



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

Faire un pas vers le futur

Bâtir un système de services en santé
mentale et en toxicomanie adapté aux
besoins des adultes émergents

Ce document est disponible en français.

This document is available at <http://www.mentalhealthcommission.ca>

SUGGESTED CITATION: Mental Health Commission of Canada. (2015).

Taking the Next Step Forward: Building a Responsive Mental Health and Addictions System for Emerging Adults, Ottawa, ON: Mental Health Commission of Canada.

Production of this document is made possible through a financial contribution from Health Canada.

The views represented herein solely represent the views of the Mental Health Commission of Canada.

ISBN: 978-1-988005-87-4

Legal deposit National Library of Canada ©2015 Mental Health Commission of Canada

Table des matières

RÉSUMÉ	5
TERMINOLOGIE	11
SECTION 1 : CONTEXTE ET PORTÉE DU PROJET ET ÉNONCÉ DU PROBLÈME	12
CONTEXTE DU PROJET	12
RECADRER LE PROBLÈME : UNE PERSPECTIVE SYSTÉMIQUE	14
ARGUMENTS EN FAVEUR D'UN CADRE POUR ADULTES ÉMERGENTS	15
LES NOMBREUSES FACETTES DE LA « TRANSITION »	16
RECADRER LA PORTÉE	16
SECTION 2 : RENFORCER LES ARGUMENTS MILITANT EN FAVEUR DE L'ACTION	19
LES ARGUMENTS EN FAVEUR DE LA RECHERCHE ET DE L'ÉCHANGE DES CONNAISSANCES	19
LES ARGUMENTS EN FAVEUR DE L'AMÉLIORATION DE LA CONCEPTION DES SYSTÈMES, DES PROGRAMMES ET DES SERVICES	20
LES ARGUMENTS EN FAVEUR DU SOUTIEN À LA TRANSITION	20
LES ARGUMENTS EN FAVEUR DE L'ENGAGEMENT DES JEUNES ET DU SOUTIEN PAR LA FAMILLE ET PAR LES PAIRS	22
LES ARGUMENTS EN FAVEUR DE L'OCTROI D'UNE ATTENTION SPÉCIALE AUX PERSONNES VULNÉRABLES	24
LES ARGUMENTS EN FAVEUR DU SOUTIEN À L'ÉDUCATION ET À LA FORMATION	25
LES ARGUMENTS EN FAVEUR DE SERVICES SPÉCIALISÉS	26
SECTION 3 : APPROCHES ACTUELLES–PROCESSUS, MODÈLES ET POLITIQUES	29
MÉTHODOLOGIE/SOURCES D'INFORMATION	29
LES FACTEURS FAVORABLES OU DÉFAVORABLES À DES TRANSITIONS EFFICACES	29
MODÈLES ACTUELS EN MATIÈRE DE PROGRAMMES ET D'INTERVENTIONS VISANT À FAVORISER LA TRANSITION DES ADULTES ÉMERGENTS	30
LA SCÈNE INTERNATIONALE	33
STRATÉGIE NATIONALE : LA PERSPECTIVE CANADIENNE	40
POLITIQUES ET PROGRAMMES PROVINCIAUX/TERRITORIAUX	40
PRIORITÉS POUR L'AVENIR	48

SECTION 4 : UN SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE ADAPTÉ AUX BESOINS DES ADULTES ÉMERGENTS	52
LE SYSTÈME DE SERVICES INTÉGRÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE	53
UN CONTINUUM COMPLET À L'APPUI D'UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE À LA SANTÉ MENTALE DES ADULTES ÉMERGENTS	56
RECOMMANDATIONS EN VUE DE LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME ADAPTÉ AUX BESOINS DES AÉ	60
A. STRATÉGIE, POLITIQUES, LIGNES DIRECTRICES ET PROTOCOLES	60
B. ENVELOPPE DE FINANCEMENT RÉSERVÉ	64
C. ÉVALUATION DU RENDEMENT ET ASSURANCE DE LA QUALITÉ	65
D. RECHERCHE ET ÉCHANGE DE CONNAISSANCES	66
FAIRE UN PAS VERS LE FUTUR : DES PAROLES AUX ACTES	67
BIBLIOGRAPHIE	70
ANNEXES	82
ANNEXE 1 : DOCUMENTS-CADRES PROVINCIAUX PAR TYPE ET PAR INCLUSION DES TRANSITIONS /AÉ	83
ANNEXE 2 : PARTICIPANTS AU SOMMET D'OCTOBRE 2012	97
ANNEXE 3 : FACTEURS PROPICES À DES TRANSITIONS EFFICACES	99
ANNEXE 4 : OBSTACLES À UNE TRANSITION EFFICACE DU SYSTÈME DE SERVICES POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS VERS LE SYSTÈME DE SERVICES POUR ADULTES	100
ANNEXE 5 : GESTION DE LA TRANSITION ET CONCEPTION DES SYSTÈMES POUR AÉ - MODÈLES	103
ANNEXE 6 : JEUNES OBTENANT D'IWK DES SERVICES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE - PROCESSUS DE TRANSFERT DES SOINS	118
ANNEXE 7 : INITIATIVES CHOISIES DES RLISS DE L'ONTARIO EN VUE D'AIDER LES JEUNES AU MOMENT DE LA TRANSITION	119

CONTEXTE

La Commission de la santé mentale du Canada a établi que les « jeunes en transition » constituent un sujet de préoccupation en matière de politiques en santé mentale. La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, *Changer les orientations, changer des vies* (Commission, 2012) recommande d'« éliminer les obstacles qui entravent les transitions entre les différents services de santé mentale pour les enfants, les jeunes, les adultes et les aînés » (Section 3.3.5, page 73). *Faire un pas vers l'avant : bâtir un système de services en santé mentale et en toxicomanie adapté aux besoins des adultes émergents* est un rapport produit par des chercheurs du Children's Hospital of Eastern Ontario (CHEO) pour le compte du Centre d'échange de connaissances de la Commission¹. Ce rapport examine l'état actuel des politiques et des programmes, au Canada et ailleurs dans le monde, qui soutiennent les jeunes ayant des problèmes de santé mentale en transition vers l'âge adulte. L'étude soutient que nos approches actuelles sont considérablement limitées et propose un cadre de travail visant à améliorer les pratiques au Canada.

Dans ce contexte, que signifie le terme « transition »? Les adultes émergents (AÉ) recevant des services en santé mentale pour enfants ou adolescents, lorsqu'ils arrivent à un âge prédéterminé, doivent effectuer une transition vers des services pour adultes. Malgré les données prouvant que les interventions menées à cette étape auront un impact positif sur la trajectoire de vie d'un individu en matière de santé mentale, les AÉ ne sont pas adéquatement soutenus durant cette transition. De plus, les AÉ nécessitant des services en santé mentale pour la première fois sont souvent incapables de trouver ou d'obtenir des services, ou encore de se rétablir, au sein du secteur des services aux adultes en matière de santé mentale et de toxicomanie. C'est pourquoi nous envisageons un continuum fluide de services aux AÉ, appuyé par des politiques traitant spécifiquement des défis propres à cette période de transition.

Au cours de la transition entre les services en santé mentale et toxicomanie pour enfants et adolescents et les services pour adultes, les adultes émergents présentent des taux de désengagement plus élevés que tout autre groupe d'âge. Bien qu'aucune étude longitudinale n'ait été menée au Canada, les résultats d'études effectuées aux États-Unis et au Royaume-Uni indiquent que les taux d'engagement et de rétention en matière de traitement au cours de la transition de l'enfance à l'âge adulte sont inquiétants. Des problèmes non traités de santé mentale au début de l'âge adulte peuvent augmenter le risque de développer des problèmes de santé mentale graves et persistants, et au moins 75 p. 100 des problèmes de santé mentale et des maladies mentales se déclenchent au cours de l'enfance, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Des problèmes tels que le décrochage scolaire, le chômage, les démêlés avec la justice juvénile, l'intimidation et les traumatismes liés à la cessation d'un traitement sont amplifiés chez les jeunes adultes ayant une maladie mentale. Les problèmes non traités de santé mentale et de toxicomanie mènent au sous-emploi et à un désengagement du marché du travail, en plus d'alourdir le fardeau humain et économique lié aux problèmes de santé mentale. Il est surtout alarmant de constater que le suicide est la deuxième cause de décès la plus importante chez les jeunes canadiens et que, chez les jeunes adultes de 15 à 24 ans, un décès sur cinq est dû au suicide.

Le début de l'âge adulte est une étape difficile pour tous; il s'agit toutefois d'une période de grande vulnérabilité pour les AÉ ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. De plus, les AÉ appartenant à certains groupes démographiques sont davantage susceptibles de vivre des expériences négatives au cours de leur transition vers l'âge adulte. Ces groupes incluent les enfants nés dans la pauvreté, les AÉ autochtones,

POURQUOI EMPLOYER LE TERME « ADULTE ÉMERGENT » ?

Le terme « adulte émergent » sert de plus en plus à décrire les jeunes et les jeunes adultes (de 16 à 25 ans). Ce terme souligne l'importance de la croissance et du développement ayant lieu au cours de cette période de vie. L'usage du terme « émergent » permet également de reconnaître le processus dynamique propre à cette période, plutôt que de désigner cette dernière en fonction d'un laps imposé reposant sur l'âge chronologique. Nous employons ce terme tout au long du document, souvent sous forme raccourcie : AÉ.

¹ Tout au long de ce résumé, le pronom « nous » est employé pour décrire les points de vue des chercheurs du CHEO. Les recommandations et actions décrites dans ce résumé ne représentent pas nécessairement celles mises de l'avant par la Commission. Toutes les parties impliquées dans la production de cet ouvrage reconnaissent néanmoins l'urgence nécessaire de ce document, au même titre que plusieurs autres intervenants de partout au Canada, pour faire progresser le dossier des jeunes en transition vers les services en santé mentale et en toxicomanie pour adultes.

inuits et métis, les AÉ nouvellement arrivés au Canada, les AÉ aux prises avec le système de justice et les services de protection de la jeunesse, les AÉ vivant avec un handicap et les AÉ lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres, queers ou en questionnement (LGBTQQ). Les initiatives en matière de politiques provinciales ou territoriales ainsi que les écrits récents soulignent également le manque d'accès aux services et les taux de risque élevés auxquels sont confrontés les groupes de personnes marginalisées vivant en milieu rural et en région éloignée. De nombreux AÉ appartenant à cette dernière catégorie n'ont pas accès à des services de première ligne, encore moins à des programmes spécialisés ou adaptés à leurs besoins. Les AÉ ayant des besoins urgents et ceux nécessitant des services intensifs doivent être transportés à l'extérieur de leur milieu rural. Dans les régions éloignées, peu de services spécialisés sont disponibles à l'échelle locale, au-delà des ressources communautaires, des professionnels de la santé itinérants et de la télémédecine.

QU'AVONS-NOUS APPRIS?

AU CANADA, À L'HEURE ACTUELLE :

- Des modèles prometteurs et des pratiques exemplaires à l'intention des AÉ existent dans plusieurs provinces et régions.
- Certaines stratégies ont été conçues spécialement à l'intention des jeunes, mais peu de provinces ou de territoires ont mis en œuvre des approches fondées sur des données probantes en matière de gestion des transitions ou de prestation de services cliniques aux AÉ.
- Il n'existe aucun leadership de la part du gouvernement national, ni aucune stratégie ou orientation politique pancanadienne en soutien aux décideurs politiques, aux planificateurs et aux pourvoyeurs de services travaillant en faveur des AÉ en transition.
- Aucune province ou territoire n'a procédé à la mise en œuvre complète de protocoles pour les AÉ.
- Aucune politique n'oblige les autorités sanitaires et les pourvoyeurs de services à respecter des protocoles.
- Aucune province ou territoire ne surveille les jeunes au cours de leur transition.
- Aucune province ou territoire n'a donné de mandat à des services communautaires ou des services cliniques spécialisés en milieu hospitalier en ce qui concerne les AÉ, au-delà des programmes du premier épisode psychotique.
- Du point de vue des politiques, du financement et (ou) des prestataires de services, les AÉ ne sont pas perçus comme une clientèle distincte.

En ce qui concerne les adultes émergents et leurs besoins particuliers, la recherche, les politiques et les programmes d'aujourd'hui démontrent que :

- Jusqu'à 52 p. 100 des jeunes engagés dans le processus de transition se désengagent au moment où des problèmes de santé mentale importants ou des maladies mentales sont le plus susceptibles de survenir.
- De bons liens avec les pairs et la famille favorisent l'engagement envers les services.
- Au fur et à mesure que le cerveau arrive à maturité, la propension à prendre des risques diminue et les facultés de raisonnement et de contrôle des émotions s'améliorent. Ces développements neurobiologiques plafonnent à la mi-vingtaine.
- Une grande proportion des adultes émergents éprouvant des problèmes de santé mentale consomment également des drogues.
- L'engagement continu auprès des adultes émergents est essentiel à l'amélioration de leur santé mentale et à l'élaboration de modèles de programmes appropriés et sensibles.
- Sans accès aux services d'évaluation et de traitement nécessaires, les résultats en matière de santé, de socialisation et d'emploi sont compromis, en particulier chez les adultes émergents les plus vulnérables.

« Il n'y a pas d'étapes intermédiaires entre rester seul à la maison et se rendre à l'hôpital en état de crise. »

– Bénéficiaire de services pour les jeunes

PRINCIPES DIRECTEURS POUR L'ÉLABORATION DE SERVICES DE TRANSITION

- Sensibles aux besoins
- Adaptés au stade de développement des clients et toujours en lien avec la famille
- Attrayants pour les jeunes et mené par les pairs
- Ancrés dans la recherche, l'éducation et la formation
- Axés sur le rétablissement

An International Focus on Youth in Transition: Development and Evaluation of a Mental Health Transition Service Model
(Cappelli et coll., 2012)

- L'élaboration de politiques et l'octroi de fonds clairement destinés aux adultes émergents sont d'une importance capitale.
- Il est nécessaire d'adopter une approche interministérielle collaborative en ce qui a trait aux interventions auprès des jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie qui sont suivis ou devraient être suivis par de multiples systèmes et secteurs de la santé.
- L'intervention de « champions » réputés à l'échelle nationale ayant une certaine influence politique ainsi que de la crédibilité en matière clinique entraîne des effets positifs.
- Des projets de recherche et de formation de portée nationale favoriseront l'élaboration de programmes.
- Des lignes directrices de pratiques cliniques fondées sur des données probantes issues de la recherche portant spécifiquement sur les adultes émergents, financées à l'échelle nationale, sont nécessaires.

CE QUE NOUS POUVONS FAIRE

Pour répondre efficacement aux besoins des adultes émergents en transition vers les services aux adultes en matière de santé mentale et de toxicomanie, un système de services intégré, accessible et sensible doit être déployé. Nous demandons que soit mis en place un continuum complet de services harmonisés, allant de la prévention universelle et la promotion de la santé jusqu'aux services intensifs auprès de la petite proportion d'adultes émergents présentant des besoins plus complexes. Des pourvoyeurs de services compétents en matière de développement doivent dispenser des services d'aide, d'évaluation et d'intervention fondés sur des données probantes tout au long de ce continuum de services.

Il nous faut également assurer le suivi des réussites des adultes émergents, autant en matière d'engagement que de résultats. *Faire un pas vers le futur* recommande que la gamme des services offerts permette un va-et-vient fluide entre les différents degrés d'intensité de service, selon les besoins individuels et changeants des clients.

Les approches coordonnées auront besoin du soutien et du leadership de tous les paliers de gouvernement et devront nécessairement intégrer l'apport et la direction des adultes émergents et de leurs familles et communautés. Dans *Faire un pas vers le futur*, nous proposons de recadrer la problématique : alors que nous demandions auparavant comment soutenir les jeunes en cours de transition vers les services de santé mentale aux adultes, nous proposons maintenant une perspective systémique visant plus généralement à soutenir les adultes émergents dans leurs démarches vers une vaste gamme de services de prévention, d'évaluation, de soins et d'intervention psychosociale. Nous recommandons une gamme intégrée de services aux adultes émergents reposant sur les stratégies et documents



Figure 1: Continuum proposé de services aux adultes émergents en matière de santé mentale et de toxicomanie : approche à niveaux multiples

Il existe d'ores et déjà des exemples de programmes novateurs et de modèles prometteurs en matière de services aux adultes émergents. En Australie, par exemple, le programme Headspace disposera de 90 sites d'accueil dès 2015. Ces sites d'accueil sont des guichets uniques, non stigmatisants et jouissant d'une grande visibilité, servant de points d'accès initial aux jeunes adultes éprouvant des inquiétudes quant à leur santé mentale. Il existe des programmes semblables au R.-U. et en Irlande. Ces sites et modèles de services adaptés sont conçus pour s'adresser particulièrement aux adultes émergents et répondre à leurs besoins spécifiques en matière de culture, de socialisation et de développement.

Même s'il n'y aura jamais une solution universelle, il faut réduire la fragmentation des services et **raÉliser** une meilleure intégration des services. Pour cerner les domaines qui exigent une attention particulière, il est utile d'imaginer le système comme une pyramide ayant plusieurs paliers ou niveaux. Une telle approche permet de mettre l'accent sur les lieux de prestation des services de même que sur le degré d'intensité des services. Ce modèle a pour but d'alimenter la réflexion sur des façons d'améliorer la trajectoire des usagers dans le système et l'efficacité des services en santé mentale afin que les personnes aient accès aux services, traitements et formes de soutien les plus appropriés et les moins intensifs pour répondre à leurs besoins.

– *Changer les orientations, changer des vies* (Commission de la santé mentale du Canada, 2012)

de planification provinciaux et territoriaux existants en matière de santé mentale et de toxicomanie, y compris la *Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* de la Commission de la santé mentale du Canada. Afin de réduire les méfaits, de répondre aux besoins et d'assurer l'accès aux services au degré d'intensité et de spécialisation approprié, notre principal objectif est de mettre en place une gamme complète de services aux adultes émergents dans chaque champ d'application (figure 1).

LE CONTINUUM DE SERVICES PROPOSÉ :

- Comprend une gamme complète de services essentiels, de la prévention et la promotion de la santé auprès des adultes émergents, à même les établissements communautaires, de santé et d'éducation (niveau 1), jusqu'au niveau intensif de soins de santé mentale spécialisés aux adultes émergents présentant des besoins plus complexes (niveau 5).
- Tient compte des interventions des premiers répondants (niveau 2), y compris le dépistage précoce et l'intervention en établissement de santé et d'enseignement ainsi que l'accès aux formes génériques de soutien social, communautaire et de mieux-être afin de répondre aux aspects psychosociaux des problèmes de santé mentale et de toxicomanie.
- Requiert du secteur des services en santé mentale et en toxicomanie qu'il soit sensible aux besoins spécifiques des adultes émergents (niveau 3) afin d'y inclure des interventions spécialisées en matière d'évaluation et de soins ainsi que d'autres types d'interventions fondées sur des données probantes et relatives aux programmes axées sur le rétablissement.
- Comporte des niveaux plus intensifs de services spécialisés (niveaux 4 et 5), autant en milieu communautaire qu'en contexte d'hospitalisation prolongée.
- Présuppose un va-et-vient fluide entre les différents niveaux plutôt qu'un système à échelons fixes, compte tenu des besoins changeants et de la nature épisodique des problèmes de santé mentale et de toxicomanie.
- Exige un engagement actif auprès des adultes émergents ainsi qu'une approche de soutien entre pairs à tous les niveaux du continuum afin d'assurer l'accès aux services et le soutien des adultes émergents tout au long du processus de soin et de rétablissement.

Bien que l'accès aux services pose des défis dans les régions rurales ou éloignées du Canada, les services compris aux niveaux 1 à 3 devraient être accessibles localement. L'accès aux services davantage spécialisés devrait probablement impliquer des approches interrégionales, y compris des équipes mobiles spécialisées, des outils de cybersanté mentale et des services de santé à distance.

Ces différents niveaux de prestation de services doivent par ailleurs permettre aux adultes émergents d'accéder à diverses formes d'aide dans les communautés et à des services intersectoriels, tel que des services en matière de logement, d'éducation, d'emploi et de socialisation ainsi que des services financiers. Il est donc nécessaire de tisser et d'entretenir des liens avec les pourvoyeurs de services des communautés, d'adopter des mesures d'aide plus spécialisées (par ex. l'éducation, le logement et l'aide à l'emploi au sein des services en matière de santé mentale et de toxicomanie aux adultes) et d'élaborer des méthodes d'orientation dans les systèmes et de gestion individualisée des cas. Nous proposons également une gamme de services de base plus spécifiques pour favoriser le renforcement des capacités en région.

Dans tous les champs de compétence, il est essentiel que les adultes émergents soient directement impliqués dans l'élaboration, la conception et l'évaluation des services. Des stratégies d'engagement adaptées au stade de développement des clients et visant à améliorer l'accès aux services sont nécessaires pour ce groupe d'âge, notamment parce que cette clientèle présente les taux les plus bas d'adoption des services et les taux les plus élevés d'abandon. Compte tenu de la sensibilisation accrue et de l'importance récemment acquises par les enjeux de santé mentale et de toxicomanie dans les médias (en particulier en ce qui concerne ce groupe d'âge), il est urgent de développer les voies d'accès aux services ainsi que la capacité d'offrir les services en tant que telle.

J'avais 18 ans et j'allais passer au groupe d'âge des 19-20 ans. Ils m'ont suivi pendant un certain temps. J'étais chanceux parce qu'ils m'ont hospitalisé tout juste avant mon 18^e anniversaire. Si j'avais été plus vieux de seulement quelques mois avant que tout ça ne commence, qui sait ce qui aurait pu arriver. Parce que je sais que les services aux adultes ne sont pas tout à fait aussi bons. Je me souviens qu'à l'époque, mon médecin m'avait dit : « Je sais que tu serais censé aller vers ces autres programmes, mais je ne sais pas exactement comment faire ça ». Je me souviens d'avoir pensé, « Vous ne faites pas ça? Vous n'avez pas l'habitude de ce genre de situations? C'est de l'autre côté de la rue, vous devez bien y connaître quelqu'un... vous n'avez qu'à décrocher le téléphone ».

– Aaron Goodwin, jeune participant

De meilleures voies d'accès aux services et une meilleure capacité de prestation des services dépendent d'un effort particulier de collaboration entre toutes les parties concernées aux paliers national, provinciaux et régionaux. Les actions et recommandations suivantes peuvent servir de point de départ pour mieux servir les intérêts des adultes émergents au Canada.

ACTIONS PROPOSÉES À L'ÉCHELLE NATIONALE

- Cibler les adultes émergents comme clientèle prioritaire dans le cadre d'un plan d'action national en matière de santé mentale et de toxicomanie
- Mettre en place un projet national axé sur la santé mentale des adultes émergents, comprenant le financement d'une étude de suivi longitudinale, d'un centre d'excellence national et d'une stratégie d'échange de connaissances
- Produire une fiche de rendement national semestrielle afin d'assurer le suivi des indicateurs de mesure des résultats chez les adultes émergents ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie
- Mettre en place un groupe consultatif national de jeunes adultes
- Financer une chaire de recherche nationale en matière de santé mentale et de toxicomanie chez les adultes émergents.

ACTIONS PROPOSÉES À L'ÉCHELLE PROVINCIALE ET TERRITORIALE

- Cibler les adultes émergents comme clientèle prioritaire dans le cadre des réformes et plans d'action provinciaux et territoriaux en matière de santé mentale et proposer des stratégies particulières pour les groupes les plus vulnérables
- Créer un comité des cabinets interministériels, placé sous la direction des premiers ministres, afin de superviser et d'évaluer la mise en œuvre et la performance des politiques à l'échelle provinciale et territoriale
- Désigner un ministère responsable de la production d'une fiche de rendement provincial ou territorial mesurant les résultats obtenus chez les adultes émergents ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie
- Concevoir des protocoles de transition et des formes d'aide à l'intention des jeunes exclus des groupes d'âge visés par les services aux enfants ou adolescents et en assurer le suivi
- Confirmer la mise en œuvre d'un continuum de services à l'échelle provinciale et territoriale, comprenant la gamme des services élémentaires requis à chaque niveau (figure 1)
- Mettre en place un groupe consultatif provincial et territorial de jeunes adultes doté d'un rôle authentique et clairement défini en tant que groupe de référence et de leadership.

ACTIONS PROPOSÉES À L'ÉCHELLE RÉGIONALE

- Cibler les adultes émergents comme clientèle prioritaire dans le cadre de toute stratégie régionale de services et élaborer un plan d'action particulier pour les groupes les plus vulnérables
- Concevoir un plan d'imputabilité (tel que des fiches de rendement régional) pour évaluer l'engagement et les résultats obtenus et en assurer le suivi
- Cerner les principales lacunes dans le continuum des services adaptés au stade de croissance et prendre les moyens nécessaires pour accroître la capacité, en particulier en ce qui a trait à la prestation de la gamme principale de services d'une manière accessible et diligente, dont :
 - Des lits d'hôpitaux pour les adultes émergents, sur la base des besoins par habitant ou par population recensés par tranche de 100 000 habitants

« Transition », c'est un peu drôle, ce mot. Ça signifie qu'on vous prend à l'endroit où vous êtes et on vous fait passer en quelque sorte à un autre endroit. Mais ce qui m'est arrivé n'était pas vraiment une transition. C'était plutôt un transfert. J'ai été prise d'un côté du système et placée de force d'un autre côté. Et, entre les deux, je suis restée à peu près un an sans recevoir aucun service.

– Emily Beaudoin, jeune participante (Cappelli et coll., 2012)

« Il y a une convergence considérable de preuves issues de l'épidémiologie, de la neuroscience clinique et élémentaire, de la santé publique et de l'évaluation des services de santé confirmant l'urgence de nouveaux investissements dans l'élaboration et l'évaluation de projets axés sur la santé mentale des jeunes. »

– (Hickie, 2011)

- Des places en soins de jours communautaires complets, spécialisés dans les besoins des adultes émergents
- Des équipes mobiles de soutien intensif dans les communautés spécialisées dans les besoins des adultes émergents
- Des services de dépistage et d'intervention précoce, d'évaluation et de soins pour tous les diagnostics
- Des intervenants-pivots spécialisés dans les besoins des adultes émergents
- Des modèles d'aide entre pairs et de mentorat intégrés aux services cliniques et de soins pour favoriser l'engagement
- L'engagement des familles et des services d'éducation
- L'allocation de ressources à la coordination d'une équipe de transition visant à garantir la participation et l'engagement de pourvoyeurs de services intersectoriels
- Adopter des stratégies universelles de prévention et de promotion de la santé ainsi que des stratégies visant à minimiser les lacunes à tous les niveaux du continuum et à renforcer les compétences, la résilience et les facteurs de protection afin de favoriser la pleine participation des clients dans la collectivité, la société et le marché de l'emploi
- Élaborer des protocoles de transition régionaux et des ressources connexes, y compris des charges de coordination régionale de transition, et assurer le suivi de leur mise en œuvre.

Partout au Canada, les adultes émergents et leurs familles, les pourvoyeurs de services, les « champions » du milieu de la santé mentale et les médias nationaux relèvent les défauts des politiques et des services existants en ce qui a trait aux adultes émergents et s'attaquent aux impacts de ces lacunes chez les jeunes Canadiens. Selon nous, la prochaine étape consiste à mettre en œuvre un continuum de services clairement défini au sein d'un cadre politique interministériel à l'échelle provinciale et territoriale, et à s'assurer que ce cadre soit soutenu par un plan d'action national. Parallèlement, afin d'élaborer des approches novatrices et sensibles, de recueillir des données, de répondre aux besoins les plus urgents et de diffuser les connaissances au sujet des adultes émergents, il faut améliorer la coopération entre les adultes émergents et les pourvoyeurs de services à l'échelle locale.

Toxicomanies : Plusieurs termes s'utilisent aujourd'hui pour désigner les « toxicomanies ». De nombreuses instances et groupes de personnes préfèrent parler de consommation d'alcool et de drogues, d'abus d'alcool et de drogues ou de mésusage de substances. Pour simplifier les choses, dans le présent document, nous utilisons souvent l'expression « système de santé mentale » pour également parler des toxicomanies.

Renseignements opérationnels : Collecte et exploitation de données brutes à des fins d'amélioration de la qualité et d'élargissement des services.

Adulte émergent : Personne typiquement âgée de 16 à 25 ans. L'émergence de l'âge adulte est la période de la vie, séparant l'adolescence de l'âge adulte, que traversent les jeunes dans les sociétés industrialisées et au cours de laquelle leur développement se poursuit. Dans certains programmes types et références documentaires, un adulte émergent peut avoir jusqu'à 29 ans.

Transfert des connaissances (TC) et échange des connaissances (EC) : Le transfert des connaissances est le processus consistant à fournir aux décideurs les renseignements voulus pour élaborer des politiques et des pratiques, processus qui devrait se poursuivre une fois ces politiques et pratiques en place. L'échange des connaissances s'établit entre les auteurs et les utilisateurs de la recherche. Cet échange devrait prendre la forme d'un dialogue continu entre les pourvoyeurs de services, les instances gouvernementales, les chercheurs, les adultes émergents (AÉ), les familles et les collectivités.

Services pour adultes en matière de santé mentale et de toxicomanie (SASMT) et services pour enfants et adolescents en matière de santé mentale et de toxicomanie (SEASMT) : Nous avons recours à ces termes pour décrire l'actuel secteur des services en santé mentale et en toxicomanie en place au Canada et dans d'autres pays.

Financement réservé : Financement spécifiquement prévu pour la mise en oeuvre d'un programme ou d'une initiative ou pour répondre aux besoins d'un groupe démographique donné. Nous parlons également d'enveloppe de financement spécifique ou de financement dédié par opposition à d'autres initiatives de santé mentale plus générales.

Jeunes en âge de transition (JAT) : Il existe de nombreux termes décrivant les jeunes ou les jeunes adultes. Nous avons choisi d'utiliser le terme « adultes émergents ». De nombreux pays utilisent cependant « jeunes en âge de transition », « jeunes à l'âge transitionnel », « jeunes adultes » ou simplement « jeunes ». Les jeunes visés par ces termes ont de 12 à 29 ans.

Approche systémique : Ce terme décrit l'approche essentielle que nous recommandons dans ce document. Au lieu de concevoir le problème comme une simple question de « gestion » de la transition d'un système (SEASMT) vers un autre (SASMT), nous proposons de mettre en place un système intégré comportant des éléments à de multiples niveaux qui permettent de répondre aux besoins des jeunes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie à mesure qu'ils entrent dans l'âge adulte.

- À l'échelle mondiale, jusqu'à 20 p. 100 des enfants sont aux prises avec une maladie mentale débilite (Organisation mondiale de la santé, 2000).
- À l'échelle mondiale, le suicide est la troisième cause de décès chez les adolescents (Organisation mondiale de la santé, 2001)
- Dans divers pays, le trouble dépressif majeur (TDM) apparaît souvent à l'adolescence. Il est associé à une invalidité psychosociale importante et au risque de suicide. (Weissman et coll., 1999; Organisation mondiale de la santé, 2003)

Section 1

Contexte et portée du projet et énoncé du problème

La Commission de la santé mentale du Canada a établi que les « jeunes en transition » constituent un sujet de préoccupation en matière de politiques en santé mentale. Voilà ce qui explique qu'elle ait commandé le présent document. *Changer les orientations, changer des vies : la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* recommande d'« éliminer les obstacles qui entravent les transitions entre les différents services de santé mentale pour les enfants, les jeunes, les adultes et les aînés » (La Commission, 2012, p. 73). La Commission a souhaité que ce rapport examine les données probantes, répertorie les pratiques exemplaires et propose des orientations concrètes en appui à l'élaboration de politiques et de services destinés aux jeunes en voie de devenir des adultes qui ont des problèmes de santé mentale.

Cette section situe le contexte pour la discussion des enjeux et recadre le problème pour qu'il ne s'agisse plus simplement d'établir comment appuyer les jeunes qui font la transition vers les services de santé mentale pour adultes, mais d'établir quelle approche systémique générale permettra le mieux de modifier le système pour favoriser l'engagement des jeunes en matière de services et d'accroître les résultats positifs. Cette section familiarisera le lecteur avec les concepts clés d'« adulte émergent » (AÉ) et de « transition » qui reviennent dans tout le document.

CONTEXTE DU PROJET

Les jeunes qui reçoivent des services de santé mentale pour enfants et adolescents et qui doivent continuer de recevoir ces services ne sont pas adéquatement soutenus lorsqu'ils doivent effectuer une transition vers des services pour adultes (Davis et Butler, 2002; Freeland, 2012; Paul et coll., 2013; Richards et Vostanis, 2004; Singh et coll., 2008; Singh, Paul, Islam et Weaver, 2010). Ce manque de soutien se constate malgré les données prouvant clairement que les interventions menées à cette étape ont une incidence positive sur la trajectoire de vie d'une personne en matière de santé mentale (McGorry, Bates et Birchwood, 2013; McGorry, 2007). Une intervention efficace au moment de l'apparition du problème de santé mentale réduit le risque de conséquences négatives pour le fonctionnement quotidien et accroît de façon marquée la probabilité du rétablissement (Birchwood, Todd et Jackson, 1998; Giaconia et coll., 1994). Des programmes d'intervention précoce doivent constituer une composante clé de tout continuum de services que ce soit pour les enfants, les jeunes ou les AÉ.

Au Canada, des politiques et des écrits font ressortir la vulnérabilité des jeunes Canadiens aux problèmes de santé mentale. Malgré ce fait, très peu d'attention a été accordée à la façon dont le soutien aux AÉ pourrait être rehaussé lors de la transition des services pour enfants et adolescents en matière de santé mentale et de toxicomanie (SEASMT) vers les services pour adultes en matière de santé mentale et de toxicomanie (SASMT). À mesure qu'ils entrent dans l'âge adulte, les jeunes en âge de transition (JAT; âgés de 16 à 25 ans inclusivement) ayant des problèmes de santé mentale graves ont souvent un niveau de fonctionnement faible et des taux élevés d'itinérance (30 %), d'arrestations (jusqu'à 60 p. 100), de décrochage scolaire (taux pouvant atteindre 50 p. 100, taux deux fois plus élevé que dans la population générale pour ce groupe démographique) et de chômage (50 p. 100) (Davis, Banks, Fisher, Gershenson et Grudzinskas, 2007; Davis, William, Grudzinskas et Banks, 2009; Davis et Vander Stoep, 1997; Edlund et coll., 2002; Newman, Wagner, Cameto et Knokey, 2009; Vander Stoep et coll., 2000; Vander Stoep, Weiss, Kuo, Cheney et Cohen, 2003; Wagner et Newman, 2012).

À l'heure actuelle beaucoup de jeunes qui font la transition des SEASMT vers les SASMT se désengagent des services, y revenant au moment d'une crise. Or, même en situation de crise, il n'est pas dit que les jeunes obtiennent le soutien thérapeutique continu dont ils ont besoin (Richards et Vostanis, 2004; Singh et coll., 2008). Des problèmes non traités de santé mentale au début de l'âge adulte peuvent augmenter chez une personne le risque de développer des problèmes de santé mentale graves et persistants (De Girolamo et coll.,

Ce qu'on m'a dit au sujet de la transition...il y aurait une période d'attente. Durant cette période d'attente, je ne serais vue par personne...Si je me trouvais face à une difficulté, je n'aurais personne vers qui me tourner. Je n'ai pas eu l'impression de pouvoir compter sur un appui quel qu'il soit. Lorsque je me suis retrouvée dans cette situation, ça c'est très mal passé pour moi. [traduction libre]

– Emily Beaudoin, jeune participante

2012; Garber et Clarke, 2009; Hetrick et coll., 2008; Korczak et Goldsein, 2009; Paus et coll., 2008; Perlis et coll., 2009). C'est parmi les adolescents dans la tranche d'âge la plus vieille et chez les jeunes adultes, par opposition aux groupes démographiques plus jeunes ou plus âgés, que les taux d'abandon des services sont les plus élevés (Edlund et coll., 2002).

Les problèmes de santé mentale chez les enfants, les jeunes et les jeunes adultes prennent de plus en plus d'ampleur et les épidémiologistes s'attendent à ce que le taux de prévalence de ces problèmes augmente d'au moins 50 p. 100 d'ici 2020 (Commission européenne, 2003; Département (américain) de la Santé et des Services sociaux, 2000). Soixante-quinze pour cent des problèmes de santé mentale se manifestent pour la première fois dans l'enfance, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (Gouvernement du Canada, 2006; Jones, 2013; Kessler, Chiu, Demler et Walters, 2005).

Des documents-cadres provinciaux récents font ressortir l'importance d'une transition sans heurt aux différents points de transition tout au long de la vie (voir annexe 1 pour la liste des documents-cadres provinciaux); or, peu d'initiatives ont été menées pour établir comment faire en sorte que cette situation idAÉ se concrétise sur le terrain. Malgré les engagements pris en faveur des services pour jeunes et jeunes adultes, les politiques provinciales et fédérales, le financement et les modèles de prestation de services ne permettent pas de contrer les obstacles auxquels les AÉ sont confrontés et en créent même involontairement. Le fonctionnement en vase clos des SEASMT et des SASMT sur les plans conceptuels et institutionnels et le cloisonnement des services fondés sur l'âge chronologique de la clientèle sont tributaires des capacités en matière de services et des besoins relatifs à la gestion des systèmes plutôt que des choix dictés par les besoins des jeunes. Les connaissances de plus en plus poussées sur la théorie relative à la neurologie du développement et les processus de développement, qui sont ralentis chez les personnes chez qui se manifestent des déficiences naissantes sur les plans de la santé mentale et du développement neurocognitif, renforcent l'argument en faveur de la mise en place d'approches fondées sur la continuité des services pour cette clientèle (McGorry et coll., 2013; Singh et coll., 2010).

Le clivage classique dans les services pour enfants et les services pour adultes ne tient pas compte du moment chez les personnes visées de l'apparition et des manifestations des problèmes de santé mentale. La ségrégation des politiques, les normes de service, la recherche et des systèmes de services cloisonnés et non adaptés aux besoins mènent à une discontinuité de services, au désengagement des services et au rejet du soutien par les familles et par les pairs (Crawford, De Jonge, Freeman et Weaver, 2004; Harpaz-Rotem, Leslie et Rosenheck, 2004; Vostanis, 2005). Ces approches mènent aussi à la perturbation des jalons de développement critiques et à des résultats personnels de plus en plus tragiques. Le suicide et l'auto-mutilation sont les deuxièmes causes de décès chez les jeunes au Canada. Plus de trois fois plus de jeunes de 16 à 24 ans décèdent par suicide que de toutes les formes de cancer confondues (Davidson, 2013; Statistique Canada, 2008). Les recherches font aussi ressortir chez les jeunes ayant des problèmes de santé mentale des taux élevés de décrochage scolaire, de chômage, de démêlés avec la justice et de taux d'incarcération injustifiables, d'intimidation et de cessation traumatique des traitements (Davis et coll., 2009, Davis et Vander Stoep, 1999, Newman et coll., 2011, Wagner et Newman, 2012). L'expérience de vie des jeunes a des conséquences pour le budget de plusieurs ministères dont la Santé, l'Éducation, les Collèges et Universités, la Justice, les Services à l'enfance et les Services sociaux. Pour pouvoir rAÉgir efficacement à cette problématique, l'adoption d'approches pluri-ministérielles axées sur la collaboration s'impose. Or, les structures systémiques et organisationnelles dans de nombreuses provinces canadiennes ne sont pas conçues pour faciliter la tâche aux jeunes adultes qui procèdent à la transition de la dépendance de l'enfance à l'indépendance de l'âge adulte et à une vie productive enrichissante.

Ce manque d'intégration et de collaboration efficace se constate au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie (Davidson, Cappelli et Vloet, 2011; McGorry, 2007; Pottick et coll., 2008; Singh, Evans, Sirelin, et Stuart, 2005). Le suivi dont font l'objet les jeunes de part et d'autre du fossé qui sépare les services pour jeunes et les services pour adultes est tellement insuffisant que les données disponibles sont rares.

En effet, les frontières en matière de transition se fondant exclusivement sur l'âge chronologique sont fonction des capacités sur le plan des services et des limites à cet égard plutôt que des besoins des jeunes. [traduction libre]

– (Singh et coll., 2010)

De grandes brèches existent entre les services pour adolescents et les services pour adultes – exactement à l'étape où une intervention précoce pourrait être la plus efficace. [traduction libre]

– (International Association of Youth Mental Health, 2013)

Moins de 5 p. 100 des personnes procédant à une transition font l'expérience d'une transition optimale, reposant sur une bonne planification de la transition, un transfert adéquat de connaissances d'une équipe à l'autre, une collaboration étroite entre les équipes et la continuité des soins après la transition. [traduction libre]

– (Singh et coll., 2010)

Un état des lieux récent relatif aux politiques de transition a mis en lumière plusieurs approches en vue d'éliminer le clivage et le dysfonctionnement actuels du système (Davidson et coll., 2012; Davidson et coll., 2011). Ces approches sont examinées à fond dans les sections 2 et 3. Il convient de noter que pour des sous-populations de jeunes ayant une maladie chronique ou d'autres types de déficiences, des protocoles de transition et (ou) des cadres de reddition de comptes ont été élaborés et mis en place dans plusieurs provinces, certains d'entre-eux se fondant sur des protocoles d'entente et des processus inter-organisationnels communs (Initiative pour les enfants et les jeunes de l'Alberta, 2007; gouvernement de la Colombie-Britannique, 2009; Corrigan, 2006; ministère de la Santé et des Soins de longue durée et ministère des Services sociaux et communautaires, 2008; The Hospital for Sick Children, 2006).

RECADRER LE PROBLÈME : UNE PERSPECTIVE SYSTÉMIQUE

L'idée selon laquelle les SEASMT et les SASMT peuvent régler les problèmes de transition des jeunes en adoptant des protocoles de « transfert » pour faciliter le passage de la compétence d'un pourvoyeur de services pour enfants et adolescents à la compétence d'un pourvoyeur de services pour adultes n'est pas très prometteuse. Rien ne permet en effet de croire qu'assurer une continuité de services aura comme conséquence d'amener les jeunes à vouloir profiter de ces services (Cappelli et coll., 2013; Harpaz-Rotem et coll., 2004; Richards et Vostanis, 2004; Singh et coll., 2010; Turpel-Lafond, 2013; Viner et Keane, 1998). Singh et ses collègues ont fait la preuve, par une étude longitudinale complète TRACK², de l'échec du raccordement des deux secteurs au Royaume-Uni (Singh et coll., 2008; Singh et coll., 2010).

La solution à ce problème ne peut résider que dans une approche systémique et multidimensionnelle complète. D'après la recherche internationale sur le sujet et les spécialistes de la conception des systèmes (Davis, Fortuna, Fisher et Mistler, 2012; McGorry, 2007), répondre aux besoins des jeunes qui procèdent à la transition à l'âge adulte exige une approche à plusieurs niveaux. Éléments (minimaux) devant être inclus à un cadre systémique visant à régler les problèmes associés à la transition :

- cadres stratégiques national et provinciaux pour assurer la reddition de comptes à l'échelle interministérielle, l'établissement des priorités et l'élaboration de protocoles, de pratiques efficaces et d'un cadre redditionnel;
- leadership et coordination en vue de la transformation, à l'échelle nationale, des politiques et des systèmes sous la direction de « champions » appartenant aux milieux politiques et de recherche;
- conception d'un système provincial et régional, y compris des mécanismes d'accès et des services de base;
- continuum de prestation des services comprenant la prévention, l'intervention précoce et des services génériques et spécialisés en santé mentale et en toxicomanie;
- modèles de prestation de services complets, novateurs et stimulants;
- protocoles, outils et ressources compatibles pour favoriser l'accès aux éléments ci-dessus;
- collecte de données, recherche et échange de connaissances pour assurer l'édification, la surveillance et le fonctionnement efficace des programmes, des interventions et des modèles de gestion de la transition.

Les jeunes ne peuvent se contenter de ce que le système des services pour enfants et pour adolescents a à leur offrir. Quant au système pour adultes, à moins qu'il ne s'agisse de catégories très étroites, il ne comporte pas ce qu'il faudrait pour les jeunes en âge de transition. Voilà l'objectif que doivent se donner ces systèmes ou il faut que le système pour adultes ait une dimension plus familiale. Nous devons réorienter nos priorités. Il est vraiment désolant que nous ayons prêté si peu attention à ce qui pourrait aider les jeunes adultes. Nous n'avons tout simplement pas fait la recherche qui s'imposait. [traduction libre]

– (Hoagwood, communication personnelle, 2011)

Le message que j'aimerais vous transmettre, c'est que l'expérience qu'a vécue notre famille a été qu'il lui a fallu se débrouiller toute seule. Nous n'avons pas pu compter sur l'existence d'un système ni d'une approche systémique. [traduction libre]

– Phyllis Grant-Parker, participante et proche aidante (Cappelli et coll., 2012)

² Transition des SEASMT vers les services de santé mentale pour les adultes (TRACK)

ARGUMENTS EN FAVEUR D'UN CADRE POUR ADULTES ÉMERGENTS

Au Canada, on estime de façon prudente le nombre d'AE (un groupe démographique comptant 4 365 600 membres, représentant 13 p. 100 de la population canadienne totale) ayant un problème de santé mentale diagnosticable à 873 120 (Gouvernement du Canada, 2006). Une personne est dite un adulte émergent lorsqu'elle atteint la période de sa vie qui se situe à cheval entre l'adolescence et le début de l'âge adulte. Il s'agit d'une expérience commune aux jeunes des pays industrialisés et des membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Cette période de transition est propre aux cultures connaissant des retards dans la manifestation des caractéristiques associées à l'entrée dans l'âge adulte comme le fait d'avoir des enfants, d'être financièrement indépendant, de vivre de façon autonome, d'accepter ses responsabilités et de prendre des décisions indépendantes (Arnett, 2000; Facio et Micocci, 2003; Macek, Bejcek et Vanickova, 2007; Mayselless et Scharf, 2003; Nelson, Badger et Wu, 2004).

Au début de l'âge adulte, les compétences développementales qui ont commencé à prendre forme durant l'adolescence se perfectionnent (Arnett, 2000). Lors de cette phase, le développement optimal se manifeste par un équilibre entre l'autonomie personnelle et l'inclusion à sa cellule familiale d'origine et par des transitions réussies entre ces deux types de compétences (Chisholm et Hurrelmann, 1995; O'Connor, Allen, Bell et Hauser, 1996). Comme nous l'avons dit précédemment, c'est aussi à cette étape de la vie que les symptômes précoces des troubles mentaux diagnosticables se manifestent et que les maladies mentales graves font le plus souvent leur apparition (Jones, 2013; Kessler et coll., 2005; McGorry et coll., 2013; Organisation mondiale de la santé, 2003; Organisation mondiale de la santé, 2007). Ces constatations expliquent que les taux de désengagement plus élevés chez les adultes émergents soient une cause particulière d'inquiétude (Edlund et coll., 2002; Pottick et coll., 2008; Singh et coll., 2010; O'Brien, Fahmy et Singh, 2009). Les AE dont les problèmes de santé mentale précoces ne sont pas diagnostiqués sont particulièrement vulnérables et exigent une attention spéciale puisqu'ils présentent des symptômes plus graves, ressentent les effets de ces maladies sur leur fonctionnement quotidien et sur leur qualité de vie et sont plus susceptibles de cesser leurs traitements (Giaconia et coll., 1994; Hoehn-Saric, Hazlett et McLeo, 1993).

L'expérience acquise par d'autres pays montre l'utilité de nouvelles politiques en vue de veiller à ce que le système pour adultes soit adapté et réponde efficacement aux besoins des AE. De nouvelles preuves montrent qu'il conviendrait de concevoir des services de santé mentale spécialisés destinés aux seuls AE (Brodie, Goldman et Clapton, 2011; Clark et Unruh, 2009; Davis, 2011; Davis, 2012; McGorry et coll., 2013; Vostanis, 2005).

La logique d'un investissement financier précoce visant à répondre aux besoins de ce groupe démographique va de soi. Une étude récente menée par la Commission de la santé mentale du Canada fait le constat que « si l'on parvenait à simplement réduire de 10 % le nombre de personnes ayant une nouvelle maladie mentale chaque année, objectif très réaliste pour de nombreuses maladies chez les jeunes, on économiserait après 10 ans au moins 4 milliards de dollars en un an. » (La Commission, 2013).

Une étude menée pour le compte de la Commission a établi avec prudence en 2011 à 42,3 milliards de dollars les coûts directs des problèmes de santé mentale et à 6,3 milliards de dollars, leurs coûts indirects. [traduction libre]

(Risk Analytica, 2011, p. 6)

LES NOMBREUSES FACETTES DE LA « TRANSITION »

Dans le contexte des AÉ, la transition est « le passage planifié à dessein des adolescents ayant des problèmes de santé mentale et psychique chroniques du système de soins de santé axé sur les enfants au système de soins de santé orienté vers les besoins des adultes », cette transition ayant pour but « d'offrir aux AÉ des soins de santé ininterrompus, coordonnés, adaptés à l'étape du développement de la personne, psychologiquement appropriés et complets » [traduction libre] (Blum et coll., 1993). Plusieurs transitions visent directement les AÉ : les transitions institutionnelle (composantes du système de services), développementale (variables individuelles), sectorielle (composantes fondées sur l'âge) et l'interface complexe entre ces facteurs sectoriels, systémiques, communautaires et individuels (Davidson et coll., 2011). Le tableau 1 ci-dessous décrit les divers types de transitions.

Tableau 1 : Transitions visant les adultes émergents

Transition institutionnelle

Cette transition est vue comme un événement administratif par lequel le soin d'une personne passe d'un organisme à un autre (Vostanis, 2005). Selon une infrastructure de soins de santé classique (conçue pour traiter les maladies physiques), les frontières et les services de transition sont souvent fonction de variables bureaucratiques et juridiques (Mallory, 1995; Singh et coll., 2010). La transition institutionnelle des SEASMT vers les SASMT suppose une évolution de l'autonomie (passage d'un système orienté vers la famille à un système orienté vers le patient); or, tous les jeunes peuvent ne pas avoir atteint le point dans leur développement où ils peuvent efficacement s'occuper d'eux-mêmes.

Transition développementale

Dans le contexte de cette transition qui se situe à l'échelon individuel, les jeunes se dirigent vers la maturité biologique, sociale et cognitive et s'adaptent à de nouveaux rôles et habiletés à mesure qu'ils deviennent plus autonomes. La transition développementale devient le fondement de la définition juridique d'un adulte et de l'acquisition des nouveaux droits qui en découlent (Paul, 2007).

Transition sectorielle

Une transition définie de façon systémique qui survient lorsqu'un jeune atteint un âge situé entre 16 et 18 ans et que les soins dont il a besoin ne sont plus administrés ni financés par un ministère des services à l'Enfance et à la Jeunesse (duquel relève habituellement les affaires sociales, la santé, la santé mentale, l'aide à l'enfance et la justice pour les adolescents), mais plutôt d'un ministère de la Santé (dont les responsabilités peuvent aussi comprendre les services sociaux, les soins de longue durée et (ou) le bien-être mettant cependant l'accent sur les besoins des personnes âgées de 16 à 18 ans au moins). De la même façon, les jeunes passent d'un système d'éducation administré et financé par les provinces axé sur les personnes d'âge scolaire (généralement âgées de jusqu'à 18 ans et au plus 21 ans) et n'ont pas accès à du soutien éducatif et professionnel ni à des besoins spéciaux et des services cliniques offerts par le système d'éducation, pas plus qu'à la « planification de la transition » réservée pour les jeunes ayant des besoins spéciaux.

RECADRER LA PORTÉE

Le décalage entre les transitions institutionnelle et développementale entrave gravement la prestation ininterrompue des services aux AÉ. Ce décalage est caractéristique d'un système axé sur le pourvoyeur de services, dans lequel les soins sont tributaires de facteurs institutionnels, plutôt que des besoins du client (Singh et coll., 2010). Selon Viner, « pour assurer une transition réussie, il faut reconnaître que la transition en matière de soins de santé n'est qu'un élément d'une transition plus large de l'état d'enfant dépendant à celui d'adulte indépendant » ([Traduction libre] (Viner, 1999). La vision de la Commission de la santé mentale du Canada est que « le système de santé mentale doit répondre aux divers besoins découlant de l'évolution tout au long de la vie » (la Commission, 2009a). Dans le cas des AÉ, cela signifie fournir des soins dans un système qui s'appuie sur un savoir portant sur de multiples transitions. Le cadre pour une stratégie en matière de santé mentale fait appel à cet égard à la coordination des ressources, non seulement au sein du secteur de la santé, mais de l'ensemble des services de santé primaires, des écoles, des milieux de travail, de l'appareil judiciaire et des services de logement (la Commission, 2009a). Tous ces systèmes ont un rôle à jouer dans la promotion de la santé mentale des enfants, des adolescents et des AÉ.

Faire un pas vers le futur examine la question de la transition des AÉ d'un système de services de santé mentale vers un autre dans une perspective systémique en mettant l'accent sur les capacités, l'échange de connaissances, la prestation de services, la conception des systèmes et l'élaboration de politiques. L'objectif est de proposer un cadre conceptuel menant vers une amélioration de la transition. La figure 2 montre que l'élaboration de cadres stratégiques nationaux et provinciaux en matière de santé mentale et de toxicomanie et la mise en place de modèles de transition et de services de soutien efficaces créent un effet de stimulation réciproque, aboutissant à une relation dynamique.

Figure 2 : Un système de services en santé mentale et en toxicomanie adapté aux besoins des adultes émergents



La satisfaction des besoins des AÉ, qu'il s'agisse de ceux qui quittent le système des SEASMT ou de ceux qui ont besoin d'avoir accès pour la première fois au système des SASMT, exige des stratégies cadrant les unes avec les autres et des actions correspondantes. Or, le changement systémique procède rarement d'un processus linéaire. Les changements se produiront à des rythmes différents, l'objectif final étant que tous les niveaux correspondent. La figure 2 présente tous les éléments devant être en place pour favoriser des transitions efficaces à l'intention des adultes émergents dans le but de répondre à leurs besoins. Au nombre de ces éléments, mentionnons :

- une stratégie nationale en matière de santé mentale et de toxicomanie accordant une attention spéciale aux AÉ;
- des cadres stratégiques et des plans d'action provinciaux comportant des mesures d'évaluation des résultats en ce qui touche les AÉ;
- un continuum de services provincial intégré en matière de santé mentale et de toxicomanie, y compris des services à tous les niveaux d'intensité pour répondre efficacement aux besoins des AÉ;
- des normes de soins provinciales et des lignes directrices relatives aux services destinés aux AÉ;
- des modèles de prestation de programmes et de services pour les AÉ qui sont compétents et font une place aux AÉ;
- des interventions fondées sur des données probantes et ayant déjà donné de bons résultats avec le groupe démographique des AÉ;

PRINCIPAUX POINTS DE LA SECTION 1 À RETENIR :

- Le début de l'âge adulte (entre l'âge de 16 à 25 ans) est une véritable période de développement de la personne.
- C'est au cours de cette période que 75 p. 100 des troubles de santé mentale se manifestent chez les adultes.
- Cette période comporte de nombreuses transitions et tâches de développement pour ceux et celles qui la traversent.
- Les services pour adultes ne sont pas conçus pour répondre de façon efficace aux besoins de ce groupe.
- Essayer de répondre aux besoins par l'amélioration de la gestion des transitions est une approche lacunaire ne pouvant que mener à des solutions peu satisfaisantes.
- Les investissements dans le bien-être mental des AÉ permettra aux gouvernements d'économiser de l'argent.
- Une réponse systémique s'impose, y compris un cadre stratégique et un cadre de conception des systèmes et de prestation des services proposant un continuum complet de services pour les AÉ ainsi que des programmes modèles novateurs et des mécanismes d'évaluation des résultats.

Section 2

Renforcer les arguments militant en faveur de l'action

L'encadrement des adultes émergents (AÉ) et des jeunes en âge de transition doit reposer sur des fondements critiques. Cette section offre un aperçu de haut niveau des données probantes, des programmes sur le terrain, des perspectives des jeunes et des familles, des populations vulnérables et du degré de correspondance entre les besoins des AÉ et ce que le système de services pour adultes a à leur offrir.

LES ARGUMENTS EN FAVEUR DE LA RECHERCHE ET DE L'ÉCHANGE DES CONNAISSANCES

Compte tenu du fait que le cadre relatif aux transitions comporte plusieurs niveaux, l'expression « données probantes » s'entend pas seulement de l'efficacité des interventions, mais du recensement des politiques et des pratiques pertinentes et du degré d'avancement des protocoles de transition. Cette constatation est d'autant plus importante que cet examen a pour raison d'être (voir section 3) de faire l'état des lieux concernant les politiques et les pratiques en place dans chaque province et chaque territoire. À l'exception d'une étude pilote menée en 2013 (Cappelli et coll., 2013), aucune recherche ayant abouti à des conclusions n'a été faite dans le contexte canadien pour établir l'incidence de la gestion et du soutien de la transition sur l'engagement et la rétention des adultes émergents dans les services pour adultes en matière de santé mentale et de toxicomanie (SASMT). Il n'existe pas d'essais cliniques contrôlés évaluant l'incidence des processus et des protocoles de transition, là où ceux-ci existent. Au Canada, aucune étude longitudinale n'a été menée et aucune donnée n'a été recueillie de façon uniforme pour établir comment les AÉ font la transition vers les services pour adultes en matière de santé mentale et les utilisent ni dans quelle mesure leur entrée dans l'âge adulte est réussie.

Il existe une littérature grise abondante sur les pratiques et facteurs favorables aux transitions, sur les obstacles à celles-ci ainsi que sur les étapes de développement des membres du groupe d'âge des AÉ. Davidson et ses collaborateurs (2011) ont récemment achevé une revue documentaire dans le cadre de la préparation d'un rapport commandé par le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents. Des pratiques et des protocoles pour appuyer les transitions existent dans d'autres secteurs, généralement à l'intention des enfants et des adolescents ayant des besoins « complexes » ou « spéciaux ». Ces pratiques et protocoles sont en voie d'adaptation et de mise en œuvre dans les services s'adressant aux AÉ ayant des problèmes de santé mentale (Grant et Pan, 2011; Van Staa, Jedeloo, van Meeteren et Latour, 2011), mais cependant pas dans le contexte canadien.

Il importe de noter que l'étape de l'« accumulation » des données probantes n'a pas encore été franchie. Au Canada, en particulier, les recherches n'ont pas jusqu'ici essayé d'établir ni les besoins et le degré d'engagement ni les résultats obtenus à l'issue de l'engagement chez le groupe démographique des AÉ. Les données disponibles à partir de toutes les sources sont effectivement peu abondantes. À quelques exceptions près qu'on retrouve au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Australie, les AÉ ne sont pas vus comme une population définie sur le plan des orientations, de la planification, du financement et (ou) de la prestation des services.

Dans la mesure de leur disponibilité, nous avons également inclus à ce document, à la section 3, le résultat de l'examen documentaire portant sur les approches et les systèmes en matière de services spécialisés. Or, la qualité des documents sur l'évaluation des résultats et la rigueur de la recherche laissent cependant à désirer. Dans des entretiens récents, les chefs de file de la recherche dans ce domaine (p. ex. MaryAnn Davis et Marsha Ellison, Université du Massachusetts; Kimberley Hoagwood, Université Columbia; Hewitt Clark, National Center on Youth Transition for Behavioral Health, Université de la Floride; Patrick McGorry, Université de Melbourne et le directeur d'Orygen Youth Health Research Centre; John Lyons, Université d'Ottawa) ont uniformément et sans réserve reconnu l'existence de lacunes importantes dans les études portant sur ce groupe démographique.

Il continue d'exister deux domaines dans lesquels les recherches sur les services de santé mentale portant sur les interventions visant les jeunes adultes ayant de graves besoins en santé mentale sont largement insuffisantes : la recherche sur les interventions ciblant spécifiquement ce groupe démographique et les preuves de l'efficacité, au sein de ce groupe, d'interventions s'appuyant sur des données probantes qui ciblent au départ d'autres groupes démographiques. Il existe peu d'interventions visant la réadaptation spécifiquement conçues pour cette population et celles qui existent sont à l'étape embryonnaire. Les preuves relatives à l'efficacité chez les jeunes adultes des interventions fondées sur des données probantes s'adressant aux adultes ou aux enfants sont peu nombreuses.

Les chercheurs doivent également se pencher sur les politiques à l'échelon du gouvernement fédéral, des États et des programmes qui portent sur la prestation de service pour les jeunes adultes. [traduction libre]

(Davis, Koroloff et Ellison, 2012)

LES ARGUMENTS EN FAVEUR DE L'AMÉLIORATION DE LA CONCEPTION DES SYSTÈMES, DES PROGRAMMES ET DES SERVICES

Sauf pour les programmes de prise en charge précoce du premier épisode ou de la psychose, il y a pénurie au Canada d'interventions et de services efficaces et fondés sur des données probantes qui sont adaptés aux besoins en santé mentale des AÉ. Le programme type de prise en charge du premier épisode est mis en œuvre dans de nombreuses provinces et, dans certaines d'entre elles, cette mise en œuvre se fonde sur des normes claires de nature exécutoire (Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, 2009; Gouvernement de l'Ontario, 2011).

Si ce programme existe, c'est que des preuves solides de son utilité ont été recueillies en Australie (McGorry et coll., 2013) et au Royaume-Uni (Birchwood et coll., 1998). Une intervention précoce dès les premiers signes de troubles psychotiques entrave la trajectoire suivie par ces troubles et accroît la probabilité d'un rétablissement complet. Il existe également une corrélation entre cette intervention et la durée de la période sans traitement. Le programme type de prise en charge précoce du premier épisode et (ou) de la psychose s'appuie sur une approche axée sur des données probantes, laquelle a aidé à créer les capacités voulues pour soutenir les jeunes adultes confrontés à ce genre de problèmes de santé mentale. Dans certaines provinces, ce programme type fait partie des normes provinciales et constitue un élément fondamental de la conception des services (p. ex. au Nouveau-Brunswick et en Ontario). Ce programme type n'a pas été appliqué au-delà du groupe dans lequel ce diagnostic a été posé de sorte que les jeunes adultes chez qui la fréquence du diagnostic est la plus élevée n'ont pas accès au même niveau de services en cas d'apparition précoce de problèmes bien qu'il existe des interventions fondées sur des données probantes et des lignes directrices cliniques (p. ex. le National Institute for Health and Care Excellence, NICE) qui commencent à donner de bons résultats de telle sorte qu'elles ont été élargies pour viser tous les troubles en matière de santé mentale et de toxicomanie (McGorry et coll., 2013).

Des spécialistes internationaux ont insisté sur la nécessité de mettre en place des services adaptés à l'étape de développement des adultes émergents, en particulier pour favoriser leur engagement par rapport aux traitements qui leur sont proposés (Clark et Unruh, 2010; Davidson, Lamb et Murphy, 2013; McGorry et coll., 2013; Richards et Vostanis, 2004). Malgré l'absence d'orientations ou d'enveloppes de financement adéquates, plusieurs provinces canadiennes ont certes mis en place, de façon quasi-organique, des programmes et des interventions types novateurs qui n'ont cependant pas été évalués. Il en découle que nous sommes très peu renseignés sur leur incidence et leur efficacité. Nous présentons plusieurs de ces programmes dans la description des programmes et des interventions types à la section 3 (p. ex. le Inner City Youth Mental Health Program (programme en santé mentale destiné aux jeunes du centre-ville), Vancouver, Colombie-Britannique; Laing House, Halifax, Nouvelle-Écosse; Y-Connect, Toronto, Ontario). Ces approches présentent l'inconvénient d'être ponctuelles, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas intégrées à une approche systémique ni renforcées par un cadre stratégique général assorti du financement voulu. Ces programmes offrent habituellement des services de soutien psychosocial et d'aide au rétablissement, mais ne comportent pas de volets diagnostic et intervention précoces, évaluation clinique globale ou services de traitement axés sur les données probantes.

LES ARGUMENTS EN FAVEUR DU SOUTIEN À LA TRANSITION

Bien que les données probantes qui permettraient d'établir comment s'effectue au Canada la transition des jeunes vers les services de santé mentale pour adultes n'existent pas, les données préliminaires et anecdotiques dont nous disposons par ailleurs montrent que l'accès aux services voulus pour les jeunes est loin d'être adéquat. Les écrits abondent sur l'utilité d'interventions précoces pour lutter contre la maladie (Birchwood, Fowler et Jackson, 2000; McGorry et coll., 2013; McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan et Jackson, 1996). En outre, les jeunes qui sont privés des soins de transition voulus sont davantage susceptibles de développer des problèmes de santé mentale graves et durables

Le problème consistant à établir comment améliorer l'expérience des jeunes adultes procédant à une transition lorsqu'ils ne satisfont pas aux critères d'admissibilité aux SSMA est un problème bien réel pour nos structures de services actuelles. Il faudrait pour le résoudre une action de la part des instances qui commandent et planifient ces services de même que de celles qui dispensent les services eux-mêmes. Le problème auquel sont confrontés les jeunes qui ne satisfont pas aux critères d'admissibilité aux SASMT, c'est qu'il n'existe pas pour l'instant de services répondant à leurs besoins. L'amélioration des services de santé mentale pour les jeunes passe par la prise en charge par les services pour adultes de ces jeunes qui présentent des problèmes développementaux, adoptent des comportements à risques élevés associés à l'apparition de troubles de la personnalité et sont aux prises avec une anxiété et des troubles affectifs graves. Quel que soit le type de service proposé, sa mise en place exige le déploiement de nouvelles ressources. [traduction libre]

(Lamb et Murphy, 2013)

(Davis, 2004; O'Brien et coll., 2009; Richards et Vostanis, 2004; Comité consultatif sur les enfants et les adolescents de la Commission de la santé mentale du Canada, 2010).

Lorsque les jeunes ayant des problèmes de santé mentale sont privés des soins de transition nécessaires, en particulier lors de transitions développementales, ils cessent souvent de recevoir les services dont ils ont besoin (Crawford et coll., 2004; Richards et Vostanis, 2004; Singh et coll., 2008). D'après des estimations provenant du Royaume-Uni, 52 p. 100 des jeunes qui ont besoin de services et qui sont dirigés vers des SSMA ne poursuivent plus leur cheminement dans le système de soins. (Singh et coll., 2008; Paul et coll., 2013). Les taux de décrochage chez les adolescents et les jeunes adultes sont plus élevés par comparaison avec les taux de décrochage chez les enfants et les adultes (Edlund et coll., 2002; Harpaz-Rotem et coll., 2004). Des taux de décrochage semblables ont été signalés dans une récente étude américaine fondée sur le recensement portant sur l'utilisation des services de santé mentale faite par les personnes en âge de transition (16 à 25 ans). L'étude confirme un déclin préoccupant (chute de 48 p. 100) de l'utilisation des services de santé mentale précisément au moment où des problèmes de santé mentale graves sont susceptibles d'apparaître (Pottick et coll., 2008). En outre, ce sont les jeunes les plus vulnérables qui sont les plus susceptibles de décrocher (Crawford et coll., 2004; Edlund et coll., 2002; Guigliano, 2004; Vostanis, 2005).

Des recherches récentes provenant du Royaume-Uni indiquent que moins de 5 p. 100 des jeunes connaissent une transition optimale vers les services pour adultes (Singh, 2012). Ces jeunes sont plus susceptibles d'avoir un vécu de maladie mentale grave, de prendre des médicaments ou d'avoir déjà été hospitalisés par opposition à un vécu de trouble neuro-développemental, de trouble émotionnel/névrotique ou de trouble de la personnalité émergent. Certains groupes démographiques à besoins élevés comme les personnes atteintes du trouble du spectre de l'autisme connaissent une transition difficile en raison du taux de comorbidité plus élevé chez eux, ce qui complique la coordination des services (McConachie, Hoole et Le Couteur, 2011). Un accès inadéquat aux services de santé mentale et aux services de soins communautaires pour adultes demeure à ce jour un problème auquel sont confrontés les adultes émergents qui vivent avec le trouble du spectre de l'autisme (McConachie et coll., 2011). On s'attend à ce que le nombre de ces personnes à avoir besoin de services pour adultes augmente au cours de la prochaine décennie.

En outre, des caractéristiques comportementales associées à des diagnostics de santé mentale précis peuvent entraîner des conséquences importantes pour la prestation de services pendant la période de transition. À titre d'exemple, les problèmes de maîtrise des impulsions, liés à la psychose et aux troubles externalisants du comportement, se traduisent par des risques accrus de décrochage scolaire, par la difficulté à établir un lien personnel étroit avec les thérapeutes et par le mal à s'intégrer à un milieu professionnel ou à continuer d'en faire partie. (Vorhies, Davis, Frounfelker et Kaiser, 2012). Si la transition vers les services pour adultes des personnes affichant ces troubles n'est pas réussie, elles seront plus à risque de quitter l'école de façon précoce, de connaître le chômage et d'avoir des démêlés avec la justice puisque c'est le groupe démographique le plus représenté au sein du groupe démographique ayant des problèmes de santé mentale parmi le système de justice pour les jeunes et pour les adultes (Davis et coll., 2007; Schufelt et Coccozza, 2006).

De surcroît, comme ce groupe démographique compte une proportion élevée de personnes consommant des drogues, cela exige de la part des intervenants des connaissances et du savoir relativement à des pratiques intégrées fondées sur des données probantes. La mise en oeuvre des mesures de soutien favorisant la transition des AÉ qui mettent l'accent sur l'atteinte des objectifs professionnels et la lutte contre la toxicomanie s'impose pour accroître la possibilité de résultats positifs.

Je me suis dit que « transition », c'était un mot un peu amusant. Il signifie que vous passez d'un endroit à un autre de façon fluide. Dans mon cas, on ne peut pas vraiment parler de transition, mais plutôt de transfert. J'étais d'un côté du système et on m'en a exclue pour me pousser de l'autre côté. Entre-temps, j'ai été privée de services pendant un an. [traduction libre]

– Emily Beaudoin, jeune participante (Cappelli et coll., 2012)

LES ARGUMENTS EN FAVEUR DE L'ENGAGEMENT DES JEUNES ET DU SOUTIEN PAR LA FAMILLE ET PAR LES PAIRS

Dans le cadre de l'examen de la question de la transition vers les services pour adultes, il convient d'accorder une importance cruciale aux vues des principales parties prenantes, soit les AÉ et leurs familles. Les familles ont un rôle de premier plan à jouer dans une transition réussie. L'étude des expériences des AÉ dans le système (ou à l'extérieur de celui-ci, selon le cas) donnera aux chercheurs l'information essentielle dont ils ont besoin pour établir de nouvelles stratégies. En l'absence de telles stratégies, les niveaux d'engagement et de rétention ainsi que les résultats ont peu de chances d'être prometteurs.

Engagement des jeunes et soutien des pairs

De jeunes adultes au Royaume-Uni et aux États-Unis ont « voté avec leurs pieds » à l'égard de la façon dont les mécanismes de soutien pour la transition et les services pour adultes ont jusqu'ici répondu à leurs besoins. Bien que des données n'aient pas été recueillies de façon systématique au Canada, une étude récente menée en Ontario ainsi qu'une étude longitudinale globale effectuée au Royaume-Uni confirment l'existence de lacunes importantes tant dans les pratiques de transition que dans la capacité des SASMT à accueillir, accepter et servir les jeunes adultes (Cappelli et coll., 2013; Singh et coll., 2010).

Il ne faut pas sous-estimer l'importance de la participation des AÉ dans la discussion portant sur la planification de la transition et la prestation de services. Plusieurs des nouveaux systèmes types décrits plus loin ont été conçus en collaboration avec des jeunes, et ce dans le but d'assurer la mise en place de modèles d'engagement et de services axés sur les besoins des AÉ. (Jigsaw, Irlande; youthspace, Royaume-Uni; Reachout, Royaume-Uni; Youngminds, Royaume-Uni). L'abandon des services par ce groupe démographique est lié de près à la motivation et à l'étape de développement atteinte. Il est possible de régler ces problèmes grâce à l'adoption de pratiques d'engagement fondées sur des données probantes (Davis, Lidz, Haddad et Fisher, 2012). Un cadre d'engagement pour les AÉ devrait comprendre des approches susceptibles d'attirer les jeunes vers les services ainsi que du soutien en vue de l'établissement de liens entre pairs, y compris des mentors, des groupes de soutien des pairs et des pairs aidants à l'entrée comme à l'intérieur des services. (Delgado et Staples, 2008; Ontario Public Health Association, 2011).

L'une des lacunes du modèle simpliste et linéaire de transition du système des services pour les jeunes au système des services pour adultes qui consisterait simplement à « relier les points » est le peu d'importance accordée aux liens entre pairs. Or, les pairs, comme les parents, peuvent motiver les jeunes adultes à entreprendre, à continuer ou à abandonner une activité. Il a été établi que les pairs peuvent par leur action favoriser les transitions réussies ainsi que l'engagement des jeunes de même que leur première inscription aux SASMTA (Comité consultatif sur les enfants et les adolescents de la Commission de la santé mentale du Canada, 2010). L'apport des pairs à la transition peut être considéré comme un aspect caractéristique de services véritablement conçus pour répondre aux besoins des AÉ.

La Commission de la santé mentale du Canada (la Commission) a produit trois documents d'importance qui se rapportent au sujet à l'étude : *Evergreen : Document-cadre en matière de santé mentale des enfants et des adolescents au Canada* (Comité consultatif sur les enfants et les adolescents de la Commission de la santé mentale du Canada, 2010), *Faire avancer la cause du soutien par les pairs* (Hagan, Cyr, Mckee et Priest, 2010) et les *Lignes directrices relatives au soutien par les pairs* (Sunderland, Mishkin, Équipe des leaders en matière de soutien par les pairs, Commission de la santé mentale du Canada, 2013). Ces trois documents insistent sur le rôle continu des pairs. Décision tout particulièrement pertinente en ce qui touche les AÉ, la Commission a créé, en 2008, le Comité consultatif sur les enfants et les adolescents et l'a chargé d'établir les besoins d'un groupe de jeunes ayant des troubles de santé mentale ou des maladies mentales, de recenser leurs expériences et de solliciter leurs conseils. C'est le groupe qui a produit le rapport *Evergreen*, lequel expose des préférences et des priorités claires.

En ce qui touche la prévention, au nombre des orientations stratégiques de la Commission, on compte celle-ci : « Fournir des initiatives ciblées aux adolescents ayant atteint l'échelle

Quand je songe à mes réussites, je ne peux que les attribuer au soutien qui m'a été fourni. Je ne parle pas ici seulement du système hospitalier ou des services externes, mais du soutien de ma famille et de mes amis. [traduction libre]

– Aaron Goodwin, jeune participant (Cappelli et coll., 2012)

Le personnel responsable de la transition qui a eu recours à des évaluations faisant ressortir les forces individuelles (au lieu des évaluations traditionnelles tendant à établir les carences) et axées sur la planification des besoins futurs de la personne avait tendance à obtenir davantage la collaboration des jeunes. L'engagement des jeunes et leur inscription aux services doivent prendre une autre forme qu'à l'heure actuelle. Les politiques et le financement doivent refléter la différence entre les deux. [traduction libre] (Deschenes, 2010)

des âges transitionnels (c.-à-d. de 16 à 25 ans) dont des programmes sociaux, professionnels, ludiques et communautaires financés, conçus pour amenuiser les effets des troubles mentaux et pour rehausser la prévention secondaire » (Comité sur les enfants et les adolescents de la Commission de la santé mentale du Canada, 2010, Orientation 18, p. 31). Le document comporte des orientations sur la nécessité de mettre sur pied des services propres aux besoins des AÉ. En ce qui touche le volet « Intervention et soins continus », le Comité propose plusieurs orientations précises dont les suivantes :

- Établir une gamme complète de services de santé mentale pour combler les besoins particuliers des adolescents de 16 à 25 ans;
- Créer dans les communautés des installations dûment dotées en personnel qui serviront de « carrefours » où combler, en un seul et unique endroit, les besoins des adolescents et des familles en matière de santé mentale et de santé physique; promouvoir largement la disponibilité de ces ressources;
- Favoriser l'élaboration et la prestation de programmes de « première apparition » en ce qui a trait aux principaux troubles mentaux (comme la psychose et les troubles de l'humeur). (Orientations 3, 5, 6; p. 35)

Outre la préférence exprimée à l'égard d'une approche relative aux services fondée sur l'engagement des jeunes, de plus en plus de preuves confirment l'efficacité des approches faisant une place au soutien par les pairs. Le soutien par les pairs s'entend d'un « système consistant à donner et à recevoir de l'aide, fondé sur les principes fondamentaux du respect, de la responsabilité commune et de l'entente mutuelle sur les actions utiles » [traduction libre]. Ce système joue un rôle clé dans le rétablissement des AÉ ayant des problèmes de santé mentale (Mead, 2003, p.6). En effet, le soutien par les pairs élimine les obstacles au traitement et favorise la santé mentale chez les adultes de la façon suivante :

- réduit la stigmatisation (Hagan et coll., 2010; Mowbray, Moxley et Collins, 1998);
- renforce les réseaux de soutien social (Forchuk, Martin, Chan et Jensen, 2005);
- accroît la confiance en soi et l'autonomisation (Davidson et coll., 1999; Repper et Carter, 2011; Salzer et Mental Health Association of Southeastern Pennsylvania Best Practices Team, 2002);
- améliore les taux d'emploi (Repper et Carter, 2011);
- favorise l'intégration communautaire (Nelson, Ochocka, Janzen et Trainor, 2006);
- accorde une place de choix aux stratégies d'adaptation saines; (Hagan et coll., 2010);
- renforce l'espoir dans un meilleur avenir (Mowbray et coll., 1998).

Une étude récente visant à établir l'effet du soutien par les pairs lors d'une crise a conclu que celui-ci entraînait des chances accrues de stabilisation de la crise; dans le cas des personnes n'étant pas en situation de crise, le soutien par les pairs est associé à une diminution de la probabilité d'hospitalisation psychiatrique (Landers et Zhou, 2011). En outre, certains programmes de soutien par les pairs ont manifestement permis de réduire les taux de réhospitalisation et d'augmenter la durée d'appartenance à la communauté (Lawn, Smith et Hunter, 2008; Min, Whitecraft, Rothband et Salzer, 1998).

La formation des pairs et la mise en place de modèles de prestation de services répondant aux besoins des AÉ constitueront des éléments essentiels au succès des futurs services pour AÉ. Peu de modèles s'adressent à ce groupe démographique et aucun n'a fait l'objet d'une évaluation.

Le soutien des familles et des proches aidants

L'inclusion de la famille dans la planification des soins et des transitions revêt aussi une importance clé pour le succès des transitions. La famille exerce une influence importante dans la vie des adultes émergents et est par conséquent « une ressource précieuse qui favorisera le rétablissement après des troubles mentaux ou une maladie mentale » (Commission de la santé mentale du Canada, 2009, p. 58). Effectivement, la cohésion de la

L'une des préoccupations les plus fréquemment soulevées a été celle de la difficulté pour les jeunes à avoir accès à des services adaptés aux jeunes et à l'âge de transition. Selon un parent, « il n'existe pas de bons services pour les jeunes de 17 à 25 ans! » Cette lacune a été déplorée par une jeune prestataire de services de la façon suivante : « Il n'existe aucune étape intermédiaire entre s'asseoir toute seule à la maison ou se rendre à l'hôpital en état de crise ». La nécessité de fournir aux jeunes des services de santé mentale répondant spécifiquement aux besoins de ce groupe, souvent appelé le groupe en âge de transition, est le thème qui est ressorti le plus lors de la consultation.

– (Comité consultatif sur les enfants et les adolescents, Commission de la santé mentale du Canada, 2010)

L'une des autres choses qui ont été extrêmement utiles, c'est que sa psychiatre était tout à fait prête à faire participer la famille à son traitement. Elle a donc pu reconnaître le désir de confidentialité et respecter ce désir chez notre fils tout en faisant participer la famille au traitement de façon intelligente. Nous avons donc pu soutenir notre fils lors des périodes de transition et nous avons toujours pu être à ses côtés lors des périodes de transition. [traduction libre]

– Phyllis Grant-Parker, proche aidante et participante (Cappelli et coll., 2012)

famille et les liens qui unissent ses membres sont associés à des résultats positifs en matière de santé mentale (Singh et coll., 2010).

Malgré cela, comme au lieu de privilégier les soins axés sur la famille, on privilégie maintenant davantage les soins axés sur l'autonomie du client, et comme aussi le statut juridique du jeune et ses droits en matière de protection de la vie privée changent à partir de 18 ans, la participation de la famille à la planification des soins diminue à compter de la transition institutionnelle, éliminant parfois ainsi complètement ce soutien (Davidson et coll., 2011). Cette pratique s'oppose de façon frappante aux recherches qui attribuent à la famille un rôle important dans l'observation du traitement pendant la période de transition (Dixon, Adams et Lucksted, 2000; Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling et Engel, 2001). Bien qu'il importe de reconnaître aux AÉ une certaine autonomie et un certain pouvoir décisionnel, la capacité des membres de ce groupe démographique à pouvoir prendre des décisions indépendantes varie grandement et les résultats positifs des traitements augmentent avec le rôle joué par la famille (Patel, Flisher, Hetrick, et McGorry, 2007).

Abstraction faite de l'effet positif général sur la santé mentale des AÉ de la participation de la famille à leur traitement, « les divers membres de la famille n'ont pas tous la même capacité d'être un exemple de force et de résilience » (Davidson et coll., 2011). Si les tensions familiales implicites sont souvent exacerbées lors de la transition, le désir d'autonomie accrue et de plus grande vie privée des jeunes doit être pris en compte au cas par cas, mais pas au détriment du désir des membres de la famille de vouloir continuer à jouer un rôle dans le bien-être de leur enfant (bien-être dont la famille s'est faite la protectrice lorsque l'enfant était jeune et auquel elle contribue pendant la période de transition). Les parents et autres proches aidants sont souvent la principale source de soutien d'un jeune et doivent être informés et soutenus et doivent pouvoir participer aux soins qui lui sont prodigués. La question du respect de la vie privée du jeune doit être abordée directement au lieu de constituer un obstacle puissant à la communication. Cela suppose de respecter l'apport des proches aidants, d'amener les praticiens à surmonter leur réticence à jouer un rôle dans les négociations au sein d'une famille et de faire participer à la discussion le jeune qui veut jouir d'une autonomie accrue tout en ayant encore besoin de soutien et des ressources familiales (p. ex., le logement, l'argent). Les professionnels doivent posséder, outre le désir de le faire, la formation voulue pour servir d'intermédiaire entre toutes les parties et leur offrir le soutien nécessaire pendant cette période où s'affrontent le désir d'autonomie des jeunes et leur dépendance à l'égard de leur famille.

LES ARGUMENTS EN FAVEUR DE L'OCTROI D'UNE ATTENTION SPÉCIALE AUX PERSONNES VULNÉRABLES

Des recherches récentes ont identifié des groupes précis de personnes dont la santé mentale se détériore pendant ou après la transition vers les services pour adultes. Des résultats négatifs en matière de santé mentale ont été associés à des facteurs de vulnérabilité comme l'appartenance à certains groupes raciaux ou linguistiques minoritaires, la déficience intellectuelle, le lien avec le système d'aide à l'enfance et le placement en famille d'accueil (Aratani et Cooper, 2011; Fowler, Toro et Miles, 2011; Larkin, Jahoda, MacMahon et Pert, 2012; Shook et coll., 2011; While et coll., 2004).

Les taux de maladie mentale et de suicide (Khan, 20) chez les AÉ appartenant aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis continuent d'être disproportionnellement élevés. Plusieurs facteurs sont à prendre en compte dans l'évaluation de la santé mentale des AÉ autochtones, dont les séquelles de la colonisation et du système des pensionnats autochtones (Loppie Reading et Wien, 2009; O'Connor, 2000). Les taux actuels de troubles mentaux, de toxicomanie et de suicide chez les jeunes des Premières Nations sont tels qu'une intervention urgente s'impose.

Les AÉ aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie sont confrontés à des défis de taille lorsqu'ils sortent d'un établissement carcéral (Osgood, Foster, Flanagan et Ruth, 2005). Les taux de maladie mentale chez les jeunes adultes ayant des démêlés avec la justice sont élevés et atteindraient jusqu'à 70 p. 100 (Shufelt et Coccozza, 2006). En outre, le milieu carcéral est souvent un point d'arrivée pour ceux qui ont besoin de services

Des objectifs éducatifs élevés mènent à de meilleurs emplois et à des possibilités de carrière plus prometteuses et à la stabilité professionnelle chez les jeunes adultes. [traduction libre]

Supporting the Education Goals of Young Adults with Psychiatric Disabilities (Ellison et coll., 2013)

de santé mentale en raison de troubles externalisants et comportementaux, mais qui n'ont pas pu avoir accès aux services de santé mentale traditionnels (Rosenblatt, Rosenblatt et Biggs, 2000; Ministère de la Santé du Royaume-Uni, 2009).

La pauvreté dans laquelle vivent certains nouveaux immigrants, adultes et enfants, au Canada est susceptible d'avoir des répercussions sur leur santé mentale (Beiser, Hou, Hyman et Tousignant, 2002). En outre, des facteurs culturels comme la prétendue tendance des médecins à privilégier les traitements pharmaceutiques, l'attitude méprisante de certains médecins et la confiance accordée aux formes de médecine non-traditionnelle seraient les principales raisons pour lesquelles les nouveaux Canadiens hésitent à chercher à obtenir accès aux ressources en santé mentale (Whitley, Kirmayer et Groleau, 2006). Des obstacles culturels et linguistiques à l'accès aux services ainsi que la différence dans la façon dont on demande de l'aide dans les diverses cultures dont proviennent les nouveaux Canadiens expliquent qu'ils aient moins recours aux services de santé mentale, malgré le fait qu'ils aient accès à des soins de santé universels (Kirmayer et coll., 2007). Il est impérieux pour pouvoir mettre en place des services de transition et des pratiques d'engagement culturellement adaptées, de tenir compte de la réalité à laquelle sont confrontés les nouveaux Canadiens ainsi qu'aux formes que prend la stigmatisation dans les diverses communautés ethnoculturelles canadiennes. Les AÉ les plus vulnérables (lesquels appartiennent à divers milieux socio-économiques, mais souvent à des milieux défavorisés) sont généralement moins susceptibles d'avoir accès aux services de santé mentale (Lalongo et coll., 2004).

Les AÉ appartenant au groupe LGBTQ font face à tout un ensemble particulier de circonstances qui contribuent à expliquer chez eux des taux de suicide, de comportements à risque, de maladie mentale et de toxicomanie élevés. À ces circonstances s'ajoute aussi la persécution dont ils peuvent faire l'objet dans les écoles (persécution physique et psychologique), le rejet de leur famille et la stigmatisation découlant de l'association avec le groupe LGBTQ (Bagley et Tremblay, 2000; D'augelli, 2002; Ryan, Huebner, Diaz et Sanchez, 2009). Une attention spéciale doit être accordée aux besoins spéciaux, aux préoccupations en matière de santé et aux circonstances propres aux jeunes de ce groupe.

Ce bref aperçu des risques accrus de transitions difficiles chez les AÉ appartenant à des communautés marginalisées et (ou) vulnérables devrait suffire à causer une vive inquiétude dans un pays industrialisé qui souscrit depuis longtemps aux principes de l'équité en santé et à des politiques fondées sur les déterminants sociaux de la santé. En raison des facteurs de vulnérabilité qui exposent ces AÉ à des risques particulièrement élevés, il convient que soient mises de l'avant et appliquées, aux échelons national et provincial, des politiques et des pratiques en matière d'engagement et de prestation de services qui soient bien pensées, actives et adaptées sur le plan culturel et qui correspondent aux types de politiques et de pratiques pouvant être adoptées aux échelons régional et local.

LES ARGUMENTS EN FAVEUR DU SOUTIEN À L'ÉDUCATION ET À LA FORMATION

L'entrée dans l'âge adulte est une période de la vie au cours de laquelle l'éducation et la formation sont des éléments très importants. C'est en effet à ce stade de leur vie que les AÉ apprennent les rôles qui seront les leurs une fois adultes. Les résultats scolaires des AÉ ayant des problèmes de santé mentale sont inférieurs à ceux de leurs camarades de classe (Ellison, Rogers et Costa, 2013; Kessler, Foster, Saunders et Stang, 1995; Newman et coll., 2011; Vander Stoep et coll., 2000; Vander Stoep et coll., 2003; Wagner et Newman, 2012). L'accès au counselling, aux programmes de prévention du suicide et à la défense et au soutien par des pairs peuvent aider les AÉ à atteindre leurs objectifs éducatifs à l'échelon secondaire et collégial (Ellison et coll., 2013). Le projet *Healthy Minds, Healthy Campuses*, mis en oeuvre en Colombie-Britannique est un exemple du type d'intervention susceptible d'aider les étudiants confrontés à des problèmes de santé mentale et (ou)

Il a participé à deux ou trois programmes de l'article 23. Il a essayé de retourner à l'école secondaire pour adultes parce que l'âge limite était 18 ans. Il ne pouvait pas retourner à une école régulière; on n'avait rien à lui offrir. L'école secondaire pour adultes n'avait aucun mécanisme de soutien qui aurait vraiment aidé quelqu'un dans sa situation. Il a essayé de réintégrer l'école, mais même avec le soutien offert au collège, il s'est retrouvé de nouveau à l'hôpital parce qu'il ressentait trop de stress. [traduction libre]

– Phyllis Grant-Parker, proche aidante et participante (Cappelli et coll., 2012)

³ http://www.camh.net/Publications/CAMH_Publications/strengthen_families.html

de toxicomanie. Ce programme de nature communautaire a le mandat suivant : « Notre initiative est menée sous la direction des membres d'une communauté de pratique et vise tout particulièrement à favoriser l'établissement de liens solides entre les participants ainsi que l'échange de connaissances. Nous reconnaissons la valeur de la sagesse locale associée à des pratiques fondées sur des données probantes et nous favorisons l'innovation tout au long du continuum de l'action et de la recherche – de la promotion et de la prévention au traitement et au rétablissement » (Site Web de l'initiative Healthy Minds/Healthy Campuses, 2012 [traduction libre]). Les programmes de sensibilisation et de soutien en matière de santé mentale sont également offerts dans des universités et collèges d'autres provinces (p. ex., le Jack Project, en Ontario, l'initiative de Premiers soins en santé mentale de la Commission de la santé mentale du Canada) et dans certaines écoles élémentaires et secondaires (« Friends For Life » en Alberta et en Colombie-Britannique et, en Nouvelle-Écosse et en Ontario, le programme « Strengthening Families for the Future »³). Bien que les recherches dans ce domaine ne suffisent toujours pas, des études sont actuellement en cours aux États-Unis pour recueillir des données solides et établir les pratiques fondées sur des données probantes de manière à pouvoir œuvrer de façon efficace à la réussite professionnelle du groupe démographique des AÉ (Davis, 2013).

Le fait que les taux de chômage soient plus élevés chez les AÉ ayant des problèmes de santé mentale que chez leurs pairs n'étant pas confrontés aux mêmes problèmes (Newman et coll., 2011) et leur difficulté accrue à trouver un emploi (Wagner & Newman, 2012) s'expliquent du fait qu'ils ont plus de mal qu'eux à terminer leurs études secondaires et postsecondaires. Bien que les données recueillies sur le sujet au Canada soient lacunaires, les preuves amassées dans d'autres pays confirment clairement la marginalisation scolaire et économique marquée des jeunes adultes confrontés à des problèmes graves de santé mentale et de toxicomanie (Davis et Vander Stoep, 1997). Recenser des approches fondées sur des données probantes pour ce groupe démographique particulier est d'autant plus important que les recherches portant notamment sur les approches de soutien à l'éducation et à l'emploi montrent que les programmes conçus pour l'ensemble des adultes ayant des besoins en matière de santé mentale doivent être adaptés aux besoins des jeunes adultes (Davis, 2013). Il n'existe pour l'instant aucun ensemble de connaissances systémiques établissant l'efficacité des interventions et des modèles lorsqu'ils sont utilisés dans ce groupe d'âge particulier.

LES ARGUMENTS EN FAVEUR DE SERVICES SPÉCIALISÉS

Le moment chronologique fixé pour la transition (habituellement entre l'âge de 16 et de 18 ans) ne correspond à aucun jalon dans la théorie du développement de la personne. Par ailleurs, c'est le moment qui est vu comme celui où un jeune est le plus vulnérable et le plus susceptible de développer un problème de santé mentale ou de toxicomanie.

Les premiers signes de problèmes de santé mentale se manifestent le plus souvent au début de l'âge adulte (Gouvernement du Canada, 2006; Kessler et coll., 2005; Jones, 2013). Il semble que ni le secteur des services pour enfants et adolescents ni celui des services pour adultes ne tiennent compte de ce fait ou ne soient adaptés à la situation (McGorry et coll., 2013; Richards et Vostanis, 2004). C'est à la fin de l'adolescence et au début de la vingtaine qu'il est possible d'établir une distinction entre des problèmes épisodiques, des symptômes aigus et des maladies chroniques débilantes comme la schizophrénie et les troubles de la personnalité et le trouble bipolaire graves qui exigeront une intervention psychosociale et un traitement particulier.

De façon générale, au Canada comme au Royaume-Uni, les SASMT s'adressent aux personnes qui ont une maladie mentale grave, les personnes ayant des besoins légers et modérés en matière de santé mentale étant censées chercher de l'aide auprès de leur pourvoyeur de soins primaires. Dans la majeure partie du Canada, les services spécialisés pour enfants et adolescents en matière de santé mentale et de toxicomanie sont offerts aux enfants et aux adolescents confrontés à tout un éventail de troubles mentaux, dont la dépression, l'anxiété, les troubles de l'alimentation, le trouble obsessionnel-compulsif, la psychose de même que les troubles du spectre de l'autisme, la déficience intellectuelle et

Les services de santé mentale spécialisés sont structurés selon la ligne de faille services pédiatriques/ services pour adultes et soins généraux/soins de santé actifs. L'entrée dans l'âge adulte étant le moment où les problèmes ont tendance à débiter et le fardeau des troubles mentaux chez les jeunes étant important, les jeunes sont privés d'aide par un système non continu au moment même où ce système devrait les aider le plus. [traduction libre]

– (McGorry, 2007)

le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). De nombreux pourvoyeurs de SEASMT offrent des interventions aux enfants qui présentent des niveaux élevés de déficience et de problèmes émotionnels, comportementaux et de conduite liés à des difficultés en matière de santé mentale. Or, les difficultés de ces enfants ne seraient sans doute pas diagnostiquées comme un trouble mental dans le système des SASMT et ces enfants n'auraient donc pas accès à ce système. Il se peut que le profil de l'utilisateur ne satisfasse pas aux critères d'admission pour les SASMT qui s'articulent généralement autour de troubles mentaux graves, des catégories de diagnostics et des preuves d'invalidité de longue durée. Du seul fait de leur âge ou du diagnostic posé lorsqu'ils étaient enfants, certains jeunes sont susceptibles de ne pas avoir accès à des services de santé mentale spécialisés dans le système pour adultes. Les SASMT, par exemple, sont mal outillés pour répondre aux besoins d'un nombre croissant de jeunes ayant des troubles du spectre de l'autisme qui ont des problèmes de santé mentale concomitants. Ces jeunes se voient donc souvent refuser ces services.

Un examen des pratiques en place aux États-Unis à l'échelon des États individuels fait ressortir un clivage dans les critères d'accès ainsi qu'une absence frappante de planification de la réorientation et de la transition ((Davis et Sondheimer, 2005). Le décalage entre les critères d'entrée et de sortie dans les deux systèmes n'est pas propice à la fluidité des services pour jeunes.

Les caractéristiques du développement peuvent en elles-mêmes perturber le cheminement des jeunes. On comprend maintenant que la maturation du système de contrôle cognitif (preuves de changements structurels et fonctionnels dans le cortex préfrontal) et qu'une interaction croissante entre les aires corticale et sous-corticale du cerveau entraînent une diminution des comportements à risques et une augmentation de la capacité à mettre en opposition des pensées sources d'émotions et des réactions sociales et le raisonnement délibéré (Steinberg, 2008). Cette évolution neurobiologique, et ses conséquences comportementales, peuvent se poursuivre jusqu'à ce qu'une personne soit dans la mi-vingtaine. Il est fort probable qu'un jeune ne possède pas les compétences voulues pour pouvoir procéder avec succès à la transition des SEASMT aux SASMT sans un important soutien. Par ailleurs, les pourvoyeurs de services de santé mentale pour adultes peuvent ne pas posséder les compétences pour s'occuper de cette clientèle potentiellement à risque élevé et exigeante ni le désir de le faire, d'autant plus que les membres de ce groupe démographique peuvent avoir des compétences naissantes en matière d'organisation, de planification et de suivi qui peuvent créer des défis pour ce qui est de l'engagement dans les services et la continuité des soins. En outre, il est souvent arrivé dans le passé que des jeunes aux prises avec des problèmes de toxicomanie concomitants se voient refuser des services. Il convient d'adopter une stratégie relative au transfert des compétences assortie d'un curriculum consolidé regroupant tous les programmes de formation professionnelle inclus aux SEASMT et aux SASMT. Cette stratégie devra aussi prévoir l'acquisition de compétences permettant d'aider les jeunes ayant des troubles comportementaux et développementaux ainsi que des troubles concomitants.

D'autres décalages entre les deux systèmes créent des défis lors de la transition et devront être réglés par les décideurs. La formation professionnelle n'est pas la même dans les deux secteurs. Par ailleurs, tant dans le secteur des SEASMT que des SASMT, cette formation est habituellement dispensée par des organismes distincts, est financée à partir de ministères distincts et est évaluée en fonction de résultats distincts.

Se reportant de nouveau à l'étude TRACK menée au Royaume-Uni (puisque des données semblables n'existent pas au Canada), Singh et ses collaborateurs (2010) rapportent que dans plus de 80 p. 100 des cas, les transferts avaient été jugés justifiés par les SEASMT, mais le tiers d'entre eux ne sont pas allés de l'avant. Les services pour adultes ont accepté 93 p. 100 de tous les cas dirigés vers eux, mais 25 p. 100 des personnes visées n'ont pas été prises en charge par ces services sans pourtant avoir été vues en consultation. Même chez les personnes étant parvenues à passer d'un système à l'autre, seulement 5 p. 100 d'entre elles ont connu une « transition optimale ».

Ces différences en matière de services ont pour conséquence que les jeunes qui reçoivent des services des SEASMT peuvent se retrouver dans la situation où leur problème et ses manifestations n'ont pas changé chez eux au début de l'âge adulte, mais les soins secondaires dans le cadre des SASMT ne sont pas conçus pour eux. Si aucune solution de rechange ne s'offre dans le secteur des soins primaires ou dans le secteur bénévole, les jeunes et leur famille sont laissés à eux-mêmes. [traduction libre]

- (Lamb et Murphy, 2013)

PRINCIPAUX POINTS DE LA SECTION 2 À RETENIR :

- Peu de données existent sur la forme que doivent prendre des services de santé mentale répondant aux besoins des AÉ et assurant une transition efficace d'un système à l'autre. Les recherches axées sur des données probantes portant sur les AÉ sont rares.
- Dans le contexte canadien, il n'existe pas de services globaux ou intégrés destinés aux AÉ.
- Les SASMT ne tiennent pas compte de la perspective des jeunes et de leur famille pas plus que des exigences en matière d'engagement de ceux-ci, ce qui explique que peu de jeunes profitent de ces services.
- La vigilance est requise dans le cas de groupes démographiques vulnérables et à risques élevés. Une attention prioritaire doit être accordée à ces groupes (p. ex., AÉ des Premières nations, métis et inuits; les jeunes quittant le système de l'aide à l'enfance; les membres marginalisés de diverses communautés ethnoraciales; les AÉ ayant des démêlés avec la justice; LGBTQ).
- Il existe un sérieux décalage entre ce dont les AÉ ont besoin et ce que le système pour adultes peut leur offrir.
- L'engagement des AÉ et de leur famille est un facteur dont il faut absolument tenir compte dans la conception de programmes pertinents.

Section 3

Approches actuelles—Processus, modèles et politiques

Dans cette section, nous décrivons la méthodologie que nous avons adoptée pour procéder à l'analyse des recherches, des politiques et des pratiques visant de façon précise les adultes émergents et présentons des modèles de programmes et d'interventions de transition. Nous y résumons également les conclusions que nous avons tirées d'un examen des politiques internationales, nationales, provinciales et territoriales actuelles. Enfin, cette section présente des pratiques et des enseignements porteurs de même que des stratégies susceptibles d'améliorer les services pour AÉ dans le contexte canadien.

MÉTHODOLOGIE/SOURCES D'INFORMATION

La méthode à laquelle nous avons eu recours pour procéder à un examen des politiques, des systèmes et des pratiques comportait plusieurs volets. Nous avons d'abord fait une consolidation des délibérations des spécialistes internationaux ayant participé, en octobre 2012, à un « sommet » intitulé *An International Focus on Youth in Transition: Development and Evaluation of a Mental Health Transition Service Model* (Intérêt international pour les jeunes en âge de transition : Élaboration et évaluation d'un modèle de système de services de transition en santé mentale) (Cappelli et coll., 2012). Parmi les participants à cette réunion internationale, on comptait des champions de la conception des systèmes et l'élaboration des politiques ainsi que des chercheurs et des cliniciens du Canada et d'ailleurs au monde (voir l'annexe 2 pour une liste des participants). Les participants se sont vu confier la tâche de concevoir un cadre conceptuel pour les soins de transition et les interventions en santé mentale destinés aux AÉ, cadre qui servirait de fondement à des politiques, des recherches et des pratiques. Des spécialistes de contenu ainsi que des parties prenantes ont partagé de l'information en vue d'élaborer un ensemble commun de principes, d'harmoniser les méthodes et de créer un réseau de chercheurs et des bases communes à partir desquelles aller de l'avant.

Nous avons ensuite entrepris un examen documentaire, exploré les pratiques et les approches prometteuses en matière de soins de santé mentale de transition et répertorié, plus généralement, les moyens de répondre aux besoins des AÉ ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie à l'échelon des politiques, des systèmes, de la prestation des services, des programmes et des interventions. Nous avons exploité quatre sources de données : les publications scientifiques, les lignes directrices et les protocoles publics, les sites Web liés aux programmes de services de santé mentale et des cadres stratégiques internationaux, nationaux et provinciaux.

Les publications scientifiques ont été tirées d'une analyse documentaire (Medline, EMBASE, CINAHL, PsychINFO, la Cochrane Library, IBSS et NRR en anglais- et des articles en français). Cette analyse a porté sur la période allant du 1er janvier 2011 à mai 2013, de manière à actualiser l'analyse documentaire faite par Davidson et ses collaborateurs (2011). Des cadres stratégiques nationaux et provinciaux (stratégies en matière de services de santé mentale pour les enfants et pour les adolescents, stratégies générales pour l'ensemble de la population en matière de santé mentale et de toxicomanie et politiques et protocoles publics liés à la transition) ont été recueillis auprès de la Commission de la santé mentale du Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Des entrevues ont également été menées auprès des chefs de file nationaux de l'élaboration de politiques de santé mentale. Des documents-cadres additionnels ont été demandés lors des entrevues menées auprès du personnel provincial et territorial.

Nous avons aussi étudié des lignes directrices et des protocoles publics, les délibérations de conférence récentes, les sites Web de programmes de services de santé mentale, les centres d'élaboration de lignes directrices et divers organismes (y compris NICE, SIGN50, Ontario GAC de même que les sites d'organismes professionnels et de santé mentale). En outre, nous avons posé aux régions locales en Ontario (les réseaux locaux d'intégration des services de santé) la question de savoir comment, le cas échéant, elles élaborent et mettent en oeuvre les politiques, les protocoles et les pratiques visant à faciliter les transitions et la satisfaction des besoins des AÉ. Des entrevues portant sur des thèmes clés ont été enregistrées et transcrites.

LES FACTEURS FAVORABLES OU DÉFAVORABLES À DES TRANSITIONS EFFICACES

Les jeunes en transition, les familles et les pourvoyeurs de services doivent surmonter de nombreux obstacles lorsqu'ils procèdent à la transition d'un système de services de santé mentale à un autre. Si l'intérêt pour des services peut être plus marqué chez les adultes émergents que chez les adolescents (Silver, Unger et Friedman, 1995), il n'en demeure pas moins que c'est parmi ce groupe d'âge qu'on constate la plus grande diminution du recours aux services (Gouvernement de l'Alberta, 2006; Edlund et coll. 2002).

La documentation fait ressortir l'existence d'un large consensus sur les facteurs susceptibles d'assurer des transitions réussies (McDonagh, 2007; et voir annexe 3). À l'échelle internationale, les pourvoyeurs de services offrant des services d'aide à la transition s'appuient sur des répertoires de meilleures pratiques (Clark et Unruh, 2009; Coughlan et coll., 2013). Davidson (2011) résume les obstacles les plus communs et propose des stratégies pour améliorer le cheminement vers la transition (voir l'annexe 4 pour une description complète de ces stratégies).

MODÈLES ACTUELS EN MATIÈRE DE PROGRAMMES ET D'INTERVENTIONS VISANT À FAVORISER LA TRANSITION DES ADULTES ÉMERGENTS

Deux principaux modèles ressortent de l'analyse des pratiques internationales actuelles en matière de soins de santé mentale de transition, des exposés sur le sujet ainsi que du travail collaboratif en profondeur effectué lors du Sommet d'octobre 2012 (Cappelli et coll., 2012).

Le modèle de gestion de la transition met l'accent sur les processus et les pratiques de transition dans le but de favoriser l'engagement des jeunes avec les SASMT. Le modèle de conception de systèmes vise à exercer une influence sur l'ensemble du système de santé mentale et les services destinés à répondre aux besoins des AÉ. En outre, un certain nombre d'interventions visant la transition à l'échelon clinique commencent à avoir des résultats positifs pour les AÉ et méritent par conséquent d'être incluses dans cet examen.

Nous ne cherchons pas à convaincre qui que ce soit qu'il convient de privilégier une approche à l'exclusion d'une autre. Nous croyons plutôt que diverses approches peuvent être complémentaires. À titre d'exemple, il faudra qu'à la mise en œuvre du modèle de conception de systèmes ou de gestion de la transition s'ajoutent des interventions visant à répondre aux besoins individuels en matière d'aide à la transition. Des exemples types concrets ont été présentés lors de la réunion du Sommet d'octobre 2012. Les listes d'exemples ne sont pas complètes et sont tirées des délibérations du Sommet d'octobre, de données d'entrevue et de la documentation portant sur la pratique et la recherche.

Modèles de conception de systèmes

Ce sont les modèles de conception de systèmes qui s'écartent le plus des pratiques canadiennes actuelles. Il s'agit typiquement d'une approche systémique pouvant généralement être reproduite dans plusieurs territoires, en étant parfois intégrée à un secteur de services tout à fait distinct destiné à répondre aux besoins des AÉ. Ces modèles s'appuient habituellement sur un cadre stratégique national ou provincial/d'État, assorti des mécanismes de financement désigné voulus.

Au lieu de ne favoriser l'atteinte que de résultats individuels, les modèles de conception de systèmes ont pour but d'élargir le continuum de services et (ou) de services multidimensionnels et axés sur la prévention, l'objectif étant d'accroître l'accès et l'engagement, de favoriser le rétablissement et le bien-être mental et finalement de réduire le besoin pour une transition vers les services de santé mentale pour adultes ou la dépendance à l'égard de ces services (McGorry et coll., 2013).

Ces modèles visent à aider les jeunes et les AÉ à procéder aux transitions voulues sur les plans développemental, psychologique, institutionnel et systémique. La transition institutionnelle se fait des organisations offrant des services pour enfants et pour jeunes vers les organisations offrant des services pour adultes et la transition systémique se fait du secteur qui finance et gère les services de santé mentale pour enfants et pour jeunes vers le secteur qui finance les services de santé mentale et de toxicomanie pour adultes. Ces modèles de conception de systèmes assurent l'accès aux services à ceux qui quittent les services pour jeunes, mais aussi aux AÉ qui n'ont pas encore reçu de services de santé mentale. Il peut s'agir de programmes visant à répondre à tout un éventail de besoins en santé mentale ou de programmes de portée plus restreinte. Dans tous les cas, les modèles de conception de systèmes s'emploient à modifier, et parfois à transformer, les systèmes de soins de santé existants, améliorant du fait les interventions s'adressant aux AÉ par l'entremise d'arrangements de service désignés distincts.

Les adeptes des approches de conception de systèmes soutiennent que le manque d'engagement et d'accès est presque entièrement attribuable à la forme actuelle de notre système de santé mentale pour les adultes, cette forme ne tenant pas compte des besoins développementaux des AÉ ni de leur culture.

Voici les principes directeurs sur lesquels s'appuie habituellement une refonte des services :

- participation des jeunes à tous les échelons du processus, cette participation étant essentielle à l'établissement de cultures de soins répondant aux besoins des jeunes et étant exemptes de discrimination;
- conception globale, préventive et optimiste des services avec des soins séquentiels ou par étapes s'appuyant sur les principes de l'équilibre risques/avantages et de la participation aux prises de décisions;
- choix comme objectifs principaux : intervention précoce, inclusion sociale et résultats professionnels;
- soins reflétant tant l'épidémiologie des problèmes de santé mentale chez les jeunes que la nouvelle culture développementale de l'étape du début de l'âge adulte au début du XXI^e siècle;
- élimination des obstacles à la continuité des services aux périodes de pointe en matière de besoins en service et en transition développementale;
- liens positifs et fluides avec les services pour les jeunes enfants et les aînés (McGorry et coll., 2013).

Les changements de nature systémique découlent souvent de l'élaboration d'un nouveau cadre stratégique national en matière de santé mentale qui est axé sur les étapes du développement et toute la durée de vie et dont l'objectif ultime est le rétablissement.

La conception du système comprend des modèles de services propres aux AÉ; au fur et à mesure de la mise en œuvre réussie des changements et de la propagation des modèles de services dans tout le système, le système au complet se transforme, tout comme l'utilisation des services pendant toute la vie.

Voici certains éléments types de ce modèle :

- cadre de conception de systèmes sur un territoire donné (national, provincial/d'État ou régional) qui comporte des éléments de prestation de services répondant spécifiquement aux besoins des jeunes/jeunes adultes;
- programmes répondant à toute une gamme de besoins en services allant au-delà de ceux qui sont liés à un diagnostic particulier de maladie mentale et correspondant à un cadre solide de prévention, de participation des jeunes et de rétablissement;
- base de financement solide provenant d'une enveloppe de financement stable;
- équipes multidisciplinaires opérant dans un continuum de services harmonisé allant de l'intervention précoce à l'accès aux services spécialisés les plus intensifs;
- centres autonomes pour les AÉ (locaux généralement distincts ou intégrés à d'autres services s'adressant aux jeunes comme les soins primaires, l'emploi et les loisirs).

Modèles (voir l'annexe 5 pour plus de précisions) :

- Headspace et Orygen Youth Health, Australie⁴
- Youth One Stop Shops (YOSS), Nouvelle-Zélande⁵
- Right Here, Youthspace, Royaume-Uni⁶
- Headstrong et Jigsaw, Irlande⁷
- Transition to Independence (TIP) Funding Model/Research & Training Centres; Partnerships for Youth Transition(PYT)⁸
- Mise en œuvre à l'échelle nationale et provinciale d'approches scolaires intégrées, y compris la prévention universelle et ciblée (p. ex., Mindmatters⁹, Australie; Integrated Service Delivery, Nouveau-Brunswick) et accès à un continuum complet de services par niveau.
- BeyondBlue,¹⁰ initiative Web d'information par téléphone et ordinateur et de ressources cliniques s'adressant aux particuliers, aux familles, aux écoles et aux professionnels et dont l'objet est de lutter contre la dépression et l'anxiété.
- Youth Health, initiative de l'Australian Medical Association¹¹

Modèles de gestion de la transition

- Les modèles de gestion de la transition s'articulent autour de processus et de services qui facilitent la transition d'un jeune du système de santé mentale pour les enfants vers le système de santé mentale pour les adultes. Ces modèles ciblent les jeunes qui reçoivent des services et qui ont besoin de continuer à en recevoir. Leur but est de servir de passerelle menant des Services pour enfants et adolescents en matière de santé mentale et de toxicomanie (SASMT) vers les Services pour adultes en matière de santé mentale et de toxicomanie (SEASMT). Pour veiller à ce que les besoins de santé mentale de l'adulte émergent soient satisfaits, sa famille et lui sont prêts à changer de pourvoyeurs de soins et de systèmes et reçoivent l'aide nécessaire pendant cette période de transition. Ce modèle contraste avec celui qui vise à adapter le système ou à ajouter une nouvelle constellation de services spécifiquement conçus pour les AÉ. Les principes et les processus efficaces ont déjà été décrits ailleurs (Davidson et coll., 2011; McDonagh, 2007; Singh et coll., 2010). Un résumé des éléments de base susceptibles de produire des transitions efficaces a été établi à partir des conclusions d'une étude longitudinale importante menée au Royaume-Uni (O'Brien et coll., 2009; Singh et coll., 2008), ainsi que de pratiques adoptées pour aider des jeunes ayant des besoins spéciaux ou complexes qui reçoivent des soins au sein du système de santé global. Au Royaume-Uni, les modèles de gestion des transitions ont été évalués et documentés dans le cadre de l'étude TRACK (Royaume-Uni),¹² étude

⁴ www.oyh.org.au

⁵ www.yoss.org.nz

⁶ www.youthspace.me; www.right-here.org.uk

⁷ www.headstrong.ie

⁸ www.tipstars.org

⁹ www.mindmatters.edu.au

¹⁰ www.beyondblue.org.au

¹¹ <https://ama.com.au/youthhealth>

¹² L'étude TRACK et le projet BRIDGE sont des initiatives de recherche plutôt que des modèles de gestion de la transition en soi. Ils figurent ici à titre documentaire et contextuel étant donné leur importance dans l'élaboration de pratiques et leur rôle, notamment dans l'évaluation des modèles et des approches en matière de transition. Le projet BRIDGE compare deux modèles et propose des approches précises.

multisites portant sur la transition des SEASMT vers les SASMT et du Bridge Project (Royaume-Uni),¹³ une comparaison de deux modèles de soins de transition).

Caractéristiques types de ce modèle :

- entrée/accès à compter de 16 ou de 17 ans pour entamer la préparation de la transition à l'âge de 18 ou de 19 ans, selon les critères fixés à cet égard dans les divers territoires;
- soutien accordé à l'AÉ et à sa famille pendant la période de transition;
- coordinateur ou facilitateur de la transition responsable d'un petit nombre de cas;
- équipe de transition comptant des pourvoyeurs de services pour enfants, jeunes et adultes dans les secteurs pertinents;
- outil de suivi de la transition pour que le jeune puisse consigner les renseignements locaux importants sur sa santé (cet outil peut comporter un aide-mémoire pour la préparation à la transition, un passeport-santé ainsi que des outils de transfert de l'information ou de documentation);
- accord réciproque ou protocole commun de soins liant l'enfant et les pourvoyeurs de services de santé mentale pour planifier et opérer les transitions à divers moments et âges précis;
- conseils consultatifs ou groupes de gestions des systèmes de santé mentale pour adultes et pour enfants.

Modèles (voir annexe 5 pour plus de précisions):

- [Ottawa Mental Health Transition Project, RLISS Champlain](#)
- [The Bridging Program, Ottawa](#)
- [Good2Go Transition Program, Hospital for Sick Children, Toronto](#)
- [LIFEspan, Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital](#)
- [Growing Up Ready, Toronto Rehabilitation Institute](#)
- [IWK Health Centre Halifax](#)
- [National Health Service \(NHS\) Lothian, Royaume-Uni](#)

Interventions de transition

Les interventions de transition connaissent également un certain succès pour ce qui est de faciliter les transitions d'un système de santé mentale vers un autre et de répondre aux besoins particuliers des AÉ. Ces interventions sont de nature précise et de durée limitée et visent à donner aux parties prenantes les compétences nécessaires à une transition réussie, à éliminer un obstacle connu à une transition réussie ou à offrir une intervention clinique spécifiquement destinée aux AÉ. Les interventions de transition peuvent viser l'acquisition de plusieurs compétences clés et avoir recours à la participation de tout un éventail de professionnels de la santé.

Exemples d'objectifs des interventions :

- perfectionnement des compétences;
- engagement accru à l'égard des services;
- résultats mesurables en matière de santé mentale;
- achèvement des tâches développementales;
- résultats éducatifs et professionnels;
- réduction des hospitalisations et (ou) modification de la trajectoire de la maladie;
- auto-gestion/régulation des symptômes;
- développement de l'autonomie;
- développement positif de l'identité;
- compétences en matière décisionnelle;
- développement du rôle adulte;
- établissement de relations de soutien avec la famille et les amis;

¹³ <http://www.bridgesproject.org.uk>

- stabilité sur le plan logement;
- atteinte des objectifs de santé choisis par le jeune.

Caractéristiques types de ces interventions :

- cibler les jeunes adultes âgés de 16 à 28 ans (ou même le groupe d'âge des 12 à 30 ans comme pour les programmes de prise en charge précoce du premier épisode ou de la psychose, dont l'accès est fonction de l'âge de l'apparition des premiers symptômes plutôt que de l'âge chronologique);
- utiliser une approche manuelle pour une intervention précise fondée sur des normes de pratique précises et documentées et (ou) des exigences de conformité pour l'intervention;
- cerner les résultats en se fondant sur les objectifs ou les jalons/résultats développementaux de l'AÉ (p. ex., emploi, éducation) et (ou) la diminution des services intrusifs (p. ex. services aux patients hospitalisés et les services hospitaliers d'urgence) et (ou) la symptomatologie/indicateurs de santé.

Pour qu'une intervention puisse être considérée comme une intervention axée sur des données probantes, il faudra vérifier la conformité aux critères habituels (comme la pratique manuelle avec des critères de conformité précis, un groupe démographique défini, des preuves abondantes d'efficacité pour ce groupe, transposabilité, utilisation de la méthode d'évaluation appropriée). Ces interventions peuvent être des éléments clés de la conception de systèmes.

Modèles (voir l'annexe 5 pour plus de précisions) :

- Programmes de prise en charge précoce du premier épisode/intervention en cas de psychose (bien que les participants à ces programmes peuvent avoir 14 ans pour les plus jeunes et 35 ans pour les plus vieux, selon l'âge où se produit la manifestation de leurs symptômes, ces interventions ne visent pas spécifiquement les AÉ, mais se fondent sur le diagnostic posé);
- Thérapie multi-systémique destinée aux AÉ (MST-EA)¹⁴;
- Un certain nombre de programmes destinés spécifiquement aux AÉ qui se fondent sur le modèle Transition vers l'indépendance (Transition to Independence (TIP) Model), un cadre mis en œuvre et jugé comme étant prometteur et appartenant aux pratiques axées sur des données probantes (Clark et Unruh, 2010)

LA SCÈNE INTERNATIONALE

Pour faire un état des lieux sur la scène internationale, nous nous sommes reportés à des documents-cadres, des publications, des entrevues et aux délibérations de la réunion d'octobre 2012 intitulée *An International Focus on Youth in Transition: Development and Evaluation of a Mental Health Transition Service Model* (Cappelli et coll., 2012). Notre analyse internationale tient compte seulement de l'expérience de quelques pays anglophones appartenant à l'OCDE.

Abstraction faite d'initiatives récentes menées au Canada par la Commission de la santé mentale du Canada (la Commission) et des politiques en matière de santé mentale en place dans un grand nombre des provinces et des territoires canadiens, le Canada a pris énormément de retard par rapport à d'autres pays de l'OCDE pour ce qui est de l'évolution des politiques et des services axés sur des données probantes.

Australie

L'Australie et son ministère de la Santé et du Vieillissement (Department of Health and Ageing) se situe en tête de peloton dans l'élaboration de politiques et de pratiques qui modifie le cheminement d'utilisation des services par les jeunes manifestant des symptômes précoces de problèmes de santé mentale diagnosticables. Les politiques de

- Les jeunes ont besoin qu'on leur offre des services conviviaux qui sont adaptés à leur culture et à leurs besoins développementaux particuliers. Sur les plans primaire et communautaire, headspace, mis en œuvre par la National Youth Mental Health Foundation, vise à offrir aux jeunes ce genre de services et à améliorer leur accès aux services et aux soins multidisciplinaires dans toute l'Australie.
- Les services spécialisés en santé mentale doivent comporter en complément des services spécialisés en santé mentale qui s'adressent aux jeunes de 12 à 25 ans. Cela permettrait de renforcer le système et d'offrir un volet de soins mieux ciblés en matière de santé mentale, de lutte contre les toxicomanies, de formation professionnelle et de rétablissement. Il conviendrait d'élaborer des approches de rechange de façon urgente et de proposer des réformes fondées sur les données probantes et des valeurs.

(McGorry, 2007)

¹⁴ <http://academicdepartments.musc.edu/psychiatry/research/fsrc/subsites/mstforea.htm>

prévention et d'interventions précoces vigoureuses de l'Australie et les programmes afférents sont en place depuis plus de 15 ans, ce qui situe ce pays en tête de tous les pays examinés (McGorry et coll., 1996). L'Australie a élaboré des pratiques et des programmes de prise en charge de la psychose précoce qui ont été par la suite reproduits à l'échelle internationale. Le pays a aussi adopté récemment, tant à l'échelon des soins primaires que des soins spécialisés, des réformes en matière de santé mentale, des réformes qui comportent notamment des changements de nature à transformer le système de santé mentale pour jeunes. Dans le cadre d'une approche pangouvernementale visant la santé mentale, les initiatives du gouvernement fédéral et celles des gouvernements des États ont été harmonisées en vue d'appuyer la mise en œuvre d'une stratégie en matière de santé mentale pour les jeunes ainsi que d'une stratégie nationale de prévention du suicide (Child Commission for Children and Young People and Queensland, 2011).

Comme au Canada, le partage des compétences entre le gouvernement fédéral et les États est complexe et se reflète dans les systèmes et politiques en place. Le gouvernement national a cependant décidé en 2013 de « réserver » 491,7 millions de dollars, échelonnés sur cinq ans, pour répondre aux besoins en matière de santé mentale des 14 à 25 ans. Ce financement permettra d'élargir la portée des interventions précoces destinées aux adolescents et aux jeunes adultes, et notamment d'offrir, d'ici 2015, le programme *headspace* à 90 endroits répartis dans tout le pays. Le prototype *headspace*, qui est maintenant en place dans toute l'Australie et est présenté comme une initiative de l'ensemble du Commonwealth est le point de contact initial hautement visible et à faible stigmatisation vers lequel peuvent se tourner les jeunes qui connaissent des problèmes de santé mentale. À l'échelle nationale, le programme *headspace* vient en aide à 40 000 jeunes par année (voir l'annexe 5). *headspace* est le meilleur exemple d'un modèle de service spécifiquement destiné aux AÉ. Il répond aux besoins des adolescents et des jeunes adultes (de 12 à 25 ans) ayant des problèmes de santé mentale pouvant être qualifiés de légers à modérés. Une couverture d'assurance pour des services de counselling non médicaux, un niveau élevé de collaboration et un financement opérationnel annuel constituent les fondements de ce modèle. Une version en ligne appelée *eheadspace* est également en place. En outre, MindMatters¹⁵, initiative de promotion de la santé mentale, de prévention et d'intervention précoce ainsi que BeyondBlue¹⁶, programme national de prévention de l'anxiété et de la dépression, existent depuis une décennie.

À l'issue de l'adoption de la Quatrième stratégie nationale en matière de santé mentale de l'Australie, le pays s'est donné des Normes nationales relatives aux services en santé mentale (Commonwealth d'Australie, 2009), lesquelles comprennent des jalons visant la prévention et l'accès au traitement pour les problèmes de santé mentale. (Gouvernement de l'Australie, 2010). Quant au Conseil consultatif australien de prévention du suicide (Australian Suicide Prevention Advisory Council), il se penche sur les questions de morbidité liées à la santé mentale et s'intéresse tout particulièrement aux taux de suicide chez les jeunes et les Aborigènes. Il a publié le rapport susmentionné ayant beaucoup retenu l'attention et a lancé un urgent appel à l'action (Comité permanent de la Santé et du Vieillessement (Standing Committee on Health and Ageing, 2011). Dans la Stratégie nationale de prévention du suicide, l'Australie s'engage à oeuvrer à prévenir le suicide en mettant l'accent sur la promotion, la prévention et l'intervention précoce. Le pays a aussi récemment rendu publique la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Aborigènes et les insulaires des îles du détroit de Torres (National Aboriginal and Torres Strait Islander Suicide Prevention Strategy) (Gouvernement de l'Australie, 2013). Cette stratégie recommande d'accorder la priorité aux recherches sur le suicide chez les jeunes et propose un programme de recherche coordonné et ciblé en collaboration avec les Conseils nationaux de la santé et de la recherche médicale (National Health and Medical Research Councils) et le Conseil de recherche de l'Australie (Australian Research Council). Les résultats en ce qui touche les AÉ sont évalués à l'échelon national.

Dans plusieurs États australiens, en particulier dans les centres urbains, un éventail de services spécialisés est offert aux jeunes de 14 à 25 ans ayant des besoins élevés. Par l'entremise d'Orygen Youth Health (OYH) à Melbourne, un continuum de services de santé mentale a été mis en place. Ce continuum comprend la liaison, le soutien des pairs et de la famille et cinq équipes de soins continus et vise à répondre aux besoins de jeunes chez qui des troubles mentaux particuliers ont été diagnostiqués (voir annexe 5). Ces programmes sont exécutés grâce au concours d'une équipe d'accès pour les jeunes chargée du triage, de l'évaluation ainsi que l'intervention en cas de crise et des services spécialisés pour patients hospitalisés. Un volet de financement spécial a été créé dernièrement dans le cadre du programme *headspace* pour pouvoir offrir des soins spécialisés aux jeunes adultes ayant des besoins élevés et qui sont aux prises plus particulièrement avec une psychose précoce.

Enseignements tirés de l'expérience australienne :

- Les troisième (2003 - 2008) et quatrième (2009 - 2014) Plans nationaux en matière de santé mentale (Commonwealth d'Australie, 2003, 2009), y compris une stratégie pour les jeunes et pour les interventions précoces sont les fondements de la conception de systèmes et de l'élaboration de programmes efficaces (et plus précisément la Fondation nationale en santé mentale pour les jeunes *headspace* (*headspace* National Youth Mental Health Foundation) et comprend des indicateurs de rendement.

¹⁵ www.mindmatters.edu.au

¹⁶ www.beyondblue.org.au

- Des enveloppes de financement « réservé » pour les services de santé mentale spécialisés pour les AÉ sont essentielles.
- Des programmes de pointe peuvent être le résultat d'actions philanthropiques (à la base de *headspace* et d'ORYGEN).
- La participation des jeunes à l'élaboration des politiques, à la conception des systèmes et à la mise en place des processus d'évaluation assure la création de services adaptés aux besoins.
- Les champions nationaux exerçant une influence politique, ayant des liens avec les milieux de recherche et universitaires, et qui sont connus à l'étranger sont ceux qui peuvent être les instigateurs de la transformation du système.
- Pour se concrétiser, les processus de changement font appel au leadership, à la recherche et à la défense des intérêts sur une période qui peut s'étendre sur plusieurs décennies.
- Même si des avancées importantes ont été faites en matière d'élaboration de politiques, de conception de systèmes et de modèles, des données probantes doivent être recueillies pour pouvoir établir leurs résultats.
- La mise en place d'un secteur de services spécialisés destinés aux jeunes adultes exige de trouver des moyens de faciliter la transition en direction ou en provenance de ce secteur.

Nouvelle-Zélande

La Nouvelle-Zélande ne s'est pas laissée dépasser par l'Australie pour ce qui est de l'élaboration d'initiatives nationales en matière de santé mentale visant les enfants, les jeunes et les adultes. Depuis 1998, le document *Blueprint for Mental Health Services* (Plan pour l'élaboration de services en santé mentale) (Commission de la santé mentale de la Nouvelle-Zélande (New Zealand Mental Health Commission), 1998) sert de fondement pour la mise en place dans ce pays d'un système public de soins de santé mentale qui cherche à répondre aux besoins multidimensionnels des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale graves, et ce tout au long de leur vie.

Ces temps derniers, la prévalence importante et croissante à l'échelle nationale de cas de dépression (prévalence considérablement plus élevée que dans d'autres pays partenaires de l'OCDE) et de cas de suicide chez les jeunes a été un sujet de préoccupation chez les Néo-Zélandais. Cette situation a poussé les instances néo-zélandaises à proposer des réformes en matière de politiques et de services pour répondre de façon spécifique aux besoins des adolescents et des jeunes, lesquels constituent le groupe démographique le plus à risque (Ministère de la Santé (Ministry of Health), 2006). Le lancement en 2006 de l'Initiative nationale de lutte contre la dépression a été accompagné de la nomination de coordinateurs régionaux de la prévention du suicide au sein de cinq régions de la santé de district et de la mise en œuvre de projets « sur le terrain ». Cette initiative avait pour objectif de rejoindre les 13 p. 100 des élèves du secondaire qui, de façon générale, souffrent de dépression au moment du coup de sonde et qui, autrefois, n'auraient jamais pu obtenir des services de santé mentale spécialisés (Ministère de la Santé, 2006, 2008, 2009).

Étant donné que l'initiative décrite ci-dessus n'avait pas permis d'atteindre avec beaucoup de succès le groupe démographique à risques élevés des jeunes adultes (plus de 18 ans) aux prises avec une maladie mentale diagnostiquable, une réforme de la santé mentale plus poussée a été entreprise. En octobre 2009, le premier ministre a demandé au Bureau du conseiller scientifique en chef (Office of the Chief Science Advisor) de confirmer la validité scientifique du taux élevé de morbidité sociale associé aux adolescents en Nouvelle-Zélande. En 2011, un rapport rendu public (Conseiller scientifique en chef du premier ministre (Prime Minister's Chief Science Advisor, 2011)), faisait état d'un certain nombre de préoccupations à l'égard de la période où les jeunes passent de l'enfance à l'âge adulte et où apparaissent des problèmes concomitants, notamment la dépression et d'autres problèmes de santé mentale que reflètent le taux élevé de toxicomanies et les risques de suicide. Le rapport formulait des recommandations pour accroître, dans le domaine de la santé mentale des jeunes, le nombre d'approches axées sur la prévention, le développement et les interventions sur la durée. Il recommandait notamment d'accroître les capacités du système à dépister et à traiter les problèmes de santé mentale d'un groupe important de jeunes aux prises avec ces problèmes ainsi que la mise en place à l'échelle nationale de politiques et de programmes afférents à long terme.

Le Projet du premier ministre en matière de santé mentale pour les jeunes (The Prime Minister's Youth Mental Health Project (Key, 2012)) propose des politiques pour une intervention précoce et un programme élargi d'initiatives s'adressant aux jeunes. Ce projet vise à améliorer la santé mentale et le bien-être des jeunes de 12 à 19 ans et s'étendra sur une période de quatre ans allant de 2012 à 2016. Les améliorations proposées comprennent des mesures en vue d'accroître considérablement les capacités à répondre aux besoins des jeunes, des écoles, de la collectivité, des ressources en ligne et des pourvoyeurs de services de santé et de santé mentale pour les jeunes. Ces initiatives ont surtout ciblé les jeunes plutôt que les AÉ de plus de 18 ans. Voici certains exemples d'initiatives particulières :

- suivi assuré auprès des jeunes obtenant leur congé des SEASMT et des services de lutte contre l'alcool et les autres drogues (youth Alcohol and Other Drug (AOD) services);
- programme national de dépistage dans les écoles et les établissements de soins primaires (foyer, éducation/emploi, alimentation, activités, drogues, sexualité, suicide et dépression, sécurité);

- amélioration des services des « carrefours » pour jeunes (Youth One Stop Shops (YOSS));
- recommandation claire en vue de l'adoption d'une approche nationale en vue de réduire la prévalence de la dépression au cours de l'adolescence.

Enseignements à tirer de l'expérience de la Nouvelle-Zélande :

- Des investissements ciblés pour répondre aux besoins urgents qui tiennent compte de la nature des problèmes à régler et s'appuient sur des politiques appropriées peuvent avoir une incidence plus large sur l'ensemble du système pour les AÉ (les taux de dépression et de suicide élevés mis en lumière par les travaux menés ont donné lieu à l'adoption de changements importants).
- Un leadership politique de niveau élevé imprime un élan au mouvement en faveur du changement qui a abouti à la transformation du système (en Nouvelle-Zélande, le leadership est venu du cabinet du premier ministre).
- Aller de l'avant sous la pression d'échéances urgentes et d'objectifs précis peut être un moteur de changement systémique (p. ex. Initiative nationale de lutte contre la dépression (National Depression Initiative) et peut avoir un effet de cascade et produire des avancées dans de nombreux secteurs (dans le cas de la Nouvelle-Zélande, les familles, les collectivités, les écoles, les soins primaires, les services de santé mentale spécialisés, la recherche et l'éducation). Il faut cependant veiller à un relèvement des âges limites des groupes cibles.
- Le fait de cibler les enfants et les adolescents avec certaines initiatives ne signifie pas nécessairement que leurs besoins seront satisfaits lorsqu'ils devront s'intégrer au système des services pour adultes en matière de santé mentale et de toxicomanie.

États-Unis

Aux États-Unis, au cours des 15 dernières années, et à l'issue de la publication du *Surgeon General's Report on Mental Health* (Rapport sur la santé mentale du médecin-chef (Office of the Surgeon General (Bureau du médecin-chef, 1999)), du rapport de la *New Freedom Commission on Mental Health* (Commission de la nouvelle liberté en santé mentale (2003)), et de la *National Strategy for Suicide Prevention* (Stratégie nationale pour la prévention du suicide), (Département (américain) de la Santé et des Services sociaux (Department of Health and Human Services, 2001)), les progrès enregistrés ont été limités à l'échelon des politiques nationales ou du système public en ce qui touche la satisfaction des besoins des enfants, des jeunes en transition et des AÉ.

Plusieurs initiatives ont été menées pour injecter des fonds supplémentaires dans la prestation des services, y compris l'Initiative de transition saine (Healthy Transitions Initiative) en 2009 (par l'entremise de subventions de la SAMHSA)¹⁷ et du projet de démonstration relatif à la transition, mis en œuvre par l'Administration (américaine) de la sécurité sociale (U.S. Social Security Administration's "Youth Transition Demonstration" project ((Bureau de reddition de comptes du gouvernement des États-Unis) United States Government Accountability Office, 2008). Plusieurs États ont reçu du financement ponctuel dans le but d'élaborer des programmes complets de prestation de services, y compris un plan stratégique, des politiques, des mécanismes financiers et d'autres réformes.

De nombreux appels répétés ont été lancés en faveur d'une augmentation des investissements, particulièrement au titre du dépistage et de l'intervention précoce des maladies mentales chez les enfants et les adolescents. Ces appels provenaient de nombreux universitaires et tables de discussion publiques (American Academy of Pediatrics, 2004; The National Advisory Mental Health Council Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment, 2001; US Preventive Services Task Force, 2009) et de la *New Freedom Commission on Mental Health* du président Bush (New Freedom Commission on Mental Health, 2003). L'accueil réservé à ces appels à l'action a été mitigé au niveau de l'élaboration des politiques et de la prestation des services. En fait, on a constaté à l'échelon des États, une diminution totale de près de 1,6 milliard de dollars dans le financement accordé entre 2009 et 2011 (National Alliance on Mental Illness, 2011).

Les États-Unis ont connu un cheminement unique dans l'élaboration d'approches en matière de transition d'un système de santé mentale vers un autre; certaines de ces approches se sont répandues et ont été reprises à l'échelle internationale (p. ex., le programme TIP (Transition to Independence) conçu par Rusty Clarke). Au lieu de s'appuyer sur des politiques comme en Australie et en Nouvelle-Zélande, les avancées aux États-Unis se sont appuyées sur des initiatives nationales pour accroître les capacités par l'entremise d'initiatives spécifiques financées par le gouvernement fédéral et de subventions de recherche et de formation. À titre d'exemple, le National Institute of Disability and Rehabilitation Research, de concert avec SAMHSA, a co-financé deux Rehabilitation Research and Training Centers (Portland State University¹⁸ et Transitions Research and Training Center à UMass¹⁹) pour mener des recherches et des activités d'échange des connaissances dans le but d'améliorer le fonctionnement des rôles

¹⁷ http://www.samhsa.gov/grants/2009/sm_09_008.aspx

¹⁸ Lead by Nancy Koroloff www.rtc.pdx.edu

¹⁹ Lead by MaryAnn Davis <http://labs.umassmed.edu/transitionsRTC/index.htm#sthash.yXNOa1qg.dpbs>

pour ce groupe d'âge. À l'issue du manque constaté de liens entre les services pour jeunes adultes (14 à 25 ans) et les services pour adultes, cinq sites se sont vu accorder en 2002 du financement échelonné sur quatre ans pour qu'ils élaborent et mettent en œuvre des programmes de transition destinés aux jeunes ayant des problèmes mentaux et émotionnels.

Parallèlement, un examen des politiques et des programmes s'adressant aux jeunes financés par les États avec pour objectif de répondre aux besoins des jeunes faisant la transition des services pour adolescents vers les services pour adultes a révélé que ce n'est que dans 37 p. 100 des États qu'il existe un processus obligatoire de planification de la transition pour les adolescents, habituellement de six à 12 mois avant qu'ils cessent de relever des services pour enfants (Davis, Geller et Hunt, 2006; Davis, 2001). Un inventaire des mécanismes de soutien et des services de transition visant les AÉ établi par les États à l'issue de cet examen a indiqué que 75 p. 100 des systèmes de santé mentale pour enfants avaient mis en place des mesures pour préparer la transition vers l'âge adulte, mais que seulement 50 p. 100 des systèmes de santé mentale pour adultes des États offraient des services spécialisés destinés aux jeunes adultes (Davis et coll., 2006).

De la même façon, une étude des modèles d'utilisation des services de santé mentale pour les jeunes en transition et pour les jeunes adultes a mis en lumière un déclin marqué du recours à ces services en s'appuyant sur des données relatives aux admissions aux services hospitaliers, aux services externes et aux services en établissement (Pottick et coll., 2008). Les conclusions de cette étude font ressortir le besoin de ressources réservées pour la planification de la transition ainsi que pour la prise en charge précoce du premier épisode de problème de santé mentale au début de l'âge adulte. Une étude de transition longitudinale nationale a confirmé le besoin d'effectuer un suivi pour un nombre important d'AÉ pour ce qui est de l'emploi, de l'éducation et des taux d'arrestation (Wagner et Newman, 2012).

L'approche Transition to Independence (TIP) est sans doute l'approche la plus intégrée visant les jeunes adultes. Cette approche a profité du financement obtenu pour un projet de démonstration (SAMHSA) dans le cadre de la Partnerships for Youth Transition Initiative (PYT). Le système TIP prépare les adolescents et les jeunes adultes aux rôles futurs qu'ils exerceront à l'âge adulte par l'entremise d'une approche axée sur l'établissement d'objectifs personnalisés et les fait participer à la planification de leur propre avenir tout en leur offrant du soutien développemental ainsi que les services appropriés (voir annexe 5). Le processus TIP a été mis en place par une stratégie d'application des connaissances dans d'autres pays, y compris le Royaume-Uni, et plus récemment le Canada (en Ontario); il s'appuie sur un ensemble de principes et d'outils spécialisés visant l'encadrement de la pratique en ce qui touche les AÉ.

Plusieurs études ont porté sur les expériences et les résultats des jeunes en âge de transition participant à des programmes communautaires (y compris les programmes TIP). D'après l'une de ces études, « sur une période d'inscription de quatre trimestres, les taux de progrès enregistrés chez ces jeunes ont augmenté et leur taux de difficultés a diminué » [traduction libre] (Haber, Karpur, Deschenes et Clark, 2008, p.1).

Enseignements à tirer de l'expérience des États-Unis :

- Des initiatives nationales de recherche et de formation, même si elles jouissent d'un financement pluriannuel provenant du gouvernement fédéral ou d'autres sources, peuvent avoir une incidence minimale sur l'ensemble du système.
- En l'absence d'une politique nationale, le financement d'initiatives particulières, solidement encadrées sur les plans recherche et évaluation dans le but de produire des connaissances, des programmes susceptibles d'être reproduits et des pratiques et des interventions efficaces, est susceptible de mener à des résultats positifs pour les AÉ.
- Accroître les capacités et les compétences par des investissements plus poussés est utile, mais aucune preuve ne permet de croire que cela se répercute sur l'ensemble du continuum de services.
- La création d'un inventaire national de programmes et de pratiques axés sur des données probantes pouvant servir de fondement à l'élaboration de pratiques et de systèmes et améliorer la planification et la prestation des services axés sur des preuves favorise la mise en place de pratiques efficaces.
- Un suivi longitudinal à l'échelle nationale permet de recueillir des données objectives pour l'évaluation des résultats et des éléments de preuve confirmant la nécessité de mettre l'accent sur l'accroissement des capacités et la modification des pratiques.

Royaume-Uni

Au cours des deux dernières décennies, plusieurs initiatives ont été menées au Royaume-Uni dans le but de répondre aux besoins des AÉ au titre des soins cliniques, des programmes, de la recherche, de la conception des systèmes et de l'élaboration de politiques. Voici une liste incomplète de ces initiatives :

- Mise en place, au Royaume-Uni, en 1994, du premier service de prise en charge précoce de la psychose, à l'issue de l'initiative australienne pilotée par Patrick McGorry (Birchwood et coll., 2000). Des innovations conceptuelles ont fini par aboutir à l'adoption d'un cadre stratégique en matière de santé mentale pour le ministère de la Santé (Department of Health)

dans le cadre du NHS *National Plan* (Department of Health, 2000). Le service, qui s'est vu décerner le statut d'initiative « phare », a donné naissance à plus de 125 équipes, réparties dans tout le pays. Cette initiative a aussi été reprise à l'étranger, notamment dans de nombreuses provinces canadiennes.

- Élaboration d'un Continuum national de services en santé mentale (Mental Health National Continuum of Services) (Department of Health, 1999) et d'un plan NHS afférent (Department of Health, 2000), qui met en lumière les occasions de planification et de prestation des services axées sur la collaboration entre CAMHAS et les services pour adultes, en particulier au titre de la prestation de services d'intervention précoce pour les personnes aux prises avec une psychose.
- Élaboration d'un continuum national de services pour enfants et adolescents (National Continuum of Services for Children and Young People) (Department of Health, 2004).
- Conception d'une stratégie de consultation et d'action dans le contexte du programme New Horizons (Nouveaux Horizons) (Ministère de la Santé, 2009), qui comporte la participation de 11 ministères gouvernementaux, des actions précises en matière de planification de la transition et l'élaboration de modèles de services de soins de santé mentale pour adolescents et jeunes adultes. La stratégie insiste sur le besoin de recueillir et de diffuser de l'information sur les modèles de pratiques exemplaires et ensuite de les évaluer.
- Une initiative naissante en ligne et hors ligne d'autonomisation des jeunes du Royaume-Uni (YoungMinds, 2005).
- Une étude de suivi longitudinale approfondie analysant les protocoles, les processus et les résultats relatifs à l'engagement des jeunes qui procèdent à la transition vers le système de santé mentale pour les adultes (O'Brien et coll., 2009; Singh et coll., 2005; Singh et coll., 2008; Singh et coll., 2010).
- Renouveau du programme de transformation en fonction de l'élaboration de la stratégie en matière de santé mentale de 2011 (Department of Health, 2011) et plan de mise en œuvre de 2012 (Department of Health, 2012). Cela comprend un article qui a été commandé et qui décrit les transitions efficaces et qui fixe des résultats précis dans le contexte d'un cadre développemental s'échelonnant sur toute une vie.
- CrAÉtion d'une Direction générale des enfants et des jeunes (Directorate for Children and Young People (DCYP)).
- Élaboration d'une Stratégie en matière de résultats de santé pour les enfants et les jeunes (Children and Young People's Health Outcomes Strategy (Department of Health et coll., 2013; Lewis et Lenehan, 2012), la première stratégie de ce genre s'intégrant au nouveau système de santé et adoptée aux termes de la *Health and Social Care Act 2012* (Loi sur la santé et les affaires sociales, 2012).
- Réorientation des politiques dans le cadre de la réforme du système de santé mentale dans le but d'améliorer l'accès aux thérapies psychologiques (IAPT) pour les jeunes en s'appuyant sur l'action du NICE (National Institute for Health and Care Excellence).

L'accent a été récemment mis au Royaume-Uni sur la mise en place de programmes très visibles sur le terrain qui sont conçus avec le concours des jeunes et sont fondés sur les besoins clairs et très évidents de chaque communauté. La Youth Access Initiative²⁰ est l'initiative dans le cadre de laquelle 165 services d'information, de conseil, de counselling et de soutien (Young People's Information, Advice, Counselling and Support Services (YIACS)) offrent de l'aide aux jeunes de tout le pays. En fait, les YIACS offrent des services à des milliers de jeunes qui ont des besoins en matière de santé mentale et de toxicomanie et qui autrement n'auraient sans doute pas accès à du soutien. Ces centres sont les premiers points de contact pour les jeunes qui ont des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. En outre, un groupe de programmes pour jeunes appelés Connexions reçoit du financement public dans tout le pays pour dispenser des conseils et du soutien professionnels confidentiels aux jeunes de 13 à 19 ans et aux jeunes de jusqu'à 25 ans qui ont une déficience (p. ex., les Centres youthspace et Connexions à Birmingham²¹ et Northhamptonshire²²). D'autres approches sont financées par l'entremise de fiducies locales du NHS comme « Icebreak » à Plymouth²³, « Bridging the Gap » dans le Sussex²⁴ et le projet Right Here²⁵, qui est financé par la fondation Paul Hamlyn et le Mental Health Fund et dont les buts sont de changer la façon dont on répond, au Royaume-Uni, aux besoins en matière de santé mentale des jeunes de 16 à 25 ans.

Enseignements à tirer de l'expérience du Royaume-Uni :

- Des études de suivi longitudinales portant sur les transitions des jeunes (comme l'étude TRACK, Singh et coll., 2008; Singh et coll., 2010) donnent des preuves éloquentes du rendement global des systèmes et du besoin de renouvellement des pratiques. Le programme BRIDGE et les essais contrôlés aIAÉtoires semblables évaluent les résultats de modèles de transition et

²⁰ www.youthaccess.org.uk

²¹ www.connexions-bs.co.uk

²² www.4you2.org.uk

²³ www.thezoneplymouth.co.uk

²⁴ youngpeopleinfocus.fastnet.co.uk/madetomeasure/casestudies/bridging-the-gap

²⁵ www.right-here.org.uk

- Le programme BRIDGE et les essais contrôlés aléatoires semblables évaluent les résultats de modèles de transition et confirment le besoin du renouvellement de la conception des systèmes et des pratiques.
- Pour susciter une adhésion sur le terrain, la planification de la mise en œuvre d'initiatives doit reposer sur des normes ainsi que sur une vision et des cadres stratégiques.
- Le renouvellement du système doit reposer avant tout sur le leadership national des chercheurs cliniciens (à titre d'exemple, le leadership exercé par Max Birchwood, à Birmingham, a fait évoluer dans le monde entier la prise en charge précoce du premier épisode ou de la psychose. Signalons que Birmingham est devenu un incubateur et le lieu privilégié de mise en œuvre de la prochaine vague de modèles de programmes hautement accessibles et visibles sur le terrain conçus avec le concours des jeunes.
- L'engagement des jeunes et de la collectivité est essentiel pour l'élaboration de programmes adaptés aux besoins des jeunes.
- Les fondations privées et la Fiducie du Prince ont grandement favorisé l'engagement des jeunes, ce qui montre bien le rôle utile que peuvent jouer des champions politiques influents ainsi que la puissance des partenariats financiers privés-publics.
- Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) atteste de la valeur d'une culture axée sur les preuves, des cheminements cliniques et des ressources disponibles et prêtes à être exploitées à mesure de l'harmonisation des politiques et du financement.

Irlande

L'initiative Headstrong en Irlande (fondée sur le travail de McGorry et sur l'initiative Headspace en Australie, et mise en œuvre grâce aux dons importants et au leadership des Docteurs Tony Bates et Matthew Hamilton) a réorienté les politiques et les services de santé mentale dans la collectivité sur les besoins des jeunes. En 2006, on a demandé à des milliers de jeunes en Irlande ce dont ils avaient besoin pour répondre à leurs besoins en santé mentale dans leur cheminement vers l'âge adulte. S'appuyant sur les conclusions de ce sondage auprès des jeunes, Headstrong s'est mis à la recherche des modèles de pratiques exemplaires dans le monde entier. Il en est ressorti une initiative appelée *Jigsaw*, qui fait appel aux jeunes, aux pourvoyeurs de services et à toutes les organisations pertinentes à titre de partenaires égaux dans le but de répondre de façon efficace aux besoins en santé mentale des jeunes à l'échelon local (voir annexe 5). Headstrong obtiendra désormais du financement gouvernemental et devra réorienter son action en ce moment axée sur la promotion de la santé mentale, vers la prestation de services cliniques.

Enseignements à tirer de l'expérience de l'Irlande :

- La philanthropie peut être un catalyseur important du changement systémique.
- Les initiatives d'envergure nationale qui sont ensuite mises en œuvre dans les régions peuvent être soutenues par les collectivités et par les jeunes et, par conséquent, se répandre.
- La participation des collectivités et des jeunes à l'élaboration de modèles permet de veiller à ce que ces modèles soient adaptés aux besoins locaux et se traduisent par la mise en place des services et des mesures de soutien également adaptés à ces besoins.
- Avoir recours à des champions internationaux comme source d'inspiration en faveur du changement et pour appuyer l'innovation et la conception de programmes.

RECOMMANDATIONS D'ACTION

Mieux coordonner la collaboration entre les réseaux de services de santé mentale, de santé, de traitement des toxicomanies et autres services pour les personnes de tout âge et fournir des outils et un soutien pour s'y retrouver dans le système. (p. 67)

Les jeunes ayant des troubles mentaux et des maladies mentales graves et complexes doivent affronter des obstacles supplémentaires en ce qui a trait à l'accès aux services, aux traitements et aux formes de soutien intensif. Plusieurs sont laissés pour compte lorsqu'ils deviennent trop âgés pour être servis par le réseau de services pédopsychiatriques. Ils peuvent ne plus avoir accès à ces services qui ne sont pas offerts aux adultes ou ils peuvent en être privés parce que leur transfert vers le système réservé aux adultes n'a pas été bien organisé. (p. 71)

Éliminer les obstacles qui entravent les transitions entre les différents services de santé mentale pour les enfants, les jeunes, les adultes et les aînés. (p. 73) (Recommandation 3.3.5.)

Jusqu'à 70 % des troubles mentaux et des maladies mentales débutent durant l'enfance ou l'adolescence. Jusqu'à trois jeunes sur quatre qui ont un trouble mental ou une maladie mentale n'ont pas recours aux services et aux traitements.

Les enfants qui sont aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale

(suite...)

STRATÉGIE NATIONALE : LA PERSPECTIVE CANADIENNE

Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada (La Commission, 2012) constitue le premier plan aux termes duquel notre pays compte offrir à toute sa population des services de santé mentale adaptés à ses besoins. La stratégie est l'aboutissement de longues consultations menées auprès de l'ensemble des parties prenantes. Cette première stratégie nationale en matière de santé mentale est une initiative importante puisqu'il s'agit d'un cadre pour l'élaboration de politiques aux échelons provincial et fédéral. Jusqu'à sa publication, le Canada était le seul pays industrialisé avancé n'ayant pas de stratégie nationale en matière de santé mentale et de toxicomanie.

Avant la publication du document, la Commission a rendu public un document-cadre fondamental intitulé *Vers le rétablissement et le bien-être, Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada* (la Commission, 2009b). Dans le sous-secteur de la lutte contre la toxicomanie, une stratégie nationale de traitement a vu le jour en 2008 (*Approche systémique de la toxicomanie au Canada* [Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement]), et plus récemment, une stratégie intégrée a été proposée (*Approche systémique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement* [Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013]). Ces derniers documents qui ne sont pas de véritables cadres stratégiques sont le résultat de travaux menés dans le secteur de la lutte contre la toxicomanie.

Plusieurs passages et recommandations d'action de la stratégie nationale renvoient à la notion de « transition » (voir encadré). Les interventions sont de niveau élevé et exigeront l'élaboration de plans de mise en œuvre spécifiques ainsi que d'indicateurs de rendement connexes (comme nous le recommandons dans la section 4).

Le défi consistera à assurer la mise en place d'une approche collaborative, interprovinciale et interministérielle pan-gouvernementale en vue du financement du plan de mise en œuvre de la stratégie, plan essentiel si nous voulons vraiment offrir aux jeunes adultes les mécanismes de soutien et les services dont ils ont désespérément besoin. La répartition actuelle des compétences entre les divers paliers de gouvernement ainsi que l'absence d'une approche nationale et de critères relatifs à l'évaluation des résultats en matière de santé mentale et de toxicomanie n'aident en rien à relever ce défi.

POLITIQUES ET PROGRAMMES PROVINCIAUX/TERRITORIAUX

Là où ils existaient, des documents-cadres pertinents ont été recueillis dans chaque province et territoire et des entrevues ont été menées auprès des responsables de l'élaboration des politiques au sein de ministères clés dans toutes les provinces et dans un territoire. Les renseignements recueillis à l'issue de ces entrevues qui se rapportaient à des politiques, des pratiques, des protocoles et des défis provinciaux ont été exploités. Ces discussions ont permis d'explorer et de confirmer l'état actuel des politiques-cadres provinciales courantes, une importance particulière étant accordée aux transitions et aux AÉ. De façon générale, les personnes interviewées ont exprimé de grandes préoccupations sur ces deux sujets. Bien qu'il ne semble pas exister beaucoup de politiques officielles relatives aux services destinés aux AÉ, ces services suscitent de l'intérêt à divers niveaux. Les entrevues ont permis de recueillir une abondante information dont on a extrait des thèmes clés et des catalyseurs qui serviront de fondement aux efforts futurs en vue de répondre aux besoins des AÉ.

Le partage des compétences et l'âge

De façon générale, certains points communs comme certaines divergences se constatent en ce qui touche l'étendue des compétences des diverses parties prenantes. La question est complexe. Voici quelles sont les conclusions auxquelles nous sommes parvenus à cet égard :

- Dans la majorité des provinces, les compétences en matière de santé mentale des enfants et des adolescents et de santé mentale des adultes relèvent de ministères distincts et la lutte contre la toxicomanie peut ou non relever de ces mêmes ministères.

(...suite) sont beaucoup plus à risque de connaître les mêmes difficultés à l'âge adulte et d'avoir des problèmes de santé et d'autres problèmes sociaux aggravants. Un rapport publié récemment aux États-Unis a évalué à 2 100 milliards de dollars les coûts qui se répercutent pendant toute la vie par suite d'un trouble mental ou d'une maladie mentale survenu durant l'enfance. Au Canada, si l'on tient compte du fait que la population est plus restreinte, cela représente environ 200 milliards par année. (pp. 135-136).

– (tirées de *Changer les orientations, changer des vies* [La Commission, 2012]):

- Dans certaines provinces, c'est le même ministère qui est responsable des services de santé mentale sans égard à l'âge des personnes qui utilisent ces services (Nouvelle-Écosse, Manitoba et Alberta); le plus souvent, ce sont des branches différentes au sein d'un même ministère qui s'occupent du financement et de la gestion des services en matière de santé mentale pour les enfants et les adolescents et des services en matière de santé mentale et de toxicomanie pour les adultes.
- Il existe des différences importantes entre les secteurs de la santé mentale et de la toxicomanie du point de vue de la gestion des politiques et des systèmes.
- En Ontario, les lits pédiatriques pour soins actifs de haute intensité sont financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Or, le ministère ne finance pas les traitements cliniques communautaires.
- Même dans les provinces où les services de santé mentale pour enfants, pour adolescents et pour adultes sont financés par le même ministère (Colombie-Britannique, Île-du-Prince-Édouard et Nouvelle-Écosse), des enveloppes de financement existent. Différents pourvoyeurs de services de santé mentale, régis par des accords de reddition de comptes et de financement distincts, gèrent séparément les services secondaires et tertiaires destinés aux enfants et aux adultes.
- Presque toutes les provinces comptent maintenant des régies régionales de la santé (RRS). Ces organismes administrent, financent et gèrent, à l'échelle locale, les services de santé dans des régions géographiques données (p. ex, il existe 12 RRS en Saskatchewan, 14, en Ontario et 18, au Québec). Dans d'autres provinces, les RRS sont responsables des services en matière de santé mentale et de toxicomanie pour adultes et des services de santé primaires tout au long de la vie, mais pas des services de santé mentale et (ou) des services de toxicomanie pour les enfants et les adolescents. Ces services relèvent souvent d'un ministère distinct qui a sa propre structure de régions de services (en Colombie-Britannique, il s'agit du ministère du Développement de l'enfance et de la famille (Ministry of Child and Family Development), au Nouveau-Brunswick, du ministère du Développement social et en Ontario, du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, bien que la plupart des services hospitaliers soient financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée). Dans certaines provinces, il existe donc une scission entre les services en matière de santé mentale et de toxicomanie pour enfants et pour adolescents et le financement des services de santé de base, ce qui peut être vu comme une façon de marginaliser le secteur des SEASMT et de créer des obstacles à la planification et à la conception de systèmes de santé tout au long de la vie.
- L'Alberta, pour sa part, est revenue à une structure de gestion centrale et a créé une seule super-régie régionale de santé, les Services de santé de l'Alberta (Alberta Health Services (AHS)), comptant cinq subdivisions géographiques recevant un financement à partir du centre pour la prestation des services de santé.
- Dans la plupart des provinces, l'âge limite pour le passage des SEASMT aux SASMT est fixé à 18 ou 19 ans. Il existe certaines divergences en fonction des ministères visés. À titre d'exemple, les jeunes qui reçoivent des services de santé mentale et qui sont de jeunes délinquants peuvent continuer de recevoir ces services et des services en matière de toxicomanie jusqu'à qu'à leur probation ou jusqu'à ce qu'ils aient purgé leur peine (ce qui peut être au-delà de leur 19^e anniversaire). Il peut exister des circonstances (comme ce peut être le cas en particulier en Colombie-Britannique, au Manitoba, au Québec et au Nouveau-Brunswick) aux termes desquelles un jeune continuera de recevoir des SEASMT au-delà de l'âge de 18 ans si des problèmes cliniques particuliers et des problèmes concomitants se présentent et accroissent les risques auxquels est confronté un jeune ainsi que sa vulnérabilité. Les politiques ne reflètent cependant pas cette situation. De façon générale, aucun jeune s'adressant aux SEASMT après son 19^e anniversaire ne serait accepté, à moins qu'un programme de transition pour son groupe d'âge soit en place (ces programmes sont cependant rares à l'heure actuelle).
- Le Manitoba constitue une exception parmi les provinces puisque la transition vers les services pour adultes s'effectue à 21 ou 22 ans pour favoriser une meilleure fluidité dans l'accès aux traitements et aux services.
- Dans certaines régies régionales de santé (p. ex., à Laval, au Québec), d'importants efforts sont consentis pour adapter les services au niveau clinique pour qu'ils répondent aux besoins des jeunes adultes et pour éviter que ceux-ci soient forcés de changer de système à l'âge de 18 ans. Aucune politique n'existe cependant en ce sens. Au Nouveau-Brunswick, les régies de santé sont responsables des services de santé mentale tout au long de la vie et s'appuient sur des modèles de prestation de services communautaires solides, et cela depuis la mise en œuvre des réformes préconisées dans le rapport McKee (2006).
- Dans de nombreuses provinces (dont le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Ontario), le décalage entre les besoins des jeunes de 16 à 18 ans et les services qui leur sont offerts suscite beaucoup d'inquiétude. Les pourvoyeurs de services pour enfants et pour adolescents n'offrent pas les services voulus. Les enfants relevant des services d'aide à l'enfance peuvent continuer de recevoir les services auxquels ils avaient droit. Dans certaines provinces, les jeunes reçoivent des services médicaux dans le système pour adultes à compter de l'âge de 16 ans alors que certains hôpitaux pour enfants continuent d'offrir des services de santé mentale. Cette situation crée de la confusion et complique les choses pour les jeunes qui ont des problèmes de santé mentale et des maladies concomitantes du fait qu'ils ne peuvent pas obtenir tous les soins dont ils ont besoin au même établissement. Exemple parfait de cette absence de continuité dans les services, l'on ne sait trop si ce sont les services de santé mentale pour enfants ou pour adultes qui sont chargés d'offrir aux jeunes

les services dont ils ont besoin au cours de la transition d'un système vers l'autre, cette transition survenant à des âges différents en fonction des provinces, les ressources étant inégales après l'âge de 16 ans. Dans les Territoires du Nord-Ouest, des accords qui exigeront des amendements législatifs se proposent de reporter à 24 ans la transition des jeunes vers le système de services pour adultes.

Contexte entourant l'élaboration de politiques relatives aux transitions et aux adultes émergents

La plupart des provinces et des territoires ont élaboré, ou sont sur le point d'élaborer, une stratégie convaincante en matière de santé mentale et de toxicomanie. Nombre de provinces ont déjà adopté un plan ou une stratégie en vue de la réforme du système qui est assorti d'un plan d'action ou d'une stratégie de mise en œuvre prévoyant des objectifs précis ainsi que des indicateurs de rendement devant faire l'objet d'une évaluation annuelle.

Dans certains cas, ces plans ou stratégies traitent des transitions au cours de la vie, notamment de la transition de l'adolescence à l'âge adulte et de la transition de l'âge adulte à la vieillesse (voir annexe 1). Dans certaines provinces, les stratégies visant les enfants et les adultes sont distinctes au lieu d'être intégrées (comme en Ontario et en Colombie-Britannique). De nombreuses provinces ont accordé la priorité à la santé mentale des enfants et n'ont pas inclus aux services dans ce domaine, des services de toxicomanie, malgré la prévalence de troubles concomitants. L'annexe 1 présente de nombreuses initiatives policières de lutte contre la toxicomanie. De façon générale :

- La santé mentale des enfants et des jeunes, y compris les approches en matière de prévention, de résilience et d'intervention précoce, constitue un domaine prioritaire général dans tous les documents-cadres provinciaux, mais peut ne pas figurer dans des plans d'action connexes. Selon les définitions dans l'ensemble du pays, les politiques relatives aux « enfants et aux jeunes » viseraient les personnes ne dépassant pas l'âge de 18 ans.
- Aucune référence précise n'est faite dans les documents-cadres aux « adultes émergents » ou aux « jeunes en âge de transition », même si c'est à cette étape clé du développement de la personne qu'on considère de façon générale que les troubles mentaux graves se manifestent pour la première fois. Plusieurs documents soulignent l'importance de transitions libres d'obstacles tout au long de la vie, mais il existe peu de plans d'action ou de mesures en vue de faciliter ces transitions.
- Des données recueillies lors d'entrevues et les stratégies provinciales indiquent que de nombreuses provinces, « sont sur le point » de considérer le groupe des AÉ comme un groupe prioritaire étant alarmées par le taux de suicide chez les jeunes, par l'augmentation de la prévalence de la maladie mentale, par l'âge de manifestation des troubles mentaux et par les problèmes auxquels sont confrontés les jeunes lorsqu'ils entrent dans l'âge adulte. Il est souvent question dans les analyses des « jeunes », mais comme l'âge de ces jeunes n'est pas précisé, il faut généralement présumer que l'on parle de jeunes de moins de 18 ans, ce qui exclut de ce groupe un nombre important d'AÉ.

Aucune province ni aucun territoire ne semblent calculer en ce moment, sur une vie entière, les investissements nécessaires dans le continuum des services ou chercher à établir le coût ou les avantages à long terme de l'amélioration du système pour qu'il soit adapté aux besoins des AÉ. De la même façon, les données portant sur l'accès, les listes d'attente, l'utilisation et le désengagement ne sont ni recueillies à l'heure actuelle ni ne sont disponibles alors qu'il serait nécessaire qu'elles le soient pour servir de points de référence pour l'évaluation du rendement, le renouvellement du système, l'amélioration de la qualité et l'évaluation des résultats.

Des cadres stratégiques et des plans d'action sont « en cours d'élaboration », mais leur mise en œuvre à l'échelon local manque d'uniformité. Les instances de santé locale n'ont pas nécessairement toutes accordé la priorité aux besoins des AÉ. Les politiques qui ciblent de façon spécifique les jeunes et les transitions tout au long de la vie ne comportent pas le plus souvent de paramètres d'évaluation (sauf au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse (où des normes existent)). Dans certaines provinces, des protocoles de transition ont constitué des points de départ tandis que dans d'autres, l'action résulte de l'effet produit par d'autres catalyseurs.

La plupart des représentants provinciaux que nous avons interviewés ont dit sérieusement s'inquiéter du sort des AÉ et sont de plus en plus conscients de la complexité de la transition des SEASMT vers les SASMT. Ces représentants comprenaient que plusieurs ministères doivent collaborer aux fins de la planification des transitions et ont décrit cette collaboration comme un « défi de taille » compte tenu de l'importance de ce groupe démographique dans les provinces et les territoires (jusqu'à 20 p. 100 des AÉ).

De nouvelles preuves s'accumulent à l'égard de la prévalence croissante de la dépression et de l'anxiété dans le groupe démographique des 16 à 25 ans (CAMH, 2014). Le chômage chronique chez les jeunes, l'accroissement des idées suicidaires, la prévalence de la toxicomanie et le manque de résilience des jeunes Canadiens sont également des sources de vive inquiétude.

Lignes directrices et protocoles provinciaux relatifs à la transition

De nombreuses provinces ont élaboré des cadres stratégiques et des protocoles relatifs à la transition s'appliquant aux enfants et aux jeunes ayant des « besoins spéciaux » qui entrent dans l'âge adulte. La transition en question est habituellement de l'école secondaire vers un établissement postsecondaire. L'accent est d'ordinaire mis sur les jeunes ayant des déficiences intellectuelles, des problèmes de santé physique complexes et des maladies chroniques. Plusieurs de ces protocoles précisent que la participation à la transition des services de santé mentale pour adultes doit être « pertinente ou appropriée », mais très peu d'information n'est donnée sur les rôles et les outils à leur disposition à cet égard. Aucune ressource précise à l'appui des transitions n'est mentionnée, sauf pour ce qui est de quelques nouvelles initiatives à l'appui de la transition des jeunes qui cessent d'avoir accès à des services (p. ex., Connected by 25 en Colombie-Britannique et l'initiative Youth in Transition, en Ontario).

Le Manitoba a ouvert la voie en élaborant des protocoles de transition pour les jeunes ayant des besoins complexes et spéciaux dont se sont inspirées d'autres provinces (Alberta et Colombie-Britannique). Des protocoles relatifs aux transitions sont en place au Manitoba depuis plus longtemps que dans toute autre province (Enfants en santé Manitoba, 2008). Les protocoles existent pour encourager et favoriser la collaboration et s'accompagnent du financement voulu pour leur mise en œuvre. Les pourvoyeurs de services pour enfants et les pourvoyeurs de services pour adultes sont tenus de commencer à discuter du cas d'un adolescent dès que celui-ci atteint l'âge de 15 ans. Le protocole explique de façon générale comment les travailleurs du secteur des services pour enfants et pour adolescents doivent collaborer avec les travailleurs des services pour adultes, la façon de répondre aux besoins du jeune adulte en matière de logement et d'emploi et les circonstances particulières qui justifient la mise en place de comités de transition. Il n'existe pas de protocole spécifique visant la transition de la clientèle générale des SEASMT. Cette clientèle est plutôt visée par la politique générale. Il est prévu que les services pour adultes en matière de santé mentale participent à l'« évaluation de l'admissibilité aux services » et à la « prestation des services selon les besoins ».

En Colombie-Britannique, un Protocole interministériel de planification de la transition des jeunes ayant des besoins spéciaux (*Cross-Ministry Transition Planning Protocol for Youth with Special Needs* (Gouvernement de la Colombie-Britannique, 2009) a été élaboré, y compris un accord conclu entre neuf ministères relativement aux rôles et aux mécanismes de soutien pour favoriser la transition vers les services pour adultes des adolescents ayant des besoins spéciaux.

Dans l'ensemble du Canada, les responsables de l'élaboration des politiques nous ont dit que bien que ces protocoles soient en place, leur mise en œuvre à l'échelle régionale est loin d'être assurée. Certaines régions régionales de santé se sont particulièrement employées à mettre au point des protocoles permettant d'assurer la mise en place des processus de transition voulus, mais ces processus ont eu tendance à ne viser que le transfert institutionnel d'une centre pédiatrique régional vers un établissement de santé mentale pour les adultes dans la même région (p. ex., Capital District Health Authority à Halifax, HS; Le Hospital for Sick Children, à Toronto, a élaboré le programme de transition G2G [Good to Go] qui est assorti des outils et des protocoles afférents. Le RLISS Champlain, en Ontario, qui, plus tôt dans ce document, a déjà été donné comme un exemple est un protocole ainsi qu'un processus de gestion collaboratif de la transition qui a accru l'engagement (The Ottawa Transitions Project); or, l'absence de capacités dans le système de santé mentale pour les adultes est une grande source d'inquiétude du fait que cette absence décourage les jeunes de continuer à recevoir des services de santé mentale.

De nombreuses lignes directrices provinciales sur la planification de la transition sont axées sur la transition vers un autre système des jeunes ayant des besoins spéciaux qui proviennent du système scolaire (Secrétariat pour l'enfance et la jeunesse du Manitoba, 1999; Ministère de l'Éducation de la Nouvelle-Écosse, 2005; Ministère de l'Éducation de la Saskatchewan, 2001). En Alberta, le rapport du Comité consultatif de la transition des jeunes ayant des déficiences (*Transition Framework for Youth With Disabilities*) a été publié en 2003 et a abouti à l'élaboration du Protocole de planification de la transition des jeunes ayant des déficiences (2007). Les Services de santé de l'Alberta (Alberta Health Services), la branche de prestation de services du ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta (Alberta Health and Wellness ministry, responsable de l'élaboration des politiques) a créé un groupe de travail qui conçoit actuellement des normes et des protocoles relatifs à la santé mentale et aux transitions.

Malgré l'élaboration en cours de protocoles interministériels provinciaux, il est bien évident que leur mise en œuvre est inégale.

En Colombie-Britannique, par exemple, les régions régionales de la santé et les régions du ministère du Développement de l'enfance et de la famille (Ministry of Children and Family Development) ont conclu des protocoles en 2002. Si ces protocoles sont de façon générale uniformes, certains présentent des divergences. En outre, une évaluation de l'efficacité des accords-protocoles sur la transition en matière de santé mentale (2002) a abouti à la conclusion qu'il fallait poursuivre le travail en vue de l'élaboration de protocoles futurs.

Le Nouveau-Brunswick a une équipe de transition régionale en place qui s'occupe du cas des enfants et des adolescents ayant des besoins mentaux et autres besoins complexes. Il existe dans cette province un processus bien établi permettant de soumettre à une instance supérieure les cas d'enfants ayant des besoins de santé mentale complexes qui ne peuvent pas être satisfaits : ces cas sont d'abord soumis à une table régionale de cliniciens et de décideurs supérieurs, et s'il est impossible de trouver des solutions collaboratives à l'échelon local, ces cas sont soumis à une table provinciale.

Le récent Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick (2011–2018) comporte une mesure de suivi portant la création d'un processus interministériel de gestion de cas pour assurer une continuité des services à toutes les personnes aux prises avec une maladie mentale (1.1.3). Ce modèle de services devait permettre de répondre, avant l'échéance de 2013, aux besoins très particuliers de 400 jeunes à l'étape de la transition vers l'âge adulte (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2011). Cette approche intégrée de prestation de services est en cours de mise en œuvre et évaluée actuellement dans les écoles de la province et cette mise en œuvre s'accompagne d'un soutien multiministériel et de tout un éventail de services offerts dans le milieu scolaire.

La Nouvelle-Écosse est la seule province s'étant dotée de normes spécifiques relatives à la prestation des soins de santé mentale. Elle a aussi dernièrement établi des indicateurs pour l'évaluation et la reddition de comptes pour le processus de transition (Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, 2009). À Halifax, centre provincial pour les services spécialisés, l'IWK Pediatric Hospital et le Capital Health Centre ont élaboré des lignes directrices, des protocoles et des outils spécifiques visant la transition des jeunes vers les services pour adultes. Ces lignes directrices comprennent un diagramme relatif au processus de transfert des soins (voir Annexe 6), des protocoles pour les cas complexes et des « principes directeurs » (Hennen et coll., 2012).

Malgré le besoin très clair de processus, de protocoles, de soins et de mécanismes de soutien pour faciliter les transitions, aucune province n'a accepté le principe voulant que les soins de transition soient des services de base pour les jeunes. Les obstacles entravant les transitions réussies sont bien connus. La mise en œuvre de protocoles de transition constitue un processus complexe. On semble continuer de vouloir recueillir des données pour justifier le besoin de ces protocoles au lieu de recueillir des données sur les façons de faire en sorte que ces protocoles soient mis en œuvre avec efficacité et donnent de bons résultats pour les jeunes.

Des protocoles et des processus de transition ayant fait leurs preuves dans les provinces et les enseignements tirés de l'expérience du Royaume-Uni en ce qui touche les protocoles de transition sont intégrés aux recommandations formulées à l'intention des provinces et des régions (voir annexe 4).

Les catalyseurs de la réforme des politiques

L'examen des politiques provinciales et territoriales se rapportant aux transitions dans l'ensemble du Canada fait ressortir l'existence d'initiatives et d'actions menées par certaines provinces et qui sont considérées comme des vecteurs faisant évoluer de façon efficace les politiques dans le sens de la satisfaction des besoins des AÉ. Certaines de ces stratégies, en particulier lorsqu'elles cadrent avec des conclusions des analyses internationales, sont rappelées ci-dessous.

Champions de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques : Plusieurs provinces ont nommé un responsable ou un commissaire pour la santé mentale des enfants et des jeunes (comme l'agent principal des services de santé mentale et de toxicomanie de l'Île-du-Prince-Édouard (Chief Mental Health and Addictions Officer), un conseiller en matière de santé mentale (conseiller spécial en matière de santé mentale en Nouvelle-Écosse) ou un responsable de la mise en œuvre de la stratégie en matière de santé mentale (la Saskatchewan, par exemple, a nommé un commissaire qui est chargé de conseiller le ministre et de travailler avec un comité à surveiller l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan interministériel).

Appel à l'action découlant d'une priorité urgente : Dans plusieurs provinces, un enjeu de santé mentale ayant suscité beaucoup d'intérêt et exigeant une intervention urgente a donné lieu à l'adoption d'un certain nombre de politiques. Comme nous l'avons indiqué lorsque nous avons analysé l'expérience de la Nouvelle-Zélande, c'est l'inquiétude suscitée par le taux de suicide élevé chez les jeunes, et en particulier chez les jeunes Autochtones, qui a poussé certaines provinces à se doter d'une stratégie de prévention du suicide. En Colombie-Britannique, par exemple, *Strengthening the Safety Net: a report on the suicide prevention, intervention and postvention initiative for BC* (Renforcer le filet de sécurité : rapport sur l'initiative de la Colombie-Britannique en matière de prévention du suicide, d'intervention et de postvention, (Joshi, Damstrom-albach et Ross, 2009)) a mis cet enjeu à l'avant-scène. Les Territoires du Nord-Ouest et l'Alberta ont également élaboré des stratégies provinciales spécifiques de prévention du suicide (Alberta Mental Health Board, 2009; Gouvernement du Nunavut, 2011). En Saskatchewan, la prévention du suicide a été identifiée comme une priorité et une partie du Plan annuel du ministère de la Santé y est consacrée (Ministère de la Santé et des Soins de santé (Ministry of Health and Healthcare System, 2014)). En Alberta, la Stratégie de prévention du suicide de 2006 (2006 Suicide Prevention Strategy) (mise à jour en 2009) a entraîné l'adoption de nouvelles politiques ainsi que la création d'un projet intitulé Pathways for Depression (Surmonter la dépression)²⁶. Le Plan de prévention du suicide chez les jeunes de l'Ontario a été lancé à l'automne 2013, mais n'a pas été rendu public puisque les initiatives de prévention du suicide et d'intervention précoce ont été intégrées à la Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances (2011), axée sur les enfants, les jeunes et, plus récemment, sur les jeunes en transition vers les services pour adultes (Ministère de la Santé, stratégie élargie en 2014).

Au Nouveau-Brunswick, les pressions exercées et les inquiétudes exprimées par le Défenseur des enfants et de la jeunesse relativement à la situation des enfants ayant des besoins complexes (voir le rapport *Connexions et déconnexion*, Défenseur des enfants et de la jeunesse, 2008) de même que la réponse au Rapport Ashley Smith (Défenseur des enfants et de la jeunesse,

²⁶ <http://www.albertahealthservices.ca/7538.asp>

2008) ont retenu l'attention des décisionnaires. Par la suite, le gouvernement a publié *Réduire les risques, répondre aux besoins : S'adapter à la situation des enfants et des jeunes à risque ou ayant des problèmes très complexes* (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2009) qui proposait des modèles de services intégrés possibles pour les enfants et les jeunes.

Au Québec, le *Plan d'action en santé mentale* (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2005) a mis l'accent sur les moyens d'assurer un accès équitable aux soins primaires et autres services complémentaires pour tous les Québécois. Le plan indiquait le nombre de services de soins primaires et complémentaires en santé mentale pour enfants et pour jeunes devant être financés par 100 000 habitants. Au moment du lancement de cette politique, rectifier l'inégalité en matière d'accès aux soins primaires était vu comme une intervention urgente. Le plan pour 2013-2020 mettra l'accent sur les directives liées à l'accès aux services cliniques axées sur des données probantes pour les enfants et les jeunes ainsi que sur les mécanismes de soutien et les protocoles d'application obligatoire devant être suivis durant la transition.

Families Matter: a Framework for Family Mental Health in British Columbia (Les familles, c'est important : Cadre pour la santé mentale des familles en Colombie-Britannique (Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2012)) est un document-cadre qui traite des éléments fondamentaux de la promotion de la santé et de la prévention des maladies dans la perspective familiale; le document-cadre résulte des pressions importantes exercées pour que la province se dote d'une politique en la matière par F.O.R.C.E.²⁷ Society for Kids' Mental Health, groupe de défense des familles.

Beaucoup d'attention est accordée à l'heure actuelle aux jeunes adultes fréquentant des établissements postsecondaires ainsi qu'à leur vulnérabilité à l'égard du suicide et de l'apparition de problèmes de santé mentale. En Colombie-Britannique, l'Initiative Healthy Minds, Healthy Campuses²⁸ vise ce groupe démographique. En Ontario, le Jack Project a accru la sensibilisation à ces enjeux. Une initiative en deux temps a aussi été récemment annoncée dans cette province en vue de répondre aux besoins des étudiants de niveau postsecondaire aux prises avec des problèmes de santé mentale. Cette initiative est financée par le ministère de la Formation et des Collèges et Universités (MFCU) qui appuie aussi la mise en œuvre dans 11 universités et collèges de projets ayant généralement pour objet de diriger les étudiants vers les ressources disponibles. Or, comme nous l'avons déjà fait observer, ces ressources ne répondent qu'en partie seulement aux besoins des AÉ. Ces investissements s'inscrivent dans le cadre d'initiatives provinciales et ressortent d'enveloppes de financement précises (p. ex., en Ontario, les investissements du MFCU sont liés à la Stratégie de santé mentale pour les enfants et les adolescents faisant partie de la Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances).

Modèles des services obligatoires : Certaines provinces ont établi des directives à l'issue de l'adoption de politiques; des services sont par conséquent assurés dans l'ensemble de la province. En vertu de ces directives, certains programmes sont essentiellement tenus d'être offerts dans toutes les régions de santé.

À titre d'exemple, l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'intervention précoce en cas de psychose se sont appuyées sur ce genre de directives dans plusieurs provinces. Même si ces directives n'ont pas été adoptées partout au Canada au même moment, de telles directives ainsi que des normes de service et des exigences de conformité s'appliquent à ces programmes en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique.

Des programmes de prévention universels fondés sur des directives-cadres ont été mis en œuvre dans le but d'accroître la résilience des AÉ et de répondre le plus tôt possible à leurs besoins. Voici des exemples de ce genre de programmes :

- Mise en œuvre en Colombie-Britannique de Friends for Life³⁰ dans toutes les écoles des districts scolaires et dans les écoles des Premières Nations);
- Mise en œuvre en Alberta du programme Mindmatters dans l'ensemble du secteur de l'éducation;
- Mise en œuvre au Manitoba de Racine de l'empathie³¹, Semailles de l'empathie³¹, Paths to Pax³³ et, à l'heure actuelle, un essai contrôlé aléatoire visant la mise en œuvre de Triple P Parenting³⁴ qui cherche à créer des facteurs de prévention pour l'anxiété, la dépression et le suicide.

Plusieurs provinces ont adopté des directives-cadres et prévu le financement nécessaire à la mise en œuvre d'approches cliniques de type communautaire, ces approches accordant souvent moins d'importance au critère de l'âge pour se préoccuper davantage de l'accès aux soins primaires et aux services de santé mentale (visant de façon générale les problèmes de santé mentale légers ou modérément graves). Le modèle clinique a été créé pour les jeunes de la Colombie-Britannique (vivant surtout dans des

²⁷ Families Organized for Recognition and Care Equality

²⁸ <http://healthycampuses.ca>

²⁹ www.thejackproject.org

³⁰ http://www.mcf.gov.bc.ca/mental_health/friends.htm

³¹ www.rootsofempathy.org

³² www.seedsofempathy.org

³³ <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-center-for-prevention-and-early-intervention/Paths/index>

³⁴ www.triplep.net

régions urbaines où les besoins et la marginalisation sont marqués), pour les services de santé mentale tout au long de la vie au Nouveau-Brunswick et pour les soins primaires et la santé mentale au Québec (Centre de santé et de services sociaux [CSSS]) pour les personnes dont les besoins de santé mentale sont légers ou modérés). L'Alberta a récemment financé l'initiative des cliniques de soins pour la famille (Family Care Clinic initiative), y compris des centres de soins de santé comportant des volets de santé mentale qui sont dirigés par des infirmières praticiennes. On fait actuellement l'essai de ces cliniques dans diverses collectivités de la province et auprès de populations vulnérables.

Au Manitoba, le système d'accès aux services de santé et aux services connexes comporte également un guichet unique au sein des centres de services de santé régionaux et sous-régionaux, lesquels offrent également des cliniques pour adolescents ainsi qu'un aiguillage vers les services de santé mentale tout au long de la vie.

Programme de réforme provincial : Des réformes importantes ont découlé de la publication de *Vers l'avenir ensemble : Un système transformé de santé mentale pour le Nouveau-Brunswick* (McKee, 2009), ce document témoignant de la réorientation du système vers les interventions communautaires conformes au modèle axé sur le rétablissement. Il en a résulté des directives-cadres novatrices pour les secteurs de la santé mentale pour les enfants et les adolescents ainsi que pour les adultes. Voici certains des éléments de cette initiative :

- un « plan d'action » clair comportant des échéances et des objectifs précis;
- des services de traitement en établissement pour les enfants et les adolescents aux prises avec des troubles de santé mentale graves;
- un nouveau modèle multidisciplinaire de prestation de services pour les jeunes à risque;
- élargissement dans toute la province des services de prise en charge précoce de la psychose;
- prestation intégrée des services dans les écoles; et
- équipes de traitement de troubles concomitants chez les jeunes.

Collaboration publiques/privées : La Fondation Graham Boeckh (GBF), à Montréal, a piloté l'initiative de Recherche transformationnelle sur la santé mentale des adolescents (Transformational Research in Adolescent Mental Health (TRAM))³⁵. Il s'agit d'une initiative financée conjointement par les Instituts de recherche en santé du Canada et la GBF (chaque partenaire contribuant 12,5 millions de dollars à la mise en œuvre de l'initiative sur une période de cinq ans). L'initiative permettra d'établir sur quelles pratiques éprouvées peut s'appuyer un réseau pancanadien voué à répondre le mieux possible aux besoins en santé mentale des adolescents et des jeunes adultes grâce à la conception de programmes novateurs et transformationnels.

Laing House, à Halifax, est une autre organisation créée à l'instar de citoyens privés qui est maintenant financée au moyen de fonds publics et privés. Cette organisation offre du soutien psychologique et du soutien par les pairs aux jeunes de 16 à 30 ans aux prises avec des problèmes de santé mentale. À Toronto, Stella's Place commence à lever des fonds pour pouvoir ouvrir un centre qui offrira des services cliniques étendus aux adolescents aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. Fait à noter, ces initiatives et ces programmes doivent leur existence aux efforts d'adolescents ayant des problèmes de santé mentale et à leurs familles.

Initiatives provinciales/territoriales

Il ressort de l'analyse des politiques et des travaux de recherche ainsi que des entrevues menées auprès de responsables provinciaux et territoriaux qu'un certain nombre d'initiatives méritent une attention plus poussée et peuvent servir de fondement aux recommandations que nous formulons dans la section 4 de ce document.

Désignation du groupe démographique prioritaire : Dans certaines provinces et dans toutes les régions de santé, une attention particulière est accordée aux jeunes adultes en réaction aux besoins qui se manifestent clairement au sein de ce groupe démographique et aussi à la priorité qui lui a été accordée dans divers documents-cadres provinciaux. En Ontario, par exemple, chacun des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) doit préciser les domaines exigeant des interventions prioritaires dans un Plan de services de santé intégrés. À l'heure actuelle, trois RLISS mettent en œuvre des initiatives visant à répondre spécifiquement aux besoins en santé mentale des jeunes en âge de transition, ce groupe démographique étant considéré par ces réseaux comme étant prioritaire. La description de ces initiatives figure à l'annexe 7.

Élaboration de modèles de programmes : un certain nombre de responsables provinciaux confirment l'existence d'un décalage entre les services et les programmes auxquels les enfants ont accès dans le secteur des SEASMT et le secteur des SASMT. Cette situation contribue à expliquer le désengagement des jeunes qui soit ne sont pas aiguillés vers les services voulus, soit ne se voient pas offrir des services appropriés par le secteur des services pour adultes.

³⁵ www.tramcan.ca

Plusieurs initiatives et programmes collaboratifs sont dignes de mention. Les très rares programmes canadiens ayant été conçus pour répondre aux besoins des AÉ ont déjà été mentionnés dans cette section du document (p. ex., Inner City Youth Mental Health Team, Vancouver, C.-B.; First Episode Mood and Anxiety Program, London, Ontario). D'autres initiatives et programmes sont actuellement en cours d'élaboration dans une province ou l'autre et sont souvent le résultat de pressions exercées par les familles et de collectes de fonds auprès de donateurs privés (p. ex. Stella's Place et Slight Centre for Youth in Transition du CAMH, en cours d'élaboration à Toronto, Ontario). Par ailleurs, certaines initiatives ou programmes peuvent offrir du soutien psychosocial ou communautaire sans pour autant proposer une évaluation clinique globale ou de traitements comme tels (ex. Laing House, à Halifax, en Nouvelle-Écosse; Staying Connected Mental Health Project, Halifax, en Nouvelle-Écosse; Youth in Transition Workers, Ontario; Youth Wellness Clinic, Hamilton, Ontario; LOFT, Toronto, Ontario; Y Connect, North York, Ontario; Connect by 25, Colombie-Britannique; Land-based Healing Program, Première Nation Kwanlun Dun, Whitehorse, Yukon; Choices for Youth – Bridging the Gap program, St John's, Terre-Neuve; La Maison Dauphine, Québec, Québec).

On ne peut donner que des exemples de programme isolés qui offrent des services de base destinés aux AÉ qui sont volontairement conçus pour plaire aux jeunes et répondre à leurs besoins en matière de soutien clinique et psychosocial. Il n'existe aucun programme modèle au Canada qui réponde aux besoins multidimensionnels des AÉ.

Interventions collaboratives et intersectorielles : Plusieurs initiatives interministérielles ont été menées dans le but d'élaborer des politiques et des protocoles collaboratifs intersectoriels et d'appuyer la mise en place d'interventions collaboratives locales pour faciliter les transitions d'un système de santé mentale à l'autre et pour répondre aux besoins particuliers des AÉ.

Plusieurs provinces ont constitué des tables interministérielles comptant des représentants de haut niveau et des conseillers pour faciliter les interventions horizontales. Parmi ces initiatives, mentionnons les suivantes :

- La Colombie-Britannique a mis sur pied un comité de planification des interventions provinciales en matière de santé mentale et de toxicomanie. Ce comité compte des responsables des services de santé mentale et de toxicomanie, les directeurs régionaux des régies de santé et des représentants du ministère de la Santé (Ministry of Health) et du ministère de l'Enfance et du Développement des familles (Ministry of Child and Family Development).
- La Saskatchewan a créé une approche horizontale intégrée de haut niveau pour l'examen des enjeux prioritaires en matière de santé mentale qui prend la forme d'un comité spécial du conseil des ministres.
- Le Manitoba compte un Secrétariat Enfants en santé et un comité Enfants en santé du conseil des ministres auquel siègent dix ministres qui collaborent les uns avec les autres. Dans les deux cas, le leadership exercé à ces deux tables influentes s'est traduit par des résultats impressionnants.
- Le modèle de la prestation des services intégré pour les jeunes ayant des besoins complexes au Nouveau-Brunswick, dont la direction est assurée par le ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, en partenariat avec les ministères de l'Éducation, de la Santé et de la Sécurité publique, vise à éliminer les lacunes en matière de services, y compris les services en établissement pour les jeunes de 16 à 18 ans, et élabore à cette fin un nouveau modèle multidisciplinaire de prestation de services pour les jeunes à risque.
- À l'Île-du-Prince-Édouard, le gouvernement va créer un conseil consultatif en matière de santé mentale et de toxicomanie qui comptera des représentants du gouvernement ainsi que de la collectivité. Cette mesure découle d'un récent examen des services et des mécanismes de soutien en matière de santé mentale et de toxicomanie.

« Tout le monde sait que nous devrions accroître nos efforts pour créer des services à l'intention de ce groupe démographique. »

« Certains obstacles découlent du fait que le système pour adultes n'estime pas vraiment être en mesure d'aider les jeunes. Certains cliniciens se sentent plus à l'aise que d'autres lorsqu'ils sont appelés à intervenir auprès d'adolescents et de jeunes adultes. Si l'on prend l'exemple de troubles neurodéveloppementaux comme l'autisme, on peut dire que le système pour adultes préfère ne pas devoir s'occuper des adolescents. »[traduction libre]

– (Représentant du gouvernement provincial, entretien en personne, 2013)

Dans d'autres provinces, des initiatives collaboratives auxquelles participent les pourvoyeurs de services ont été mises en œuvre parfois grâce à des fonds provenant d'un seul ministère, et parfois de plusieurs. Il arrive aussi à l'occasion que le financement des initiatives soit assuré par les fonds versés par la province à un pourvoyeur de services choisi et d'utilisation obligatoire. Voici certains exemples :

- Le modèle collaboratif régional de prestation de services de l'Alberta (Alberta's Regional Collaborative Service Delivery Model) en vertu duquel des services de santé mentale sont offerts dans le milieu scolaire de l'âge de 0 à 20 ans³⁶.
- Des collaborations entre les régies de santé de la Colombie-Britannique qui se sont établies de façon naturelle et se fondent sur des besoins cernés à l'échelon local.
- Les 18 équipes collaboratives de services de l'Ontario qui reçoivent des fonds pour gérer les transitions entre les patients hospitalisés et les patients externes, les services de santé et de justice et les secteurs des SEASMT et des SASMT. Quatre des équipes collaboratives mènent des activités s'adressant aux jeunes en âge de transition, et plus particulièrement :
 - **L'équipe collaborative de Simcoe-Muskoka** : mise en œuvre du modèle de Transition to Independence Process (TIP) de manière à développer et améliorer les services locaux destinés aux jeunes en âge de transition;
 - **L'équipe collaborative de Waterloo-Wellington** : transitions des services pour jeunes vers les services pour adultes au sein des services de toxicomanie et de santé mentale et transitions vers le milieu postsecondaire;
 - **Équipe collaborative de Hamilton** : transitions fondées sur l'âge, accès/connectivité aux services pour les jeunes ayant des besoins complexes et navigation du système à la recherche de services multiples et de services axés sur la participation des jeunes;
 - **Équipe collaborative de Kingston Frontenac, Lennox et Addington (KFL&A)** : élaboration d'un cheminement et d'un protocole clairs pour les jeunes âgés de 16 à 24 ans aux prises avec des problèmes de santé mentale et (ou) de toxicomanie.

PRIORITÉS POUR L'AVENIR

Nous avons demandé à des représentants provinciaux ayant joué un rôle de premier plan pendant la phase d'analyse des politiques d'indiquer quels étaient, à leur avis, les domaines prioritaires pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et nous leur avons dit que peu importait que leurs vues représentent ou non celles de leur ministère d'attache. Ces priorités ont été regroupées par thèmes pour ce qui est de l'ensemble des provinces et ont été prises en compte dans la formulation des recommandations figurant à la section 4. Les principales priorités qui nous ont été signalées sont les suivantes :

Collaboration interministérielle pour intégrer les protocoles et éliminer le décalage

- Poursuivre dans la direction d'une plus grande intégration interministérielle des services et des efforts en vue de répondre aux besoins des AÉ (en particulier la Santé, l'Éducation, les Services à la personne, les Services sociaux et le Solliciteur général).
- Favoriser la communication interministérielle étant donné que les jeunes ayant des problèmes de santé mentale ont besoin de services multiples et que plusieurs ministères assurent le financement de ces services.
- Intégrer les services de santé mentale et de toxicomanie qu'offrent tous les ministères et faire en sorte qu'il y ait une continuité de ces services tout au long de la vie et accorder plus d'importance aux interventions visant à aider les personnes ayant des problèmes de santé concomitants que ces personnes relèvent du système pour les jeunes ou du système pour les adultes.
- Élaborer des normes régissant les soins prodigués aux jeunes ayant des troubles concomitants qui sont exclus des services pour enfants, pour jeunes et pour adultes.
- Intégrer dans les politiques et les textes de loi des protocoles de transition pour les jeunes ayant des problèmes de santé mentale graves.
- Mettre en œuvre des protocoles de transition (et les créer lorsqu'ils n'existent pas) dans le cadre d'accords établissant les responsabilités respectives en matière de prestation des services à l'échelon de la régie de santé, des instances, des ministères bailleurs de fonds et des pourvoyeurs de services.

Critères de prestation des services fondés sur l'étape de développement

- Créer des critères de prestation de services, des pratiques de transition et des services qui tiennent compte de la plasticité et du développement du cerveau; assouplir les critères de l'âge à l'adolescence de manière à ce que le moment de la transition dépende des besoins du jeune, et non de ceux du système.

³⁶ <http://education.alberta.ca/teachers/resources/connection/archive/october-2012/other/regional.aspx>

- Éliminer la distinction faite dans les services à l'âge de 18 ans, chercher à adapter les services aux différentes sources et systèmes de financement et prévoir des politiques à l'appui d'un élan en faveur d'une approche axée sur les besoins tout au long de la vie.

Différences culturelles et administratives

- Éliminer le décalage entre les critères de prestation de services pour les personnes ayant jusqu'à 18 ans (fondé sur tout un ensemble de problèmes de type affectif et comportemental) et les critères d'accès au secteur des services pour adultes en matière de santé mentale et de toxicomanie (p. ex., trouble mental diagnostiquable et toxicomanie dangereuse).
- Éliminer les différences culturelles entre les secteurs. À titre d'exemple, le système pour enfants est souvent axé sur les familles et offre un éventail de services pour une grande variété de problèmes de santé mentale; le système pour adultes, lui, est axé sur le client et néglige souvent les familles et offre généralement des services à des personnes dont les besoins sont plus élevés et dont les troubles sont plus graves.
- Régler le problème que cause la nécessité de protéger les renseignements personnels et les pratiques relatives au consentement qui font inutilement obstacle au partage de renseignements et à la collaboration interministérielle (nous ne proposons pas ici de modifier les exigences en la matière qui figurent dans la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé, mais d'accorder plus d'attention à l'obtention du consentement pour obtenir la collaboration des familles et aussi des services pour venir en aide à un jeune adulte).
- Encourager les partenariats et la prestation des services tout au long de la vie parce que les organismes ne « parlent pas toujours la même langue » et mènent leurs activités de façon indépendante, ce qui cause des dérapages au moment de la transition.
- Mettre sur pied et appuyer des équipes collaboratives régionales de prestation de services liés à la transition en vue de pouvoir offrir aux AÉ des services adaptés à leurs besoins.
- Aider les professionnels de la santé publique à acquérir les compétences voulues pour travailler avec les AÉ pour reconnaître et répondre aux besoins développementaux et aux troubles concomitants.
- Élaborer des stratégies d'engagement efficaces pour accroître l'accès des AÉ aux services et inciter ensuite ceux-ci à continuer leurs traitements.

Collecte de données et reddition de comptes

- Établir les données communes à rassembler pour en faire rapport et pour évaluer les progrès réalisés au cours du cheminement vers la transition. Ces données sont susceptibles de comprendre les dossiers médicaux électroniques permettant de suivre l'utilisation faite des services. La collecte de données pourrait aussi se faire par des logiciels tels Level of Care Utilization System for Psychiatric and Addiction Services³⁷ (LOCUS) qui permettent d'évaluer les besoins cliniques ainsi que le niveau de soin nécessaire au moment de la transition ainsi que durant toute la vie.

Prestation de services aux groupes démographiques prioritaires et vulnérables

- Accroître les services destinés aux collectivités des Premières Nations, inuites et métisses (PNIM) lorsque des problèmes particuliers découlent du partage des compétences. Établir les responsabilités particulières du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux pour que les collectivités comptant d'importantes populations PNIM aient bien accès aux services dont elles ont besoin. Faire de la diversité culturelle un principe de base de la conception et de la prestation de services.

Les familles ont besoin de connaître les services disponibles et ceux qui les offrent. Il doit exister de très bons protocoles de travail ainsi que des cheminements documentés entre les services et il faut que les gens sachent à quoi ils peuvent s'attendre – nous avons certaines attentes, normes et données pour évaluer l'efficacité de nos interventions. Quand tout est mis bout à bout, nous avons un système de services fluide. [traduction libre]

– Directeur, Ministère provincial de l'Enfance et de la Jeunesse

³⁷ http://www.communitypsychiatry.org/publications/clinical_and_administrative_tools_guidelines/locus.aspx

- Accorder l'attention voulue aux groupes démographiques prioritaires aux échelons local et provincial qui sont vus comme des groupes particulièrement à risque et vulnérables et concevoir des politiques et des interventions pour répondre à leurs besoins de façon urgente.

Capacité des services

- Régler le problème de la capacité des services pour le groupe démographique des AÉ : « *C'est bien de pouvoir compter sur l'aide d'une personne qui connaît bien le système, mais si elle ne peut pas vous diriger vers un service parce qu'il n'en existe pas, vous n'êtes pas beaucoup plus avancé.* » (Responsable de l'élaboration des politiques, ministère provincial de la Santé) [traduction libre]
- Accroître le nombre de professionnels dispensant des services de santé mentale et de toxicomanie qui savent comment traiter les AÉ.
- Établir les services fondamentaux qui sont nécessaires dans chaque collectivité et veiller à ce qu'il existe des cheminements clairs et visibles vers ces services, y compris un accès fluide aux services et des protocoles de transition précis.
- Constituer des ressources pour aider les jeunes et les familles à franchir l'étape de la transition et à régler le problème de l'abandon des services par les jeunes à l'âge de 18 ans.
- Élaborer des politiques-cadres pour favoriser l'accès universel à des interventions fondées sur des données probantes ainsi qu'à des interventions spécialisées pour la prise en charge précoce du premier épisode et de la psychose ainsi que d'autres problèmes de santé mentale graves.
- S'attaquer au problème de l'absence d'approches adaptées à la technologie et à l'âge des jeunes en ce qui touche la liaison, l'engagement et la prestation de services, y compris l'accès et la prestation des services dans des endroits où l'on est susceptible de rejoindre les AÉ (p.ex. les écoles, les refuges, les lieux de travail et les centres communautaires).
- Corriger les inégalités en matière de capacités et de pratiques qui existent à l'extérieur des centres urbains, en particulier pour ce qui est des services de santé mentale spécialisés.
- Identifier les jeunes qui ont besoin de soins spécialisés et élaborer un protocole régissant l'accès des AÉ à des soins en établissement, à l'hospitalisation partielle et à des soins en milieu hospitalier.

PRINCIPAUX POINTS À RETENIR DE LA SECTION 3

- Voici des modèles susceptibles de faciliter les transitions et d'aider les AÉ :
 - *des modèles de conception de systèmes* qui visent à créer un continuum d'interventions multidimensionnelles.
 - *des modèles de gestion de la transition*, qui s'emploient à servir de passerelle entre les SEASMT et les SASMT pour assurer la continuité des soins pendant la transition et l'engagement avec les pourvoyeurs de services et les systèmes pour adultes.
- Les interventions relatives à la transition comprennent des traitements fondés sur des données probantes ainsi que des traitements cliniques particuliers de même que des approches d'acquisition de compétences qui produisent un effet sur les résultats individuels (p. développement des compétences, amélioration de la santé mentale, engagement à l'égard des services, diminution des hospitalisations, résultats éducatifs et formation professionnelle).

PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'ANALYSE INTERNATIONALE :

- une politique solide accordant clairement la priorité aux jeunes et aux jeunes adultes et un financement réservé favorisent la mise en place de services spécialisés destinés aux AÉ;
- des champions nationaux connus et exerçant une influence dans les milieux politiques, universitaires et cliniques internationaux ont un effet sur les politiques et les pratiques;
- la prise de conscience de l'existence de mauvais résultats en matière de santé crée une urgence qui favorise l'élaboration de politiques et la recherche de sources de financement;
- les initiatives nationales de recherche et de formation accélèrent la mise en place de programmes qui doivent pouvoir bénéficier d'un financement allant au-delà du financement propre aux programmes de démonstration;
- les centres d'échange des connaissances jouissant d'un financement national favorisent l'évaluation, la recherche et l'amélioration du rendement;
- les lacunes dans la collecte des données et l'évaluation des résultats font obstacle à l'évaluation du rendement des systèmes.

AU CANADA :

- Il n'existe pas d'initiatives particulières en matière d'élaboration des politiques qui accordent aux AÉ le statut de groupe prioritaire alors que toutes les provinces considèrent les « enfants et les jeunes » comme un groupe démographique prioritaire, mais l'âge limite pour appartenir à ce groupe est fixé à 18 ans.
- Les catalyseurs pour la réforme des politiques et les investissements dans les initiatives visant les jeunes sont documentés ainsi que les pratiques collaboratives efficaces qui favorisent les interventions multisectorielles.
- Les directives-cadres et les protocoles visant la transition ne s'appliquent toujours pas, dans la plupart des provinces, aux jeunes ayant des problèmes de santé mentale même s'ils peuvent avoir été élaborés pour les jeunes en transition qui ont des « besoins spéciaux ».
- Abstraction faite des programmes de prise en charge précoce du premier épisode et de la psychose et des programmes de prévention universels de nature scolaire, lesquels doivent être obligatoirement offerts dans plusieurs provinces, il n'existe dans aucune politique provinciale précise de modèles de prestation de services ni de services de base obligatoires pour les AÉ.
- Les initiatives et les domaines prioritaires courants indiqués par les responsables provinciaux et territoriaux de l'élaboration des politiques sont résumés et incorporés dans les recommandations figurant dans la section 4.

Section 4

Un système de santé mentale adapté aux besoins des adultes émergents

Grâce à une analyse poussée des recherches, des politiques et des documents-cadres ainsi que des entrevues menées auprès d'AÉ et de responsables provinciaux clés de l'élaboration des politiques, nous avons confirmé la nécessité de l'adoption d'une approche reposant sur des systèmes à niveaux multiples pour répondre aux besoins des adultes émergents. Les recommandations que nous formulons dans cette section sont très détaillées et offrent une vision menant à l'adoption de politiques intégrées efficaces. Le sous-titre du rapport est « Bâtir un système de services en santé mentale et en toxicomanie adapté aux besoins des adultes émergents » et le mot clé dans ce sous-titre est « bâtir ». Or, bâtir un système de prestation de services efficace exige du temps, du leadership et de l'attention. Nous traiterons dans cette section des nombreuses parties du plan qui doit être élaboré pour bâtir ce nouveau système (voir *Figure 2*).

Voici essentiellement l'état actuel des choses, lequel exige une réforme complète du système :

- Aucune province canadienne n'a pleinement mis en place des protocoles pour la transition des AÉ.
- Aucune politique n'oblige les instances sanitaires et les pourvoyeurs de services de santé à respecter les rares protocoles qui existent.
- Aucune province canadienne n'assure un suivi auprès des jeunes ni ne fait rapport sur l'engagement de ce groupe démographique après la transition et aucune province n'exerce de suivi à l'issue du premier contact des jeunes avec les services de santé mentale et de toxicomanie pour adultes.
- Aucune province canadienne ni aucun territoire canadien ne comptent de services cliniques spécialisés destinés aux AÉ, qu'il s'agisse de services communautaires ou de services hospitaliers.
- Quelques provinces seulement ont mis en place des approches fondées sur les données probantes en matière de gestion de la transition ou de prestation de services cliniques pour les AÉ.

En s'appuyant sur les données recueillies à partir de l'analyse des recherches, des politiques et des pratiques, cette section propose un cadre qui permettra de bâtir un système adapté aux besoins des AÉ. En se plaçant dans une optique systémique, nous présentons de façon assez détaillée les correctifs à adopter. Voici certains des éléments de base du système devant être mis en place pour répondre aux besoins des AÉ au moment d'une transition :

- une stratégie nationale en matière de santé mentale et de toxicomanie et un plan d'action faisant des AÉ un groupe démographique prioritaire;
- un cadre stratégique et un plan d'action provinciaux identifiant les AÉ comme un groupe démographique prioritaire et sur lesquels s'appuieraient les planificateurs, les décideurs et les pourvoyeurs de services du domaine de la santé mentale et de la toxicomanie;
- un continuum, à l'échelle provinciale, de services de santé mentale et de toxicomanie pour tous les adultes, y compris les AÉ, continuum intégré comportant plusieurs niveaux de services;
- des principes régissant les services de base pour AÉ qui seraient le point de départ pour l'élaboration de normes de services et de lignes directrices sur les pratiques (voir section 2);
- un ensemble de mécanismes de soutien systémiques favorisant la reddition de comptes et le rendement, y compris une stratégie relative aux transitions; des lignes directrices et des protocoles se fondant sur des politiques nationales, provinciales et régionales; des plans stratégiques et d'action; une enveloppe de financement réservée; des mécanismes d'évaluation du rendement et d'assurance de la qualité (y compris un ensemble minimal de données); une stratégie de recherche et de transfert et d'échange des connaissances.

« J'avais simplement besoin de parler à quelqu'un de ce qui se passait. À mon avis, l'accès aux services psychologiques n'est pas suffisant ici. Comme je le disais, j'ai demandé à l'infirmière psychiatrique si mon médecin allait simplement me faire avaler des pilules et elle m'a répondu que si. Je l'ai remerciée pour ses services et je suis parti. Je ne suis jamais retourné à ce service. » [traduction libre]

– Aaron Goodwin, jeune participant
(Cappelli et coll., 2012)

LE SYSTÈME DE SERVICES INTÉGRÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE

Dans le but de répondre efficacement aux besoins des AÉ au moment où ils procèdent à une transition ou lorsqu'ils ont besoin d'avoir accès aux services en matière de santé mentale et de toxicomanie pour adultes, un système fondé sur des principes qui est intégré, accessible et adapté aux besoins des AÉ doit être intégré aux politiques provinciales.

Principes directeurs

Malgré qu'ils ne s'appuient pas sur des données empiriques explicites, des programmes de transition prometteurs comme le programme australien headspace et le programme américain Transition to Independence (TIP) ont été repris à différents endroits en Amérique du Nord. Ces programmes reposent sur un ensemble bien intégré de principes servant de fondement à des pratiques efficaces (Clark, Pschorr, Wells, Curtis et Tighe, 2004; Haber et coll., 2008; Hagner, Cheney et Malloy, 1999; Koroloff, Pullmann et Gordon, 2008; Muir et coll., 2009). Ces principes font ressortir la nécessité d'une approche différente avec ce groupe démographique.

Les participants au sommet d'octobre 2012 intitulé *An International Focus on Youth in Transition: Development and Evaluation of a Mental Health Transition Service Model* (Cappelli et coll., 2012) ont proposé une vision collective d'un système de transition allant au-delà d'un système qui cherche simplement à permettre de « franchir le fossé » qui sépare les différents systèmes de prestation de soins. Le cadre systémique proposé et la nécessité d'une vision plus large découlent de la réflexion de la cinquantaine de spécialistes qui ont participé au sommet (voir annexe 2 pour la liste des participants).

Les participants au sommet ont également élaboré des principes clés à inclure à toute politique relative aux services de transition et à tout modèle de services. Faire en sorte que la planification et la mise en œuvre des services quels qu'ils soient s'appuient sur des principes directeurs établis de façon collaborative est un bon point de départ, en particulier en l'absence de lignes directrices sur les services, de normes et de paramètres d'évaluation du rendement. Ces principes clés sont regroupés en fonction de cinq thèmes et s'appliquent spécifiquement au groupe démographique des AÉ :

1. Adaptés aux besoins

Les services sont adaptés aux besoins des jeunes et des AÉ et ils :

- s'articulent autour de forces et de besoins individuels;
- respectent les buts que les AÉ se fixent et favorisent leur réalisation;
- reconnaissent l'importance de variables culturelles et individuelles dans la vie de chacun;
- ne sont pas limités à certains domaines seulement;
- reflètent la capacité des systèmes (p. ex., services en matière de santé mentale et de toxicomanie pour enfants et adolescents [SEASMT]/services en matière de santé mentale et de toxicomanie pour adultes [SASMT], services hospitaliers/communautaires), des chercheurs et des pourvoyeurs de services à assurer la prestation des services de façon collaborative;
- sont proactifs;
- sont fluides, coordonnés, ininterrompus et engagés;
- favorisent l'épanouissement.

2. Adaptés à l'étape de développement et faisant une place aux familles

La transition entre l'adolescence et l'âge adulte est une étape du développement qui est compliquée et qui se produit à différents moments selon les personnes. Par conséquent, des services adaptés aux besoins de chacun sont :

- souples;

Notre objectif est de favoriser la confiance et l'autonomie tout au long du processus de transition de manière à aider les jeunes et les adultes émergents à concrétiser leur vision du succès. Les services en matière de santé mentale et de toxicomanie seront axés sur la résilience et s'appuieront sur les besoins ET les forces des jeunes, de leurs familles et des collectivités. [traduction libre]

– (Cappelli et coll., 2012)

- adaptés à l'âge développemental de la personne;
- fondés sur le désir d'un jeune de progresser;
- s'inscrivent dans une compréhension plus large de la personne, de sa relation avec elle-même et ses pairs et le niveau d'engagement de sa famille/collectivité;
- axés sur la poursuite de la scolarisation et de l'acquisition de compétences ainsi que sur des jalons développementaux;
- fondés sur un esprit collaboratif qui favorise l'engagement des familles lorsque cela est possible et indiqué.

3. Propices à l'engagement des jeunes et des pairs

Tous les services de transition, les services spécialisés pour les AÉ et les SEASMT/SASMT qui traitent, servent et (ou) appuient les AÉ :

- reflètent les voix des AÉ;
- offrent aux AÉ des choix et les autonomisent pour qu'ils puissent participer aux processus décisionnels;
- mobilisent les réseaux de soutien dont bénéficient les jeunes (p. ex., amis, enseignants, parents, pairs ambassadeurs et mentors) quand c'est dans leur intérêt de le faire (les professionnels de la santé peuvent faciliter ce processus);
- sont communiqués de façon conviviale au moyen des modes de communication que privilégient les jeunes;
- offrent aux AÉ des occasions de recevoir du soutien de leurs pairs ou de leur en donner.

La recherche et l'innovation doivent faire appel à la participation des jeunes. Les professionnels doivent élaborer des stratégies d'échange des connaissances qui sont accessibles aux jeunes et mettre au point des technologies favorisant l'engagement, l'apprentissage et la continuité des services.

4. Fondés sur des données

Tous les protocoles, les services, les services spécialisés pour les AÉ et les SEASMT/SASMT qui traitent, servent et (ou) appuient les AÉ :

- comprennent des capacités améliorées en matière de scolarisation, de formation et de recherche qui favorisent une transition efficace;
- améliorent la formation et le perfectionnement pour les professionnels concernant les besoins développementaux des AÉ et des facteurs qui les préparent en vue d'une transition;
- insistent sur les besoins de formation et de perfectionnement des pairs ambassadeurs, des mentors et des conseillers;
- comprennent une dimension de reddition de comptes qui s'applique aux chercheurs et aux administrateurs;
- visent à cerner les enjeux de recherche critiques et les variables acceptables en matière de résultats, encouragent les interactions collégiales et les collaborations entre groupes de recherche, évaluent nos programmes et mettent en lumière les meilleures pratiques;
- permettent la participation à des activités d'échanges des connaissances qui font ressortir les forces et les faiblesses de nos pratiques;
- s'appuient sur les lignes directrices sur les meilleures pratiques et cherchent à cerner les pratiques axées sur les preuves.

5. Axés sur le rétablissement

Tous les services de transition, les services spécialisés pour les AÉ et les SEADMT/SASMT qui traitent, servent et (ou) appuient les AÉ :

Le concept du rétablissement renvoie à la possibilité de mener une vie satisfaisante, en dépit des inconvénients causés par les problèmes de santé mentale ...[traduction libre]

– (La Commission, 2012)

- favorisent la résilience et le rétablissement et font une place aux pairs;
- se fixent des objectifs en matière de bien-être, de santé et de rôle enrichissant, au lieu de se limiter à mener les jeunes à recourir aux services et à gérer/atténuer les symptômes;
- s'engagent en faveur de pratiques axées sur les besoins individuels et collectifs des AÉ;
- offrent des possibilités aux jeunes de participer à l'édification de leur collectivité de concert avec leurs pairs;
- appuient et encouragent les AÉ à s'adonner au militantisme pour veiller à ce que leurs besoins soient compris et à ce que les objectifs qu'ils se sont donnés soient atteints dans un contexte d'espoir, de rôles enrichissants et de rétablissement.

Le concept du continuum

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'un continuum de services s'impose compte tenu de la fragmentation actuelle de la prestation des services tout au cours de la vie (OMS, 2003). La mise en place d'un cadre en vue de la création de ce continuum exigera cependant « un investissement en ressources financières et un effort de formation des professionnels de façon à qu'ils puissent avoir recours à tout l'éventail de services figurant dans le continuum » ainsi que la bonification des capacités systémiques en s'appuyant sur des données épidémiologiques (OMS, 2003) [traduction libre]. L'OMS reconnaît également l'importance d'incorporer à un continuum complet des lignes directrices ou des paramètres sur les pratiques.

L'ancien comité consultatif sur les enfants et les jeunes de la Commission de la santé mentale du Canada (la Commission) et des spécialistes internationaux de la santé mentale des enfants s'entendent pour transmettre le même message non équivoque voulant qu'un système efficace repose nécessairement sur des services adaptés aux besoins du groupe démographique des adultes émergents.

La Commission recommande la mise en place d'un continuum de services à niveaux multiples (dont il est question dans *Changer les orientations, Changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, 2012). Cette approche fondée sur des niveaux multiples est également préconisée dans *Approche systémique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement* (Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement, 2008), le *Saskatchewan's Mental Health and Alcohol and Drug Misuse Services: Framework for Service Delivery* (Services de santé mentale, de toxicomanie et d'abus des drogues : Cadre de prestation des services) du ministère de la Santé de la Saskatchewan (Saskatchewan Ministry of Health, 2012), *Creating Connections: Alberta's Addiction and Mental Health Strategy* (Créer des liens : Stratégie en matière de toxicomanie et de santé mentale (Services de santé de l'Alberta) Alberta Health Services, 2011), et le *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018* (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2011).

Le concept d'un cadre comportant des niveaux a été repris dans de nombreux documents stratégiques provinciaux portant sur la santé mentale et la toxicomanie (ministère de la Santé de la Saskatchewan [2012]; Services de santé de l'Alberta [2011]; Gouvernement du Nouveau-Brunswick [2011, 2013]; Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement [2008]; ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique [2004]). Ces cadres sont conçus de façon à répondre aux besoins de toute personne âgée d'au moins 16 ans qui a accès à des services pour la première fois. Comme les jeunes de ce groupe d'âge sont souvent aux prises avec les premiers signes de troubles graves constatés chez les adultes, il convient que le financement des services à ces AÉ soit assuré à partir de l'enveloppe de financement des SASMT étant donné que ces jeunes auront besoin d'avoir accès à tout l'éventail des services. Ces organismes doivent cependant savoir comment répondre aux besoins des AÉ et, comme nous l'avons déjà dit, des services spécifiquement destinés aux AÉ doivent être offerts à chaque niveau du continuum des services.

Même s'il n'y aura jamais une solution universelle, il faut réduire la fragmentation des services et réaliser une meilleure intégration des services. Pour cerner les domaines qui exigent une attention particulière, il est utile d'imaginer le système comme une pyramide ayant plusieurs paliers ou niveaux. Une telle approche permet de mettre l'accent sur les lieux de prestation des services de même que sur le degré d'intensité des services. Ce modèle a pour but d'alimenter la réflexion sur des façons d'améliorer la trajectoire des usagers dans le système et l'efficacité des services en santé mentale afin que les personnes aient accès aux services, traitements et formes de soutien les plus appropriés et les moins intensifs pour répondre à leurs besoins.

– *Changer les orientations, Changer des vies* (La Commission, 2012)

UN CONTINUUM COMPLET À L'APPUI D'UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE À LA SANTÉ MENTALE DES ADULTES ÉMERGENTS

Le continuum de services ci-dessous servira de fondement à une approche systémique à la santé mentale des AÉ. Le continuum précise les services spécialisés que doivent offrir, et les exigences auxquelles doivent satisfaire, chaque niveau de manière à répondre aux besoins des AÉ (voir figure 3). Il s'inspire des modèles fondés sur un continuum que l'on retrouve dans plusieurs documents stratégiques provinciaux.

Il est absolument nécessaire de comprendre qu'un continuum comportant des niveaux prévoit un va-et-vient fluide entre les divers degrés d'intensité des services, en fonction des besoins et non du niveau du continuum de départ. Un système souple est en mesure d'assurer l'accès au niveau souhaité à tout moment, selon les besoins individuels, la complexité de la situation et le degré d'intensité nécessaire.

Les différents niveaux du continuum sont expliqués plus à fond dans les sous-sections ci-dessous.

Niveaux

Les interventions publiques et primaires et les interventions de première ligne (niveaux 1 et 2 respectivement) doivent être assurées par les services de soins primaires et les partenaires des milieux d'enseignement et communautaires; les interventions spécialisées (niveaux 3, 4 et 5) doivent être assurées par les services de santé mentale et de toxicomanie conçus pour spécifiquement répondre aux besoins des AÉ. Dans tous les niveaux, il faut assurer au groupe démographique des AÉ de l'aide pour bien s'y retrouver dans le système, du soutien par les pairs et du mentorat. Des initiatives de prévention et de promotion du bien-être doivent également optimiser chez les AÉ la résilience et l'acquisition de compétences. Pour faciliter l'accès et l'engagement relativement aux services spécialisés intensifs, il faut créer des portes d'accès invitantes pour les jeunes qui sont assorties de services intégrés. La figure 4 donne une idée plus claire du type de centres communautaires d'accès aux services hautement visibles et accueillants pour les AÉ et qui constitueront pour eux des points d'entrée dans le système de santé mentale comme le sont le programme headspace en Australie, le programme Youthspace au Royaume-Uni et Headstrong/Jigsaw, en Irlande.

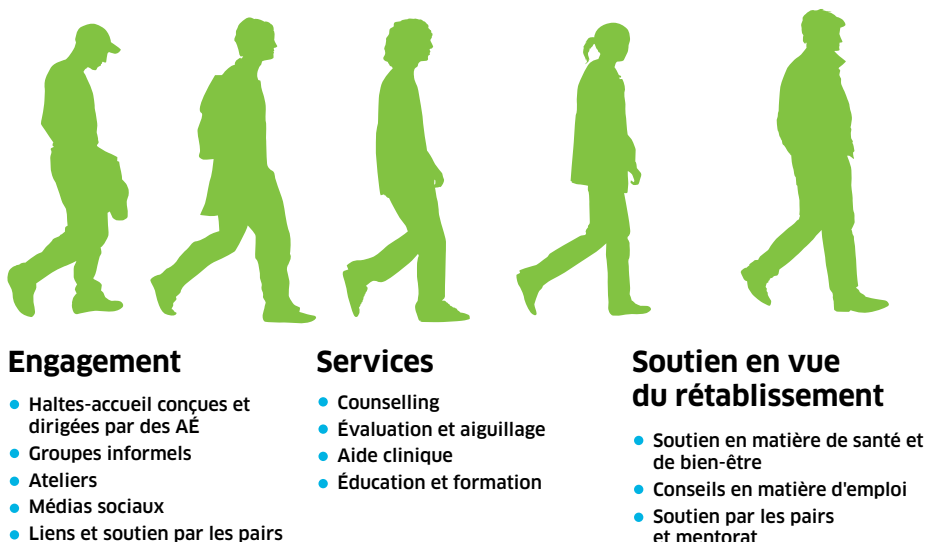
Figure 3: Continuum complet des services de santé mentale et de toxicomanie pour les AÉ - Approche fondée sur des niveaux de services



Les services spécialisés destinés aux AÉ ayant des besoins de santé mentale intensifs comprennent entre autres ce qui suit :

- Niveaux 4 et 5 : Évaluation/traitement pour besoins actifs en services spécialisés offerts dans les hôpitaux et lits de traitement dans un établissement de santé pour les AÉ ayant des besoins complexes et exigeant un traitement intensif et une gestion appropriée pour des raisons de sécurité. Les besoins par 100 000 habitants seront établis en fonction de la population/prévalence, des repères en matière de capacités et de la disponibilité des options communautaires intensives qui sont les options privilégiées comme en Australie et en Nouvelle-Zélande (Équipe Il Andrews et Tolkien, 2006; Commission de la santé mentale de la Nouvelle-Zélande (New Zealand Mental Health Commission), 1998). Les services peuvent être de portée interrégionale.
- Niveau 4 : Traitement de jour spécialisé dans la collectivité susceptible de comporter les volets suivants : évaluation complète, interventions, acquisition de compétences et interventions cliniques s'inscrivant dans le cadre d'un programme pour les jeunes qui soit accueillant, dirigé par les pairs, axé sur le rétablissement et fondé sur des pratiques ayant fait leurs preuves auprès des AÉ (ex., *Orygen Youth Health en Australie*).
- Niveaux 3 et 4 : Équipes cliniques à degré d'intensité élevée comme l'approche des équipes communautaires de traitement dynamique relevant du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2005); PACT, Wisconsin, US (Mendota Mental Health Institute (Institut de la santé mentale Mendota), 2014); le modèle Antenna, Royaume-Uni (McKenzie et coll., 2001); Inner City Youth Mental Health Team (équipe de santé mentale des jeunes du centre-ville), Colombie-Britannique; Équipes de prise en charge du premier épisode, Canada, Royaume-Uni, Australie).
- Niveaux 2, 3, 4 et 5 : Personnes connaissant bien le système et la gestion des cas graves et qui sont recommandées comme conseillers /facilitateurs lors des transitions des jeunes (Clark et Unruh, 2009; Singh, 2012). Les spécialistes du fonctionnement du système de santé mentale veillent à ce que les AÉ et leurs familles reçoivent l'aide et le soutien nécessaire et aient accès à des services d'évaluation et de traitement, à des réseaux pour les pairs et les familles et aux services de logement, d'éducation, d'emploi et de finances.
- Niveaux 2, 3, 4 et 5 : Capacité de soutien par les pairs et de mentorat intégrée à des services spécialisés pour les AÉ. Ce soutien est offert à divers points dans le continuum de services (Davidson et coll., 1999; Hagan et coll., 2010; Lawn et coll., 2008; Repper et Carter, 2011).
- Niveau 1 : Les initiatives de prévention et de promotion de la santé visant à rehausser les forces des AÉ et à accroître leur résilience doivent cibler les AÉ et leur être très visibles dans le système scolaire, dans les milieux de l'enseignement postsecondaire, dans les centres d'emploi, les lieux de travail et dans tout un éventail de plates-formes en ligne qu'affectionne ce groupe démographique. Les stratégies de prévention et de promotion de la santé ne se limitent pas au niveau 1 puisqu'il est nécessaire d'atténuer chez les AÉ les conséquences négatives pour la santé de l'apparition de problèmes de santé mentale graves et aussi de favoriser l'acquisition de compétences propices à l'amélioration du bien-être psychologique à tous les niveaux du continuum et en conformité avec l'approche axée sur le rétablissement.

Figure 4: Centres communautaires pour les AÉ - Éléments de base



Accès

Outre qu'il offrirait tout un assortiment de services, le système reposant sur des niveaux faciliterait l'accès des AÉ (selon leurs besoins et leurs antécédents en matière d'utilisation des services) à différents services, s'adapterait à la gravité des cas et proposerait le mode de prestation de services approprié selon le contexte. Pour être efficace, un système devra accorder une place à ses utilisateurs quel que soit leur point d'entrée, sans égard à la gravité de leur problème de santé mentale, et devra aussi répondre à leurs besoins de la façon la moins restrictive et la plus appropriée possible.

Quel que soit le territoire ou la province où il sera mis en œuvre, il faudra que le système soit accessible et réponde aux besoins des AÉ suivants :

1. Les AÉ qui ont reçu des services de santé mentale et de toxicomanie dans le système des services pour les enfants et les adolescents et qui continuent d'avoir besoin de ce genre de services une fois qu'ils ne sont plus admissibles aux services pour adolescents. Il s'agit de jeunes adultes qui :
 - ont eu dans leur enfance de graves, et parfois hautement complexes, problèmes de comportement et de déficit d'attention ainsi que des troubles psychologiques, neurocognitifs et de santé mentale; ont été confiés aux services de l'aide à l'enfance et ont eu des problèmes comportementaux susceptibles d'expliquer leurs démêlés avec la justice ou le secteur des services développementaux; ou
 - ont des problèmes de santé mentale et de toxicomanie qui ne sont pas suffisamment graves pour qu'ils soient admissibles aux services offerts dans le cadre du système de santé mentale et de toxicomanie pour adultes.

Ces AÉ auront besoin d'avoir accès aux SASMT avant l'âge de 18 ans dans le cadre d'une transition coordonnée et planifiée et il faudra aussi que ces services leur soient offerts à des endroits appropriés, soit au sein des SASMT, soit dans des établissements de soins primaires (dans le cas de ceux dont les troubles sont légers ou modérés ou dont l'état s'est stabilisé).

2. Les AÉ qui sont âgés de 16 ans et plus et qui connaissent un premier épisode, c'est-à-dire les premiers symptômes d'une maladie mentale ou de toxicomanie, y compris le trouble de l'humeur et le trouble anxieux ainsi que la psychose, (dans 75 % des cas, ces troubles qui touchent les adultes apparaissent avant l'âge de 25 ans). Ces AÉ peuvent ou non avoir déjà reçu des services du système de santé mentale officiel, mais il se peut aussi qu'ils aient reçu des services d'un praticien de soins primaires ou de pourvoyeurs de soins en milieu scolaire.
3. Les AÉ qui ont des problèmes graves, mais dont la situation est stable et qui sont peut-être pris en charge par des équipes de soins primaires avec l'aide et le soutien de pourvoyeurs de soins spécifiquement destinés aux AÉ. Ces jeunes adultes peuvent à l'occasion avoir besoin de services spécialisés.

Voici entre autres des éléments clés des mécanismes de coordination et d'accès au sein d'une région :

- une équipe de transition coordonnée à l'échelle de la région, s'appuyant sur une approche de gestion de la transition dans le cas des jeunes ayant les besoins les plus complexes et qui exigent du soutien et des traitements continus lorsqu'ils quittent le secteur des SSMTA et qui n'ont pas accès à ces services dans le système pour adultes.
- à l'intention des jeunes et de leurs familles, des points d'entrée visibles et conviviaux aux services de santé mentale et de toxicomanie destinés aux AÉ et aux adultes, lesquels peuvent prendre la forme d'un point d'entrée unique pour les AÉ et les adultes, ou même pour les enfants et les adolescents, mais qui doivent être conformes aux principes de base sur lesquels sont fondés les services pour AÉ (p. ex., point/personne/lieu et visibilité en ligne, accessibilité, favorisant l'engagement des jeunes, y compris le rôle de pairs);
- l'accès à des personnes qui connaissent bien le système et qui savent comment favoriser l'engagement des AÉ et leurs familles, tant au point d'entrée des services qu'au moment de la transition des SEASMT vers les SASMT.

Gravité

Un continuum de services efficace répondra aux besoins de tous les AÉ même si bon nombre de ces besoins peuvent être offerts par le milieu scolaire, la collectivité et les établissements de soins primaires (niveaux 1 et 2, figure 3). L'approche fondée sur des niveaux de services, qui suppose un va-et-vient et un accès fluide entre les niveaux, se fonde sur des besoins individuels et tient compte des exigences suivantes :

- les AÉ peuvent avoir des troubles légers, modérés ou graves avec les conséquences que cela suppose pour ce qui est du fonctionnement quotidien.
- les AÉ ayant des troubles légers et modérés peuvent avoir besoin de services intensifs (appartenant au niveau de services le plus élevé) au cours de la trajectoire de leur maladie, mais ce sont les établissements communautaires et les praticiens offrant des soins primaires, avec le concours à l'occasion des services de santé mentale spécialisés qui sont les mieux placés pour répondre à leurs besoins.

- les AÉ ayant des troubles graves auront besoin de services hospitaliers et (ou) de services communautaires intensifs pour l'évaluation, la stabilisation et le traitement (niveaux 3, 4 et 5 et accès à des services de niveaux inférieurs une fois que leur état est stable).

La Commission de la santé mentale du Canada insiste sur la nécessité de répondre rapidement aux besoins des personnes aux prises avec les problèmes de santé mentale les plus intensifs, cet élément représentant également un étalon de mesure du rendement du système. Renforcer la capacité des SASMT à répondre aux besoins les plus intenses des AÉ, notamment ceux dont les maladies sont les plus graves, constitue sans doute un bon point de départ pour les investissements nécessaires à la transformation du système (p. ex., niveaux 4 et 5).

Contexte de soins

Compte tenu des données probantes dont il a été question jusqu'ici, un certain nombre de variables contextuelles méritent d'être prises en compte dans la discussion portant sur le continuum de services intégré destiné aux AÉ :

- les AÉ doivent être appelés à s'engager dans le système et recevoir du soutien et des traitements dans des contextes où leur sécurité est assurée.
- les AÉ doivent être appelés à participer à leur traitement et doivent se voir offrir une évaluation, des interventions et du soutien adaptés à l'étape de leur développement personnel, et ce dans le milieu le moins restrictif possible (p. ex., dans des contextes communautaires). Plus leurs besoins seront élevés, plus l'intervention et le niveau de soins devront l'être également
- Bien que le traitement intensif communautaire sera l'option à privilégier (que ce soit à la maison, dans la collectivité ou dans un milieu de traitement communautaire), les AÉ sont susceptibles d'avoir besoin de soins dans un hôpital de soins actifs ou dans un établissement de soins spécialisés qui peut répondre à leurs besoins lorsque ceux-ci sont les plus intenses/aigus.
- Au sein du continuum de services, évaluation du niveau de soins nécessaire et transition fluide au besoin vers des services de moindre intensité à un niveau inférieur.

Renforcement des capacités

Les capacités de notre système actuel ne sont pas suffisantes pour répondre de façon adéquate aux besoins des AÉ dans la plupart, sinon dans toutes les provinces et dans tous les territoires (Cappelli et coll., 2013; Coughlan et coll., 2013; Davidson et coll., 2012; McGorry, 2007; Turpel-Lafond, 2013). Outre que les niveaux 3, 4 et 5 doivent comporter des ressources spécialisées destinées spécifiquement aux AÉ, les autres paliers doivent aussi être renforcés pour être en mesure de répondre de façon efficace aux besoins des AÉ (voir la partie de cette section traitant de la recherche et de l'échange des connaissances). Dans le niveau 1, les initiatives de prévention et de promotion de la santé accroissent déjà la sensibilisation à la santé mentale et au bien-être psychologique. Les pourvoyeurs de services des niveaux 2 et 3 devront accroître leurs compétences et concevoir des programmes permettant d'offrir les services et les mesures de soutien nécessaires dans les milieux suivants :

- des milieux de santé communautaires comme les soins primaires, les cliniques communautaires, les centres de santé communautaires, les centres d'accès, les cliniques sans rendez-vous, etc. ;
- les établissements d'enseignement, y compris les écoles secondaires, les collèges et universités et les services de santé, d'accessibilité et de conseils pour les étudiants;
- programmes de soutien par les pairs et de rétablissement dont la clientèle principale à l'heure actuelle sont les personnes aux prises avec une maladie mentale grave, dont certaines utilisent des services depuis longtemps alors que ces services sont offerts dans des milieux qui ne favorisent pas la participation des AÉ ou dans des milieux où ils ne se sentent pas en sécurité;

Une importante mesure du bon fonctionnement d'un système de santé mentale transformé est sa façon de répondre aux besoins des personnes ayant les maladies mentales les plus graves et complexes - en particulier en ce qui a trait à l'accès aux services intensifs et spécialisés et à l'obtention des traitements.

- *Changer les orientations, Changer des vies* (La Commission, 2012)

- des services qui aident les AÉ à trouver et à conserver un logement ou un emploi ou des services qui les aident à poursuivre leurs études et à gérer leurs finances (les programmes de logement et d'accès aux services éducatifs ne sont pas spécifiquement destinés à répondre aux besoins des AÉ).

RECOMMANDATIONS EN VUE DE LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME ADAPTÉ AUX BESOINS DES AÉ

Dans les sections suivantes, nous formulons des recommandations détaillées découlant de notre analyse des politiques et des pratiques en place à l'échelle nationale et internationale. Ces recommandations constituent les fondements d'un système adapté aux besoins des AÉ. Nous présentons ci-après les éléments fondamentaux de ce système, le point de départ étant que les AÉ doivent être vus comme un groupe prioritaire. Nos recommandations tiennent également compte du niveau des instances auxquelles elles s'adressent (p. ex., niveau national, provincial ou régional).

Figure 5 : Fondements d'un système adapté aux besoins des AÉ



Fondements systémiques propices à la reddition de comptes et l'évaluation du rendement

A. Stratégie, politiques, lignes directrices et protocoles

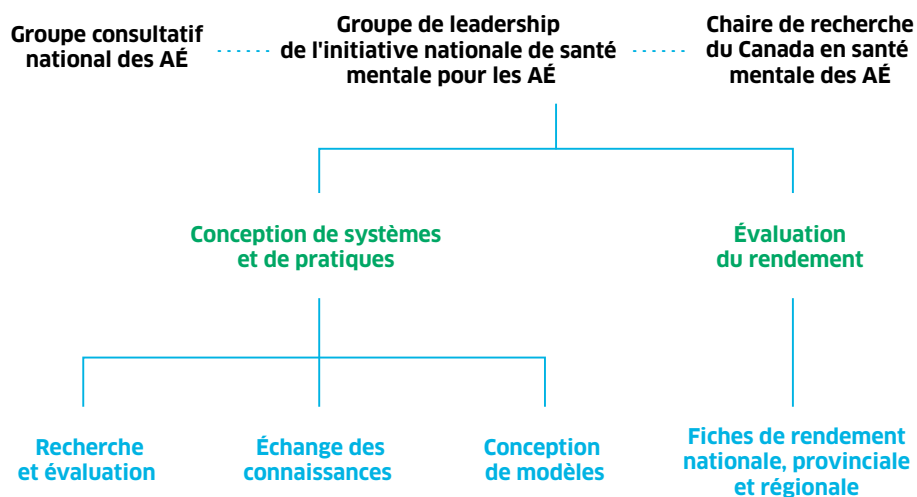
Stratégie nationale

Identification des AÉ comme groupe prioritaire, et notamment :

- élaboration d'un plan d'action national en matière de santé mentale et de toxicomanie appuyé par le gouvernement et comportant les éléments suivants :
 - données probantes établissant la vulnérabilité des AÉ (p. ex., suicide, augmentation de la prévalence des problèmes de santé mentale, preuves neurocognitives, niveaux d'engagement) et incidence d'une intervention précoce (p. ex, un jeune non traité devient de plus en plus vulnérable et de moins en moins résilient avec le temps);
 - priorité stratégique accordée aux groupes d'AÉ les plus vulnérables et mesures/indicateurs relatifs à l'accès et à l'inclusion;
 - la nomination d'une chaire de recherche du Canada en santé mentale des AÉ assortie du financement pertinent;
 - création d'un groupe consultatif national des AÉ (comme le hY NRG Heaspace, en Australie).
- mise en place d'une initiative nationale en matière de santé mentale pour les AÉ (voir figure 6), axée sur le financement et la mise en oeuvre de programmes précis en matière de santé mentale et de toxicomanie. Cette initiative ne ferait nullement double-emploi avec l'initiative TRAM³⁸ qu'elle compléterait et elle assurerait le financement :
 - d'une étude de suivi longitudinale, fondée sur des indicateurs et des jalons clés, portant sur les jeunes de 16 ans qui font partie du système des SEASMT et qui procèdent à la transition vers le secteur des SASMT;
 - d'un centre national et provincial d'échange des connaissances.
- production d'une « fiche de rendement nationale » semestrielle sur la réalisation d'initiatives concrètes, l'utilisation des services et l'évaluation des résultats, fiche établie à partir de rapports provinciaux et régionaux fondés sur des indicateurs nationaux, y compris des données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (ESCC).

³⁸ Collaboration entre la Fondation Graham Boeckh et les Instituts de recherche en santé du Canada à l'appui d'approches hautement novatrices en vue d'améliorer, d'ici cinq ans, la santé mentale des jeunes de 11 à 25 ans au Canada.

Figure 6: Initiative nationale de santé mentale pour les AÉ



Stratégie provinciale et territoriale

Identification des AÉ comme groupe prioritaire, et notamment :

- collecte de données probantes portant sur la taille du groupe des AÉ à l'échelle provinciale/territoriale et sur leur vulnérabilité et leurs forces;
- identification de transitions efficaces et de moyens de répondre à l'échelle provinciale et territoriale aux besoins des AÉ en matière de santé mentale et de toxicomanie ;
- stratégie faisant des AÉ les plus vulnérables un groupe prioritaire (avec mesures d'action, indicateurs d'accès et d'inclusion et résultats);
- comité interministériel du cabinet dirigé par le premier ministre et chargé de surveiller la mise en œuvre des politiques, de contribuer à l'élaboration d'un plan d'action provincial et d'assurer un suivi des conclusions de la fiche de rendement semestrielle en matière de santé mentale pour les AÉ;
- conseil consultatif provincial/territorial des AÉ jouant un véritable rôle de groupe de leadership et de conseil.
- identification d'un ministère qui sera chargé d'évaluer, pour en faire rapport, les résultats des initiatives visant les AÉ.

Normes relatives à la prestation de services

La première étape en vue de l'élaboration de normes est la collecte de données probantes sur les résultats et l'efficacité des protocoles et des interventions visant les AÉ qui s'appuient sur des méthodes de collecte uniformes, des indicateurs, la conception des modèles et l'évaluation. À partir de ces éléments, des normes peuvent être élaborées et la conformité à celles-ci peut être évaluée. Voici des éléments à inclure à court terme au niveau de l'élaboration des politiques :

- principes régissant la prestation de services spécialisés pour AÉ (par opposition à des normes qui restent à élaborer à l'égard des arrangements de service/d'utilisation des installations, des compétences du personnel, approche axée sur le savoir et approche thérapeutique, pratiques fondées sur des données probantes, conception des soins);
- une stratégie provinciale et territoriale d'échange des connaissances pour les ressources humaines et interventions fondées sur les données probantes destinées aux AÉ;
- exigence de capacité manifeste des hôpitaux pour adultes et des pourvoyeurs de services communautaires en matière de santé mentale et de toxicomanie à répondre aux besoins des AÉ de façon qui soit adaptée à leur développement.

Panier de services essentiels

Le panier de services essentiels en matière de santé mentale et de toxicomanie pour les AÉ devrait être distinct du panier de services actuel visant « les enfants et les adolescents » et les « adultes »; c'est ce qui ressort de l'analyse documentaire et de l'examen des écrits/pratiques. (Clark et Unruh, 2009; Davis, 2003; Leavy, Goering, Macfalane, Bradley, et Cochrane, 2000; McGorry, 2007, 2012; Singh et coll., 2010). Étant donné l'écart démographique existant entre diverses régions, il se

peut que des services spécialisés ne soient pas disponibles dans les régions rurales ou éloignées; il faudrait cependant qu'un accès interrégional à ce niveau d'intensité des services soit possible, éventuellement grâce à une combinaison de services de soutien communautaires et de services de télésanté. Le panier de services doit faire partie des stratégies provinciales et territoriales en matière de santé mentale et de toxicomanie et doit répondre aux besoins des AÉ aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Ce panier doit comporter les éléments suivants :

- lits des soins actifs en santé mentale pour patients hospitalisés;
- services communautaires de traitement de jour complets;
- équipes cliniques communautaires mobiles offrant des soins de niveau élevé;
- prise en charge du premier épisode /intervention précoce pour tous les diagnostics, y compris le dépistage et le traitement;
- navigateurs du système;
- soutien par les pairs/mentorat, accessibilité dans des milieux de soutien;
- engagement de la famille, éducation et soutien;
- coordination de l'équipe de transition.

Voici d'autres éléments que devrait comporter le panier de services essentiels :

- voies menant vers l'accès aux services pour les AÉ, en fonction d'approches fondées sur des données probantes et les préférences des utilisateurs;
- satisfaction à l'échelle régionale de l'exigence relative aux capacités provinciales en ce qui touche l'attribution/la réattribution des lits en établissement pour adultes dans le but de répondre aux besoins actifs en dépistage et en traitement pour AÉ;
- choix d'un modèle de gestion de la transition et indicateurs connexes à l'appui de la planification, de la mise en œuvre et du suivi de la collecte des données;
- protocoles de transition précisant les rôles, les exigences et les responsabilités des pourvoyeurs de SEASMT et de SASMT dans tous les ministères pertinents (y compris les services d'aide à l'enfance, les organismes de services de développement, aide au revenu) et approbations nécessaires de chaque ministère – ces protocoles ont déjà été élaborés et mis en œuvre en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Alberta dans le cas des jeunes ayant des « besoins complexes », mais non pas dans le cas des jeunes ayant de graves problèmes de santé mentale;
- ressources pour la conception d'outils électroniques visant à favoriser la planification et la mise en œuvre de la transition (par l'entremise d'un projet de transition électronique comprenant un assortiment d'outils devant être utilisé à l'échelle régionale, mais ayant été conçu à l'échelle provinciale).

Stratégie régionale (Régies de santé régionales/locales et réseaux d'intégration)

Identification des AÉ comme groupe prioritaire, ce qui suppose notamment :

- élaboration d'un plan stratégique et de priorités assorti de mesures de suivi et d'indicateurs pour favoriser la transition des SEASMT vers les SASMT (aiguillage, temps d'attente et engagement);
- élaboration d'un plan régional comportant des mesures de suivi précises et des indicateurs afférents touchant la planification et la mise en œuvre des transitions et investissement de ressources ainsi qu'élaboration et évaluation des services spécialisés de base pour les AÉ;
- justification écrite de la taille du problème/besoin dans la région, y compris la prévalence de la demande et l'identification des AÉ les plus vulnérables;
- fiche de rendement régional.

Panier de services essentiels :

La stratégie et le plan d'action régional en matière de santé mentale et de toxicomanie comprennent un plan de mise en œuvre et une enveloppe de financement prévoyant l'affectation ou la réaffectation de ressources de manière à créer un panier comportant au moins **huit services essentiels**, à savoir :

1. Lits/places spécialisés en établissement pour les AÉ dont le nombre sera établi en fonction d'un ratio par 100 000 habitants.
2. Places de traitement de jour spécialisé communautaire et complet destinées aux AÉ.

3. Places spécialisées au sein d'une équipe communautaire mobile offrant des soins d'intensité élevé dont le nombre sera fonction d'un ratio par 100 000 habitants.
4. Services de dépistage, d'évaluation et de traitement pour tous les diagnostics lors du premier épisode/intervention précoce.
5. Navigateurs spécialisés dans le système des AÉ.
6. Soutien par les pairs et modèles de mentorat pour favoriser l'engagement qui sont intégrés (au lieu d'être marginalisés) aux services cliniques et de traitement et fondés sur les compétences cernées, la formation et la définition des rôles.
7. Engagement de la famille et des services éducatifs.
8. Coordination de l'équipe de transition pour assurer l'engagement et la participation des pourvoyeurs de services intersectoriels dans le modèle de transition régional.

Outre les huit services de base inclus au panier, des initiatives de prévention et de promotion de la santé doivent être prévues dans chaque service de base et dans tous les niveaux du continuum.

Responsable régional des transitions :

Un responsable régional des transitions et des services de santé mentale et de toxicomanie pour les AÉ se verrait confier les tâches suivantes :

- transposer les priorités stratégiques pertinentes en exigences opérationnelles;
- obtenir la participation de divers secteurs à l'élaboration de protocoles de transition régionaux;
- rassembler les joueurs interministériels régionaux ainsi que les principaux pourvoyeurs de services dans les secteurs des SEASMT et des SASMT pour établir un plan de mise en œuvre de certains protocoles et de certaines ententes de responsabilité;
- mettre sur pied une équipe de transition régionale qui sera chargée de la gestion conjointe des cas des jeunes en transition ayant les besoins les plus complexes (avec le soutien du responsable de l'équipe de transition);
- consigner par écrit le déroulement de la mise en œuvre de pratiques de transition efficaces et fondées sur des données probantes dans tout l'éventail des sous-secteurs de la santé et des services et obtenir la collaboration de ces sous-secteurs et procéder à l'application des connaissances relatives à ce processus;
- élaborer et surveiller l'application des processus liés à la collecte des renseignements fonctionnels (collecte et utilisation des données brutes sur lesquelles s'appuyer pour améliorer la qualité des services et élargir la gamme de services) pour l'établissement de rapports et d'évaluations de rendement à l'échelle régionale en vue de l'établissement de la fiche de rendement provinciale;
- veiller à ce que le panier de services essentiels pour les AÉ soit disponible et offert selon les lignes directrices et les normes provinciales (si elles existent).

Protocoles de transition régionaux et gestion partagée :

Les lignes directrices, les protocoles et les outils de planification électronique approuvés et mis en œuvre à l'échelon régional doivent au moins comprendre les éléments ci-dessus :

- du matériel éducatif destiné aux clients, aux familles et aux pourvoyeurs de services;
- un plan de transition individuel;
- un outil de suivi de la transition;
- un outil d'évaluation normalisé/commun et un processus de suivi régulier (actuellement en place en Saskatchewan et en Ontario);
- autres outils d'évaluation et de suivi choisis par la province/région (p. ex., Global Appraisal of Individual Needs Short Screener, Consumer Satisfaction Questionnaire/

Les clients et les membres de leur famille devraient avoir accès à des navigateurs qui les orienteront vers le traitement et les services de soutien communautaire appropriés (par ex., logement, aide au revenu, emploi, soutien par les pairs et possibilités de loisir. Les personnes ayant des besoins complexes et continus devraient être soutenues par un plan qui les guidera sur le chemin du rétablissement et du bien-être, particulièrement après avoir reçu leur congé de l'établissement où elles recevaient des traitements.

– *Rapport final : Sur le chemin du mieux-être : le plan d'action compréhensif sur la santé mentale et les dépendances à l'intention des Ontariens et Ontariennes (Comité spécial de la santé mentale et des dépendances, 2010)*

Perception of Care Tool);

- du matériel destiné aux AÉ et à leurs familles se rapportant aux SASMT à l'échelon local ainsi qu'aux obstacles au consentement et à la confidentialité et à la façon de les surmonter;
- stratégie et ressources régionales pour permettre de régler les problèmes liés au transfert des connaissances par l'entremise de solutions électroniques (les exigences en matière de renseignements personnels sur la santé devant être satisfaites);
- mécanismes de collecte des données de base pour permettre l'établissement de rapport sur la transition, l'engagement et les résultats en matière de santé à l'intention des régies de santé locales aux fins d'inclusion aux fiches de rendement régionales, provinciales et nationales.

Les exigences essentielles liées à la coordination et au partage des responsabilités en ce qui touche la transition des SEASMT vers les SASMT pour AÉ comprennent les éléments suivants :

- un protocole d'entente approuvé fondé sur des lignes directrices interministérielles provinciales assurant le partage au sein de la région des responsabilités entre les ministères, les systèmes axés sur l'âge et les secteurs jouissant d'un financement provincial;
- un modèle de gestion de la transition articulé en place à l'échelle régionale et conforme aux normes et aux lignes directrices provinciales visant les éléments suivants :
 - protocoles et outils relatifs à l'accès, à l'aiguillage, au suivi, à l'évaluation et à la collecte de données;
 - exigences spécifiques approuvées s'appliquant aux pourvoyeurs de SEASMT et de SASMT avant, pendant et après la transition;
 - désignation de représentants de haut niveau provenant de partenaires intersectoriels (p. ex., soins de santé primaires, pourvoyeurs de services professionnels/éducatifs) pour participer, selon les besoins, à l'élaboration et à la mise en œuvre du modèle de gestion de la transition;
 - processus électronique efficace de partage de l'information pour permettre l'accès aux documents de planification de l'évaluation, du traitement, du diagnostic et du choix des services/traitements destinés aux AÉ;
 - une équipe de transition et (ou) comité consultatif composé d'organisations chargées de la prestation des SEASMT et des SASMT au sein d'une région ou sous-région;
 - une fonction/ressource de coordination de la transition pour favoriser et assurer l'engagement et le soutien du jeune et de sa famille pendant et après la période de transition, en particulier les jeunes ayant les besoins les plus complexes;
 - disponibilité à l'échelle régionale de personnes connaissant bien le système qui appuieront le jeune et sa famille pendant la transition et assureront la liaison avec eux.

B. Enveloppe de financement réservé

À l'échelon national, un financement réservé à l'appui de la mise en œuvre d'une initiative nationale en matière de santé mentale des AÉ comportant les éléments suivants :

- chaire de recherche du Canada en santé mentale pour les AÉ;
- étude de suivi longitudinale;
- centre national pour l'excellence et les pratiques fondées sur des données probantes;
- stratégie d'échange des connaissances (y compris l'analyse des compétences, des outils, du matériel et des plates-formes d'apprentissage communes);
- recherche et élaboration de modèles pour les AÉ (soutien efficace pour la transition et modèles de services pour les AÉ dans le panier de huit services essentiels);
- élaboration de la stratégie et du plan d'action nationaux et, par la suite, de fiches de rendement nationales semestrielles.

À l'échelon provincial et territorial, un financement réservé à l'appui des éléments suivants :

- désignation d'un responsable régional des transitions et de la santé mentale des AÉ;
- coordonnateur des transitions;
- points d'accès et processus visibles, intégrés et conviviaux pour les AÉ (y compris des points d'accès et des processus en ligne/virtuels et fondés sur des places);
- panier de services comptant huit services de base (voir point précédent);

- élaboration et mise en œuvre d'échange des connaissances portant sur les AÉ/stratégie de développement des ressources humaines à l'échelon régional;
- mise en œuvre de la stratégie relative aux renseignements fonctionnels et de systèmes de gestion de l'information sur les clients avec la capacité de favoriser l'entrée de données, l'intégration et l'évaluation en fonction d'indicateurs.

C. Évaluation du rendement et assurance de la qualité

À l'échelon national, une étude de suivi comprendrait des données permettant, dans la fiche de rendement nationale semestrielle, d'évaluer des résultats en fonction d'indicateurs clés relatifs aux AÉ, dont les indicateurs suivants :

- augmentation du pourcentage d'AÉ (16 à 25 ans)³⁹ indiquant avoir une bonne santé mentale (dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale [EACC]);
- augmentation de la proportion d'AÉ ayant le trouble de l'humeur ou le trouble anxieux qui, au cours de la dernière année, disent avoir consulté un professionnel de la santé mentale (EACC - enquête annuelle);
- augmentation de la proportion d'AÉ ayant un diagnostic de trouble mental qui ont demandé à recevoir des services, ont eu accès à des services ou se sont adressés aux SASMT (tant aux services de santé mentale génériques que spécialisés) et (ou) ont demandé de l'aide d'un professionnel quel qu'il soit pour des raisons de santé mentale (EACC - enquête annuelle);
- augmentation du pourcentage d'AÉ aux prises avec une maladie mentale grave (Statistiques de l'état civil/Statistique Canada et données médicales afférentes) qui atteignent l'âge de 25 ans; ou plus spécifiquement, réduction du taux de suicide chez les 16 à 25 ans;
- augmentation des modèles de services spécialisés et de la capacité à répondre aux besoins des AÉ (en fonction du panier de huit services essentiels, et en particulier des AÉ ayant les besoins les plus complexes et les plus intensifs), y compris les lits/places pour patients hospitalisés ayant besoin de soins actifs et les services intensifs communautaires;
- diminution des temps d'attente pour les services d'évaluation et de traitement pour les AÉ (avec définition commune).

À l'échelon provincial et territorial, outre les indicateurs ci-dessus, la fiche de rendement provinciale semestrielle (et la fiche de rendement nationale) devrait également comporter notamment les indicateurs ci-dessous :

- augmentation dans le nombre/pourcentage des jeunes/AÉ qui sont aiguillés vers les services pour adultes à partir des SEASMT et qui continuent de recevoir des services un ou deux ans après;
- diminution dans le nombre de besoins non-satisfaits chez les AÉ qui sont aiguillés vers les SASMT à partir des SEASMT et qui continuent de recevoir des services un an ou deux ans après (en fonction des résultats obtenus à l'issue de l'administration, à l'échelon régional, d'un outil normalisé d'évaluation des besoins établi à l'échelon provincial avant la transition et (ou) l'admission aux SASMT).
- augmentation de l'utilisation à l'échelle provinciale de l'outil normalisé/d'évaluation commun qui doit être administré à intervalles déterminés dans toutes les provinces;
- établissement de rapports sur un ensemble de données minimales normalisées portant sur les AÉ en fonction d'indicateurs nationaux et provinciaux clés (indicateurs devant notamment comprendre les indicateurs suivants : accès, engagement, résultats et expérience des utilisateurs), rapports devant être intégrés à la fiche de rendement provinciale, ce qui permettra l'évaluation et la comparaison des résultats individuels des provinces et des territoires;
- égalité d'accès manifeste pour les groupes démographiques les plus vulnérables selon la définition qu'en donne le cadre stratégique provincial.

Les responsabilités relatives à la mise en œuvre de la planification de la transition devraient comprendre les responsabilités suivantes :

- consignation par écrit des responsabilités partagées et des rôles et responsabilités spécifiques de tous les ministères provinciaux participant au financement des interventions, y compris des lignes directrices interministérielles et des approbations en ce qui touche la planification de la transition des SEASMT vers les SASMT;
- responsabilités claires pour la mise en œuvre de la planification de la transition en conformité avec les lignes directrices nationales et les indicateurs de rendement afférents, responsabilités transférées aux régies de santé locales/régionales et aux gestionnaires de systèmes régionaux dans le cas des autres ministères;
- consignation par écrit des formes de collaboration interministérielle à l'échelon local/régional.

³⁹ L'expression « les gens » figure dans la stratégie nationale. Dans ces extraits, nous avons remplacé cette expression par AÉ (16 à 25 ans).

À l'échelon régional, les indicateurs spécifiques se rapportant aux AÉ qui sont présentés dans la fiche de rendement régionale semestrielle (et intégrés aux fiches de rendement provinciales et nationales) devraient notamment comprendre les indicateurs ci-dessous :

- données de base relatives à la transition des jeunes vers les SASMT et leur admission aux SASMT, y compris les données suivantes :
 - ensemble normalisé de renseignements épidémiologiques et cliniques obtenus auprès du professionnel demandant le service. Les données comprendront l'âge, le sexe, l'identité ethnoculturelle, les problèmes à se poser, le diagnostic et l'entité ayant réclamé l'admission aux services en matière de santé mentale et de toxicomanie pour adultes;
 - utilisation des services : suivi de la demande de services/premier contact/demande, évaluation, acceptation du service, début du service, planification du traitement/de l'intervention, visite/heures de services; temps d'attente avant le début du service; longueur de la liste d'attente entre l'admission aux services et le début du service;
 - interventions fondées sur des preuves, y compris les heures de service direct;
 - résultats des clients : évaluation individuelle des besoins satisfaits et non satisfaits (à intervalles réguliers selon la définition qu'en donnent les lignes directrices provinciales);
 - impression qu'ont l'utilisateur et sa famille des soins offerts.
- des sources de données, des systèmes de gestion de l'information provenant des clients ou relative aux systèmes un registre et des mécanismes d'établissement de rapports sont en place à l'intention de tous les pourvoyeurs de services régionaux.

Voici les indicateurs (**les 6P**) de mise en œuvre relatifs à la présence et à l'amélioration des systèmes de services :

1. **Processus** : un « protocole de transition et de gestion conjointe » est en place pour les AÉ ayant les plus graves et plus complexes problèmes de santé mentale et qui ont besoin de traitement clinique et de soutien spécialisé continu et qui sont maintenant trop âgés pour relever des services pour enfants et pour adolescents. Les pourvoyeurs de services de santé, d'éducation, de justice, de développement et d'aide à l'enfance appartenant aux SEASMT et aux SASMT adhèrent au protocole.
2. **Place** : des points d'accès/entrée communautaire sont visibles dans toutes les collectivités locales où de l'information, des ressources, des liens, des services de promotion de la santé et des liens vers les services officiels sont disponibles.
3. **Présence** : sites en ligne ou physiques, y compris de l'information sur les services et les aiguillages, sur le matériel en matière de santé mentale et de toxicomanie; outils de mieux-être ou de dépistage; et des centres de services pour les AÉ faisant de la promotion publique liée à la santé mentale et à la toxicomanie et interventions locales.
4. **Personnes** : du personnel professionnel et des pairs mentors sont disponibles aux points d'accès, aux points de première prise en charge, dans les lieux de services et en ligne et ces personnes possèdent les compétences voulues pour aider les AÉ et favoriser leur engagement.
5. **Programmes** : des services spécialisés comme ceux qui font partie du panier de huit services essentiels sont en place pour répondre aux besoins des AÉ.
6. **Pratiques éprouvées** : Des pratiques fondées sur les données probantes et (ou) des cadres d'évaluation sont utilisés pour établir l'efficacité des approches mises en œuvre dans le contexte des programmes et des interventions destinés aux AÉ.

D. Recherche et échange de connaissances

D'importants progrès ont été réalisés en ce qui touche la promotion de la santé mentale, la sensibilisation aux problèmes de santé mentale et la prévention des maladies mentales (mise en œuvre de Premiers soins en santé mentale de la Commission ainsi que des projets scolaires en matière de santé mentale et de toxicomanie réalisés en Colombie-Britannique, en Alberta, au Nouveau-Brunswick et en Ontario). Par ailleurs, une attention insuffisante a été accordée à l'échange des connaissances (EC) ou à la mise en place d'interventions et de modèles de programmes axés sur des données probantes dans le cas des AÉ ou des pratiques de transition efficaces. Le risque que cela pose, c'est que de plus en plus d'AÉ prendront conscience de leurs besoins en matière de santé mentale et de toxicomanie et demanderont à recevoir des services alors que les systèmes des services pour adultes en matière de santé mentale et de toxicomanie ne seront pas en mesure ou ne seront pas outillés pour répondre efficacement aux besoins particuliers de ces jeunes.

Il importe de veiller à ce que les données soient recueillies et intégrées à un apprentissage continu, à une amélioration des pratiques, à l'évaluation des résultats ainsi qu'à la recherche portant sur des pratiques efficaces. La collecte de ces données et la promotion de l'échange des connaissances serviront de base au perfectionnement des politiques, à l'élaboration des programmes et à l'amélioration des pratiques liées aux AÉ.

La recherche portant sur les pratiques de transition efficaces ainsi que sur les approches axées sur des données probantes à la

prestation de services de santé mentale spécialisés en est à ses tous premiers balbutiements au Canada. Une stratégie d'échange des connaissances globale devra comprendre les éléments suivants :

- la collaboration entre les milieux scientifiques et les décideurs (y compris les politiciens) de manière à ce que les principes sur lesquels s'appuient le choix, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes fondés sur des données probantes aient plus de poids dans le processus d'élaboration des politiques; des investissements dans la formation des chercheurs et des responsables de l'élaboration des politiques à l'égard des principes sur lesquels s'appuient l'évaluation et la mise en œuvre de programmes fondés sur des données probantes;
- un réseau de recherche et de conception de pratiques portant sur les AÉ, réseau intégré au Centre d'échanges des connaissances de la Commission de la santé mentale du Canada (p. ex. SPARK⁴⁰) tenant compte des données probantes émergentes découlant de l'initiative TRAM;⁴¹
- financement d'un institut national de l'excellence clinique et d'une chaire de recherche du Canada de haut niveau qui se fera le champion des politiques, de la recherche et de la conception des services. À cela s'ajoutera un registre canadien des pratiques fondées sur des données probantes et l'élaboration et la consignation par écrit de lignes directrices cliniques portant sur ce groupe démographique et en fonction des codes des troubles répertoriés dans le DSM-V/ICD (pour tirer parti du registre national de programmes et de pratiques visant ce groupe démographique fondés sur des données probantes de la SAMHSA (NREPP) et des lignes directrices de NICE de même que les cheminements existants dans le contexte canadien);
- investissement dans une étude longitudinale portant sur les transitions et le suivi des AÉ;
- recensement des compétences de base nécessaires aux membres du personnel ainsi qu'aux pairs aidants pour leur permettre de répondre aux besoins de ce groupe démographique;
- initiative d'échange des connaissances de portée large qui s'appuie sur les compétences de base nécessaires à ceux qui interviennent auprès des AÉ, compétences devant être fonction de chaque discipline et domaine clinique ainsi que du contexte des programmes et du panier des éléments de base;
- conception du modèle de service, confirmation et reproduction de chacun des services de base du panier des huit services de base;
- choix d'un « ensemble de données minimales communes » (y compris des définitions, des indicateurs, des mesures et des sources – voir section C précédente. Évaluation du rendement et assurance de la qualité);
- initiative de recherche se rapportant spécifiquement au modèle de transition, y compris au financement prévu dans le cadre d'une initiative nationale de santé mentale pour les AÉ;
- outil provincial d'évaluation des besoins autorisé/exigé mis en œuvre dans les provinces et les territoires;
- outils autorisés à l'échelle provinciale pour l'évaluation de la gravité des besoins en matière de santé mentale et de toxicomanie, de l'intensité afférente des exigences en matière de soutien et des services requis;
- élaboration et mise en œuvre d'outils de transition et outils conjoints d'appui à l'éducation, à l'information et à la pratique disponibles en ligne, y compris des mécanismes d'évaluation des processus et des résultats;
- financement accru par l'entremise de l'initiative nationale pour la recherche et pour l'évaluation sur le terrain de la prestation de programmes et de services.

FAIRE UN PAS VERS LE FUTUR : DES PAROLES AUX ACTES

Le présent document ne propose pas de plan de mise en œuvre qui permettrait à l'avenir de répondre aux besoins des adultes émergents (AÉ). Comme nous l'avons précédemment démontré, il existe de nombreux catalyseurs favorisant le changement systémique. Nous nous reportons à l'expérience des pays et des provinces et territoires qui sont plus avancés sur le chemin permettant de véritablement répondre aux besoins des AÉ et qui peuvent servir de point de départ à nos efforts en ce sens. Les instances compétentes devront établir un échéancier pour la mise en place des mesures appropriées.

L'objectif ultime à nos yeux est la mise en place d'un continuum complet de services pour répondre aux besoins des AÉ dans toutes les régions du Canada. S'il existera toujours des différences dans les capacités des régions urbaines et des régions rurales et éloignées du pays, un ensemble de services adaptés aux besoins des AÉ doit être disponible dans ces régions et des stratégies favorisant l'accès et l'engagement doivent y être mises en œuvre. Chaque AÉ doit être soutenu dans son cheminement vers le rétablissement pour pouvoir par la suite devenir un adulte qui contribuera à la société et avoir des résultats positifs en

⁴⁰ L'atelier de formation SPARK Soutien de la promotion de la recherche et des connaissances activées aide les participants à apprendre à mettre rapidement en pratique la recherche axée sur des données probantes provenant des domaines de la santé mentale, de l'abus des substances et de la toxicomanie.

⁴¹ L'initiative Recherche transformationnelle sur la santé mentale des adolescents (TRAM) des IRSC et de la Fondation Graham Boeckh.

matière de santé et doit aussi avoir accès pendant son développement aux traitements et à l'appui nécessaires. Il convient de pouvoir mesurer les résultats en matière d'engagement et de participation aux services et d'entreprendre des initiatives visant à améliorer la qualité des services offerts. Le moment est venu d'agir en élaborant un cadre stratégique et en faisant preuve de leadership dans sa mise en œuvre et dans son évaluation. Nous proposons comme points de départ d'établir le continuum de services dans le contexte d'un cadre stratégique interministériel national comportant des priorités claires en matière de renforcement des capacités, à l'échelle régionale, en ce qui touche les huit services du panier de services essentiels.

À l'échelle nationale :

1. Constituer une table influente de champions comportant des dirigeants politiques et des représentants à l'échelle nationale et (ou) provinciale (au moins un premier ministre provincial devrait en faire partie). Cette table aura comme tâche d'élaborer une stratégie nationale et un plan d'action assortis d'indicateurs clés et d'échéances au sujet desquels un suivi sera assuré dans la fiche de rendement nationale. Effectuer les recherches voulues. Recueillir les données pertinentes. Prouver l'efficacité des actions entreprises (accès, engagement, résultats). Reproduire des modèles efficaces.
2. À l'issue de la réunion des premiers ministres de juillet 2013 où le harcèlement psychologique constituait l'un des enjeux à l'ordre du jour, présenter des arguments convaincants en faveur d'un appel à l'action en matière de santé mentale et de toxicomanie pour les AÉ pour qui la santé mentale est le problème de santé le plus grave.
3. Cerner le problème le plus urgent auxquels les AÉ sont confrontés et créer un groupe interministériel inter ou intra-provincial qui sera chargé de proposer des actions concrètes pour lutter contre ce problème (voir l'intervention menée au Nouveau-Brunswick en matière de prévention du suicide et de démêlés avec la justice; tenir compte des questions de transition touchant le groupe démographique le plus vulnérable, de l'utilisation concomitante de drogues et des idées suicidaires.)
4. Lancer une initiative nationale de santé mentale comprenant une étude longitudinale nationale de suivi et des éléments de conception modèles.

À l'échelle provinciale et territoriale :

1. Lancer, sous la direction d'un premier ministre, une initiative interministérielle visant à définir les besoins des AÉ en matière de santé mentale et de toxicomanie.
2. Élaborer un plan d'action accordant la priorité aux AÉ et aux transitions (voir le plan d'action du Nouveau-Brunswick).
3. Identifier un champion provincial/territorial pour la mise en œuvre d'un plan d'action pour les jeunes et les AÉ (voir le projet de la Saskatchewan).
4. Faire rapport sur la façon dont les 16 à 25 ans participent au système et sur leurs résultats.
5. Définir les attentes en ce qui touche la simplification de l'accès aux cheminements vers les services de santé et de toxicomanie pour les AÉ.
6. Établir des repères et des échéances pour le panier de services essentiels dans chaque collectivité.
7. Mettre en œuvre des programmes de prévention fondés sur des données probantes et des interventions précoces dans les écoles et les établissements postsecondaires qui visent les groupes démographiques les plus vulnérables et les plus à risque.
8. Lancer une initiative provinciale/territoriale de développement de services en se fondant sur le panier de huit services essentiels et mettre en place un cadre uniforme de collecte de données et de recherche/évaluation.

À l'échelle régionale :

1. Élaborer et mettre en œuvre des protocoles de transitions pour les AÉ présentant les problèmes de santé mentale et de toxicomanie les plus complexes et faire rapport à leur sujet.
2. Faire un suivi et faire rapport sur l'utilisation des services et leurs résultats (engagement et résultats sur deux ans) pour les transitions complexes d'AÉ vers les SASMT (dans le cadre d'une initiative nationale en matière de santé mentale).
3. Identifier et financer un responsable régional des transitions et constituer un groupe d'engagement des AÉ qui servira d'équipe de référence, d'assurance de la qualité et de direction.
4. Établir la capacité actuelle du système de santé primaire à répondre aux besoins de ce groupe démographique.
5. Financer une porte d'entrée visible vers les services pour AÉ.
6. Établir et financer des services spécialisés prioritaires pour les AÉ dans toutes les régions et les collectivités (choisis à partir du panier de huit services essentiels), y compris des approches axées sur des données probantes visant à répondre aux besoins et élaborer un plan de mise en œuvre.

7. Élaborer une stratégie spécifique pour fournir des services actifs aux patients hospitalisés de façon sûre, efficace et adaptée au développement de ce groupe démographique.
8. Construire des cheminements pour les AÉ menant vers des services spécialisés pour adultes et des services de soins primaires (conformément aux lignes directrices provinciales).

FAIRE UN PAS VERS LE FUTUR. DES PAROLES AUX ACTES.

Bibliographie

- Alberta Children's Services. (2003). *Report of the advisory committee on transitions for youth with disabilities: Transition framework for youth with disabilities*.
- Alberta Children and Youth Initiative. (2007). *Transition Planning Protocol for Youth with Disabilities. Your Guide to Reaching New Heights*. (pp. 1-32).
- Alberta Health Services. (2011). *Creating Connections: Alberta's Addiction and Mental Health Strategy* (p. 62). Edmonton.
- Alberta Mental Health Board. (2009). *A Call to Action: The Alberta Suicide Prevention Strategy*.
- American Academy of Pediatrics. (2004). Mental Health Initiatives. Site Web. Consulté le 28 octobre 2013, à <http://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Mental-Health/Pages/About-Us.aspx>
- Andrews, J.G. (2006) *Tolkien II: A needs-based, costed, stepped-care model for mental health services*. Sydney.
- Aratani, Y. et Cooper, J. (2011). Racial and Ethnic Disparities in the Continuation of Community-Based Children's Mental Health Services. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, (avril), 116-129. Consulté à <http://link.springer.com/article/10.1007/s11414-011-9261-z>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. doi:10.1037//0003-066X.55.5.469
- Australian Government. (2009). *Fourth National Mental Health Plan: An agenda for collaborative government action in mental health 2009-2014*. Department of Health
- Australian Government. (2003). *National Mental Health Plan 2003-2008*. Department of Health
- Australian Government. (2010). *National Standards for Mental Health Services* (p. 60).
- Australian Government. (2013). *National Aboriginal and Torres Strait Islander suicide prevention strategy* (p. 48).
- Bagley, C. et Tremblay, P. (2000). Elevated rates of suicidal behavior in gay, lesbian, and bisexual youth. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 21(3), 111-117.
- Beiser, M., Hou, F., Hyman, I. et Tousignant, M. (2002). Poverty, Family Process, and the Mental Health of Immigrant Children in Canada. *American Journal of Public Health*, 92(2), 220-227. Consulté à <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.92.2.220>
- Birchwood, M., Fowler, D. et Jackson, C. (2000). *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence, and interventions* (pp. 1-390). John Wiley & Sons.
- Birchwood, M., Todd, P. et Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 172(33), 53-59.
- Blum, R. W., Garell, D., Hodgman, C. H., Jorissen, T. W., Okinow, N. A., Orr, D. P. et Slap, G. B. (1993). Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*, 14(7), 570-576. Consulté à <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med3&AN=8312295>
- British Columbia Government. (2009). *Cross Ministry Transition Planning Protocol for Youth with Special Needs* (p. 15). Victoria.
- British Columbia Ministry of Health. (2012). *Families Matter: A Framework for Family Mental Health in British Columbia* (pp. 1-74). Vancouver, BC.
- British Columbia Ministry of Health Services. (2004). *Every Door is the Right Door: A British Columbia Planning Framework to Address Problematic Substance Use and Addiction*. Vancouver, C.-B.

- British Columbia Ministry of Health Services et British Columbia Ministry of Children and Family Development. (2010). *Healthy Minds, Healthy People: A Ten-Year Plan to Address Mental Health and Substance Use in British Columbia* (p. 44). Victoria.
- Brodie, I., Goldman, R. et Clapton, J. (2011, May). Mental health service transitions for young people. *Social Care Institute for Excellence Research Briefing*, (May 2011). Consulté à <http://jsduk.net/sites/default/files/files/briefing37-mental-health-service-transition-for-YP.pdf>
- Cappelli, M., Davidson, S., Vloet, M., Freeland, A., Tataryn, K., Gillis, K., ... Smita, T. (2013). Evaluation of the Ottawa-Carleton Transitional Youth Program: Transitional Program Based on a Shared Care Management Model. In *Children's Mental Health Research and Policy Conference*. Tampa.
- Cappelli, M., Davidson, S., Vloet, M., Gillis, K., Addington, J., Kates, J. et McKenzie, K. (2012). An International Focus on Youth in Transition: Development and Evaluation of a Mental Health Transition Service Model. Ottawa, ON : Instituts de recherche en santé du Canada.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2013). *Approche systémique de la toxicomanie au Canada : Intégration des systèmes de santé mentale et de toxicomanie* (pp. 1-18).
- Child Commission for Children and Young People and Queensland. (2011). Before it's too late: Report on early intervention programs aimed at preventing youth suicide. 25 novembre. Commission for Children and Young People and Child Guardian. Consulté le 21 août 2013, à <http://www.ccypcg.qld.gov.au/about/news/2011/november/Report-on-early-intervention-programs-aimed-at-preventing-youth-suicide.html>
- Chisholm, L. et Hurrelmann, K. (1995). Adolescence in modern Europe. Pluralized transition patterns and their implications for personal and social risks. *Journal of Adolescence*, 18(2), 129-158. doi:10.1006/jado.1995.1010
- Clark, H., Pschorr, O., Wells, B., Curtis, M. et Tighe, T. (2004). Transition into Community Roles for Young People with Emotional/Behavioral Difficulties: Collaborative Systems and Program Outcomes. Dans D. Cheney (Ed.), *Transition of secondary approaches for positive outcomes* (pp. 201-226). Arlington, VA: The Council for Children with Behavioral Disorders and The Division of Career Development and Transition, Divisions of The Council for Exceptional Children.
- Clark, H. et Unruh, D. (2009). *Transition of Youth and Young Adults with Emotional or Behavioral Difficulties* (p. 384). Baltimore, MD: Brookes Publishing.
- Clark, H. et Unruh, D. K. (2010). *Transition to Independence Process (TIP) System* (pp. 1-14). Tampa.
- Comité consultatif sur les enfants et les adolescents de la Commission de la santé mentale du Canada. (2010). *Evergreen : document-cadre en matière de santé mentale des enfants et des adolescents au Canada*
- Comité spécial de la santé mentale et des dépendances. (2010). *Rapport final : Sur le chemin du mieux-être : le plan d'action compréhensif sur la santé mentale et les dépendances à l'intention des Ontariens et Ontariennes*.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2009a). Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale pour le Canada.(pp. 1-114)
- Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, Changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* (pp. 1-156). Ottawa.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2013). *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*. Ottawa.
- Commission européenne. (2003). *L'état de la santé de la population dans l'Union européenne : Réduire les écarts de santé*. Luxembourg.
- Corrigan, P. W. (2006). Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 57(10), 1493-6. Consulté à <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=97142>
- Coughlan, H., Cannon, M., Shiers, D., Power, P., Barry, C., Bates, T. et McGorry, P. (2013). Towards a new paradigm of care: the International Declaration on Youth Mental Health. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(2), 103-108.

- Crawford, M. J., De Jonge, E., Freeman, G. K. et Weaver, T. (2004). Providing continuity of care for people with severe mental illness - a narrative review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(4), 265-272. Consulté à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15085327>
- D'augelli, A. R. (2002). Mental Health Problems among Lesbian, Gay, and Bisexual Youths Ages 14 to 21. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 433-456. Consulté à <http://ccp.sagepub.com/content/7/3/433.short>
- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D. et Tebes, J. K. (1999). *Peer Support Among Individuals with Severe Mental Illness: A Review of the Evidence. Clinical Psychology Science and Practice*, 6, 165-187.
- Davidson, S. (2013). *Transitions in youth mental health. In 5th Annual University of Ottawa IMHR Young Researchers Forum.* Ottawa, ON.
- Davidson, S., Cappelli, M. et Vloet, M. A. (2011). *We've got growing up to do: Transitioning youth from child and adolescent mental health services to adult mental health services* (p. 51). Ottawa. Consulté à http://www.excellenceforchildandadolescent.ca/sites/default/files/policy_growing_up_to_do.pdf
- Davidson, S., Freeland, A., Tataryn, K., Vloet, M., O'Neill, M. et Cappelli, M. (2012). *Improving quality of care and patient safety for transitional youth and young adults: Transitional youth pilot project* (p. 81). Ottawa, ON.
- Davis, M. (2001). *State Efforts to Expand Transition Supports for Adolescents Receiving Public Mental Health Services.* Alexandria.
- Davis, M. (2003). Addressing the needs of youth in transition to adulthood. *Administration and Policy in Mental Health*, 30(6), 495-509. Consulté à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13677456>
- Davis, M. (2011). *Crossing the Divide: Programs that Bridge Child and Adult Mental Health Services.*
- Davis, M. (2012). The Learning and Working During the Transition to Adulthood Rehabilitation Research & Training Center. An international focus on youth in transition: Development and evaluation of a mental health transition service model.
- Davis, M. (2013). Career development in Young Adults with Psychiatric Disabilities: Framework for the State of the Science Papers. In *Tools for system transformation for young adults with psychiatric disabilities: State of the science papers.* Worcester, MA: University of Massachusetts Medical School, Department of Psychiatry, Center for Mental Health Services Research, Transitions RTC.
- Davis, M., Banks, S., Fisher, W., Gershenson, B. et Grudzinskas, A. (2007). Arrests of adolescent clients of a public mental health system during adolescence and young adulthood. *Psychiatric Services*, 58(11), 1454-1460.
- Davis, M., Banks, S., Fisher, W. et Grudzinskas, A. (2004). Longitudinal patterns of offending during the transition to adulthood in youth from the mental health system. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(4), 351-66. doi:10.1007/BF02287689
- Davis, M. et Butler, M. (2002). *Service Systems Supports During the Transition from Adolescence to Adulthood: Parent Perspectives* (pp. 1-64). Alexandria, VA.
- Davis, M., Fortuna, L. R., Fisher, W. H. et Mistler, L. (2012). Treatment Retention Strategies in Transition Age Youth. *Psychiatry Information in Brief* (Vol. 9).
- Davis, M., Geller, J. L. et Hunt, B. (2006). Within-state availability of transition-to-adulthood services for youths with serious mental health conditions. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 57(11), 1594-9. doi:10.1176/appi.ps.57.11.1594
- Davis, M., Koroloff, N. et Ellison, M. L. (2012). Between adolescence and adulthood: Rehabilitation research to improve services for youth and young adults. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(3), 167-170.
- Davis, M., Lidz, C., Haddad, D. et Fisher, D. (2012). *Comparing outpatient mental health treatment retention in transition age youth and other age clients of a community mental health center.* Boston: Under Review.
- Davis, M. et Sondheimer, D. (2005). State child mental health efforts to support youth in transition to adulthood. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 32(1), 27-42.

- Davis, M. et Vander Stoep, A. (1996). *The Transition to Adulthood among Adolescents Who Have Serious Emotional Disorders: At Risk for Homelessness*. Delmar, NY.
- Davis, M. et Vander Stoep, A. (1997). The transition to adulthood for youth who have serious emotional disturbance: Developmental transition and young adult outcomes. *Journal of Mental Health Administration*, 24(4), 400-427.
- Davis, M., William, F., Grudzinskas, A. et Banks, S. (2009). Justice system involvement into young adulthood: Comparison of adolescent girls in the public mental health system and in the general population. *American Journal of Public Health*, 99, 234-236.
- Défenseur des enfants et de la jeunesse. (2008). *Connexions et déconnexion : Rapport sur la condition des jeunes à risque et des jeunes qui ont des besoins très complexes au Nouveau-Brunswick*.
- De Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A. et McGorry, P. D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: Needs, opportunities, and obstacles. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(1), 47-57.
- Delgado, M. et Staples, L. (2008). *Youth-Led Community Organizing: Theory and Action* (p. 272). New York, New York: Oxford University Press. Consulté à <http://books.google.com/books?id=Vczj071X2VgC&pgis=1>
- Department of Health. (1999). *National service framework: mental health* (pp. 1-153). Londres.
- Department of Health. (2000). *The NHS plan: A plan for investment. A Plan for reform*. Londres.
- Department of Health. (2004). *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services: Core Standards* (pp. 1-190). Londres.
- Department of Health. (2009). *New horizons: Towards a shared vision for mental health* (pp. 1-130). Londres.
- Department of Health. (2011). *No health without mental health: a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages* (pp. 1-103). Londres.
- Department of Health. (2012). *No health without mental health: implementation framework*. Londres.
- Department of Health, Department for Education, Health Education England, Healthwatch England, Medicines and Healthcare products Regulatory Authority, NHS Commissioning Board, Royal College of Paediatrics and Child Health and the Royal College of Psychiatrists. (2013). *Improving Children and Young People's Health Outcomes: a system wide response* (pp. 1-53). Londres.
- Deschenes, N. (2010). *Partnerships for Youth Transition (PYT) Initiative: Some RTA reflections*.
- Dixon, L., Adams, C. et Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 5-20. Consulté à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10755667>
- Edlund, M. J., Wang, P. S., Berglund, P. A., Katz, S. J., Lin, E. et Kessler, R. (2002). Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *The American Journal of Psychiatry*, 159(5), 845-51. Consulté à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11986140>
- Ellison, M. L., Rogers, E. S. et Costa, A. (2013). Supporting the education goals of young adults with psychiatric disabilities. Dans *Tools for system transformation for young adults with psychiatric disabilities: State of the science papers* (pp. 1-31). Worcester, MA: , Center for Mental Health Services Research, Transitions RTC.
- Enfants en santé Manitoba. (2008). *Protocole de transition de l'école à la communauté pour les élèves avec des besoins spéciaux* (p. 56). Winnipeg.
- Facio, A. et Micocci, F. (2003). Emerging adulthood in Argentina. *New Directions for Child and Adolescent Development*, (100), 21-31. doi:10.1002/cd.72
- Forchuk, C., Martin, M. L., Chan, Y. C. L. et Jensen, E. (2005). Therapeutic relationships: From psychiatric hospital to community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 556-564.

- Fowler, P. J., Toro, P. A et Miles, B. W. (2011). Emerging adulthood and leaving foster care: settings associated with mental health. *American Journal of Community Psychology*, 47(3-4), 335-48. doi:10.1007/s10464-010-9401-2
- Freeland, A. (2012). We've got growing up to do: Youth mental health transitions. Dans *An international focus on youth in transition: Development and evaluation of a mental health transition service model*. An international focus on youth in transition: Development and evaluation of a mental health transition service model.
- Garber, J. et Clarke, G. (2009). Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 301, 2215-2224.
- Giaconia, R. M., Renherz, H. X., Silverman, A. B., Pakix, B., Frost, A. K. et Cohen, E. (1994). Ages of onset of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 706-717.
- Gouvernement du Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada* (pp. 1-203). Ottawa, ON. Consulté à www.mooddisorderscanada.ca
- Gouvernement du Manitoba. Loi sur la stratégie « Enfants en santé Manitoba ». Pub. L. No. C.C.S.M. c. H37 (2007). Manitoba, Canada. Consulté à <https://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/ccsm/h037e.php>
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2011). *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018* (p. 28). Fredericton.
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2009). *Réduire les risques, répondre aux besoins : S'adapter à la situation des enfants et des jeunes à risque ou ayant des problèmes très complexes. Réponse au rapport de l'Ombudsman et défenseur des enfants*.
- Gouvernement du Nunavut. (2011). *Plan d'action de la Stratégie de prévention du suicide*.
- Gouvernement de l'Ontario. (2011). *Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances*. Toronto.
- Government of Alberta. (2006). *Positive Futures - Optimizing Mental Health for Alberta's Children and Youth: A Framework for Action*. Consulté à <http://www.health.alberta.ca/documents/Mental-Health-Framework-Child-06.pdf>
- Government of Alberta. (2011). *Children's Mental Health Plan for Alberta: Three Year Action Plan (2008-2011)* (p. 11). Edmonton.
- Government of Nova Scotia. (2009). *Standards for Mental Health Services In Nova Scotia* (p. 225). Halifax.
- Government of Nova Scotia. (2011). *Together We Can: The plan to improve mental health and addictions care for Nova Scotians*. Halifax.
- Government of Nova Scotia. (2013). *Together We Can : The plan to improve mental health and addictions care for Nova Scotians: Our First Year* (p. 15). Halifax.
- Grant, C. et Pan, J. (2011). A comparison of five transition programmes for youth with chronic illness in Canada. *Child: Care, Health and Development*, 37(6), 815-820.
- Guigliano, R. (2004). The Systemic Neglect of New York's Young Adults with Mental Illness. *Psychiatric Services*, 55, 451-153.
- Haber, M., Karpur, A., Deschênes, N. et Clark, H. (2008). Community-Based Support and Progress of Transition-Age Young People with Serious Mental Health Problems: A Multi-Site Demonstration. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, (35), 488-513.
- Hagan, M. O., Cyr, C., Mckee, H. et Priest, R. (2010). *Making the Case for Peer Support*.
- Hagner, D., Cheney, D. et Malloy, J. (1999). Career-Related Outcomes of a Model Transition Demonstration for Young Adults with Emotional Disturbance. *Rehabilitation Counselling Bulletin*, (42), 228-242.
- Harpaz-Rotem, I., Leslie, D. et Rosenheck, R. A. (2004). Treatment retention among children entering a new episode of mental health care. *Psychiatric Services* Washington DC, 55(9), 1022-1028. Consulté à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15345762>

- Hatter, R., Williford, M. et Dickens, K. (2000). Nurturing and Working in Partnership with Parents During Transition. Dans H. Clark et M. Davis (Eds.), *Transition to adulthood: a resource for assisting young people with emotional or behavioral difficulties* (pp. 209-228). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Hennen, B., Anderson, D., Archibald, G., Baird, K., Bernstein, M., Campbell, S. et Vine, J. (2012). *Transition of Medical Care from Youth to Adulthood : The Challenge for Capital Health and IWK Report of the Joint IWK - Report of the Joint IWK-CDHA Steering Committee on Transition Needs of Youth and Families* (p. 24). Halifax.
- Hetrick, S., Parker, A., Hickie, I., Purcell, R., Yung, A. et McGorry, P. D. (2008). Early identification and intervention in depressive disorders: Towards a clinical staging model. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 263-270.
- Hickie, I. B. (2011). Youth mental health: we know where we are and we can now say where we need to go next. *Early Intervention in Psychiatry*, 5 Suppl 1, 63-9. Consulté à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21208394>
- Hoehn-Saric, R., Hazlett, R. et McLeo, D. (1993). Generalized anxiety disorder with early and late onset of anxiety symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 291-298.
- Ialongo, N., McCreary, B., Pearson, J., Koenig, A., Schmidt, N., Pdulka, J. et Kellam, S. (2004). Major Depressive disorder in a population of urban, African-American young adults: Prevalence, correlates, comorbidity and unmet mental health service need. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 127-136.
- International Association of Youth Mental Health. (2013). *IAYMH | International Association of Youth Mental Health Conference 2013*. Consulté le 20 septembre 2013 à <http://www.iaymh2013.com/>
- Joint IWK-CDHA Steering Committee on Transition Needs of Youth and Families. (2012). *Transition of medical care from youth to adulthood: The challenge for Capital Health and IWK* (pp. 1-24). Halifax.
- Jones, P. B. (2013). Adult mental health disorders and their age at onset. *The British Journal of Psychiatry*. Supplement, 54, s5-10. doi:10.1192/bjpp.112.119164
- Joshi, P., Damstrom-albach, D. et Ross, I. (2009). *Strengthening the Safety Net: A Summary on the Suicide Prevention, Intervention and Postvention Initiative* for BC. Vancouver.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. et Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R., Chiu, W., Demler, O. et Walters, E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617.Prevalence
- Kessler, R., Foster, C., Saunders, W. et Stang, P. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1026-1032.
- Key, J. (2012). PM unveils youth mental health package. *Press release*. Consulté le 12 février 2014 à <http://beehive.govt.nz/release/pm-unveils-youth-mental-health-package>
- Khan, S. (2008). Aboriginal Mental Health: The Statistical Reality. *BC's Mental Health and Addictions Journal*, 5(1), 6-7. Consulté à http://www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/visions_aboriginal_people.pdf
- Kirby, M. (2006). *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Ottawa, ON.
- Kirmayer, L. J., Weinfeld, M., Burgos, G., du Fort, G. G., Lasry, J.-C. et Young, A. (2007). Use of health care service for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 52(2), 295-304.
- Korczak, D. et Goldstein, B. (2009). Childhood onset major depressive disorder: Course of illness and psychiatric comorbidity in a community sample. *Journal of Pediatrics*, 155, 118-123.
- Koroloff, N., Pullmann, M. et Gordon, L. (2008). Investigating the relationship between services and outcomes in a program for

- transition age youth. Dans C. Newman, C. Liberton, K. Kutash et R. Friedman (Ed.), *The 20th Annual Research Conference Proceedings: A System of Care for Children's Mental Health: Expanding the Research Base* (pp. 326-329). Tampa, FL: University of South Florida, The Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, Research and Training Center for Children's Mental Health.
- Lamb, C et Murphy, M. (2013). The divide between child and adult mental health services: points for debate. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 54(s54), s41-4. doi:10.1192/bjp.bp.112.119206
- Landers, G. M. et Zhou, M. (2011). An analysis of relationships among peer support, psychiatric hospitalization, and crisis stabilization. *Community Mental Health Journal*, 47(1), 106-12. doi:10.1007/s10597-009-9218-3
- Larkin, P., Jahoda, a, MacMahon, K. et Pert, C. (2012). Interpersonal sources of conflict in young people with and without mild to moderate intellectual disabilities at transition from adolescence to adulthood. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities : JARID*, 25(1), 29-38. doi:10.1111/j.1468-3148.2011.00652.x
- Lawn, S., Smith, A. et Hunter, K. (2008). Mental health peer support for hospital avoidance and early discharge: An Australian example of consumer driven and operated service. *Journal of Mental Health*, 17(5), 498-508. Consulté à <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/09638230701530242>
- Leavy, J., Goering, P., Macfalane, D., Bradley, S. et Cochrane, J. (2000). *The Gap: Moving Toward Youth-Centred Mental Health Care for Transitional Aged Youth (16-24)* (p. 40). Toronto.
- Lewis, I. et Lenehan, C. (2012). *Report of the Children and Young People's Health Outcomes Forum* (pp. 1-69).
- Loppie Reading, C. et Wien, F. (2009). *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health* (p. 47). Prince George.
- Macek, P., Bejcek, J. et Vanickova, J. (2007). Contemporary Czech Emerging Adults: Generation Growing up in the Period of Social Changes. *Journal of Adolescent Research*, 22, 444-475.
- Mallory, B. (1995). The Role of Social Policy in Life-Cycle Transitions. *Exceptional Children*, 62.
- Secrétariat de l'enfance et de la jeunesse Manitoba. (1999). *Lignes directrices relatives au soutien du processus de planification de la transition - élèves ayant des besoins spéciaux qui atteignent l'âge de 16 ans* (p. 42).
- Mayseless, O. et Scharf, M. (2003). What does it mean to be an adult? The Israeli Experience. *New Directions for Child and Adolescent Development*, (100), 5-20. Consulté à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12955979>
- McConachie, H., Hoole, S. et Le Couteur, a S. (2011). Improving mental health transitions for young people with autism spectrum disorder. *Child: Care, Health and Development*, 37(6), 764-6. doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01238.x
- McDonagh, J. (2007). *Growing up Ready for Emerging Adulthood: An evidence base for professionals involved in transitional care for young people with chronic illness and/or disabilities*. Cambridge. Consulté à <http://217.35.77.12/archive/England/papers/health/pdfs/04137428.pdf>
- McGorry, P. (2007). The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. *The Medical Journal of Australia*, 187(7 Suppl), S53-S56. Consulté à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17908028>
- McGorry, P. (2012). Strengthening the System Where it's Weakest... Early Intervention and Developmentally Appropriate Mental Health Care for Young People Aged 12-25. Ottawa, ON: An international focus on youth in transition: Development and evaluation of a mental health transition service model.
- McGorry, P., Bates, T. et Birchwood, M. (2013). Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 54, s30-5. doi:10.1192/bjp.bp.112.119214
- McGorry, P., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. M. et Jackson, H. J. (1996). EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 305-26. Consulté à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8782288>
- McGorry, P., Purcell, R., Goldstone, S. et Amminger, G. (2011). Age of onset and timing of treatment for mental and substance use disorders: Implications for preventive intervention strategies and models of care. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 301-306.

- McKee, M. (2009). *Vers l'avenir ensemble : Un système transformé de santé mentale pour le Nouveau-Brunswick* (p. 41). Fredericton.
- McKenzie, K., Samele, C., Van Horn, E., Tatten, T., Van Os, J. et Murray, R. B. (2001). Comparison of the outcome of the treatment of psychosis for people of Caribbean origin living in the UK and British Whites: Report from the UK700 trial. *British Journal of Psychiatry*, 178, 160-165.
- Mead, S. (2003). *Defining peer support*. Consulté le 10 juillet 2014 à http://www.parecovery.org/documents/DefiningPeerSupport_Mead.pdf
- Mendota Mental Health Institute. (2014). *PACT: Program of Assertive Community Treatment*. Consulté le 12 février 2014 à http://www.dhs.wisconsin.gov/mh_mendota/programs/Outpatient/PACT/PACT.htm
- Min, S., Whitecraft, J., Rothband, A. B. et Salzer, M. S. (1998). Peer support for persons with co-occurring disorders and community tensure: A survival analysis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(3), 207-213.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale: la force des liens* (p. 97). Québec.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2005). *Normes du programme ontarien à l'intention des équipes de traitement communautaire dynamique*. Deuxième édition.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée et ministère des Services sociaux et communautaires. (2008). *Directive stratégique conjointe pour la prestation de services communautaires de santé mentale et de soutien aux adultes ayant une déficience intellectuelle et des troubles jumelés* (pp. 1-13).
- Ministère des communautés saines et inclusives. (2013). *Vivre bien, être bien. La stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick ; 2009-2013*. Fredericton, Nouveau-Brunswick : Canada.
- Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. (2006). *Une responsabilité partagée : Cadre stratégique ontarien des services de santé mentale aux jeunes et aux enfants*.
- Ministry of Health. (2006). *Suicide Prevention Strategy New Zealand* (pp. 1-36). New Zealand.
- Ministry of Health. (2008). *New Zealand Suicide Prevention Action Plan* (pp. 1-43).
- Ministry of Health. (2009). *New Zealand Suicide Prevention Action Plan Report on Progress: Year One* (pp. 1-84).
- Ministry of Health. (2010). *Healthy Minds, Healthy People: A Ten-Year Plan to Address Mental Health and Substance Use in British Columbia*.
- Ministry of Health. (2012). *Healthy Minds, Healthy People: A Ten-Year Plan to Address Mental Health and Substance Use in British Columbia. Monitoring Progress: 2012 Annual Report*.
- Ministry of Health and Healthcare Sytem. (2014). *Plan for 2014-15*. Saskatchewan. Consulté à <http://www.finance.gov.sk.ca/PlanningAndReporting/2014-15/HealthPlan1415.pdf>
- Mowbray, C. T., Moxley, D. P. et Collins, M. E. (1998). Consumers as mental health providers: First person accounts of benefits and limitations. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 25(4), 397-411.
- Muir, K., Powell, A., Patulny, R., Flaxman, S., McDermott, S., Oprea, I. et Katz, I. (2009). *Headspace Evaluation Report: Independent Evaluation*.
- National Alliance on Mental Illness. (2011). *State Mental Health Cuts: The Continuing Crisis*.
- National Treatment Strategy Working Group. (2008). *A Systems Approach to Substance Use in Canada: Recommendations for a National Treatment Strategy* (pp. 1-55). Ottawa.
- Nelson, G., Ochocka, J., Janzen, R. et Trainor, J. (2006). A Longitudinal Study of Mental Health Consumer/Survivor Initiatives: Part 1 - Literature review and overview of the study. *Journal of Community Psychology*, 34(3), 247-260.

- Nelson, L., Badger, S. et Wu, B. (2004). The influence of culture in emerging adulthood: Perspectives of Chinese college students. *International Journal of Behavioral Development*, 28(1), 26-36. doi:10.1080/01650250344000244
- New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America. Final Report*. Rockville.
- New Zealand Mental Health Commission. (1998). *Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: How Things Need to Be*. Wellington.
- Newman, L., Wagner, M., Cameto, R. et Knokey, A. (2009). *The Post-High School Outcomes of Youth with Disabilities up to 4 Years After High School* (pp. 1-202). Washington, DC.
- Newman, L., Wagner, M., Knokey, A., Marder, C., Nagle, K., Shaver, D. et Schwarting, M. (2011). *The Post-High School Outcomes of Young Adults with Disabilities up to 8 Years After High School. A Report from the National Longitudinal Transition Study-2 (NLTS2)* (NCSE 2011-3005) (pp. 1-218).
- Nova Scotia Department of Education. (2005). *Transition Planning for Students with Special Needs: The Early Years Through to Adult Life* (p. 39).
- O'Brien, A., Fahmy, R. et Singh, S. P. (2009). Disengagement from mental health services. A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(7), 558-68. doi:10.1007/s00127-008-0476-0
- O'Connor, P. (2000). Squaring the Circle: How Canada is Dealing with the Legacy of Its Indian Residential Schools Experiment. *International Journal of Legal Information*, 28. Consulté à <http://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/ijli28&id=262&div=&collection=>
- O'Connor, T., Allen, J., Bell, K. et Hauser, S. (1996). Adolescent-parent relationships and leaving home in young adulthood. *New Directions in Child Development*, (71), 39-52.
- Office of the Surgeon General. (1999). *Mental health: A Report of the Surgeon General* (pp. 1-494).
- Ombudsman et Défenseur des enfants et de la jeunesse. (2008). *Le Rapport Ashley Smith. Rapport de l'Ombudsman du Nouveau-Brunswick et Défenseur des enfants et de la jeunesse sur les services fournis à une jeune touchée par la justice criminelle des adolescents*. Fredericton, New Brunswick.
- Ontario Public Health Association. (2011). *Youth Engagement Toolkit - Working with middle school students to enhance protective factors and resiliency: A resource for health professionals working with young people*. Toronto.
- Organisation mondiale de la santé. (2000). *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 - Pour un système de santé plus performant* (p. 215). Genève.
- Organisation mondiale de la santé. (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope* (p. 169). Genève.
- Organisation mondiale de la santé. (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders*. Genève.
- Organisation mondiale de la santé World Health Organization. (2007). *The WHO MIND Project: Helping youth overcome mental health problems*. 2007. Genève. Consulté le 3 septembre 2007 à http://www.who.int/mental_health/policy/en/
- Osgood, W., Foster, M., Flanagan, C. et Ruth, G. (2005). Introduction: Why Focus on the Transition to Adulthood for Vulnerable Populations? In W. Osgood, M. Foster, C. Flanagan, & G. Ruth (Eds.), *On Your Own Without a Net: The Transition to Adulthood for Vulnerable Populations* (pp. 1-26). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S. et McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 369(9569), 1302-13. doi:10.1016/S0140-6736(07)60368-7
- Paul, M. (2007). Rights. *Archives of Disease in Childhood*, 92(8), 720-5. doi:10.1136/adc.2005.091629
- Paul, M., Ford, T., Kramer, T., Islam, Z., Harley, K. et Singh, S. P. (2013). Transfers and transitions between child and adult mental health services. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 54, s36-40. doi:10.1192/bjp.bp.112.119198

- Paus, T., Keshavan, M. et Giedd, J. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Reviews Neuroscience*, 9, 947-957.
- Perlis, R., Dennehy, E., Miklowitz, D., Delbello, M., Ostacher, M., Calabrese, J. et Sachs, G. (2009). Retrospective age at onset of bipolar disorder and outcome during two-year follow-up: Results from the STEP-BD study. *Bipolar Disorder*, 4, 391-400.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W. et Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 73-92. Consulté à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11215551>
- Por, J., Golberg, B., Lennox, V., Burr, P., Barrow, J. et Dennard, L. (2004). Transition of care: health care professionals' view. *Journal of Nursing Management*, 12(5), 354-361. Consulté à <http://ezproxy.lib.ucalgary.ca:2048/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004202923&site=ehost-live>
- Pottick, K. J., Bilder, S., Vander Stoep, A., Warner, L. A. et Alvarez, M. F. (2008). US patterns of mental health service utilization for transition-age youth and young adults. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 35(4), 373-89. Consulté à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18026842>
- Prime Minister's Chief Science Advisor. (2011). *Improving the transition* (pp. 1-318). Auckland, NZ.
- Repper, J. et Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411. doi:10.3109/09638237.2011.583947
- Richards, M. et Vostanis, P. (2004a). Interprofessional perspectives on transitional mental health services for young people aged 16 - 19 years. *Journal of Interprofessional Care*, 18(2), 115-128. Consulté à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15203671>
- Richards, M. et Vostanis, P. (2004b). Interprofessional perspectives on transitional mental health services for young people aged 16-19 years. *Journal of Interprofessional Care*, 18(2), 115-28. doi:10.1080/13561820410001686882
- Rosenblatt, J. A., Rosenblatt, A. et Biggs, E. E. (2000). Criminal behavior and emotional disorder: Comparing youth served by the mental health and juvenile justice systems. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27(2), 227-237. Consulté à <http://link.springer.com/10.1007/BF02287315>
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M. et Sanchez, J. (2009). Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults. *Pediatrics*, 123(1), 346-52. Consulté à <http://pediatrics.aappublications.org/content/123/1/346.short>
- Salzer, M. S. et Mental Health Association of Southeastern Pennsylvania Best Practices Team. (2002). Consumer-Delivered Services as a Best Practice in Mental Health Care Delivery and the Development of Practice Guidelines. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6, 355-382.
- Saskatchewan Health. (2006). *A Better Future for Youth: Saskatchewan's Plan for Child and Youth Mental Health Services*. Regina.
- Saskatchewan Ministry of Education. (2001). *Creating Opportunities for Students with Intellectual and Multiple Disabilities* (p. 396).
- Saskatchewan Ministry of Health. (2012). *Mental Health and Alcohol and Drug Misuse Services: Integration Framework* (p. 22). Regina.
- Sawyer, S. M., Drew, S., Yeo, M. S. et Britto, M. T. (2007). Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating. *Lancet*, 369(9571), 1481-9. doi:10.1016/S0140-6736(07)60370-5
- Schufelt, J., & Cocozza, J. J. (2006). *Youth with Mental Health Disorders in the Juvenile Justice System: Results from a Multi-State Prevalence Study*. New York.
- Shook, J., Goodkind, S., Pohlig, R. T., Schelbe, L., Herring, D. et Kim, K. H. (2011). Patterns of mental health, substance abuse, and justice system involvement among youth aging out of child welfare. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 81(3), 420-32. doi:10.1111/j.1939-0025.2011.01110.x
- Silver, S., Unger, K. et Friedman, B. (1995). *Transition to adulthood among youth with emotional disturbance. Report 839*. Tampa, FL.

- Singh, S. P. (2012). Journey from child to adult mental health care: A view from the bridge. Dans *47th Annual Congress of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*. Hobart, TAS, Australia: Informa Healthcare. doi:<http://dx.doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1177/0004867412445952>
- Singh, S. P., Evans, N., Sireling, L. et Stuart, H. (2005). Mind the Gap: The Interface Between Child and Adult Mental Health Services. *Psychiatric Bulletin*, (29), 292-294.
- Singh, S. P., Paul, M., Ford, T., Kramer, T. et Weaver, T. (2008). Transitions of Care from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services (TRACK Study): A Study of Protocols in Greater London. *Biomed Central Health Service Research*, 8(135). Consulté à <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/135/>
- Singh, S. P., Paul, M., Islam, Z. et Weaver, T. (2010). Transition from CAMHS to Adult Mental Health Services (TRACK): A Study of Service Organisation, Policies, Process and User and Carer Perspectives. *National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme*, 1-252. Consulté à [http://scholar.google.com/ar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Transition+from+CAMHS+to+Adult+Mental+Health+Services+\(+TRACK+\):+A+Study+of+Service+Organisation+,+Policies+,+Process+and+User+and+Carer+Perspectives#0](http://scholar.google.com/ar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Transition+from+CAMHS+to+Adult+Mental+Health+Services+(+TRACK+):+A+Study+of+Service+Organisation+,+Policies+,+Process+and+User+and+Carer+Perspectives#0)
- Standing Committee on Health and Ageing. (2011). *Before it's too late: Report on early intervention programs aimed at preventing youth suicide*. Canberra.
- Statistique Canada. (2008). Table 5.5 Principales causes de décès chez les enfants et les jeunes selon le groupe d'âge, de 2006 à 2008. Consulté le 21 août 2013 à <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-402-x/2012000/chap/c-e/tbl/tbl05-fra.htm>
- Statistique Canada. (2009). *Mortalité : liste sommaire des causes 2005 (Date de publication ; 30 mars 2009) Catalogue no. : 84F0209XWE. Tableau 2 Décès et taux de mortalité, selon certains groupes de causes, le groupe d'âge et le sexe*, Canada. Ottawa, ON.
- Steinberg, L. (2008). A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking. *Developmental Review*, 28(1), 78-106. doi:10.1016/j.dr.2007.08.002
- Sunderland, Kim, Mishkin, Wendy, Équipe des leaders en matière de soutien par les pairs, Commission de la santé mentale du Canada. (2013). *Les lignes directrices relatives au soutien par les pairs*. Calgary, AB : Commission de la santé mentale du Canada.
- The Hospital for Sick Children. (2006). *Good 2 Go Transition Program*. The Hospital for Sick Children. Consulté à <http://www.sickkids.ca/good2go/>
- The National Advisory Mental Health Council Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment. (2001). *Blueprint for Change: Research on Child and Adolescent Mental Health* (pp. 1-175). Rockville, MD.
- Turpel-Lafond, M. E. (2013). *Still Waiting: First-hand Experiences with Youth Mental Health Services in B.C.* (pp. 1-123). Victoria.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda*. Washington, DC.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *National Strategy for Suicide Prevention*. Rockville.
- UK Department of Health. (2009). *The Bradley Report: Lord Bradley's review of people with mental health problems or learning disabilities in the criminal justice system* (p. 13). London. Consulté à http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_098699.pdf
- United States Government Accountability Office. (2008). *Young Adults with Serious Mental Illness: Some States and Federal Agencies are Taking Steps to Address their Transition Challenges*. United States Government Accountability Office.
- US Preventive Services Task Force. (2009). Screening and treatment of major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendations Statement. *Pediatrics*, 123(4), 1223-1228.
- Van Staa, A. L., Jedeloo, S., van Meeteren, J. et Latour, J. M. (2011). Crossing the transition chasm: experiences and recommendations for improving transitional care of young adults, parents, and providers. *Child: Care, Health and Development*, 37(6), 821-832.

- Vander Stoep, A., Beresford, S., Weiss, N., McKnight, B., Cauce, A. et Cohen, P. (2000). Community-based Study of the Transition to Adulthood for Adolescents with Psychiatric Disorder. *American Journal of Epidemiology*, 152(4), 352-362.
- Vander Stoep, A., Weiss, N., Kuo, E., Cheney, D. et Cohen, P. (2003). What Proportion of Failure to Complete Secondary School in the US Population is Attributable to Adolescent Psychiatric Disorder? *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30(1), 119-124.
- Viner, R. (1999). Transition from paediatric to adult care. Bridging the gaps or passing the buck? *Archives of Disease in Childhood*, (81), 271-275.
- Viner, R. et Keane, M. (1998). *Youth Matters: Evidence-based Best Practice for the Care of Young People in Hospital*. London.
- Vorhies, V., Davis, K. E., Frounfelker, R. L. et Kaiser, S. M. (2012). Applying social and cultural capital frameworks: understanding employment perspectives of transition age youth with serious mental health conditions. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 39(3), 257-70. doi:10.1007/s11414-012-9274-2
- Vostanis, P. (2005). Patients as parents and young people approaching adulthood: how should we manage the interface between mental health services for young people and adults? *Current Opinion in Psychiatry*, 18(4), 449-454. Consulté à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16639141>
- Wagner, M. et Newman, L. (2012). Longitudinal transition outcomes of youth with emotional disturbances. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(3), 199-208.
- Weissman, M., Wolk, S., Goldstein, R., Moreau, D., Adams, P., Greenwalk, S. et Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grown up. *JAMA*, 281(18), 1707-1713.
- While, A., Forbes, A., Ullman, R., Lewis, S., Mathes, L. et Griffiths, P. (2004). Good practices that address continuity during transition from child to adult care: synthesis of the evidence. *Child Care Health and Development*, 30(5), 439-452. Consulté à [://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15320921](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15320921)
- Whitley, R., Kirmayer, L. J. et Groleau, D. (2006). Understanding Immigrants' Reluctance to Use Mental Health Services: A Qualitative Study From Montreal. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie*, (51), 205-209. Consulté à <https://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2006/2mars/whitley-OR.asp>
- YoungMinds. (2005). *Putting participation into practice. A guide for practitioners working in services to promote the mental health and well-being of children and young people*. Consulté à youngminds.org.uk
- Youth Advisory Committee of the Mental Health Commission of Canada. (2010). *Evergreen: A Child and Youth Mental Health Framework for Canada A project of the Child and Youth Advisory Committee of the Mental Health Commission of Canada*.

Annexes

- Annexe 1 : Documents-cadres provinciaux par type et par inclusion des transitions/AÉ
- Annexe 2 : Participants au sommet d'octobre 2012
- Annexe 3 : Facteurs propices à des transitions efficaces
- Annexe 4 : Obstacles à une transition efficace du système de services pour enfants et adolescents vers le système de services pour adultes
- Annexe 5 : Gestion de la transition et conception des systèmes pour AÉ - Modèles
- Annexe 6 : Jeunes obtenant d'IWK des services en matière de santé mentale et de toxicomanie
- Processus de transfert
- Annexe 7 : Initiatives choisies des RLISS de l'Ontario en vue d'aider les jeunes au moment de la transition

Annexe 1

Annexe 1 : Documents-cadres provinciaux par type et par inclusion des transitions /AÉ

Nom du document	Type de document	Mention explicite des transitions	Axé spécifiquement sur les besoins des enfants et des adolescents	Autres mentions notables
<p>COLOMBIE-BRITANNIQUE : Les progrès réalisés dans la mise en oeuvre, par la Colombie-Britannique, de son plan en matière de santé mentale pour les enfants et les adolescents (2003) a récemment fait l'objet de critiques de la part du Représentant pour les enfants et les adolescents (Representative for Children and Youth) dans son rapport intitulé <i>Still Waiting: First Hand Experiences with Youth Mental Health Services in BC</i> (Turpel-Lafond, 2013); dans le système pour adultes, <i>Healthy Minds, Healthy People: A 10-year Plan to Address Mental Health and Substance Use in British Columbia</i> (ministère des Services sociaux et ministère du Développement de l'enfance et de la famille de la Colombie-Britannique, 2010), a fait l'objet d'un rapport de suivi en 2011 et 2012.</p>				
<i>Healthy minds, Healthy People: A Ten-Year Plan to Address Mental Health and Substance Use in British Columbia.</i> (2010)	Stratégie	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire la consommation de cannabis avant l'âge de 15 ans. • Réduire le nombre d'enfants et d'adolescents vulnérables sur le plan du développement socio-émotif. • Réduire la consommation dangereuse d'alcool chez les 15 ans et plus. • Promouvoir la santé mentale dans les écoles. • Mettre l'accent sur les enfants et les adolescents ayant des déficiences intellectuelles. • Planifier la transition pour les enfants et les adolescents ayant des besoins spéciaux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures de soutien destinées aux familles dans lesquelles les parents ont des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. • Augmentation des interventions communautaires fondées sur des données probantes.
<i>Healthy Minds, Healthy People: A Ten-Year Plan to Address Mental Health and Substance Use in British Columbia. Monitoring Progress: First Annual Report</i> (2011)	Rapport	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Décrit des réussites ou des actions menées au cours de l'année qui sont fondées sur le contenu du rapport de 2010. • De nombreuses actions ont été entreprises ou sont en cours. 	
<i>Healthy Minds, Healthy People: A Ten-Year Plan to Address Mental Health and Substance Use in British Columbia. Monitoring Progress: First Annual Report</i> (2011)	Rapport	Voir ci-dessus	<ul style="list-style-type: none"> • Section entière portant sur la transformation de nombreux systèmes (développement de l'enfance et de la famille, santé, justice, logement, etc.) pour offrir une meilleure coordination des services. 	
<i>A Path Forward: BC First Nations and Aboriginal People's Mental Wellness and Substance Abuse – 10 Year Plan</i> (2012)	Stratégie	Non	<ul style="list-style-type: none"> • Mentionne dans une certaine mesure les enfants et les adolescents, mais le document ne les cible pas de façon explicite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Accent mis sur l'inclusion de la guérison grâce à des moyens traditionnels • Prend en compte les conséquences de la colonisation et des pensionnats autochtones.

Nom du document	Type de document	Mention explicite des transitions	Axé spécifiquement sur les besoins des enfants et des adolescents	Autres mentions notables
<i>Strong, Safe and Supported: A Commitment to BC's Children and Youth</i>	Stratégie	Oui	<ul style="list-style-type: none"> Accent mis sur la réduction de la vulnérabilité. Ne porte pas spécifiquement sur la santé mentale. 	<ul style="list-style-type: none"> Accent mis sur les besoins des Autochtones.
<i>Cross Ministry Transition Planning Protocol for Youth with Special Needs (2009)</i>	Protocole	Oui	<ul style="list-style-type: none"> Le document traite spécifiquement et uniquement des besoins des enfants et des adolescents. 	<ul style="list-style-type: none"> Attention spéciale accordée aux enjeux autochtones. Ne porte pas spécifiquement sur la santé mentale, mais englobe le large éventail des besoins spéciaux.

Nom du document	Type de document	Mention explicite des transitions	Axé spécifiquement sur les besoins des enfants et des adolescents	Autres mentions notables
<p>ALBERTA: La stratégie de 2006 pour les enfants et les adolescents de l'Alberta « <i>Positive Futures</i> » (Gouvernement de l'Alberta, 2006) a été déposée et suivie d'un Plan d'action (Gouvernement de l'Alberta, 2011). De la même façon, dans le secteur des services pour adultes, les ministères albertains de la Santé et du Mieux-être (Alberta Health and Wellness (AHW)) et des Services de santé (Alberta Health Services (AHS)) ont conjointement produit <i>Creating Connections: Alberta's Addiction and Mental Health Strategy</i> (Alberta Health Services, 2011), document qui a été suivi d'<i>Action Plan 2011-2016</i> (le Plan) crAÉnt un Secrétariat interministériel de la santé mentale chargé de sa mise en œuvre. Les adolescents et les adultes émergents font partie des trois « secteurs prioritaires » du Plan d'action 2013-2014.</p>				
<p><i>Children's Mental Health Plan for Alberta: Three Year Action Plan</i> (2008-2011)</p>	Stratégie	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Service de transition à Edmonton et à Calgary pour les jeunes de 16 à 24 ans aux prises avec des problèmes allant de problèmes difficiles à graves. • Normes relatives à l'accès pour les enfants et les jeunes : 24 heures pour les besoins émergents/actifs, deux semaines pour les besoins urgents et 30 jours pour les rendez-vous. • Accès accru aux services pour les enfants et les adolescents vivant dans des milieux ruraux et éloignés. • Transition des soins pour patients hospitalisés vers les soins communautaires. • Programmes scolaires. • Prévention des risques. • Interventions précoces pour les adolescents et les familles à risque. 	
<p><i>Creating Connections: Alberta's Addictions and Mental Health Strategy</i> (September, 2011)</p>	Stratégie	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes de santé mentale pour les enfants, les adolescents et les mères. • Programmes scolaires. • Normes relatives à l'accès pour les enfants et les jeunes : 24 heures pour les besoins émergents/actifs, deux semaines pour les besoins urgents et 30 jours pour les rendez-vous. • Coordination des services, en particulier pour les jeunes en âge de transition. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la stigmatisation. • Formalisation des approches intégrées de gestion des cas. • Soutien accru pour les familles et les aidants naturels. • Interventions adaptées à la culture des bénéficiaires de soins. • Cadre de soins tertiaires. • Aide au logement.

Nom du document	Type de document	Mention explicite des transitions	Axé spécifiquement sur les besoins des enfants et des adolescents	Autres mentions notables
<i>Positive Futures: Optimizing Mental Health for Alberta's Children & Youth - A Framework for Action (2006 -2016)</i>	Stratégie	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des capacités du système de santé mentale. • Capacité de prévention et d'intervention précoce. • Accès accru aux services de santé mentale et sensibilisation à l'existence de ces services. • Portée accrue de l'éventail de services disponibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminants de la santé.

Nom du document	Type de document	Mention explicite des transitions	Axé spécifiquement sur les besoins des enfants et des adolescents	Autres mentions notables
<p>SASKATCHEWAN: En Saskatchewan, un Plan provincial en matière de santé mentale pour les enfants et les adolescents a été élaboré en 2007 (Ministère de la Santé de la Saskatchewan, 2006), l'intégration des services de santé mentale et de toxicomanie tout au long de la vie étant indiquée comme une priorité. En 2012, un Cadre pour la prestation des services (Framework for Service Delivery) a été publié; il intègre les secteurs de même que les services de santé mentale et de toxicomanie (Ministère de la Santé de la Saskatchewan, 2012). En mai 2013, une stratégie d'action interministérielle a été élaborée avec comme objectif de fournir des services en matière de santé mentale et de toxicomanie et un Commissaire à la santé mentale a été nommé et chargé de conseiller le ministre sur l'élaboration du plan. Un comité directeur surveillera l'élaboration du plan. Le comité sera présidé par le ministre de la Santé et se composera de chefs de file des ministères de l'Éducation, des Services sociaux, des Services correctionnels, des Services policiers et de la Justice, des régies de santé régionales, des milieux autochtones, des secteurs de l'éducation, des services policiers ainsi que de représentants des utilisateurs.</p> <p>Un comité permanent des enfants et des adolescents (comité du cabinet) a été mis sur pied en décembre 2010; ce comité est coprésidé par des directeurs régionaux des services de santé mentale et de toxicomanie. Ce comité favorise le règlement horizontal des problèmes, élabore des politiques et renforce les assises législatives des initiatives menées sur le terrain (p. ex., outils de dépistage pour l'ensemble de la province, plans de soutien individuels découlant des politiques en place et mise en œuvre de LOCUS dans le but d'établir les niveaux de soins requis).</p>				
<i>A Better Future for Youth: Saskatchewan's Plan for Child & Youth Mental Health Services</i>	Stratégie	Non	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des programmes de liaison. • Introduction à Regina des programmes de prise en charge précoce de la psychose. • Inclusion des jeunes dans le processus de planification des services de santé mentale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recruter davantage d'employés dans les endroits éloignés.
<i>Mental Health and Drug and Alcohol Misuse Services: Integration Framework (2012)</i>	Cadre	Non	<ul style="list-style-type: none"> • Non 	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoit l'intégration en fonction des besoins du client des services de santé mentale et de toxicomanie dans le but de mieux servir les personnes ayant des besoins concomitants.
<i>Mental Health and Drug and Alcohol Misuse Services: Framework for Service Delivery (2012)</i>	Cadre	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Voit la transition des services pour enfants vers les services pour adultes comme un point clé pour les interventions. 	

Nom du document	Type de document	Mention explicite des transitions	Axé spécifiquement sur les besoins des enfants et des adolescents	Autres mentions notables
<p>MANITOBA: C'est au Manitoba que l'intégration des politiques et des protocoles relatifs aux transitions est la mieux assurée au sein d'une même initiative, Enfants en santé Manitoba. Cette initiative sert de fondement au cadre de prestation des services et découle de la loi habilitante <i>Loi sur la stratégie « Enfants en santé Manitoba »</i> (Gouvernement du Manitoba, 2007). En outre, un comité du cabinet est en place. Au lieu d'un « super-ministère », 10 voix se font entendre autour de la table du cabinet. La Loi autorise la collecte de données identificatoires qui permettront d'assurer un suivi tout au long de la vie de l'utilisateur et une évaluation du rendement/résultats.</p> <p>Le Manitoba s'est doté d'un Secrétariat de l'enfance et de la jeunesse ainsi que d'un comité du cabinet Enfants en santé qui fait la liaison entre les milieux politiques et les milieux communautaires. Le comité se compose de résidents et de professionnels. Le Manitoba Centre for Health Policy est une logithèque de référence pour les données identificatoires permettant d'effectuer une évaluation du rendement de l'ensemble du système.</p>				
<i>Vers la vie d'adulte : Protocole de transition de l'école à la communauté pour les élèves avec des besoins spéciaux</i> (2008)	Protocole	Oui	<ul style="list-style-type: none"> S'adresse spécifiquement aux enfants ayant des besoins spéciaux qui font la transition de l'école vers la communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> Appuie la collaboration interministérielle dans ce domaine.
<i>Transition vers l'âge adulte</i> (sans date)	Fiche d'information	Oui	<ul style="list-style-type: none"> Fiche d'information pour les adultes émergents faisant la transition vers l'âge adulte. 	<ul style="list-style-type: none"> S/O
<i>Mental Health Framework for Students: A Position Statement</i> (2011) (Manitoba Association of School Superintendents)	Énoncé de position	Non	<ul style="list-style-type: none"> Évalue les besoins en santé mentale des enfants d'âge scolaire au Manitoba 	<ul style="list-style-type: none"> Lance un appel à l'action pour les services intégrés Recommandations en vue d'autres types d'action comme l'accès universel et l'accès amélioré aux soins psychiatriques, etc.
<i>Relever le défi : Plan stratégique de promotion de la santé mentale et du bien-être de la population manitobaine</i>	Plan stratégique	Oui	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer la capacité du système de santé mentale en mettant l'accent sur les besoins des enfants et des adolescents. Renforcer la coordination entre le système de services pour enfants et pour adolescents et le système de services pour adultes. 	<ul style="list-style-type: none"> Les orientations stratégiques globales comprennent l'accent mis sur le soutien par les pairs et le soutien par les familles pour ce qui est des soins en matière de santé mentale. Renforcer la planification interministérielle et intersectorielle dans toute la province.
<i>Health and the Human Spirit: Shaping the Direction of Spiritual Health Care in Manitoba</i>	Plan stratégique	Non	<ul style="list-style-type: none"> Aucun 	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser l'inclusion du soutien spirituel dans les soins de santé mentale.

Nom du document	Type de document	Mention explicite des transitions	Axé spécifiquement sur les besoins des enfants et des adolescents	Autres mentions notables
<p>ONTARIO : Le document ontarien <i>Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances</i> (Gouvernement de l'Ontario, 2011) et le rapport récent publié par le Comité spécial de la santé mentale et des dépendances constituent des cadres stratégiques. La santé mentale des enfants et des adolescents est clairement vue comme une priorité et un point de départ pour la mise en œuvre. Une transformation du système de santé mentale pour enfants et pour adolescents est actuellement en cours au sein du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ), le dernier document-cadre (Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2006) étant maintenant désuet. Le processus de transformation actuellement en cours au MSEJ vise à élaborer un cadre pour élargir l'accès aux services, créer des cheminements vers les soins et élaborer des protocoles en vue de la création d'un système de soins continus intégrant un ensemble de services clés. La mise en garde qui s'impose, c'est qu'il ne s'agit sans doute pas d'une approche fondée sur l'ensemble du système puisqu'il ne s'agit pas d'une initiative conjointe des ministères de la Santé, de l'Éducation et du MSEJ. En novembre 2012, <i>Pour l'avancement de la santé mentale : un système adapté aux besoins des enfants et des jeunes</i> a été rendu public. Le document situe le contexte pour la transformation, en mettant l'accent sur la nécessité de recueillir des données sur les services et l'accès aux services dans toute la province.</p>				
<p><i>Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances</i> (2011)</p>	Stratégie	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes d'intervention précoce et de réduction de la stigmatisation à l'intention des enfants et des adolescents. • Accroître la capacité des services scolaires • Améliorer l'accès aux services de santé mentale pour enfants et pour adolescents. • Dépistage et intervention précoces. • 18 équipes collaboratives de service pour gérer les transitions entre les services pour patients hospitalisés et les services externes, santé et justice, services en matière de santé mentale pour enfants et pour adultes 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du logement et du soutien à l'emploi • Formation des premiers répondants • Intégration des services de santé mentale et de toxicomanie • Intégration et soutien des transitions d'un système vers l'autre.
<p><i>Une responsabilité partagée : Cadre stratégique ontarien des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes</i></p>	Stratégie	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir l'intégration accrue des ministères ayant des responsabilités liées aux enfants et aux adolescents, services, etc. • Faciliter les transitions entre les services lors de périodes de transition clés. • Créer des services de santé mentale mieux adaptés aux besoins des enfants et des adolescents. 	<ul style="list-style-type: none"> • Efforts de réduction de la stigmatisation. • Justification accrue des interventions et mesures de prévention efficaces. • Améliorer le système de reddition de comptes officiel entre les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents et le gouvernement • Élaborer des normes de qualité des services

Nom du document	Type de document	Mention explicite des transitions	Axé spécifiquement sur les besoins des enfants et des adolescents	Autres mentions notables
<i>Pour l'avancement de la santé mentale : un système adapté aux besoins des enfants et des jeunes (PASM) (2012)</i>	Plan d'action	Non	Plan d'action triennal visant à : <ul style="list-style-type: none"> • Aider les parents à trouver des services • Apparier les fonds aux besoins communautaires en matière de services • Accroître la reddition de comptes à l'échelle provinciale • Accroître l'accès pour les jeunes et leur famille (objectif spécifique) 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan en vue de définir les services essentiels devant être disponibles dans toutes les régions de l'Ontario. • Nouveau modèle de financement fondé sur les besoins locaux. • Plan élaboré en collaboration avec les parents, les jeunes, les pourvoyeurs de services et les spécialistes des systèmes.

Nom du document	Type de document	Mention explicite des transitions	Axé spécifiquement sur les besoins des enfants et des adolescents	Autres mentions notables
<p>QUÉBEC : Le <i>Plan d'action en santé mentale (PASM) (2005-2010)</i> du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005) a été mis jour à l'automne 2013. Le nouveau plan d'action comporte des directives-cadres pour la mise en œuvre du plan jusqu'en 2020. Les consultations menées dans le cadre de l'élaboration du nouveau cadre ont confirmé l'existence de préoccupations quant aux transitions des jeunes et aux conséquences de l'inadmissibilité aux services en fonction d'un âge limite rigide. Le rapport sur la santé mentale du Commissaire à la santé comportait cinq recommandations dont l'une consistait à améliorer les transitions ainsi que l'accès aux services appropriés pour les adolescents et les jeunes adultes. On s'attend à ce que la prochaine stratégie propose des mesures visant à accroître les capacités provinciales, à améliorer l'accès aux services appropriés pour les adolescents et les jeunes adultes ainsi qu'aux programmes de prise en charge du premier épisode, à offrir un accès universel aux thérapies psychologiques et à intégrer des protocoles de transitions dans des mesures législatives.</p>				
<i>Plan d'action en santé mentale: la force des liens (2005-2010)</i>	Stratégie	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Campagnes de marketing social visant les enfants et les adolescents et leurs aidants. • Intégration accrue des services de santé et des services à la personne. • Encouragement de l'intégration des services de santé mentale primaires et secondaires pour les enfants et les adolescents. • Évaluation et traitement des problèmes de santé mentale dans les services secondaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Services d'intervention offerts à tous les résidents 24 heures par jour et 7 jours par semaine
<i>État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux (2012)</i>	Rapport	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte des difficultés que crée le classement des services en plusieurs catégories : services pour « enfants/adolescents », « pour adultes » et « pour personnes âgées ». 	<ul style="list-style-type: none"> • Propose des recommandations sur la façon d'accroître les ressources du système de santé mentale et ainsi que le rendement du système.

Nom du document	Type de document	Mention explicite des transitions	Axé spécifiquement sur les besoins des enfants et des adolescents	Autres mentions notables
<p>NOUVEAU-BRUNSWICK : Le Nouveau-Brunswick a lancé un plan de santé mentale provincial novateur qui est échelonné sur sept ans. Ce plan précise les priorités en matière de promotion de la santé mentale, les changements dans la prestation des services pour tous les secteurs, les moyens de dépistage et d'intervention précoces ainsi que les changements d'attitudes et des valeurs des résidents de la province en matière de santé mentale. La plan propose aussi des cibles précises pour le développement des services dans toute la province (p. ex., équipes d'intervention auprès des jeunes ayant des troubles concomitants; équipes de prise en charge lors du premier épisode; prestation intégrée des services dans les écoles); seules les premières étapes de la mise en œuvre et de l'évaluation des cibles ont maintenant été atteintes.</p>				
<i>Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick (2011-2018)</i>	Stratégie	Non	<ul style="list-style-type: none"> • Pupilles de l'État. • Logement pour les 16 à 18 ans. • Besoins généraux en matière de santé mentale. 	
<i>Vers l'avenir ensemble : Un système transformé de santé mentale pour le Nouveau-Brunswick (2009) Rapport McKee</i>	Rapport	Oui (p. 22)	<ul style="list-style-type: none"> • Formation du personnel scolaire. • Interventions précoces (p. ex., pour la psychose précoce, équipes d'intervention pour les jeunes ayant des troubles concomitants, tribunaux de santé mentale pour les enfants et les adolescents) • Évaluation et traitement dans la province • Accès aux services sociaux pour les 16 à 19 ans. 	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration interministérielle nécessaire. • Assurer la liaison avec les ressources communautaires • Importance de la famille dans le système des services et des soins de santé mentale.
<i>Change Vision: Helping People in Their Recovery Journey - Addiction and Mental Health Program Guidelines (2013)</i>	Lignes directrices	Non		<ul style="list-style-type: none"> • Assure la transition des services vers l'approche fondée sur le rétablissement.

Nom du document	Type de document	Mention explicite des transitions	Axé spécifiquement sur les besoins des enfants et des adolescents	Autres mentions notables
<p>ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD : Health PEI est la société chargée de la prestation de services de santé mentale à l'Île-du-Prince-Édouard. Son financement est assuré par le seul ministère de la Santé. La province met actuellement en œuvre une Stratégie en matière de santé mentale qui comporte plusieurs projets dont le degré d'avancement varie. Parmi ces projets, mentionnons l'examen des services et du système, la reddition de comptes systémique, un examen législatif en vue de permettre le partage des données, la collaboration et l'intégration des services à l'échelle interministérielle et intersectorielle, l'intégration de l'accès et plusieurs initiatives de programmes commandées par le gouvernement provincial.</p>				
<p>NOUVELLE-ÉCOSSE : Le plan <i>Together We Can</i> de la Nouvelle-Écosse (Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, 2011), qui a été suivi du <i>First Year Report Card</i> (Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, 2013), se fonde sur des normes de prestation de services ainsi que sur l'adoption d'un système de reddition de comptes. Les normes prévoient des stratégies spécifiques pour appuyer la prévention et aider les adolescents et les jeunes adultes ayant des troubles concomitants ainsi que pour favoriser l'équité régionale en matière d'accès aux services par l'entremise de diverses mesures, la conformité aux normes (Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, 2009) et l'adoption d'un ensemble de données minimales cohérentes à l'échelle provinciale.</p>				
<i>Standards for Mental Health Services In Nova Scotia (2009)</i>	Normes	Oui (p. 6, 40, 48)	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants et adolescents faisant preuve d'agressivité sexuelle. • Évaluation juridico-médicale de la santé mentale des adolescents. • Prise en charge précoce de la psychose chez les enfants, les adolescents et les adultes • Troubles neurodéveloppementaux chez les enfants et les adolescents. 	
<i>Together We Can: The Plan to Improve Mental Health and Addictions Care for Nova Scotians</i>	Stratégie	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Les enfants et les adolescents reconnus comme des groupes démographiques prioritaires. • Temps d'attente pour les services pour les enfants et les adolescents. • Intervention précoce propice à la prévention. 	<ul style="list-style-type: none"> • Accent mis sur les besoins des Premières Nations et des Autochtones. • Soutien par les pairs et soutien familial. • Programme SchoolPlus.
<i>Together We Can: The Plan to Improve Mental Health and Addictions Care for Nova Scotians Our First Year (2013)</i>	Rapport	Non	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions scolaires. • Dépistage développemental à 18 mois. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien par les pairs. • Acquisition de connaissances par les familles. • Formation en matière de troubles concomitants. • Soutien collaboratif en matière de traitement pour les Autochtones. • Alliance gays/hétérosexuels

Nom du document	Type de document	Mention explicite des transitions	Axé spécifiquement sur les besoins des enfants et des adolescents	Autres mentions notables
<p>TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR : « Working together for Mental Health » (2005) est le cadre stratégique actuel de la province; un nouveau cadre stratégique axé sur les besoins des enfants et des adolescents (jusqu'à l'âge de 18 ans) est cependant en cours d'élaboration. Un Plan d'action provincial en matière de santé mentale et de toxicomanie établi par un conseil consultatif est en place. Ce cadre de développement de services est assorti d'une augmentation budgétaire importante visant à favoriser la prévention et la promotion ainsi que la mise en place d'une infrastructure de télésanté pour les jeunes (ciblant la dépression et s'inspirant du modèle de la Nouvelle-Zélande).</p>				
<i>Working Together for Mental Health: A Provincial Policy Framework for Mental Health and Addictions Services in Newfoundland and Labrador (2005)</i>	Stratégie	Non	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention primaire • Consultation et gestion de cas • Soutien communautaire et soutien familial • Services en cas de crise • Traitement pour les patients hospitalisés/traitements en établissement • Traitement de jour 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité d'une meilleure coordination entre les organismes en général, mais aucune mention spécifique des transitions.
<i>Provincial Mental Health and Addictions Advisory Council Activity Plan 2011-2014</i>	Rapport	Non	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité pour les jeunes des milieux ruraux 	<ul style="list-style-type: none"> • Préoccupation exprimée à l'égard de la santé mentale des Autochtones

Nom du document	Type de document	Mention explicite des transitions	Axé spécifiquement sur les besoins des enfants et des adolescents	Autres mentions notables
<p>TERRITOIRES DU NORD-OUEST : En juin 2012, le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) a publié <i>A Shared Path Towards Wellness: Mental Health and Addictions Action Plan 2012-2015</i>, suivi en avril 2013 de <i>Healing Voices: The Minister's Forum on Addictions and Community Wellness</i>. Ces documents et initiatives seront intégrés à la stratégie « New Directions » actuellement en cours d'élaboration, stratégie qui s'appuie sur un examen datant de 2011 intitulé <i>Transformational Process for Mental Health and Addictions: Future Directions and Promising Practices in the NWT</i>. Des documents précédents faisant le point sur l'état de santé des habitants des T.N.-O. ont mis en lumière les problèmes à se poser dans cette région : pauvreté, toxicomanie, problèmes de santé mentale et taux de suicide élevés, considérés comme relevant de l'urgence nationale (Programme de prévention du suicide des T.N.-O., Chalmers et coll., 2002). Le plan recommande des changements transformationnels permettant de mettre l'accent sur le mieux-être communautaire et l'intégration des éléments spirituels et culturels dans la planification, la prestation et l'évaluation des services de santé mentale et de toxicomanie (en particulier pour les jeunes, compte tenu de la taille du groupe démographique des 12 à 15 ans, situation à laquelle s'ajoute un taux disproportionné élevé d'abus des drogues). Nous signalons qu'il n'existe pas de système officiel de santé mentale pour les enfants et pour les adolescents dans les T.N.-O. Les enfants et les adolescents ayant des besoins intenses sont aiguillés vers des services offerts à l'extérieur des territoires même s'il y a débordement du secteur des Services pour les enfants et les familles (Aide à l'enfance). À cet égard, l'âge limite pour la prestation des services passera bientôt par voie législative de 19 ans, âge limite actuel, à 24 ans.</p>				
<p><i>A Shared Path Towards Wellness: Mental Health and Addictions Action Plan (2012-2015)</i></p>	Stratégie	<p>Non (aucune mention d'un continuum de services, mais donne des exemples de programmes de traitement communautaire et de traitements en établissement au sein du système).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des programmes de santé mentale et de toxicomanie ciblant les enfants. • Programmes de promotion de la santé et d'intervention précoce pour les enfants. • Mise en oeuvre du programme « My voice, My choice » • Mise en place d'outil de dépistage et d'intervention précoces à l'intention de certains professionnels (p. ex., personnel infirmier et enseignant) pour utilisation auprès des jeunes. • Comprend des initiatives de mieux-être dans l'élaboration du cadre pour la petite enfance. 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuum de soins intégré • Intégration des ministères et des services • Offrir des services de guérison traditionnels et sur le territoire • Meilleure intégration des interventions des ministères de la Santé, de la Justice et des Affaires sociales.

Nom du document	Type de document	Mention explicite des transitions	Axé spécifiquement sur les besoins des enfants et des adolescents	Autres mentions notables
<p>NUNAVUT: La stratégie de santé mentale du Nunavut est intégrée à la stratégie territoriale en matière de santé publique. En outre, une stratégie de prévention du suicide a été élaborée et sera mise en oeuvre de septembre 2011 à mars 2014.</p>				
<i>Bâtir des collectivités en santé</i>	Stratégie	Non	<ul style="list-style-type: none"> • Lutter contre les abus mentaux, physiques, émotifs et sexuels, en particulier chez les enfants. • Faire diminuer la proportion de jeunes adoptant des comportements risqués. 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des ressources pour permettre aux familles d'accroître leur résilience et leur bien-être.
<i>Plan d'action de la Stratégie de prévention du suicide du Nunavut</i>	Plan d'action	Non	<ul style="list-style-type: none"> • Accroître la collaboration au titre des services entre le gouvernement, les écoles et la GRC pour mieux venir en aide aux enfants et aux adolescents en détresse. • Accès élargi aux programmes de développement de la petite enfance et de la famille et aux programmes destinés aux jeunes et aux adultes à risque. • Accroître les programmes éducatifs scolaires visant à rehausser la résilience. • Accroître les connaissances en matière de santé mentale s'appliquant de façon spécifique aux jeunes (accent sur les abus sexuels) par l'entremise de programmes de formation destinés aux travailleurs de première ligne, aux professionnels de l'éducation et aux parents. 	

Annexe 2

Participants au sommet d'octobre 2012⁴²

Name	Affiliation	Lieu
Jean Addington	Université de Calgary	Calgary, AB
Suzanne Archie	Université McMaster	Hamilton, ON
Emily Beaudoin	Jeune participante	Ottawa, ON
Max Birchwood	Youthspace	Ottawa, ON
Gary Blau	Center for Mental Health Services	Washington, É.-U.
Pamela Brown	Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse	Toronto, ON
Heather Bullock	Centre de toxicomanie et de santé mentale	Toronto, ON
Mario Cappelli	CHEO; Université d'Ottawa	Ottawa, ON
Sarah Cannon	Parent participant	Niagara, ON
Jenny Carver	Mental Health and Substance Use Service System; Jenny Carver and Associates Planner	Toronto, ON
Giles Charron	Ottawa Transitional Program	Ottawa, ON
Amy Cheung	Sunnybrook Research Institute; Université de Toronto	Toronto, ON
Simon Davidson	Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents	Ottawa, ON
Mary Ann Davis	Université du Massachusetts	Boston, MA
Sheree Davis	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	Toronto, ON
Shaimaa Abo-El Ella	Université Queens	Kingston, ON
Maureen Fedorus	The Royal Ottawa Health Care Group; Université d'Ottawa	Ottawa, ON
Allison Freeland	The Ottawa Transitional Program	Ottawa, ON
Asha Gajaria	CHEO; Université d'Ottawa	Ottawa, ON
Kathy Gillis	Université d'Ottawa; Hôpital d'Ottawa	Ottawa, ON
Aaron Goodwin	Jeune participant	Halifax, N.-É.
Phyllis Grant-Parker	Parent participant	Ottawa, ON
Louise Grenier	Réseau local d'intégration des services de santé Champlain	Ottawa, ON

⁴² Le projet « The International Focus on Youth in Transition: Development and Evaluation of a Mental Health Transition Service Model » a été réalisé grâce à une fondation des IRSC (143375).

Name	Affiliation	Lieu
Alexia Jaouch	Centre de toxicomanie et de santé mentale	Toronto, ON
Miriam Kaufman	The Hospital for Sick Children	Toronto, ON
Sean Kidd	Centre de toxicomanie et de santé mentale; Université de Toronto; Université McMaster	Toronto, ON; Hamilton, ON
Ashok Malla	Université McGill/Hôpital Douglas	Montréal, Qc
Steve Mathias	Université de la Colombie-Britannique	Vancouver, C.-B.
Patrick McGorry	Orygen/Headspace	Melbourne, Australie
Joanne Lowe	Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa	Ottawa, ON
Ian Manion	Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents	Ottawa, ON
Kwame McKenzie	Université de Toronto; Centre de toxicomanie et de santé mentale	Toronto, ON
Moli Paul	Université de Warwick	Warwick, R.-U.
David Pilon	Capital District Mental Health Program	Halifax, N.-É.
Cathy Richards	National Health Service Lothian	Édimbourg, Écosse
Paul Roy	L'Hôpital d'Ottawa	Ottawa, ON
Megan Schellenberg	Jeune participant	Vancouver, C-B
Kyleigh Schrader	Université de Western Ontario	London, ON
Swaran Singh	Université de Warwick	Warwick, R.-U.
Amanda Slaunwhite	Commission de la santé mentale du Canada	Ottawa, ON
Marg Synyshyn	Manitoba Adolescent Treatment Centre	Winnipeg, MB
Karen Tataryn	CHEO	Ottawa, ON
Melissa Vloet	Université d'Ottawa	Ottawa, ON
Janet Walker	Université d'État de Portland	Portland, Oregon
Trevor Wereley	Centre de toxicomanie et de santé mentale	Toronto, ON

Annexe 3

Facteurs propices à des transitions efficaces

En plus de mettre en lumière les divers facteurs propices à des transitions efficaces, McDonagh (2007) décrit également les exigences clés à satisfaire pour bien soutenir les transitions. Il s'agit des 4 P des soins de transition :

- **personne** (le jeune, ses parents ou ses aidants naturels, un coordonnateur et principal responsable de la transition, les services pour adultes compétents, les soins primaires, les réseaux multidisciplinaires/multi-organismes et la formation professionnelle);
- **processus** (politique de transition écrite, programmes de transition, évaluation et vérification);
- **papier** (ressources documentaires et soutien administratif);
- **place** (espaces accueillants pour les jeunes).

Facteurs propices à des transitions réussies pour les jeunes ayant des problèmes de santé mentale⁴³

- Un processus actif axé sur l'avenir
- Adapté aux besoins des jeunes
- Inclusion des parents/aidants naturels
- Intervention précoce
- Cadre de résilience
- Processus multidisciplinaire, inter-organismes
- Outre des soins primaires, processus qui comporte des services pour enfants et des services pour adultes.
- Prestation de soins de santé coordonnés ininterrompus qui ont les caractéristiques suivantes :
 - Adaptés à l'âge et au développement du jeune;
 - Adaptés à la culture d'appartenance du jeune;
 - Soins globaux, souples et adaptés aux besoins;
 - Soins globaux – aspects médicaux, psychosociaux et éducatifs/professionnels.
- Acquisition par le jeune de compétences dans les domaines suivants : communications, processus décisionnel, affirmation de soi, autonomie en matière de santé et autogestion.
- Sens accru d'autonomie et d'interdépendance en matière de santé pour optimiser le fonctionnement et la réalisation du potentiel. McDonagh, 2007

⁴³ Utilisation de ce tableau avec la permission de la D^{re} Janet McDonagh et du ministère de la Santé de l'Angleterre.

Annexe 4

Obstacles à une transition efficace du système de services pour enfants et adolescents vers le système de services pour adultes

Obstacle	Stratégie
Temps	Les rendez-vous cliniques pour adultes sont souvent plus courts que les rendez-vous pour enfants/adolescents et ne sont pas toujours adaptés aux besoins complexes des jeunes en transition. L'établissement des rendez-vous pour les adolescents et l'élaboration de plans de traitement adaptés à leur étape de développement exigent une certaine souplesse.
Conceptions divergentes des soins	Les jeunes en transition se sentent souvent en décalage par rapport au modèle de prestation de services pour enfants (dans le cadre duquel leurs responsabilités sont limitées et la famille joue un rôle central) et le système de services pour adultes (qui privilégie l'autonomie et accorde peu de place à la famille). Cette inadéquation entre le modèle de soins et les services peut se traduire par l'abandon par le jeune du traitement proposé et par une mauvaise transition par le jeune qui a des problèmes de santé mentale (Davis, 2003). La plus importante lacune d'un système de santé mentale qui est fondé sur la dichotomie services pour enfants/services pour adultes, c'est que le début de l'âge adulte n'est pas vu comme une étape de développement importante. Cette dichotomie mène inévitablement à un milieu de prestation de services qui n'est pas axé sur les besoins des jeunes et des adolescents en matière de santé mentale et de toxicomanie (SEASMT) et à des services pour adultes en matière de santé mentale et de toxicomanie (SASMT) qui ne font aucune place à la famille.
Formation	<p>Les programmes de formation et les programmes de perfectionnement professionnel dans les disciplines de la santé exacerbent cette dichotomie services pour enfants/services pour adultes dans le système de la santé mentale. Il en découle que lorsqu'ils obtiennent leur diplôme, la plupart des pourvoyeurs de soins ne disposent pas des compétences voulues pour intervenir auprès des jeunes en transition. De nombreux professionnels de la santé mentale peuvent ne pas comprendre les approches des professionnels qui se situent au bout opposé du spectre. Pour compliquer les choses, il existe un manque documenté de communication entre les milieux des services pour enfants et des services pour adultes. L'effet combiné de ces variables est souvent 1) que les pourvoyeurs de services se sentent mal préparés ou incapables de fournir des services de santé mentale adéquats aux jeunes en transition et 2) qu'une culture de méfiance divise les pourvoyeurs de services pour enfants et les services pour adultes (Blum et coll., 1993; Davidson et coll., 2011; Por et coll., 2004; Sawyer, Drew, Yeo et Britto, 2007; Singh, 2012).</p> <p>Les professionnels de la santé doivent obtenir une formation relative aux pratiques de transition fondées sur des données probantes. Il est nécessaire de mieux diffuser l'information qui existe sur la période de développement que constitue le début de l'âge adulte et sur les moyens de mieux répondre aux besoins des adultes émergents.</p>
Finances – Assurance, ressources pour la prestation de services	L'un des plus grands défis auquel est confronté le système de santé mentale, c'est l'écart qui existe dans le financement des services pour enfants et des services pour adultes. Le financement constitue un enjeu majeur. Si la responsabilité en matière de transition doit être partagée, il en va de même de l'enveloppe de financement.
Perceptions divergentes du jeune, des parents, des pourvoyeurs de services et attitudes	Il arrive souvent que les personnes qui participent à la prestation de services n'aient pas les mêmes objectifs en ce qui touche les traitements et les résultats. L'élaboration d'un plan de transition représente un pas nécessaire dans l'établissement d'objectifs communs et dans la sensibilisation relative aux droits et aux responsabilités des parties prenantes dans le cadre du processus de transition.
Malaise des professionnels jouant un rôle dans la transition	L'établissement d'un dialogue portant sur l'importance des transitions en santé mentale est nécessaire et constitue le fondement d'objectifs communs malgré la dichotomie services pour enfants/services pour adultes.
Accès difficile aux ressources	Pour promouvoir des transitions réussies, une approche souple faisant primer les perspectives et les besoins changeants des jeunes sur les facteurs institutionnels est privilégiée.

Obstacle	Stratégie
Mauvaise coordination intra-organisme	L'élaboration d'objectifs communs facilitera la simplification des communications entre les milieux de services (Por et coll., 2004).
Mauvaise communication inter-organisme	Il existe beaucoup d'incertitude à l'égard du diagnostic chez les jeunes en transition puisque cette période développementale est marquée par un chevauchement d'instabilité normative, de symptômes prodormaux et, dans de nombreux cas, de dépendances (Singh et coll., 2005). Même lorsque le diagnostic posé est clair et reconnu par les SEASMT, cela ne signifie pas nécessairement que les services pourront être obtenus des SASMT. Il arrive souvent que la nomenclature dans les deux systèmes ne concorde pas, c'est-à-dire que soit le seuil de gravité n'est pas atteint, soit le mandat des SASMT ne couvre pas le diagnostic posé. Dans ce genre de situation, le résultat le plus commun est la perte de service. Dans la plupart des cas, il s'ensuit un rétablissement des liens avec les systèmes de santé mentale à l'issue d'une crise, ce qui entraîne un prix élevé à payer tant pour le jeune visé que pour le système lui-même. Pour que la transition SEASMT/SASMT soit réussie, la responsabilité systémique doit être partagée par les milieux de services pour enfants et les milieux de services pour adultes.
Difficultés liées au rôle des parents	Les familles sont souvent l'une des meilleures ressources, mais leur participation à la transition doit être tempérée et tenir compte de la dynamique et des aptitudes du jeune. Les recherches indiquent que les familles des jeunes en transition se sentent exclues de la transition et disent être victimes d'un manque de respect (Davis et Vander Stoep, 1996).
Résistance des adolescents	Au cours de la période de la transition, les adolescents ont communément tendance à avoir l'impression d'être trompés ou mal compris par les pourvoyeurs de soins (Hatter, Williford et Dickens, 2000). Les patients et les familles doivent acquérir les compétences en autonomie sociale voulues pour prendre des décisions en matière de santé mentale.
Résistance de la famille	Il est essentiel d'informer les jeunes en transition et leur famille sur les changements dans leur statut juridique ainsi que sur les facteurs à prendre en compte (tutelle, capacité) en prévision de la transition.
Manque de soutien /absence de procédures et de protocoles locaux sur lesquels s'appuyer pendant la transition	Il est nécessaire de pouvoir s'appuyer sur plusieurs mesures de soutien administratives, dont les suivantes : <ol style="list-style-type: none"> 1. un aide-mémoire ou plan officiel pour chaque patient; 2. des accords conclus entre les systèmes en ce qui touche les transitions; 3. des voies de communication accessibles pour les pourvoyeurs de soins; 4. des ressources comme du soutien administratif pour gérer les rendez-vous et pour veiller à ce que l'information pertinente sur les cas soit communiquée aux professionnels de la santé mentale compétents.
Manque de planification	Toutes les parties prenantes (jeunes, parents, pourvoyeurs de services) doivent être mises au courant de la transition et des rôles et des responsabilités de chacun dans le cadre de ce processus. Il faut veiller que les jeunes qui ont fait l'objet d'un diagnostic pendant l'enfance soient évalués avant la transition pour que leur admissibilité aux services soit maintenue. <p>Outre la souplesse nécessaire, il faut aussi prévoir une période de préparation dans le but d'établir les besoins des jeunes en transition, des familles et des professionnels aux deux extrêmes des SEASMT et des SASMT. Cette période de transition devrait comporter les éléments suivants : 1) conseils didactiques à l'intention des jeunes et des familles; 2) anticipation des évaluations et des changements dans la nomenclature pour faciliter la transition; 3) plan de transition officiel sur lequel s'entendent toutes les parties visées.</p>
Manque de certains spécialistes pour adultes	Possibilités limitées au Canada de formation en santé mentale pour les adolescents et pénurie de professionnels de la santé qui connaissent bien le processus de transition (Kirby, 2006). Dans le but de créer un cheminement menant à des transitions efficaces, des possibilités de formation doivent être créées et doivent mettre l'accent sur l'objectif important qui consiste à faire en sorte qu'il existe des pourvoyeurs de services pour adultes pouvant accueillir les jeunes au moment de la transition.

Obstacle

Restrictions arbitraires relatives à l'âge

Stratégie

Une certaine souplesse s'impose pour ce qui est de l'âge limite d'admissibilité aux services puisque les besoins du client doivent primer sur ceux du système. Cette approche respecte l'étape du développement qu'est le début de l'âge adulte au lieu d'en faire une pathologie, en particulier lorsque le diagnostic n'est pas simple. Une approche souple permet de mettre l'accent sur les besoins des jeunes et d'accorder la priorité aux vues et aux besoins changeants des jeunes, et non aux facteurs institutionnels.

S'il est certes important de tenir compte de l'âge développemental, il n'en demeure pas moins qu'on ne comprend toujours pas comment évaluer l'état de préparation à la transition des SEASMT vers les SASMT. Certains groupes estiment qu'une option viable serait de demander aux jeunes de décrire ce que l'âge adulte signifie pour eux et de se fonder sur ces définitions et indicateurs pour établir leur degré de préparation à la transition (Gouvernement de l'Alberta, 2006).

Annexe 5

Gestion de la transition et conception des systèmes pour AÉ- Modèles

Modèle	Brève description	Buts	Ressources	Défis	Leadership
Conception de système - Modèles					
<p>Headspace, Australie headspace.org.au</p>	<p>Fondés sur une politique en matière de santé mentale privilégiant les interventions et l'accès précoce, 70 « carrefours » constituent un modèle de soins primaires s'articulant autour de quatre éléments centraux : praticiens généralistes accueillants pour les jeunes, professionnels alliés de la santé mentale, services éducatifs / professionnels et spécialistes de la toxicomanie et de l'alcoolisme.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accroître la capacité de la communauté à identifier de façon précoce les jeunes ayant des problèmes de santé mentale et des problèmes connexes. 2. Encourager les jeunes et leurs aidants naturels à demander de l'aide. 3. Fournir des services de qualité fondés sur des données probantes et dispensés par des professionnels bien formés et bien choisis. 4. Accroître la coordination et l'intégration au sein des communautés ainsi qu'au niveau de la politique gouvernementale des États/territoires 	<ul style="list-style-type: none"> • Centres accueillants pour les jeunes • Équipes multidisciplinaires comptant des : <ul style="list-style-type: none"> • praticiens généralistes (dans certains centres) • psychiatres invités • psychologues • infirmières en santé mentale • travailleurs sociaux • ergothérapeutes • travailleurs auprès des jeunes • spécialistes de la toxicomanie et de l'alcoolisme • Site Web riche aidant les jeunes à trouver un centre et des interventions fondées sur des données probantes et leur permettant de se renseigner sur les jeunes et les familles ayant déjà eu recours au programme et d'établir des liens avec eux. 	<p>Pas indiqué</p>	<p>Chris Tanti, chef de la direction</p>

Modèle	Breve description	Buts	Ressources	Défis	Leadership
<p>Orygen, Melbourne, Australie Oyh.org.au</p>	<p>Le modèle The Orygen Youth Health (OYH) est issu du besoin de services de santé mentale fondés sur des données probantes visant à répondre aux besoins spécifiques des jeunes. Ces services s'inspirent d'un modèle intégré faisant appel au sein de la structure organisationnelle à des spécialistes des services cliniques, de la recherche, de la formation et de la communication. Ces services travaillent avec les jeunes et leur famille à optimiser les résultats en matière de santé mentale pour les jeunes de 15 à 25 ans dans les secteurs ouest et nord-ouest de Melbourne.</p> <p>Le modèle OYH a été repris dans de nombreux pays au monde dont les États-Unis, le Royaume-Uni, le Canada, la Suisse, la Norvège, les Pays-Bas, Hong Kong et Singapour.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accent mis sur les jeunes 2. Intervention précoce 3. Milieu clinique (les interventions sont choisies en fonction de leur capacité à prévenir la progression d'un trouble) 4. Pratique fondée sur des données probantes 5. Participation des jeunes 6. Participation des familles 7. Gestion des cas 8. Soutien par la famille et soutien par les pairs 9. Rétablissement fonctionnel 10. Promotion de la santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> • service clinique spécialisé dans la santé mentale des jeunes • centre de recherche • programme intégré de formation et de communication • soins pour les patients hospitalisés • soins actifs • liaison • gestion de cas • programmes psychosociaux • intégration des pairs et de la famille 	<p>Pas indiqué</p>	<p>Patrick McGorry</p>

Modèle	Breve description	Buts	Ressources	Défis	Leadership
<p>Youthspace, R.-U. Youthspace.me</p>	<p>La Birmingham and Solihull Mental Health Foundation Trust (BSMHFT) a créé un programme de services, Youthspace, accueillant pour les jeunes, et dont le but est d'améliorer l'accès des jeunes aux services et leurs résultats en matière de santé.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encourager la responsabilisation en matière de santé mentale par la compréhension du fonctionnement de la santé mentale. 2. Encourager les gens à s'entraider et à se motiver. 3. Promouvoir une plus grande sensibilisation et compréhension en ce qui touche la santé mentale et les problèmes de santé mentale. 4. Offrir de l'information à jour sur le bien-être émotif et la confiance en soi. 5. Fournir une aide et des conseils utiles à toute personne en détresse. 6. Fournir des ressources et des liens généraux aux personnes souhaitant plus d'information. 7. Réduire la négativité, les préjugés et la stigmatisation par une meilleure compréhension des enjeux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Accès centralisé • Services d'évaluation des jeunes • Relève des soins primaires • Brève intervention TCC (six semaines au maximum) • Aiguillage vers des interventions précoces de durée limitée 	<p>La plupart des omni-praticiens aimeraient que les jeunes de 16 à 25 ans aient directement accès à Youth-Space selon les besoins au lieu de devoir s'adresser à un seul endroit.</p>	<p>Max Birchwood</p>
<p>FRIENDS for Life www.friendsrt.com</p>	<p>FRIENDS for Life est un programme de prévention fondé sur des données probantes qui s'est révélé efficace dans le renforcement de la résilience émotive et dans l'enseignement de stratégies qui aident à composer avec des périodes d'inquiétude et de changement.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Ramener l'anxiété émotive à un niveau normal. 6. Promouvoir la confiance de la capacité de faire face à des situations difficiles ou susceptibles de causer de l'anxiété. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers de formation pour les professionnels scolaires • Site Web 	<p>Pas indiqué</p>	<p>Paula Barrett</p>

Modèle	Breve description	Buts	Ressources	Défis	Leadership
<p>Youth One Stop Shops (YOSS)</p> <p>www.yoss.org.nz</p>	<p>YOSS est un pourvoyeur de services sociaux approuvé, financé par le ministère de l'Enfance, de la Jeunesse et de la Famille, du ministère de la Santé et du Bureau central de la santé publique. Cet organisme a recours à du personnel multidisciplinaire qui offre des services dans un cadre de développement visant à préparer les jeunes à la vie d'adulte au lieu de mettre surtout l'accent sur leurs problèmes. Les jeunes de 10 à 24 ans constituent la clientèle du programme.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Préparer les jeunes pour l'âge adulte. 2. Fournir gratuitement à l'intention des jeunes de l'information, du soutien, des services de promotion, des conseils, des services de santé, des programmes de préparation à la vie ou de dynamique de la vie et des programmes de loisirs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Travailleurs auprès des jeunes • Services de counselling • Services de santé • Soutien pour lutter contre l'alcoolisme et la toxicomanie • Psychologie clinique • Travail social 	<p>Pas indiqué</p>	<p>Trissel Mayor</p>
<p>Headstrong & Jigsaw</p> <p>www.headstrong.ie</p>	<p>Headstrong travaille avec les communautés et les services législatifs pour aider les jeunes à acquérir les compétences, la confiance en soi et la résilience nécessaires pour composer avec leurs problèmes de santé mentale.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Donner à tous les jeunes en Irlande un endroit qui les accueillera et une personne qui les écouterait. 2. Changer la conception qu'on se fait de la santé mentale en Irlande. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans chaque collectivité, Service Development (Jigsaw) articule des services autour des enjeux propres aux jeunes. • Défend, à l'échelle locale et nationale, les intérêts des jeunes à l'accès à un meilleur soutien en matière de santé mentale. • Recherche en cours dans le cadre du projet World qui vise à cerner les facteurs qui exercent une incidence sur la santé mentale et le bien-être psychologique des jeunes. 	<p>Pas indiqué</p>	<p>Tony Bates</p> <p>Bob Illbach</p>

Modèle	Brève description	Buts	Ressources	Défis	Leadership
<p>Transition to Independence (TIP)</p> <p>www.tipstars.org</p>	<p>Conçu par le National Network on Youth Transition for Behavioral Health (NNYT), le modèle TIP vise à améliorer les résultats pour les jeunes en âge de transition qui ont des problèmes émotifs et (ou) grâce à la conception de systèmes, la mise en œuvre de programmes et la recherche.</p>	<p>Amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des résultats en matière d'emploi • des résultats scolaires • du logement • du fonctionnement dans la collectivité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes facilitant les transitions/instructeurs en dynamique de la vie • Principes pratiques de base (justification, règlement de problèmes sociaux, enseignement <i>in vivo</i> et planification de la prévention des comportements à risques élevés). • Interventions fondées sur des données probantes (p. ex. TCC, TCD) 	<p>Pas indiqué</p>	<p>Hewitt B. "Rusty" Clark</p>
<p>The Partnerships for Youth Transition (PYT), US, 2002</p> <p>www.nami.org/Content/ContentGroups/CAAC/Final_PYT_5-23.pdf</p>	<p>Initiatives de transition financées par la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) et mises en œuvre dans cinq États : Washington, Utah, Pennsylvanie, Maine et Minnesota. Des centres de recherche et de formation chargés de recueillir des preuves et de favoriser l'échange de connaissances sont également financés dans le cadre de ces partenariats.</p>	<p>Concevoir, mettre en œuvre, assurer le maintien et documenter les modèles de programmes globaux visant à aider les jeunes de 14 à 21 ans ayant des problèmes de santé mentale graves qui entrent dans l'âge adulte. Résultat obtenu grâce au cadre et aux principes de base du modèle TIP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Octroi d'un financement de 2,5 millions de \$ échelonné sur quatre ans dans cinq collectivités aux États-Unis. 	<p>S/O</p>	<p>Federal Center for Mental Health Services</p> <p>SAMHSA</p>

Modèle	Brève description	Buts	Ressources	Défis	Leadership
<p>MindMatters</p> <p>www.mindmatters.edu.au</p>	<p>Le programme MindMatters est une initiative nationale de santé mentale offerte dans les écoles secondaires qui est financée par le ministère de la Santé et du Vieillessement du gouvernement de l'Australie. Le programme est mis en œuvre par le Principals Australia Institute. La promotion de la santé mentale s'appuie sur une approche axée sur l'école dans son entier.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Activités intégrées de promotion, de prévention et d'intervention en faveur de la santé mentale et du bien-être psychologique dans les écoles secondaires australiennes. 2. Favoriser la création de milieux scolaires où les jeunes se sentent en sécurité, appréciés, engagés et utiles. 3. Développer les aptitudes sociales et émotionnelles nécessaires pour relever les défis de la vie. 4. Aider les milieux scolaires à créer un climat propice à la santé mentale et au bien-être psychologique. 5. Élaborer des stratégies pour permettre la création d'un continuum de soutien pour les élèves ayant des besoins supplémentaires en matière de santé mentale et de bien-être psychologique. 6. Permettre aux écoles de mieux collaborer avec les familles et le secteur de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trousse de ressources pour les écoles secondaires • Calendrier de perfectionnement professionnel • Site Web • Evaluation reports 	<p>Pas indiqué</p>	<p>Jill Pearman</p>
<p>Australian Medical Association - Youth Health</p> <p>ama.com.au/youthhealth</p>	<p>L'Australian Medical Association (AMA) est l'organisme phare représentant les praticiens médicaux enregistrés et les étudiants en médecine en Australie. L'AMA défend les intérêts des praticiens et leur fournit du soutien. L'organisme met également sur pied des comités spéciaux comme le comité de la santé des jeunes.</p>	<p>Informer les jeunes sur les enjeux qui influent sur leur santé et leur bien-être.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Site Web complet. • Brochure d'information en ligne expliquant aux jeunes les enjeux en matière de santé mentale. • Promotion de la santé mentale des jeunes. 	<p>Pas indiqué</p>	<p>Pas indiqué</p>

Modèle	Brève description	Buts	Ressources	Défis	Leadership
Modèles de gestion de la transition - Exemples					
Ottawa Mental Health Transition Project, Champlain LHIN, ON, Canada	L'Ottawa Mental Health Transition Project est un projet de recherche financé en partie par le Centre d'excellence de l'Ontario et le RLISS Champlain. Son objectif est d'élaborer et de mettre à l'essai un modèle conjoint de gestion des soins de transition.	Établir les contributions en nature sur lesquelles les pourvoyeurs de services pour enfants et pour adultes se sont entendus pour chaque patient à l'étape de la transition.	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinateur de la transition • Les gestionnaires des services dans les systèmes de services pour enfants et pour adultes peuvent mettre sur pied un comité consultatif. 	La viabilité des contributions en nature a été difficile à assurer et un financement permanent doit être trouvé.	Simon Davidson Mario Cappelli
Good 2 Go Transition Program, Toronto, ON, Canada www.sickkids.ca/good2go/	Programme mis en œuvre au Hospital for Sick Children (HSC) et qui vise à aider les jeunes ayant une maladie chronique à procéder à la transition vers les services pour adultes.	Promouvoir un changement progressif dans les soins pour préparer tous les enfants ayant une maladie chronique à quitter le Hospital for Sick Children à l'âge de 18 ans munis des compétences, des responsabilités et des connaissances voulues pour défendre leurs intérêts eux-mêmes (ou par l'entremise d'autres personnes); poursuivre des comportements propices à la santé; utiliser les services de santé pour adultes de façon adéquate et avec succès.	<p>Le programme a créé plusieurs outils pour faciliter le processus, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aide-mémoires pour la préparation de la transition • outils de transfert pour les pourvoyeurs de services de santé • sites Web et programmes sur Internet permettant à un jeune de facilement créer un résumé des soins de santé reçus de la taille d'une carte de format poche (www.sickkids.ca/myhealthpassport). 	<p>Manque de preuves solides pour les interventions.</p> <p>Inciter les partenaires offrant des services aux adultes à offrir des services aux jeunes adultes.</p> <p>Inégalité des services offerts dans les systèmes de services pour enfants et pour adultes.</p> <p>Liens avec les pourvoyeurs de services de santé mentale dans le cas des problèmes de santé mentale diagnostiqués dans l'enfance.</p> <p>Transfert des enfants ayant de multiples états malades.</p>	Miriam Kaufman

Modèle	Breve description	Buts	Ressources	Défis	Leadership
<p>NHS Lothian, R-U</p> <p>www.nhsllothian.scot.nhs.uk/OurOrganisation/Strategies/Documents/SenseOfBelonging.pdf (4.9)</p>	<p>Ces lignes directrices décrivent les sept principes qui sont actuellement en cours d'intégration au Modèle Lothian de transition des soins.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconnaît et respecte les divergences culturelles. 2. Faire preuve de souplesse et tenir compte du cheminement personnel, clinique et social plutôt que de l'âge. 3. La préparation précoce et la planification sont des responsabilités qui appartiennent tant aux services pour enfants qu'aux services pour adultes. 4. Tant les systèmes de services pour enfants que pour adultes doivent participer à la planification des soins et une période de chevauchement doit être prévue. 5. Tant les systèmes de services pour enfants que pour adultes doivent s'appuyer sur des valeurs communes pour pouvoir répondre aux besoins des jeunes. 6. Des systèmes et des protocoles doivent être conçus et mis en place pour assurer une transition sans heurt des jeunes. 7. Veiller à ce que les services que reçoit le patient avant et après la transition soient équitables. 	<p>Protocole d'entente entre les pourvoyeurs de soins pour enfants et les pourvoyeurs de soins pour adultes.</p>	<p>Des accords plus précis doivent être rédigés en fonction de la région visée puisque les services de santé mentale varient d'une région à l'autre.</p>	<p>Cathy Richards</p>

Modèle	Brève description	Buts	Ressources	Défis	Leadership
IWK/CHC, Halifax, N-É, Canada	La stratégie de transfert actuelle s'appuie sur un modèle de gestion conjoint.	Une transition réussie des systèmes de services de santé mentale pour enfants vers les systèmes de services de santé mentale pour adultes qui est progressive et s'appuie sur l'état de préparation, l'étape de développement et les besoins des jeunes.	<ul style="list-style-type: none"> • Soins primaires • Représentant des services de santé mentale pour enfants • Représentant des services de santé mentale pour adultes • Protocole d'entente entre les établissements 	<p>Il existe des lacunes dans les services pour adultes (p. ex., clinique de développement)</p> <p>Participation des médecins dispensant les soins primaires</p> <p>Collaboration suivie avec les partenaires communautaires</p> <p>Soutien financier pour les pairs et les membres de la famille qui agissent comme des mentors.</p> <p>Aiguillage vers les services de transition des urgences</p> <p>Coordination dans les cas complexes</p> <p>Absence de dossiers électroniques dans certains établissements</p>	David Pilon

Modèle	Breve description	Buts	Ressources	Défis	Leadership
<p>Growing Up Ready</p> <p>www.hollandbloorview.ca/resourcecentre/transitions/familiesyouth.php</p>	<p>Growing Up Ready est un programme aux multiples facettes offert au Bloorview Kids Rehab. Il vise à aider les familles à comprendre les expériences et les compétences quotidiennes que leurs enfants doivent acquérir pour devenir des adultes ayant la maturité et la confiance en eux-mêmes voulues ainsi que les moyens pour eux d'y avoir accès. Il s'agit avant tout d'un échAÉncier et d'un aide-mémoire destinés à permettre aux parents de connaître les activités auxquelles leurs enfants doivent s'adonner à différents âges et étapes de développement. Au matériel écrit fourni aux parents s'ajoutent des occasions de participer à des sAÉnces éducatives (par l'entremise du Bloorview's Life Skills and Wellness Institute) et à des démonstrations cliniques (par l'entremise de Bloorview and Toronto Rehab) dont l'objet est de faciliter la transition des services de rAÉdaptation pour enfants aux services de rAÉdaptation pour adultes.</p>	<p>Préparer et soutenir les enfants ayant des déficiences et leur famille à la transition vers l'âge adulte et l'indépendance.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ÉchAÉncier et aide-mémoire pour faire connaître aux parents les diverses activités permettant aux enfants de progresser vers une autre étape de la vie. • Accès au Bloorview's Life Skills and Wellness Institute, y compris des activités récrAÉtives, crAÉtives, de mentorat et de renforcement des compétences. • Clinique de démonstration traitant d'enjeux liés à la transition institutionnelle. 	<p>Pas indiqué</p>	

Modèle	Brève description	Buts	Ressources	Défis	Leadership
<p>LIFEspan Service www.hollandbloorview.ca/programsandservices/childdevelopment/lifespan.php</p>	<p>Le service LIFEspan a été conçu conjointement par le Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital et le Toronto Rehab pour offrir une approche interdisciplinaire à l'appui de la transition vers les services pour adultes dans les secteurs des services de rAÉdaptation et de santé (à partir des services intensifs pour enfants et adolescents).</p>	<p>Conçu pour aider les adolescents et les jeunes adultes chez lesquels des déficiences se sont manifestées pendant l'enfance à procéder à une transition réussie du système de rAÉdaptation pour enfants au système de soins de santé pour adultes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation • Consultation <p>Interventions relevant de diverses disciplines, dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la psychiatrie • les soins dispensés par les infirmières praticiennes • l'ergothérapie • la physiothérapie • le travail social • l'orthophonie • l'animation pour les jeunes • la dynamique de la vie 	<p>Pas indiqué</p>	<p>Andrea Lauzon</p>
<p>Learning and Working During the Transition to Adulthood Rehabilitation Research & Training Center, and Multi-systemic therapy for emerging adults (MST-EA), US labs.umassmed.edu/transitionsRTC/</p>	<p>Mène des recherches sur les jeunes de 14 à 30 ans qui ont une maladie mentale grave.</p> <p>Offre dans un contexte familial de la thérapie multisystémique pour AÉ qui cible les principaux problèmes comportementaux au sein du groupe démographique en âge de transition (p. ex., comportement antisocial avec les pairs, trop de temps non structuré, consommation de drogues, choix irrationnels et problèmes cognitifs).</p>	<p>Ce programme de recherche met l'accent sur l'éducation, la formation et le travail pendant la phase de la transition vers l'âge adulte.</p> <p>Le programme s'appuie sur des pratiques fondées sur des données probantes présentées dans un contexte familial, à un degré d'intensité élevé, par une équipe multidisciplinaire et offre des soins individualisés adaptés aux besoins des jeunes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trois thérapeutes • Surveillant sur les lieux • Consultant externe • Psychiatre à temps partiel • Quatre instructeurs de dynamique de la vie – dont la charge de travail est complète (12 cas chacun) 	<p>Pas indiqué</p>	<p>Maryanne Davis</p>

Modèle	Brève description	Buts	Ressources	Défis	Leadership
<p>Inner City Youth Mental Health Program, C-B, Canada.</p> <p>www.heretohelp.bc.ca/visions/housing-vol8/the-inner-city-youth-mental-health-program</p>	<p>Un programme dirigé par un psychiatre qui s'adresse aux jeunes du centre-ville qui ont des problèmes de santé mentale à Vancouver, en Colombie-Britannique. Les membres de cette équipe collaborent avec les membres d'autres organismes oeuvrant dans la région comme Covenant House, le Broadway Youth Resource Centre et Coast Mental Health pour offrir des services de santé mentale s'appuyant sur une conception active de la liaison (en essayant d'assurer, dans la mesure du possible, un suivi auprès des jeunes et de créer un cadre thérapeutique favorisant l'attachement. Ce programme offre une vaste gamme de services, y compris la thérapie comportementale dialectique, l'organisation des contingences, la photovoix et la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience. C'est aussi une plaque tournante dans un réseau de services connexes. Le programme s'adresse aux jeunes de 24 ans ou moins, avec ou sans adresse fixe, qui sont aux prises avec un problème de santé mentale ou de toxicomanie.</p>	<p>La priorité est accordée à l'établissement de liens avec le jeune, à l'aider à trouver et à garder un logement et à atteindre ses objectifs en matière de santé mentale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cinq bureaux répartis dans différents immeubles auxquels s'ajoutent les locaux occupés par les collaborateurs et beaucoup d'autres lieux éparpillés un peu partout. • Huit psychiatres • Deux travailleurs sociaux • Ergothérapeute • Infirmière • Financement par l'intermédiaire de Providence Healthcare • Réseau communautaire hautement intégré • Accès à des cliniciens de santé mentale et à des gestionnaires de cas (par l'entremise de Covenant House), des travailleurs auprès des jeunes (par l'entremise de Broadway Youth Resource Centre), gestionnaires du logement (par l'entremise de Coast Mental Health), et des travailleurs de l'aide au revenu. 	<p>Financement stable pour pouvoir continuer d'offrir une gamme complète de services.</p> <p>Pas physiquement présent dans certains secteurs clés de la ville</p> <p>Transition vers d'autres programmes (en particulier dans le cas de retards de développement et d'alcoolisme foetal.</p> <p>Ressources minimales pour effectuer des recherches</p>	<p>Steve Mathias</p>

Modèle	Breve description	Buts	Ressources	Défis	Leadership
<p>Programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses (PEPP), Canada</p> <p>http://www.douglas.qc.ca/pages/view?section_id=165&locale=fr</p>	<p>Le PEPP vise à aider les jeunes de 14 à 35 ans qui sont confrontés à un premier épisode psychotique. Le programme s'appuie sur le modèle de la gestion de cas intensive. Les services comprennent des évaluations régulières par des gestionnaires de cas et des psychiatres, des protocoles d'évaluation cliniques et de recherche, des évaluations neuropsychologiques, des interventions de groupe, des placements et du soutien individuels, de la TCC (en groupe et individuelle), de la psychopédagogie pour les patients et les parents, de l'évaluation et des interventions métaboliques, de la gestion médicale et un suivi psychosocial dans de multiples contextes.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluation rapide 2. Intervention médicale et psychosociale adaptée à la phase de développement 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatres • Neuropsychologues • Psychologues • Travailleurs sociaux • Gestionnaires de cas 	<p>Besoins en matière de logement</p> <p>Aide à l'emploi et à la scolarisation</p> <p>Divergences dans les systèmes complexes et parfois rigides en place dans les hôpitaux et dans les centres de recherche</p>	<p>Ashok Malla</p>
<p>Programmes de premier épisode/intervention précoce en cas de psychose, R.-U. et Australie</p> <p>http://eppic.org.au/eppic-clinical-guidelines</p>	<p>Le Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) est un service de santé mentale complet visant à répondre aux besoins des jeunes de 15 à 24 ans confrontés à un premier épisode psychotique dans les secteurs ouest et nord-ouest de Melbourne. EPPIC est un programme clinique spécialisé relevant d'Orygen Youth Health (OYH), service qui relève à son tour de NorthWestern Mental Health and Melbourne Health.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dépistage et évaluation 2. Prise en charge/traitement immédiat 3. Rétablissement précoce et tardif 4. Soins continus 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionnaires de cas • Médecins de soins primaires • Psychiatres 		<p>Patrick McGorry</p> <p>Max Birchwood</p>

Modèle	Breve description	Buts	Ressources	Défis	Leadership
<p>Cleghorn Alumni Program</p> <p>www.stjoes.ca/default.asp?action=article&ID=365</p>	<p>Programme d'intervention précoce en cas d'épisode psychotique qui s'adresse aux personnes de 14 à 35 ans. Le programme des anciens est un programme conjoint auquel participe le personnel du programme Cleghorn et le médecin de famille et son objectif est d'amener les patients recevant des soins spécialisés à faire la transition vers des soins primaires.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Choix du client 2. Services souples 3. Soutien individuel 4. Insistance sur l'importance de la famille, des êtres chers et de la collectivité 5. Tient compte des conséquences négatives de la maladie mentale comme la pauvreté, la stigmatisation et le logement inadéquat. 6. Combine la promotion du bien-être, des conseils sur les droits et l'obtention du soutien de base comme le revenu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenant auprès de la famille • Infirmière • Ergothérapeute • Psychiatre • Psychologue • Spécialistes du soutien au rétablissement • Récréothérapeute 	<p>Pas indiqué</p>	<p>Suzanne Archie</p>
<p>beyondblue</p> <p>www.beyondblue.org.au</p>	<p>beyondblue est un organisme indépendant sans but lucratif oeuvrant à mieux faire comprendre à la population australienne les problèmes de santé mentale que sont l'anxiété et la dépression et à réduire la stigmatisation dont sont victimes les personnes aux prises avec ces problèmes. Le programme offre des services à de nombreuses parties prenantes ainsi que des services spécifiques aux jeunes de 16 à 24 ans.</p>	<p>Offrir un leadership national pour réduire l'incidence de la dépression et de l'anxiété en Australie. L'organisme se fixe comme objectifs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De sensibiliser davantage les gens aux conséquences de la dépression et de l'anxiété. 2. De réduire la stigmatisation et la discrimination. 3. D'amener les gens à demander de l'aide en cas de besoin 4. De réduire l'incidence de la dépression et de l'anxiété, les déficiences et la mortalité 5. De favoriser l'apprentissage, la collaboration, l'innovation et la recherche. 	<ul style="list-style-type: none"> • Site Web complet donnant de l'information sur la santé mentale des jeunes et sur les options thérapeutiques. • Service d'écoute téléphonique 24 heures sur 24 • Bavardoir et courriel offrant du soutien en matière de santé mentale. 	<p>Pas indiqué</p>	<p>Pas indiqué</p>

Modèles de recherche/suivi

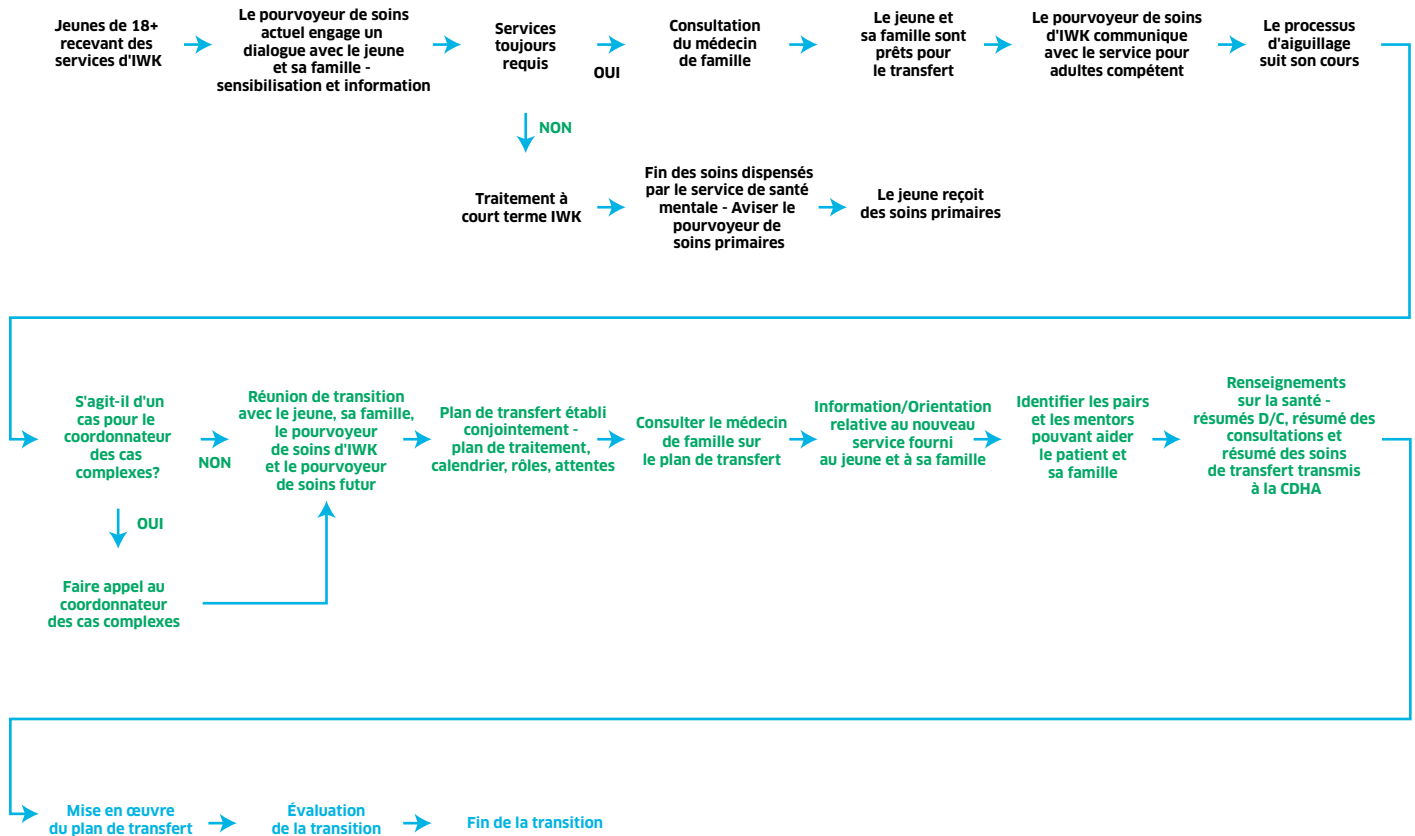
<p>Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL)</p> <p>www.casel.org</p>	<p>CASEL vise à faire accepter l'apprentissage social et émotif comme une composante essentielle de l'éducation.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faire progresser la science de l'apprentissage social et émotif. 2. Élargir la portée de l'apprentissage social et émotif intégré. 3. Renforcer le domaine de l'apprentissage social et émotif et en accroître l'incidence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Site Web complet. • Solide capacité organisationnelle pour rassembler les chercheurs et les praticiens. 	<p>Pas précisé</p>	<p>Roger Weissberg</p>
---	--	--	--	--------------------	------------------------

Modèle	Breve description	Buts	Ressources	Défis	Leadership
<p>TRACK & BRIDGES, UK</p> <p>www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1613-117_VO1.pdf</p> <p>www2.warwick.ac.uk/fac/med/staff/singhs/</p>	<p>À l'heure actuelle, 17 ans est l'âge limite fixé pour la transition au R.-U. des SEASMT vers les SASMT. Cette transition ne s'applique pas dans le cas des personnes ayant un trouble neurodéveloppemental, sauf si celles-ci sont aux prises avec un problème de santé mentale concomitant. La planification de la transition débute lorsque la personne atteint l'âge de 16 ans et demi. À la demande du clinicien des SEASMT ou des SASMT, un spécialiste de la transition intervient. Cette personne facilite le transfert et la transition entre les systèmes de santé mentale, gère simultanément un petit nombre de cas de jeunes, offre de la formation tant au personnel des SEASMT que des SASMT, aide au besoin les utilisateurs des SEASMT à obtenir des services autres que des SASMT et évalue la mise en œuvre de la politique de transition dans le contexte du National Health Trust. Une étude est actuellement en cours pour établir l'utilité, en plus d'une stratégie axée sur un protocole, du recours à un spécialiste de la transition (BRIDGES Project).</p>	<p>Suivre le jeune en âge de transition pendant toute la période de transition au R.-U.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Spécialistes de la transition 	<p>Réorganisation des services</p> <p>Change-ments de personnel</p> <p>Réductions budgétaires</p> <p>Divergences importantes dans les responsabilités des spécialités de la transition.</p>	<p>Swaran Singh</p>

Annexe 6

Jeunes obtenant d'IWK des services en matière de santé mentale et de toxicomanie - Processus de transfert des soins

JEUNES RECEVANT D'IWK DES SERVICES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE TOXICOMANIE PROCESSUS DE TRANSFERT DES SOINS



(Joint IWK-CDHA Steering Committee on Transition Needs of Youth and Families, 2012)

Annexe 7

Initiatives choisies des RLISS de l'Ontario en vue d'aider les jeunes au moment de la transition

RLISS	Stratégie
Centre-Ouest (CO) : Modèle systémique de transition et de coordination (RLISS CO, 2012)	<ul style="list-style-type: none">• Coordonnateur de la transition systémique (CTS) : facilite l'accès au soutien psychosocial et de santé mentale pour les adultes.• Comité consultatif de l'intégration des services : comité multisectoriel qui facilite l'élaboration de lignes directrices et de protocoles cojointes entre les organismes, y compris des accords de services officiels.
Mississauga Halton (MH) : Comité de coordination des jeunes en âge de transition (Groupe d'intégration systémique pour la santé mentale et la toxicomanie, Mississauga Halton, 2010)	<ul style="list-style-type: none">• Comité de coordination : table de pourvoyeurs de services tant pour adolescents que pour adultes qui se réunit pour assurer des services continus axés sur les besoins des clients de 16 à 24 ans.• Protocole de transition : comprend un processus d'aiguillage, un formulaire d'aiguillage complet permettant d'inviter les organismes compétents à participer à la réunion du comité et communication de la rétroaction aux jeunes, aux défenseurs des droits et aux pourvoyeurs de services.
Simcoe/Muskoka : Service de consultation en télépsychiatrie	<ul style="list-style-type: none">• Consultation ponctuelle en télépsychiatrie pour les jeunes de 16 à 24 ans dans le but de favoriser une intervention précoce efficace.• Cette initiative est actuellement un projet pilote dans la région de Midland et de Penetanguishene
Sud-Est (SE) : Spécialiste de la transition (Lee, 2012)	<ul style="list-style-type: none">• Le RLISS du Sud-Est a mené une consultation et un examen approfondi pour mieux comprendre les problèmes qui découlent de la transition des jeunes et en établir l'ampleur et a cerné les obstacles à cette transition et les services lacunaires.• Spécialiste de la transition : facilite l'accès au soutien et aux services, aux données sur les jeunes, les services demandés et les données démographiques de base.• Youth Habilitation Quinte a reçu des fonds pour effectuer des travaux de recherche pour établir les services offerts aux jeunes de 15 à 24 ans, pour établir les perceptions, les lacunes dans les services et les obstacles auxquels sont confrontés les enfants et les jeunes dans le système de santé mentale et de toxicomanie.
RLISS Champlain : Cadre de gestion conjoint (Davidson et Cappelli, 2011)	<ul style="list-style-type: none">• Obtention en 2010 de fonds échelonnés sur 15 mois pour mener à bien un projet pilote sur la transition des jeunes.• Coordinateur des transitions : s'occupe des aiguillages et mène les entrevues pré-Élabores aux admissions, élabore un plan de transition avec le jeune et sa famille, coordonne et facilite la transition du système des services pour enfants et pour adolescents au système de services pour les adultes, soutient le jeune pendant la transition et fait un suivi pendant le processus de transition.• Les structures de soutien comprennent le Comité consultatif des jeunes en transition (partenaires provenant d'organismes communautaires, des hôpitaux et d'autres organismes de santé mentale) et un comité d'examen des cas cliniques (chargé de l'examen et de l'identification des services nécessaires lorsque le cas est complexe).• Solide cadre d'évaluation : Global Appraisal of Individual Needs Short Screener (GAIN-SS), Évaluation commune des besoins en Ontario (ECBO), Adult Needs and Strength Assessment (ANSA) et questionnaire sur la satisfaction des clients.
RLISS du Centre-Toronto	<ul style="list-style-type: none">• Le RLISS compte actuellement un comité directeur des jeunes en âge de transition et procède à une analyse environnementale qui conclut que la planification de la transition est une priorité.• Attention prioritaire au groupe de jeunes à risques dans le 1 p. 100 de la population aux prises avec les problèmes de santé mentale les plus graves ou les plus complexes.
RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant	<ul style="list-style-type: none">• En s'appuyant sur les orientations stratégiques du RLISS, St Joseph's Healthcare Hamilton pilotera la mise en place d'une clinique de mieux-être pour les jeunes et d'un centre multiservices et de liaison au centre-ville d'Hamilton



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

Commission de la santé mentale du Canada

100, rue Sparks, bureau 600,
Ottawa, Ontario, K1P 5B7

Tél. : 613.683.3755
Télec. : 613.798.2989

info@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

[f /theMHCC](https://www.facebook.com/theMHCC) [@MHCC_](https://twitter.com/MHCC_)
[@theMHCC](https://www.instagram.com/theMHCC) [/1MHCC](https://www.youtube.com/channel/UC1MHCC)
[in /Mental Health Commission of Canada](https://www.linkedin.com/company/mental-health-commission-of-canada)