recherche ont pointé vers l'utilisation de l'approche orientée solutions pour aider à orienter les pratiques d'Aire ouverte – Estrie. En effet, suivant une recension des écrits sur les approches « court terme » efficaces auprès des jeunes, une volonté a émergé avec le terrain d'outiller les intervenants avec l'approche orientée sur les solutions. Une formation a eu lieu avec Brigitte Lavoie (www.lavoiesolutions.com) pour l'ensemble de l'équipe d'Aire ouverte – Estrie et un accompagnement a été effectué par l'équipe de recherche pour favoriser l'appropriation de l'approche. Cette approche nous semble en cohérence avec le *Cadre de référence - Aire ouverte* (MSSS, 2021, p.12) qui incite à utiliser une « approche globale et positive » et à « miser sur les forces ». Cette approche pourrait servir à structurer une partie de la prochaine phase d'évaluation et d'accompagnement.

5.3 Une prise en compte des besoins et de la vision des jeunes

Diverses stratégies mises en place pour la prise en considération des besoins des jeunes ont été effectuées : sondages, rassemblement de jeunes, rassemblement de parents, ambassadrices, comité des jeunes, Photovoice, accompagnement des projets des jeunes par l'équipe de recherche, etc. Effectivement, diverses stratégies ont été mises en place pour connaître les besoins des jeunes et il s'agissait d'une étape prioritaire. Par contre, il s'avère essentiel de mettre en place des stratégies pour la prise en considération des besoins de leur entourage, notamment de leurs parents. Les modalités de création et de fonctionnement d'un comité de parents demeurent à éclaircir. De plus, après la collecte de données auprès des deux comités de jeunes (12-17 ans et 18-25 ans), ceux-ci ont été regroupés en un seul comité des jeunes (12-25 ans). Il faudra suivre l'impact de cette transformation.

Avant d'explicitier les attentes par rapport aux services, la vision de la santé globale des jeunes ainsi que les facteurs l'influençant ont été documentés. **En ce qui concerne la vision de la santé globale des jeunes**, ceux-ci ont témoigné d'une vision très large de leur santé 1ui incluait non seulement différentes dimensions de la santé individuelle (santé physique, santé mentale, santé relationnelle, santé sexuelle, etc.), mais qui traçait aussi des liens avec la santé des autres et la santé planétaire. De plus, l'idée que la santé globale peut se manifester malgré les problèmes ou les diagnostics trouve écho dans la littérature sur le rétablissement en santé mentale. Ainsi, une représentation du rétablissement en santé mentale en tant que processus permet de dépasser ou de transcender les difficultés (p. ex., Provencher, 2002).

Bien que les jeunes aient témoigné de différentes dimensions de la santé globale, ces dimensions sont vues en interaction et dans ces interactions la santé mentale joue un rôle central. Selon nous, sous l'égide d'une approche globale et d'une approche non-

stigmatisante, il y a parfois une perte de la centralité de la santé mentale dans la mise en place des services Aire ouverte. Nous suggérons donc de conserver une vision « santé globale », mais en accordant la primauté à la « santé mentale » et aux enjeux qui s’y rattachent. Cet enjeu se manifeste aussi dans la composition de l’équipe.

Trois facteurs influençant la santé des jeunes se démarquent. Premièrement, il y a la place de la **nature et des changements climatiques**. En effet, les jeunes subissent les effets directs et indirects du changement climatique, ce qui a des répercussions diverses et complexes sur leur bien-être mental (Gislason et al., 2021). Nos résultats montrent comment les changements climatiques ont un effet négatif sur les jeunes, mais que la nature peut aussi avoir un effet positif sur eux (ce constat rejoint le discours de Riemer et Reich, 2011; Riemer, 2010). Deuxièmement, il y a **l’impact de la pandémie** sur les jeunes Estriens. Les résultats de ce rapport sont cohérents avec les recherches montrant que la santé mentale des jeunes a été grandement affectée par la pandémie (Bergeron et al., 2022). La documentation scientifique souligne aussi que l’impact a été plus grand chez les jeunes ayant déjà des troubles mentaux (Gilsbach et al., 2021). Nos résultats soulignent que la pandémie impacte négativement sur leur santé mentale, sur celle de leur entourage et sur différentes sphères de vie. Les jeunes notent particulièrement l’effet sur la socialisation et la baisse de motivation qui a suivi. Troisièmement, il est possible de voir une certaine tension dans le discours des **jeunes face à la technologie**. D’abord, les jeunes sont très critiques quant à l’utilisation de la technologie et ses effets négatifs (fatigue, dépendance), mais soulignant quand même les aspects positifs de la technologie. De plus, lorsqu’il est temps de discuter des services adaptés pour les jeunes, le recours à la technologie est discuté comme un moyen d’accès privilégié.

5.4 Lever les barrières internes et externes d’accès aux services

Dans la discussion sur les services, nous souhaitons insister sur les **barrières internes et externes (structurelles) d’accès aux services**. En effet, malgré leurs besoins importants, les jeunes sont le groupe d’âge le moins susceptible d’avoir recours aux services pour la santé physique ou mentale (Manion, 2010; Rickwood et al., 2007). Certaines barrières internes et externes sont soulevées dans nos résultats.

Premièrement, au niveau des barrières internes, en accord avec la documentation scientifique, nos résultats soulignent **le manque de littératie en santé mentale des jeunes** (Gulliver et al., 2010; Rickwood et al., 2015). En plus de l’identifier comme un objectif pour les sites Aire ouverte, le MSSS (2021) décrit la littératie comme faisant « référence à la connaissance de la jeune ou du jeune de sa propre santé et des services qui lui sont offerts, mais aussi aux compétences et à la motivation pour mettre de telles connaissances à profit afin de maintenir ou d’améliorer sa santé et sa qualité de vie » (p.6). De leur côté, les jeunes mentionnent l’importance d’être outillés et de se faire aider à comprendre ce qu’ils vivent et comment y faire face, particulièrement au niveau des émotions. Une stratégie intéressante pourrait être d’offrir des ateliers facilitant le développement des *compétences* socio-émotionnelles et psychosociales des jeunes.

Deuxièmement, les jeunes et les parents insister sur **l'importance d'enlever les barrières externes pour faciliter l'accessibilité des services** : les heures restreintes, les listes d'attente, les coûts de services. Deux stratégies nous semblent particulièrement porteuses à cet égard : les services de proximité et les stratégies de démarchage (*outreach*). Le *Cadre de référence – Aire ouverte* souligne que les « équipes interdisciplinaires de tous les sites Aire ouverte offriront aux jeunes visés une gamme de services de base qui s'inscrivent comme des services de proximité » (MSSS, 2021, p.7). Les **services de proximité** sont « un ensemble de services généraux, spécifiques et spécialisés prodigués sur un territoire donné, grâce à un partenariat avec les diverses parties prenantes (usagers, proches, communauté, organismes communautaires et acteurs intersectoriels). Ils s'insèrent dans la communauté afin d'être visibles et connus, maintenir un lien de confiance avec la population et assurer un accès optimal aux ressources de la communauté et du réseau de la santé et des services sociaux. » (Morin et al., s.d., p.11) Au-delà de cette volonté, il s'avère important d'opérationnaliser le type de proximité entendu dans les services Aire ouverte. Par exemple, Clément et Gélinau (2009) rapportent cinq grandes figures de proximité : proximité intersubjective (relationnelle, approche centrée sur la personne), la proximité expérientielle (écoute, récit de vie, personne comme expert; pair-aidant); proximité spatiale (lieux de prestation de services ou médias utilisés), proximité écosystémique (frontières poreuses, travail interdisciplinaire) et la proximité décisionnelle (p. ex. place du jeune dans les plans d'intervention). Une stratégie complémentaire est l'identification de façon proactive des jeunes nécessitant des soins. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) définit ces **stratégies de démarchages (*outreach*)** comme les des approches qui « ciblent tous les groupes en situation d'exclusion sociale, à risque, réticents ou incapables d'accéder aux services de proximité, en raison de restrictions physiques, de stigmatisation ou de difficultés financières » (INESSS, 2019, p.31).

5.5 Une équipe diversifiée et le rôle crucial de la chargée de projet

Enfin, concernant la composition de l'équipe d'intervention, les résultats montrent une **grande diversité notamment en termes d'expériences et de professions** (psychoéducatrices, travailleuses sociales, sexologue, nutritionnistes, kinésiologue et infirmière). Avec le réseau de services intégrés pour la jeunesse (RSIJ) et le site, l'équipe dédiée est l'une des trois composantes centrales décrivant le modèle Aire ouverte selon le *Cadre de référence – Aire ouverte* (MSSS, 2021). Le MSSS (2021, p.4) identifie les intervenants qui, « sans s'y limiter », pourraient composer cette équipe interdisciplinaire (infirmière, travailleuse sociale, psychoéducatrice ou psychoéducateur, sexologue, psychologue, criminologue, etc.). Il est possible de remarquer que l'équipe d'Aire ouverte – Estrie y ajoute des intervenants plus proches du domaine de la santé (nutritionnistes, kinésiologue) que psychosocial. Il s'agirait d'une décision à la fois pragmatique (manque de psychologue, travailleurs sociaux et psychoéducateurs) et stratégique pour être complémentaire aux équipes partenaires. Le processus de sélection a été marqué par une volonté d'être complémentaire aux partenaires internes, mais aussi les modalités d'affichage de postes, les règles syndicales et le contexte de pénurie de personnel.

De manière transversale, plusieurs partenaires nomment **l'importance qu'a eu la chargée de projet pour la conceptualisation et la mise en place du projet**, notamment au niveau de l'établissement des relations de partenariat. Certains partenaires insistent notamment sur le fait qu'elle provenait de l'extérieur de l'établissement (ancienne gestionnaire d'entreprises privées) et qu'elle avait un vécu expérientiel comme mère cherchant des services pour un enfant. Nous posons l'hypothèse que ce positionnement a permis de faciliter l'établissement des liens avec les différentes parties prenantes et facilité l'instauration d'un changement de pratiques (qui est en filigrane de la volonté d'implantation des sites Aire ouvertes, MSSS, 2021, p.13).

5.6 Facteurs liés à l'implantation d'une innovation : des leviers à activer

Le cadre conceptuel choisi (*Consolidated Framework for Implementation Research* de Damschroder et al., 2009) permet d'évaluer les facteurs liés à l'implantation d'une innovation comme Aire ouverte – Estrie. Les résultats mettent en lumière différentes conditions favorables et défavorables à cette implantation au niveau du contexte global (par ex., la pandémie), liés aux organismes (p. ex., le climat d'implantation), liés aux individus (p. ex., les caractéristiques des parties prenantes) et aux caractéristiques de l'innovation (ici, Aire ouverte – Estrie). De manière globale, notons que la pandémie et l'histoire des relations de partenariat ont compliqué l'implantation et ont nécessité différentes stratégies d'adaptation à plusieurs niveaux. Par ailleurs, une tension est notée entre l'adaptabilité et la flexibilité demandée par l'innovation déployée (caractéristiques de l'innovation) et la lourdeur des processus de l'établissement (climat d'implantation). La priorisation du projet par le MSSS et par l'établissement est un levier important qui peut être très facilitant lorsqu'il a été activé. Enfin, la chargée de projet a fait preuve d'un grand leadership pour rassembler les différentes parties prenantes et déployer cette innovation. Pour nous, ce rôle essentiel de « chargé de projet » doit cependant s'accompagner des conditions propices pour qu'un déploiement optimal est lieu.

5.7 Forces et limites de la recherche

La présente recherche évaluative présente certaines limites potentielles notamment un biais de sélection, un biais de désirabilité sociale ainsi qu'un biais de subjectivité. Pour chacun de ces biais, des stratégies de mitigation sont présentées pour établir les critères de rigueur scientifique propre à l'analyse qualitative (ex., Shenton, 2004).

Pour mitiger le **biais de sélection** où certaines caractéristiques individuelles pourraient être associées à la décision de participer au projet, deux stratégies sont offertes. D'abord, la recherche mise sur la triangulation des types de collectes de données. De plus, plusieurs collectes de données n'impliquent pas de sélection puisqu'elles portent sur l'ensemble des documents produits (analyse documentaire), l'ensemble des rencontres des comités du site Aire ouverte – Estrie (observation participante). Ensuite, pour les collectes où il y aura une sélection (entrevues et Photovoice) des critères de diversification ont été mis en place pour s'assurer une hétérogénéité des points de vue. Il est à noter par contre que les sondages en ligne distribués par les médias sociaux présentent un biais de sélection important. Ainsi, la **crédibilité** a été assurée par la triangulation des perspectives ainsi que

par la constitution d'une banque de données primaires à laquelle il est possible de se rapporter (Shenton, 2004). La **transférabilité** (généralisation) n'a pas été statistique-probabiliste, mais plutôt naturaliste (Smith, 2018).

Pour mitiger le **biais de désirabilité sociale** et le **biais de subjectivité** de l'équipe de recherche dans la formulation des questions des grilles d'entrevue, l'ensemble de l'équipe de recherche et des membres des comités ont été consultés dans la préparation des grilles d'entrevues. De plus, dans une approche participative, les thèmes abordés dans le Photovoice ont été modifiés en fonction des intérêts émergents des jeunes. Évidemment, l'adoption d'une approche développementale participative comporte son lot d'enjeux et de limites notamment au niveau de l'objectivité et de la généralisation des résultats. Ici, les phénomènes étudiés sont en constante évolution et influencés par le processus de recherche évaluative en lui-même. Pour diminuer l'impact de ces enjeux, la **fiabilité** a été assurée par le respect de la procédure d'analyse des données décrite, ainsi que par les rencontres régulières entre l'équipe de recherche et des représentants des différents comités (Shenton, 2004).

6. Conclusion

Au Québec comme ailleurs, les services intégrés pour les jeunes ont été mis en place pour promouvoir la santé des jeunes dans une approche globale de la santé et favoriser les barrières d'accès aux services. Les jeunes rencontrés ont témoigné d'une vision très large de leur santé et des facteurs l'influençant dont la pandémie, la technologie et les changements climatiques. Différents problèmes autour des services habituels ont été identifiés ainsi que des barrières internes et externes pour y accéder. Pour y répondre, les personnes interviewées soulignent l'importance d'avoir différentes modalités de services et d'accès, notamment un lieu physique, un local. Les services doivent aussi être accessibles, attrayants et inclusifs. Nous espérons que le déploiement d'Aire ouverte – Estrie saura répondre à ces préoccupations et aspirations.

Nous avons élaboré une première ébauche de la manière dont l'intervention de ce programme peut être réfléchi : une théorie de programme déclinant cinq grandes stratégies d'intervention : la transmission d'information aux jeunes en vue de favoriser une prise de conscience; les pratiques de reaching out et de proximité ; l'accueil humain et empathique des jeunes; l'intervention court terme pour expliciter ou répondre au besoin du jeune; et l'accompagnement et la référence à un autre service, si nécessaire.

Au-delà du détail d'Aire ouverte – Estrie, la volonté de déploiement de sites Aire ouverte nécessite « un changement de culture organisationnelle et de pratique » (p.13). À ce titre, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a eu l'audace d'engager une chargée de projet provenant de l'extérieur de l'établissement ayant un vécu expérientiel. Ce positionnement lui a permis de dépasser certains legs historiques et de mettre en place un processus original de collaboration entre les différentes parties prenantes.

Liste des références

- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation, *Journal of the American Institute of planners*, 35, 216-224.
- Ayres, L. (2008). Semi-structured interview. Dans L. M. Given (dir.), *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods* (p. 811-813). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Baker, F., & Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems, *Evaluation and program planning*, 5, 69-79.
- Barker, G., Olukoya, A., & Aggleton, P. (2005). Young people, social support and help-seeking. *International journal of adolescent medicine and health*, 17(4), 315-336.
- Bassett, R. (2010). Computer-based analysis of qualitative data: NVIVO. Dans A. J. Mills G. Durepos & E. Wiebe (dir.), *Encyclopedia of case study research* (p. 193-195). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Bergeron, J. Bourassa, L., Généreux, M., Goupil, J.-P., Lemelin, R., Noël, Y., A. Paradis (2022). *Enquête sur la santé psychologique des 12 25 ans : Mars 2022*. Université de Sherbrooke.
- Bilodeau, A., Galarneau, M., Fournier, M., Potvin, L., Sénécal, G., & Bernier, J. (2008). Outil diagnostique de l'action en partenariat. Montréal, QC : Chaire Approches communautaires et inégalités de santé. Récupéré de [http://chairecaxis.org/fichiers/bilodeau et al. 2008 2014 outil diagnostique a ction en partenariat 0.pdf](http://chairecaxis.org/fichiers/bilodeau%20et%20al.%202008%202014%20outil%20diagnostique%20a%20ction%20en%20partenariat%200.pdf)
- Bilodeau, A. Lapierre, S., & Y. Marchand (2003). Le partenariat: comment ça marche. Mieux s'outiller pour réussir. Récupéré de [https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user upload/Uploads/tx_ assmpublicatio ns/pdf/publications/2-89494-404-7.pdf](https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_ assmpublicatio ns/pdf/publications/2-89494-404-7.pdf)
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Bryson, J. M., & Patton, M. Q. (2011). Analyzing and engaging stakeholders. Dans K. E., Newcomer, H. P., Hatry, & J. S. Wholey (Éds). *Handbook of practical program evaluation*. John Wiley & Sons.
- Carney, R., Cotter, J., Bradshaw, T., Firth, J., & Yung, A. R. (2016). Cardiometabolic risk factors in young people at ultra-high risk for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 170(2-3), 290-300.
- Caron, J., Mercier, C., & Tempier, R. (1997). Une validation québécoise du satisfaction with life Domains Scale. *Santé mentale au Québec*, 22, 195-217.
- Caron, J., Mercier, C., & Tempier, R. (1997). Une validation québécoise du satisfaction with life Domains Scale, *Santé mentale au Québec*, 22, 195-217.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., & Constandriopoulos, A.-P. (2011). Modéliser les interventions. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Constandriopoulos & Z. Hartz (Éds). *L'évaluation : concepts et méthodes (2^e Édition)*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 71-84.

- Chen, H.T. (2005). *Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Chen, H.T. (2015). *Practical Program Evaluation: Theory-Driven Evaluation and the Integrated Evaluation Perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- CIUSSS de l'Estrie - CHUS. (2018). *Tableau synthèse EQSJS Estrie-Québec*. Récupéré de https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Sante-publique/Enquetes/Jeunes-secondaire/Enquete-quebecoise-sante-jeunes-secondaire_Estrie.pdf.
- Clément, M. (2011). La participation, les temps de la parole et le mouvement des usagers des services de santé mentale au Québec. *Le partenaire*, 20(2), 4-13.
- Clément, M. & Gélinau, L. (2009). Figures, voies et tensions de la proximité. Dans Clément, M., Gélinau, L., & McKay, A. M. (Éds.), *Proximités: liens, accompagnement et soins* (pp.1-13). Québec, QC : Presses de l'Université Laval
- Cornish, P. (2020). *Stepped care 2.0: A paradigm shift in mental health*. Cham, Suisse : Springer Nature.
- Coryn, C. L. S., Noakes, L. A., Westine, C. D., & Schröter, D. C., (2011). A systematic review of theory-driven evaluation practice from 1990 to 2009. *American Journal of Evaluation*, 32, 199-226.
- Creswell, J. W. et Clark, V. L. P. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Creswell, J. W. et Poth, C.N. (2018). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches (4^e édition)*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Daigneault, I., Cyr, M., & Tourigny, M. (1998). *French translation of the "Consumer Constructed Scale to Measure Empowerment"*. Document inédit. Montréal, QC : Université de Montréal.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science*, 4(1), 1-15.
- Douville, L., Dubé, A., Émery, M., & Normand, A. (2017). La démarche Photovoice à titre d'outil de changement social auprès des jeunes de la rue1. *Revue Intervention*, (145), 43-51.
- Duperré, M. & Deslauriers, C. (2011). La participation des personnes atteintes de maladie mentale aux entreprises de l'économie sociale : pouvoir effectif ou symbolique ? *Nouvelles pratiques sociales*, 23(2), 124–137.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics (4^e éd.)*. SAGE Publications.
- Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *American journal of public health*, 98(2), 216-221.
- Funnell, S.C. & Rogers, P.J. (2011). *Purposeful Program Theory: effective use of theories of change and logic models*. San Fransisco, CA: John Wiley & Sons.

- Fusar-Poli, P. (2019). Integrated mental health services for the developmental period (0 to 25 years): a critical review of the evidence. *Frontiers in Psychiatry, 10* (355), 1-17.
- Gaudet, S., & Robert, D. (2018). *L'aventure de la recherche qualitative: Du questionnement à la rédaction scientifique*. University of Ottawa Press.
- Gauthier, B. (2009). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données (5^e édition)*. Presses de l'Université du Québec.
- Gibb, S. J., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2010). Burden of psychiatric disorder in young adulthood and life outcomes at age 30. *The British Journal of Psychiatry, 197*(2), 122-127.
- Gislason, M. K., Kennedy, A. M., & Witham, S. M. (2021). The interplay between social and ecological determinants of mental health for children and youth in the climate crisis. *International journal of environmental research and public health, 18*(9), 4573.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map?. *Journal of continuing education in the health professions, 26*(1), 13-24.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry, 10*(1), 1-9.
- Hall, S., McKinstry, C., & Hyett, N. (2016). Youth perceptions of positive mental health. *British Journal of Occupational Therapy, 79*(8), 475-483.
- Halsall, T., Manion, I., Iyer, S. N., Mathias, S., Purcell, R., & Henderson, J. (2019). Trends in mental health system transformation: Integrating youth services within the Canadian context. In *Healthcare management forum, 32*(2), 51-55.
- Hawke, L. D., Mehra, K., Settipani, C., Relihan, J., Darnay, K., Chaim, G., & Henderson, J. (2019). What makes mental health and substance use services youth friendly? A scoping review of literature. *BMC health services research, 19*(1), 1-16.
- headspace (2019). *Annual Report 2018 – 2019*. Australia: headspace National Youth Mental Health Foundation.
- Hergenrather, K. C., Rhodes, S. D., Cowan, C. A., Bardhoshi, G., & Pula, S. (2009). Photovoice as community-based participatory research: A qualitative review. *American journal of health behavior, 33*(6), 686-698.
- Hetrick, S. E., Bailey, A. P., Smith, K. E., Malla, A., Mathias, S., Singh, S. P., ... & McGorry, P. D. (2017). Integrated (one-stop shop) youth health care: Best available evidence and future directions. *Medical Journal of Australia, 207*(S10), S5-S18.
- Hilferty, F., Cassells, R., Muir, K., Duncan, A., Christensen, D., Mitrou, F., ... & Katz, I. (2015). Is headspace making a difference to young people's lives? Final report of the independent evaluation of the headspace program.

- Institut national de santé publique du Québec (2010). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes Québécois : Conséquences et facteurs associés*. Récupéré de <https://www.inspq.qc.ca/publications/1102>
- Institut national de santé publique du Québec (2015a). *La consommation excessive d'alcool chez les jeunes Québécois : Déterminants et problèmes liés*. Récupéré de <https://www.inspq.qc.ca/publications/2023>
- Institut national de santé publique du Québec (2015b). *L'initiation à l'usage de la cigarette chez les élèves québécois : 2012-2013*. Récupéré de <https://www.inspq.qc.ca/publications/1895>
- Institut national de santé publique du Québec (2017). *Synthèse des connaissances sur les champs d'action pertinents en promotion de la santé mentale chez les jeunes adultes*. Récupéré de <https://www.inspq.qc.ca/publications/2283>
- Institut national de santé publique du Québec (2019). Consultation sur l'organisation des services de santé mentale pour les jeunes : Propositions de santé publique. Récupéré de <https://www.inspq.qc.ca/publications/2562>
- Institut national de santé publique du Québec (2019). *L'utilisation des écrans en contexte de pandémie de COVID-19 — quelques pistes d'encadrement*. Récupéré de <https://www.inspq.qc.ca/publications/3015>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2019). *Mécanismes d'accès aux services de proximité*. Québec, Qc : INESSS. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INESSS/9782550839439.pdf>
- Kessler R.C., Andrews G., Colpe L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.-L. T., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2002) Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*,32(6), 959-976.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Knoll, A. D., & MacLennan, R. N. (2017). Prevalence and correlates of depression in Canada: Findings from the Canadian Community Health Survey. *Canadian Psychology/psychologie canadienne*, 58(2), 116-123.
- Kotsou, I., & Leys, C. (2017). Échelle de bonheur subjectif (SHS): Propriétés psychométriques de la version française de l'échelle (SHS-F) et ses relations avec le bien-être psychologique, l'affect et la dépression. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 49(1), 1-6.
- Lal, S., Jarus, T., & Suto, M. J. (2012). A scoping review of the photovoice method: Implications for occupational therapy research. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(3), 181-190.
- Lauzier-Jobin, F. (2017). Évaluation participative guidée par la théorie de programme : retour sur une recherche évaluative des pratiques de trois organismes

- communautaires venant en aide aux jeunes en situation d'itinérance. Dans Chaire de recherche UQAM sur la méthodologie et l'épistémologie de la recherche partenariale (Éd.) *Actes du colloque étudiant 2016 sur la recherche partenariale* (p.71-80). Récupéré de https://chairerp.uqam.ca/fichier/document/Actes_du_colloque_%C3%A9tudiant_novembre_2016.pdf
- Lauzier-Jobin, F. (2022). Les relations interpersonnelles dans le rétablissement des personnes ayant un trouble dépressif, anxieux ou bipolaire : Une analyse qualitative des mécanismes du soutien social et de la relation thérapeutique. Université du Québec à Montréal. Récupéré de <https://archipel.uqam.ca/15161/>
- Lescarbeau, R. Payette, M. & St-Arnaud, Y. (2003). *Profession : consultant (4^e édition)*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- MacDonald, K., Fainman-Adelman, N., Anderson, K. K., & Iyer, S. N. (2018). Pathways to mental health services for young people: a systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(10), 1005-1038.
- Malla, A., Boksa, P., & Joobor, R. (2020). The New Wave of Youth Mental Health Services: Time for Reflection and Caution. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 0706743720984382, 1-5.
- Manion, I. G. (2010). Provoking evolution in child and youth mental health in Canada. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 51(1), 50-57.
- Martineau, S. (2005). L'observation en situation: enjeux, possibilités et limites. *Recherches qualitatives, Hors-série(2)*, 5-17.
- McGorry, P. D. (2007). The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. *Medical Journal of Australia*, 187(S7), S53-S56.
- McGorry, P.D., & Mei C. (2018) Early intervention in youth mental health: progress and future directions. *Evidence-based mental health*, 21(4), 182-184.
- Mei, C., Fitzsimons, J., Allen, N., Alvarez-Jimenez, M., Amminger, G. P., Browne, V., ... & McGorry, P. D. (2020). Global research priorities for youth mental health, *Early Intervention in Psychiatry*, 14, 3-13.
- Mendel, P., Meredith, L. S., Schoenbaum, M., Sherbourne, C. D., & Wells, K. B. (2008). Interventions in organizational and community context: a framework for building evidence on dissemination and implementation in health services research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(1-2), 21-37.
- Miles, M.B., Huberman, A. M. et Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis : A Methods Sourcebook*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Cadre de référence : Aire ouverte*. Québec, QC : Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003235/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : S'unir pour un mieux-être collectif*. Québec, QC : Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
- Morris, S., Fawcett, G., Brisebois, L. & L. Hughes (2018). *Un profil de la démographie, de l'emploi et du revenu des Canadiens ayant une incapacité âgés de 15 ans et plus, 2017*. Récupéré de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/89-654-X2018002>
- Nelson, G. et Prilleltensky, I. (2010). *Community psychology : In pursuit of liberation and well-being*. New York, NY : Palgrave Macmillan.
- Organisation mondiale de la santé (2005). *Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Récupéré de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43306>
- Organisation mondiale de la santé (2014). *La santé pour les adolescents du monde : une deuxième chance pour la deuxième décennie : sommaire*. Récupéré de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/141452>
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., ... & Viner, R. M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423-2478.
- Patton, M.Q. & F. LaBrossière (2012). L'évaluation axée sur l'utilisation. Dans Dagenais, C., & Ridde, V. (Éds.). (2000). *Approches et pratiques en évaluation de programmes : Nouvelle édition revue et augmentée* (p.145-160). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Patton, M.Q. (2005). Developmental Evaluation. Dans S. Mathison (Éd). *Encyclopedia of Evaluation* (p.116-117). SAGE Publications.
- Patton, M.Q. (2011). *Developmental Evaluation Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use*. The Guilford Press.
- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64.
- Provencher, H. L., & Keyes, C. L. (2011). Complete mental health recovery: Bridging mental illness with positive mental health. *Journal of Public Mental Health*, 10(1), 57-69.
- Rayner, S., Thielking, M., & Lough, R. (2018). A new paradigm of youth recovery: Implications for youth mental health service provision. *Australian Journal of Psychology*, 70(4), 330-340.
- Rey, L., Brousselle, A., Dedobbeleer, N., & Tremblay, M. C. (2013). Les défis de l'évaluation développementale en recherche: une analyse d'implantation d'un projet Hôpital promoteur de santé. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 28(1), 1-26.

- Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems?. *Medical journal of Australia*, *187*(S7), S35-S39.
- Rickwood, D. J., Mazzer, K. R., Telford, N. R., Parker, A. G., Tanti, C. J., & McGorry, P. D. (2015). Changes in psychological distress and psychosocial functioning in young people visiting headspace centres for mental health problems. *Medical journal of Australia*, *202*(10), 537-542.
- Rickwood, D., Paraskakis, M., Quin, D., Hobbs, N., Ryall, V., Trethowan, J., & McGorry, P. (2019). Australia's innovation in youth mental health care: the headspace centre model. *Early Intervention in Psychiatry*, *13*(1), 159-166.
- Riemer, M. (2010). Community psychology, the natural environment, and global climate change. Dans G. Nelson et I. Prilleltensky (Éds), *Community psychology: In pursuit of liberation, well-being* (2^e éd.). New York, NY: Palgrave
- Riemer, M. et Harré, N. (2017). Environmental degradation and sustainability: A community psychology perspective. Dans M. A. Bond, I. Serrano-García, C. B. Keys et M. Shinn (Éds.), *APA handbook of community psychology: Methods for community research and action for diverse groups and issues* (pp. 441–455). Washington, DC : American Psychological Association.
- Robson, C. et McCartan, K. (2016). *Real world research*. John Wiley & Sons.
- Rogers, S. E., Chamberlin, J., Langer Ellison, M., & Crean, T. (1997). A Consumer-Constructed Scale to Measure Empowerment Among Users of Mental Health Service, *Psychiatric Services*, *48*, 1042-1047.
- Saegert, S., & Carpiano, R. M. (2017). Social support and social capital: A theoretical synthesis using community psychology and community sociology approaches. Dans M. A. Bond, I. Serrano-García, C. B. Keys, & M. Shinn (Eds.), *APA handbooks in psychology. APA handbook of community psychology: Theoretical foundations, core concepts, and emerging challenges* (p. 295–314). American Psychological Association.
- Salmon, A., S., Fernando & M. Berger (2018). Developmental Evaluation of Foundry's. Proof of Concept, Centre for Health Evaluation and Outcome Sciences. Récupéré de https://foundrybc.ca/wp-content/uploads/2019/04/Foundry_DevelopmentalEvaluationReport-FINAL-2.pdf
- Settipani, C. A., Hawke, L. D., Cleverley, K., Chaim, G., Cheung, A., Mehra, K., ... & Henderson, J. (2019). Key attributes of integrated community-based youth service hubs for mental health: a scoping review. *International journal of mental health systems*, *13*(1), 1-26.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, *22*(2), 63-75.
- Smith, B. (2018). Generalizability in qualitative research: Misunderstandings, opportunities and recommendations for the sport and exercise sciences. *Qualitative research in sport, exercise and health*, *10*(1), 137-149.

- Société canadienne de pédiatrie (2019). Les médias numériques : la promotion d'une saine utilisation des écrans chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents. *Paediatrics & Child Health*, 24(6), 402–417.
- Strack, R. W., Magill, C., & McDonagh, K. (2004). Engaging youth through photovoice. *Health promotion practice*, 5(1), 49-58.
- Sweeney, A., & Morgan, L. (2009). Levels and stages. *Handbook of service user involvement in mental health research*, 25-36.
- Wang, C. C. (2006). Youth participation in photovoice as a strategy for community change. *Journal of community practice*, 14(1-2), 147-161.
- Ward, D. (2014). 'Recovery': Does it fit for adolescent mental health?. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 26(1), 83-90.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.
- Wiens, K., Bhattarai, A., Pedram, P., Dores, A., Williams, J., Bulloch, A., & Patten, S. (2020). A growing need for youth mental health services in Canada: examining trends in youth mental health from 2011 to 2018. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29(e115), 1-9.
- Yung, A. R. (2016). Youth services: the need to integrate mental health, physical health and social care. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(3), 327-329.
- Zukoski, A. & Luluquisen, M. (2002) Participatory evaluation. What is it? Why do it? What are the challenges?, *Community-Based Public Health Policy and Practice*, 5, 1–6.

Annexes

Annexe A : Grille d'observation

Titre :

Fiche signalétique

Date, heure, durée :

Lieu :

Nom de l'activité :

Autres sources de données :
(conjointes à cette grille)

Notes descriptives

Compte rendu ou points saillants :

Relations entre les participants :

- engagement :
- leaders :
- disposition au changement :
- relations de partenariats

Autres?

Notes analytiques

Réflexions personnelles :

Réflexions théoriques :

Réflexions (mémos) d'analyse :

Annexe B : Grille d’entrevue – partenaires

Introduction

Pouvez-vous m’expliquer en quelques mots, l’organisme ou le service pour lequel vous travaillez?

- Quel est votre rôle dans celui-ci?

Racontez-moi la première fois où vous avez entendu parler du site Aire ouverte – Estrie?

- Quelle est votre vision actuelle du projet?
- Comment a-t-elle évolué?

Implantation

Depuis quand êtes-vous impliqué dans la planification et l’implantation du projet?

Relations

Quelle est la relation entre [votre organisme ou service] et le site à Aire ouverte – Estrie?

- Trouvez-vous qu’il y a une cible commune, claire et partagée par tous? Qu’il y a une possibilité de partage et d’écoute d’une diversité de points de vue? Que tous ont un pouvoir d’influence égal dans la prise de décision?

Théorie de programme

Selon vous, quelle la raison d’être du site Aire ouverte – Estrie?

Quelles sont les personnes que cherche à rejoindre site Aire ouverte – Estrie?

- Y a-t-il des types de clientèles plus centrales ou plus importantes à rejoindre?

Quelle est la visée, l’objectif idéal du site Aire ouverte – Estrie?

- Si l’implantation se passe bien quelle différence pourrait faire le site Aire ouverte pour les jeunes? Pour les parents? Pour vous? Pour les autres partenaires?
- Quels changements pourrait-on observer chez les jeunes, les parents ou les partenaires?

Pour atteindre ces/ses objectifs, qu’est-ce qui doit être mis en place par le site Aire ouverte – Estrie?

[Décortiquer en fonction des dimensions du modèle logique :]

- [processus] Quelles sont les meilleures stratégies d’intervention pour atteindre ces/ses objectifs? Quels sont les processus essentiels à mettre en place?
- [processus de soutien, ressources et intrants] De quoi aura besoin l’équipe pour que ses/ces interventions soient les plus efficaces possible (p. ex., rencontre d’équipe, supervision, partenariat, etc.)?
- [extrants] Comment pourrait-on s’assurer que le service a bien été rendu? Quels sont les indicateurs que l’on pourrait implanter?

Annexe C : Grille d'entrevue – équipe d'intervention

Introduction

Quelle est votre vision actuelle du site Aire ouverte – Estrie?

- Si vous aviez à décrire le site Aire ouverte en un mot, une image ou une analogie, quel serait-il?

Approche globale

Quelle est votre expertise comme intervenant? Qu'est-ce que vous amenez à l'équipe du site Aire ouverte?

- En quoi cette expertise, est-elle complémentaire avec celle des autres membres de l'équipe ou celle des partenaires?

Relations

Selon vous, quelle est la meilleure manière de créer un lien avec les jeunes?

- Quelles sont les caractéristiques d'une bonne relation d'aide avec un jeune?

Selon vous, quelle est la meilleure manière de créer un lien avec les parents des jeunes?

- Quelles sont les caractéristiques d'une bonne relation d'aide avec un parent?

Qu'est-ce qu'une bonne relation de travail avec les autres membres de l'équipe, les partenaires internes et les partenaires externes?

- Quelle est la meilleure manière de créer une bonne relation de travail avec ceux-ci?

Théorie de programme

Quelle est la visée, l'objectif idéal du site Aire ouverte – Estrie?

- Si l'implantation se passe bien quelle différence pourrait faire le site Aire ouverte pour les jeunes? Pour les parents? Pour les partenaires?
- Quels changements pourrait-on observer chez les jeunes, les parents ou les partenaires?
- *[facultatif] Pour atteindre ces/ses objectifs, qu'est-ce qui doit être mis en place par le site Aire ouverte? [Décortiquer en fonction des dimensions du modèle logique :]*
- *[processus] Quelles sont les meilleures stratégies d'intervention pour atteindre ces/ses objectifs? Quels sont les processus essentiels à mettre en place?*
- *[processus de soutien, ressources et intrants] De quoi aura besoin l'équipe pour que ses/ces interventions soient les plus efficaces possible (p. ex., rencontre d'équipe, supervision, partenariat, etc.)?*
- *[extrants] Comment pourrait-on s'assurer que le service a bien été rendu? Quels sont les indicateurs que l'on pourrait implanter?*

Annexe D : Grille d'entrevue – parents

Introduction

Racontez-moi la première fois où vous avez entendu parler du site Aire ouverte – Estrie?

- Quelle est votre vision actuelle du projet? Comment a-t-elle évolué?

Avez-vous déjà fait appel à des services pour votre enfant? Racontez-moi comment ça s'est déroulé.

Approche globale

En vous référant aux jeunes d'aujourd'hui, qu'est-ce que ça signifie être en santé quand on est jeune?

- Qu'est-ce que ça veut dire avoir une bonne santé mentale?
- Quels sont les signes qui vous indiqueraient qu'un jeune a une santé mentale épanouissante, florissante?
- Pour vous, qu'est-ce que ça veut dire avoir une bonne santé physique? Sexuelle? Relationnelle? Sociale?

Quels sont les enjeux de santé spécifique aux jeunes?

- Comment peut-on outiller les jeunes pour qu'ils prennent soin de leur santé?
- Comment peut-on outiller les parents pour les aider?
- Au-delà des caractéristiques des jeunes et des parents, quels sont les autres facteurs qui viennent influencer l'état de santé des jeunes?

Quel serait un service adapté pour les jeunes?

- Si vous imaginez un service idéal, totalement adapté pour les jeunes, à quoi ressemble-t-il?
- Quelle serait la place des parents dans un tel service?

Relations

Selon vous, quelle est la meilleure manière de créer un lien avec les jeunes?

Selon vous, quelle est la meilleure manière de créer un lien entre les parents et les jeunes?

Qui sont les personnes importantes et soutenantes dans la vie des jeunes?

- Quels rôles jouent-elles?

Conclusion

- Si vous aviez à décrire le site Aire ouverte en un mot, une image ou une analogie, quel serait-il?

Annexe E : Grille d'entrevue – jeunes

Introduction

Quelle est votre motivation à participer aux comités des jeunes – toutes les réponses sont bonnes?

Approche globale

Pour vous, qu'est-ce que ça veut dire être en santé?

- Pour vous, qu'est-ce que ça veut dire avoir une bonne santé mentale?
- Pour vous, qu'est-ce que ça veut dire être bien?
- Pour vous, qu'est-ce que ça veut dire avoir une bonne santé physique? Sexuelle? Relationnelle? Sociale?

Quel serait un service adapté pour les jeunes, adapté pour vous?

- Si vous imaginez un service idéal, totalement adapté pour vous, à quoi ressemble-t-il?
- À quoi ressemble l'environnement physique?
- Comment agissent les intervenants?

[Si le temps le permet] Qu'est-ce que ça prend pour qu'un service soit accessible pour les jeunes?

- *En termes de localisation, d'heures d'ouverture et de coût...*
- *Qu'est-ce qui constitue une réponse rapide pour vous de la part d'un professionnel?*

[Si le temps le permet] Qu'est-ce que ça prend pour que vous vous sentiez en sécurité (safe) et rassuré une aide professionnelle?

- *Quels sont les signes que vous remarqueriez d'un tel service?*
- *Comment savez-vous que les services sont confidentiels et respectent la vie privée?*

Relations

À quoi, ressemble une bonne relation avec un professionnel/intervenant?

- Quelles sont les caractéristiques d'une bonne relation d'aide?
- Quels conseils donneriez-vous aux intervenants pour établir un bon lien de confiance?

Quel est le rôle des parents par rapport à votre santé physique et mentale?

- Comment vos parents influencent-ils votre santé physique et mentale?
- Est-ce que les parents ont un rôle à jouer pour que les jeunes accèdent aux services dont ils ont besoin?
- Comment les parents peuvent-ils soutenir l'intervention professionnelle? Quelles sont les limites de ce soutien?

Conclusion

Si on se projette dans le futur, quelles seraient les retombées (idéales) de votre participation au comité des jeunes?

Annexe F : Photovoice – jeunes


Dans une logique participative, le contenu des rencontres de Photovoice sera élaboré en collaboration avec les animateurs (professionnels) et les jeunes impliqués. À titre indicatif, voici à quoi pourraient ressembler les 10 rencontres d'une durée d'une heure et leur tâche associée d'une durée de 30 minutes.

1. Entrevue de groupe (voir l'Annexe E)
 - Tâche : remplir les questionnaires (voir l'Annexe F)
2. Présentation du projet et du photovoice
 - Lire le résumé sur le site Aire Ouverte – Estrie
3. Formation sur la photographie
 - Se pratiquer à prendre des photos et les partager avec le groupe
4. Collecte de données I
 - Pour moi, être bien et en santé ça signifie...
5. Collecte de données
 - Les facteurs qui influencent ma santé sont...
6. Collecte de données
 - Les personnes qui influencent ma santé sont...
7. Collecte de données
 - Si je voulais accéder à de l'aide professionnelle (stratégies et barrières)
8. Collecte de données
 - Pour qu'un service (ou une aide) soit adapté à moi ou aux jeunes, il doit...
9. Stratégie pour la suite
 - Retour sur l'ensemble des photos prises et sélection des plus importantes
10. Préparation et présentation des résultats
 - Révision des photos sélectionnées et des légendes

Les rencontres visent à faire discuter librement les participants autour des questions de recherche grâce au partage et à la discussion des photographies. Les questions de relance suivante peuvent être utilisées par les animateurs (Hergenrather et al., 2009) :

1. Que voyez-vous ici?
2. Que se passe-t-il réellement ici?
3. Comment cela se rapporte-t-il à nos vies?
4. Pourquoi cette préoccupation, cette situation, cette force existent-elles?
5. Comment pouvons-nous agir grâce à notre nouvelle compréhension?
6. Que pouvons-nous faire?

i. Affiche pour les parents



Recrutement de parents de jeunes de 12 à 25 ans

Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale

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

Québec

Direction du programme jeunesse

Pourquoi?

Dans le cadre de l'implantation du site Aire ouverte – Estrie, nous recrutons des parents pour participer à des entrevues de groupes sur la santé mentale, physique et psychosociale des jeunes de 12 à 25 ans.

Le site Aire ouverte Estrie est un nouveau service de santé rapide, accessible et adapté à la réalité des jeunes pour les aider à répondre à leurs besoins de santé globale.

Quoi?

Une entrevue de groupe se déroulera à distance (avec la plateforme Zoom). D'une durée de 60 à 90 minutes.

Qui?

Les participants devront : a) être âgé de 18 ans et plus; b) avoir la capacité de répondre aux questions en français ou en anglais; c) être le parent d'un jeune de 12 à 25 ans habitant à Sherbrooke.

Intéressé? Des questions?

Contactez-nous francois.lauzier-jobin@usherbrooke.ca

ii. Affiche pour les jeunes de 12-17 ans

AIRE OUVERTE

Tu as entre 12 et 17 ans ?

Un site, Aire Ouverte, c'est quoi?
Un nouveau service de santé **rapide, accessible** et **adapté à la réalité des jeunes** pour les aider à répondre à leurs besoins de **santé globale**.

Tu désires:

- Partager ton opinion
- Influencer les décisions afin d'**AMÉLIORER LES SERVICES** en santé (physique, psychologique, etc.) pour les jeunes.
- Proposer tes idées pour avoir un **IMPACT CONCRET**

Critères:

- S'exprimer de manière respectueuse et être à l'écoute des autres
- Démontrer une attitude constructive dans ses commentaires concernant le réseau de la santé et des services sociaux de façon générale
 - Parler français
 - Habiter à Sherbrooke

Le site AIRE OUVERTE recherche des jeunes de ton âge qui souhaitent influencer concrètement les services en **SANTÉ GLOBALE** offerts aux jeunes, qui seront mis en place dans le cadre du site **AIRE OUVERTE** à Sherbrooke.

Ton temps et ta participation sont précieux! Nous t'OFFRONS donc un **PAIEMENT de 25\$** pour chaque participation aux rencontres.

rencontre d'une durée d'1h-1h30 aux deux semaines avec un petit groupe de jeunes.

PHYSIQUE PSYCHOLOGIQUE SOCIAL ETC. RELATIONNEL

Contactes **Louis-Philippe** pour manifester ton intérêt avant le 28 mai
819-640-2238 OU aireouverte.estrie@gmail.com

iii. Affiche pour les jeunes de 18-25 ans

Tu as entre 17 et 25 ans ?

Un site, Aire Ouverte, c'est quoi?
Un nouveau service de santé **rapide, accessible** et **adapté à la réalité des jeunes** pour les aider à répondre à leurs besoins de **santé globale**.

Tu désires:

- Partager ton opinion
- Influencer les décisions afin d'**AMÉLIORER LES SERVICES** en santé (physique, psychologique, etc.) pour les jeunes.
- Proposer tes idées pour avoir un **IMPACT CONCRET**

Critères:

- S'exprimer de manière respectueuse et être à l'écoute des autres
- Démontrer une attitude constructive dans ses commentaires concernant le réseau de la santé et des services sociaux de façon générale
 - Parler français
 - Habiter à Sherbrooke

Le site AIRE OUVERTE recherche des Jeunes de ton âge qui souhaitent influencer concrètement les services en **SANTÉ GLOBALE** offerts aux jeunes, qui seront mis en place dans le cadre du site **AIRE OUVERTE** à Sherbrooke.

Ton temps et ta participation sont précieux! Nous **OFFRONS** donc un **PAIEMENT** de **25\$** pour chaque participation ainsi rencontrés.

rencontre d'une durée d'1h-1h30 aux deux semaines avec un petit groupe de jeunes.

PHYSIQUE PSYCHOLOGIQUE SOCIAL ETC. RELATIONNEL

Contactes Louis-Philippe
pour manifester ton intérêt avant le 28 mai
819-640-2238 OU aireouverte.estrie@gmail.com







Centre RBC
d'expertise universitaire
en santé mentale

