



Canadian
Collaborative
Mental Health
Initiative

Initiative
canadienne de
collaboration en
santé mentale

Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les *enfants et adolescents*

Un document d'accompagnement pour la
trousse d'outils de l'ICCSM sur la
planification et la mise en oeuvre pour les
prestataires de soins de santé et les
planificateurs

PRESTATAIRES ET PLANIFICATEURS

GROUPE D'EXPERTS POUR LES ENFANTS ET ADOLESCENTS

Groupe chargé de l'élaboration de cette trousse d'outils

Helen R. Spenser, MSW, MD, CCFP, FRCPC (Directrice)

Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario,
Faculté de médecine, Département de psychiatrie,
Université d'Ottawa, Ottawa, Ontario

Harold Lipton, MA, C. Psych. (Directeur adjoint)

Healthy Minds, Healthy Children, Calgary, Alberta

Margaret Steele, HB.Sc., MD, FRCPC(C), M.Ed.

University of Western Ontario,
London Health Sciences Centre,
Schulich School of Medicine and Dentistry,
London, Ontario

Neal Stretch, MD, CCFP

Hanover, Ontario

Patrick McGrath, OC, Ph.D., FRSC

Dalhousie University, Halifax, Nouvelle-Écosse

Anne Gillies, MD, FRCPC (Pédiatre – Conseiller du groupe d'experts)

Ottawa, Ontario

Pour de plus amples renseignements, veuillez
communiquer par courriel au info@iccsn.ca ou
communiquer avec le Dr Harold Lipton à l'adresse
harold.lipton@calgaryhealthregion.ca

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA SÉRIE TROUSSES D'OUTILS

Groupe chargé de l'élaboration de la série Trousse d'outils à
l'intention des prestataires et planificateurs de soins de santé

Sari Ackerman, Hamilton HSO Mental Health & Nutrition Program

Karen Cohen, représentante de la Société canadienne de psychologie au sein du
Comité directeur de l'ICCSM

Anne Marie Crustolo, Hamilton HSO Mental Health & Nutrition Program

Martha Donnelly, University of British Columbia (codirectrice à la conception de la série
Trousse d'outils)

Scott Dudgeon, membre du Comité directeur et du secrétariat de l'ICCSM

Marie-Anik Gagné, membre du secrétariat de l'ICCSM

David Gardner, représentant de l'Association des pharmaciens du Canada au sein du
Comité directeur de l'ICCSM

Nick Kates, représentant de l'Association des psychiatres du Canada au sein du Comité
directeur de l'ICCSM (codirecteur à la conception de la série Trousse d'outils)

Denise Kayto, représentante de la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers
en santé mentale au sein du Comité directeur de l'ICCSM

Francine Lemire, représentante du Collège des médecins de famille du Canada au
sein du Comité directeur de l'ICCSM

Susan Ross, Susan E. Ross and Associates

Zena Simces, Zena Simces and Associates

Phil Upshall, représentant de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé
mentale au sein du Comité directeur de l'ICCSM

GESTIONNAIRES DE PROJET

Sari Ackerman, Hamilton HSO Mental
Health & Nutrition Program
Susan Ross, Susan E. Ross and
Associates
Zena Simces, Zena Simces and
Associates

RÉDACTRICE

Sari Ackerman, Hamilton HSO
Mental Health & Nutrition Program

REMERCIEMENTS

Le groupe d'experts désire souligner la contribution
du Comité directeur de l'ICCSM et exprimer toute sa
gratitude envers le Dre Marie-Anik Gagné pour son
examen acharné et complet de la documentation, et
envers M. Scott Dudgeon pour son généreux soutien
lors de la réunion de planification stratégique de la
trousse d'outils pour adolescents à Toronto. Le
groupe d'experts désire également remercier Sarah
Brandon et les jeunes du Réseau Ado d'Ottawa
(Ontario) pour leur utile participation axée sur l'usager
à la trousse d'outils et pour leur volonté de participer
à la formation des cliniciens sur la façon d'être
favorable aux jeunes. Merci également au Dre Amy
Cheung qui a généreusement partagé son temps et
son expérience en matière de dépression chez
l'adolescent, ainsi qu'à Mmes Aggie Stretch et Saundra
Lipton pour leur correction attentive, leur ingéniosité
et leur aide à la recherche. Enfin, merci aux
jeunes et à leurs parents qui ont aidé le groupe
d'experts à traduire des textes de bouquins en
renseignements réellement utiles pour guider nos
enfants et nos jeunes à vivre une vie gratifiante et
saine.

SUGGESTION DE CITATION

Initiative canadienne de collaboration en
santé mentale. Établissant des initiatives
axées sur la collaboration entre les services
de soins de santé mentale et les services de
soins de santé primaires pour les enfants et
adolescents. Un document
d'accompagnement pour la trousse d'outils de
l'ICCSM sur la planification et la mise en
œuvre pour les prestataires de soins de
santé et les planificateurs. Mississauga, Ont. :
Initiative canadienne de collaboration en
santé mentale; février 2006. Disponible au
www.iccsn.ca

Droit d'auteur © 2006

Initiative canadienne de collaboration en
santé mentale
ISBN 1-897268-23-8


Ce rapport est disponible en français et en
anglais.

This document is available in English and
French.

Secrétariat de l'Initiative canadienne de
collaboration en santé mentale
a/s Le Collège des médecins de famille du
Canada
2630 avenue Skymark
Mississauga, Ont. L4W 5A4
Tél. : 905-629-0900
Télec. : 905-629-0893
Courriel : info@iccsn.ca
Site Web : www.iccsn.ca

Ce document a été rédigé à la demande du
secrétariat de l'ICCSM. Les opinions exprimées
dans cette publication ne reflètent pas
nécessairement le point de vue officiel des
organisations membres du Comité directeur
ou de Santé Canada.

Le financement de l'ICCSM provient du
Fonds pour l'adaptation des soins de santé
primaires de Santé Canada.



Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les *enfants et adolescents*

Un document d'accompagnement
pour la trousse d'outils de
l'ICCSM sur la planification et la
mise en oeuvre pour les
prestataires de soins de santé et
les planificateurs

Une trousse d'outils

Février 2006



NOTRE OBJECTIF

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) s'efforce d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens en renforçant les liens et la collaboration entre les prestataires de soins de santé, les usagers, les familles et les aidants naturels, et en facilitant l'accès des usagers à des services de prévention, de promotion de la santé, de traitement, d'intervention et de réadaptation dans le contexte des soins de santé primaires.

Table des matières

Préface	i
Sommaire	iv
Introduction	1
Définir la population	2
Leçons tirées de la documentation	3
Modèles et initiatives axés sur la collaboration	7
Éléments clés et principes fondamentaux des soins de santé mentale axés sur la collaboration	9
Accessibilité	9
Structures de collaboration	10
Richesse de la collaboration	12
Système centré sur l'utilisateur	15
Cohérence des politiques, de la législation et des structures de financement.....	18
Fonds suffisants	20
Recherche basée sur des données probantes	21
Besoins communautaires	21
Planification et mise en oeuvre	25
Problèmes particuliers auxquels font face les prestataires de soins de santé en régions rurales et éloignées	27
Formation de médecin	29
Éléments clés à considérer	33
Références et lectures connexes	35
Annexe A : Processus de consultation	43
Annexe B : Initiatives de pratiques positives	45
Annexe C : Sites Web	57
Annexe D : Outils et ressources	59
Annexe E : Glossaire des termes et Index des acronymes	74

Préface

Voici la série de trousse d'outils de l'ICCSM!

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) est dirigée par 12 organismes nationaux représentant des services communautaires, des usagers, des familles et des aidants naturels, des groupes d'entraide, des diététistes, des médecins de famille, des infirmières et infirmiers, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des psychiatres, des psychologues et des travailleuses et travailleurs sociaux. Financée par l'entremise du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada, l'ICCSM a pour objectif d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiennes et des Canadiens en améliorant la collaboration entre les prestataires de soins de santé mentale et primaires, les usagers, les familles et les aidants naturels.

Les trousse d'outils de l'ICCSM comprennent des outils pratiques visant à :

- Assister les prestataires de soins et les planificateurs dans la mise en oeuvre d'initiatives de collaboration
- Aider les usagers en santé mentale et les membres de leur famille à comprendre la maladie mentale et à travailler avec les autres membres de l'équipe de soins
- Informer les éducateurs des bienfaits de la formation interprofessionnelle et à fournir des outils afin d'informer sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration

Chaque trousse d'outils a été élaborée par un groupe d'experts interprofessionnels et guidée par un groupe de travail représentant un certain nombre de groupes d'intervenants clés. Nous espérons que les lecteurs de toute trousse d'outils de la série les recommanderont à d'autres personnes (p. ex., les usagers référant les trousse d'outils à leurs prestataires de soins et vice versa).

En plus de cette série de 12 trousse d'outils, l'ICCSM a élaboré une Charte des principes et des engagements qui influencera l'avenir des soins de santé mentale au Canada ainsi qu'une série de rapports qui reproduisent l'état actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Les rapports soulignent les problèmes de ressources humaines en matière de santé, fournissent une bibliographie annotée, résument les meilleures pratiques, révisent les initiatives provenant de partout au pays et résument la réforme provinciale et territoriale en soins de santé mentale et primaires. Ces documents ont guidé la conception des trousse d'outils et sont disponibles au www.iccsm.ca.

Trousses d'outils de mise en oeuvre

Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires: Une trousse d'outils sur la planification et la mise en oeuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs est un guide pour les prestataires de soins qui souhaitent mettre en oeuvre ou améliorer les services de santé mentale qu'ils fournissent par l'entremise de la collaboration. La trousse d'outils générale offre aux lecteurs un guide sur tous les aspects de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation d'une initiative de soins de

santé mentale axés sur la collaboration, ce qui implique d'évaluer les besoins, de fixer des objectifs, de développer un budget, de former une équipe, de veiller au bon fonctionnement de l'équipe, de gérer les changements et de surveiller l'évolution de l'initiative.

Huit trousse d'outils ciblant une population spécifique et intitulées *Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires* ont été conçues pour être utilisées conjointement avec la trousse générale. Elles offrent des conseils permettant d'adapter la trousse d'outils générale aux Autochtones, aux enfants et aux adolescents, aux populations ethno-culturelles, aux populations rurales et isolées, aux personnes âgées, aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave, à celles ayant des problèmes de toxicomanie et aux populations urbaines marginalisées. Il y a un certain chevauchement entre les trousse d'outils. Par exemple, les renseignements sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration et les sans-abri se retrouvent dans au moins trois trousse d'outils, soit dans celle pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave, celle pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie ainsi que dans la trousse spécifique aux populations urbaines marginalisées. Les lecteurs sont encouragés à considérer toutes les trousse d'outils qui peuvent s'avérer pertinentes à leurs besoins.

Les trousse d'outils, tant la trousse générale que celles spécifiques aux populations, ne sont pas conçues en tant que guides pour les pratiques cliniques, mais dans le but d'offrir des conseils pratiques sur les différents aspects de la mise en oeuvre réussie d'initiatives axées sur la collaboration.

Trousses d'outils pour les usagers, les familles et les aidants naturels

Les usagers, les familles et les aidants naturels ont élaboré ces deux trousse d'outils pour les usagers et leurs êtres aimés.

Travaillant ensemble vers le rétablissement : les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins est conçue pour tous les usagers, les familles et les aidants naturels qui désirent en savoir davantage sur la santé mentale et la maladie mentale, sur la façon d'accéder aux services et sur le type de professionnels qui peuvent les accompagner dans leur rétablissement. Cette trousse d'outils offre aussi un aperçu des thérapies complémentaires et des soins personnels ainsi que les contributions et les besoins des aidants naturels. Enfin, cette trousse d'outils comprend un guide permettant de « s'impliquer » qui décrit la façon dont le gouvernement et les conseils d'administration travaillent et pourquoi les usagers et les familles devraient participer.

Vers le rétablissement : Guide de santé mentale pour les peuples des Premières Nations est une trousse d'outils qui offre une vue d'ensemble de base de la santé mentale et de la maladie mentale accompagnée d'une section contextuelle exposant les grandes lignes de l'impact des conditions historiques, sociales, économiques et politiques sur la santé mentale de ces

peuples. On trouve des outils dans cette trousse permettant de favoriser les soins holistiques.

Trousse d'outils pour les éducateurs

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle : Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale sert de ressource de formation afin d'offrir une assistance lors de la mise en oeuvre des initiatives et des programmes de formation qui font la promotion des soins de santé mentale axés sur la collaboration dans des contextes de soins de santé primaires. La trousse d'outils cible les promoteurs de programmes de formation dans les organismes de réglementation, les associations professionnelles, les autorités régionales de la santé, les équipes de santé familiale, les ministères et les éducateurs dans les contextes de formation (universités et collèges) et de prestation de soins.

Cette trousse d'outils met l'accent sur l'importance de la formation interprofessionnelle dans la promotion des soins axés sur la collaboration. La trousse offre quatre études de cas et plusieurs activités accompagnées d'un exemple de plan de leçon et d'autres outils utiles afin d'aider les éducateurs dans la mise en oeuvre d'événements de formation.

Sommaire

Introduction

Les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents ont souvent été mis sur pied comme une annexe des services aux adultes. Cependant, les besoins de cette population sont uniques et exigent des habiletés spécialisées pour poser un diagnostic et effectuer un traitement correctement.

L'objectif de cette trousse d'outils est d'aider les prestataires de services, les gestionnaires, les usagers et d'autres services communautaires dans l'élaboration et la défense des initiatives de soins primaires axés sur la collaboration impliquant des services de santé mentale pour les enfants et les adolescents. Parmi les faits saillants de cette trousse d'outils, mentionnons des suggestions pour la formation des médecins, les besoins spéciaux de la jeunesse transitoire, les problèmes de la médecine familiale en régions rurales et éloignées, les éléments clés à considérer, la description d'initiatives de pratiques positives, des sites Web clés ainsi que des outils et des ressources utiles.

Définir la population

Cette trousse définit les enfants et les jeunes selon l'âge (0-18 ans). Le taux de prévalence des problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes est d'environ 20 %. Près de 10 % des enfants qui reçoivent des soins primaires se plaignent en premier lieu de problèmes de santé mentale. Un jeune sur dix envisage le suicide. Jusqu'à 80 % des enfants ayant des besoins en santé mentale ne recevront aucun service de santé mentale.

Processus de consultation

Un groupe d'experts expérimentés en matière de services de santé mentale axés sur la collaboration pour les enfants et les adolescents a recueilli des renseignements et des commentaires de différentes sources profanes et professionnelles de partout au Canada représentant une vaste gamme de disciplines, dont la psychologie, le travail social, les soins infirmiers, la diététique, la psychiatrie pour enfants et adolescents, la pédiatrie et la médecine familiale, ainsi que des services policiers pour jeunes, des enseignants et des jeunes.

Messages clés

- **Les soins primaires représentent un important contexte pour servir les enfants et les adolescents ayant des besoins en santé mentale** parce que la plupart des enfants consultent un prestataire de soins de santé primaires au moins une fois l'an. Les avantages de fournir des soins de santé mentale dans le contexte des soins de santé primaires comprennent la connaissance de la famille, moins de stigmates et le choix du patient.
- **Les enfants et les adolescents ont certains problèmes d'accès qui leur sont propres.** Les enfants et les adolescents ne s'identifient habituellement pas par eux-mêmes et sont normalement portés à l'attention des services par d'autres sources telles que leurs

parents, leurs tuteurs, les agences de service social, les écoles, etc. Les services doivent comprendre ces sources importantes afin de recueillir tous les renseignements diagnostiques, ce qui, en retour, exige de tenir compte des questions de confidentialité et de logistique (p. ex., la planification, l'emplacement, la coopération de parties qui peuvent quelquefois être en situation de litige).

- **Les adolescents qui ont des besoins en santé mentale risquent d'être les moins bien servis.** Ils n'ont souvent pas de contact régulier avec le système de soins de santé, ont tendance à consulter un professionnel de la santé uniquement pour des blessures sportives ou pour une évaluation physique et cherchent rarement à obtenir des soins pour des problèmes de santé mentale. De plus, il y a peu de professionnels spécialisés en santé mentale des adolescents.
- **Pour effectuer une évaluation complète, il faut plus qu'un clinicien, et le barème de tarification de la médecine traditionnelle comme le modèle de rémunération à l'acte ne le prévoit pas.**
- **Les jeunes plus âgés de 16 à 24 ans, que l'on appelle « jeunesse transitoire », passent souvent « à travers les mailles » des services pour les jeunes et les adultes, et il reste beaucoup de chemin à parcourir afin de les servir efficacement.**
- **On considère que les soins de santé mentale axés sur les jeunes sont la meilleure approche et signifient :** favoriser la participation des jeunes à la prise de décisions quant aux soins et à la conception de programme; intégrer le soutien par les pairs; reconnaître les problèmes de développement et l'impact de la maladie mentale sur le développement normal; éviter les traumatismes du traitement associés au premier diagnostic et à la première hospitalisation; identifier les effets particuliers des stigmates sur les jeunes; se concentrer sur les soins à domicile et les soins communautaires; élaborer une séance de formation portant sur la maladie mentale adaptée à l'âge et à l'état des « élèves »; aborder les déterminants sociaux de la santé (p. ex., sexe, scolarité et réseaux de soutien social); et se concentrer sur le bien-être et la capacité.
- **Les politiques et la législation** ont un impact sur des questions telles que la confidentialité, le respect de la vie privée, le partage des renseignements et le consentement au traitement, et comportent souvent des contradictions et des incohérences au niveau de la façon dont les services sont fournis. Il y a un besoin d'ententes et de protocoles afin d'améliorer la collaboration.
- **Les besoins en éducation des prestataires de soins de santé primaires travaillant auprès des enfants et des jeunes ayant des problèmes de santé mentale ne peuvent pas être pleinement comblés par la formation générique ou la formation médicale continue.** Il faut adopter des approches particulières afin de s'impliquer auprès de cette population précise, de l'évaluer adéquatement et d'élaborer des plans

d'intervention appropriés. Les activités de formation doivent commencer à l'étape de la formation professionnelle pour toutes les disciplines de soins de santé primaires et mentale, et se poursuivre tout au long de la carrière de ceux qui travaillent auprès des enfants et des jeunes.

- **Les responsables des politiques et les décideurs doivent participer** dès le début à l'identification des besoins de la collectivité, des ressources disponibles et des lacunes en matière de services, et à l'élaboration de plans et de stratégies permettant d'améliorer les services adéquats et d'améliorer les stratégies de collaboration.
- **Les problèmes de la médecine familiale en régions rurales et éloignées** comme l'offre et la demande, le manque de formation et les problèmes de rémunération posent d'autres difficultés pour répondre aux besoins de santé mentale des enfants et des adolescents.
- **La meilleure pratique est favorisée par la participation d'une équipe multidisciplinaire** au sein de laquelle les membres ont tous des tâches et des fonctions propres (p. ex., un pédiatre, un médecin de famille, un infirmier, un psychiatre, un psychologue, un diététiste, un pharmacien, un travailleur social, un ergothérapeute, etc.).
- **Les programmes de soins axés sur la collaboration à l'intention des enfants et des jeunes doivent établir des relations de travail avec d'autres secteurs de services aux enfants**, p. ex., la protection de l'enfance, les besoins particuliers, l'éducation, la santé, les écoles, la justice, les services sociaux, les loisirs et d'autres organismes communautaires.
- **Les programmes de soins pédiatriques axés sur la collaboration seront assez différents des services aux adultes, et il faut recourir à des procédés distincts.**
- Voici des exemples de **modèles de soins de santé mentale et primaires axés sur la collaboration à l'intention des enfants et des jeunes** :
 - Consultations de télépsychiatrie à l'aide d'équipes multidisciplinaires virtuelles
 - Soutien aux médecins et aux agences de santé mentale en régions rurales
 - Participation coordonnée avec d'autres secteurs tels que l'éducation et les services aux enfants
 - Gestion des soins par des spécialistes travaillant en contextes de soins primaires
 - Gestion des soins par des praticiens de soins de santé primaires avec du soutien d'un spécialiste
 - Équipes interdisciplinaires de soins de santé primaires
 - Un seul intervenant en santé mentale primaire est présent au sein d'un service de soins de santé primaires pour enfants et adolescents

Introduction

Cette trousse d'outils pour enfants et adolescents a été élaborée pour aider les prestataires de services, les gestionnaires, les usagers et les représentants de services communautaires qui sont intéressés à élaborer des initiatives axées sur la collaboration faisant appel aux services de santé mentale pour les enfants et les jeunes. Elle peut être particulièrement utile pour les régions qui n'ont pas encore été en mesure de mettre sur pied des services complets de santé mentale à l'intention des enfants. Cette trousse d'outils a également pour objectif d'aborder les problèmes propres aux enfants, aux adolescents et à leur famille, et comprend des renseignements pertinents pour les planificateurs et les praticiens en milieux urbain et rural.

La trousse d'outils contient un examen de la documentation existante portant sur la santé mentale des enfants et des adolescents et fournit quelques exemples (elle ne prétend pas les énumérer tous) de programmes afin d'illustrer la gamme de modèles élaborés. Bien qu'elle ne soit pas un guide d'exercice clinique, elle contient des suggestions pratiques pouvant être utiles aux praticiens en milieux urbain et rural qui, autrement, peuvent se sentir isolés des services en raison de la géographie, des contraintes de temps et de l'absence d'équipe. Plus que tout, elle sollicite la création de réseaux d'aide et de programmes de formation à l'intention des professionnels en plus de favoriser la participation des jeunes et de leur famille, dans la mesure du possible, à toutes les étapes de la planification et de la mise en oeuvre de ces initiatives de collaboration.

Les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents ont souvent été mis sur pied comme une annexe des services aux adultes. Cependant, les besoins de cette population sont uniques et exigent des habiletés spécialisées pour poser un diagnostic et effectuer un traitement correctement. Parmi les exemples de modèles à explorer dans le domaine des soins axés sur la collaboration à l'intention des enfants et des jeunes, mentionnons les consultations de télémedecine, le soutien pour les médecins et les agences de santé mentale en régions rurales, et la participation coordonnée avec d'autres secteurs qui desservent les enfants comme l'éducation, les services à l'enfance, etc.

De plus, les besoins en éducation des prestataires de soins de santé primaires travaillant auprès des enfants et des jeunes ayant des problèmes de santé mentale ne peuvent pas être pleinement comblés par la formation générique ou la formation médicale continue. Il faut adopter des approches particulières afin de s'impliquer auprès de cette population, de l'évaluer adéquatement et d'élaborer des plans d'intervention. Les activités de formation doivent commencer à l'étape de la formation professionnelle pour toutes les disciplines de soins de santé mentale et se poursuivre tout au long de la carrière de ceux qui travaillent auprès des enfants et des jeunes.

Il faut également élaborer des modèles de financement et de rémunération qui favoriseront la mise en oeuvre des soins axés sur la collaboration. De tels modèles devront être une haute priorité dans le cadre de la planification administrative.

Afin de comprendre la santé affective d'un enfant, un examen complet des besoins fonctionnels de cet enfant doit être effectué en discutant avec les parents, les enseignants ainsi qu'avec l'enfant lui-même. Il faut donc une structure de financement fort différente de celle qui est disponible dans le modèle traditionnel de soins de santé.

Le groupe de la trousse d'outils pour enfants et adolescents espère que ce projet permettra de commencer à identifier et à résoudre ces problèmes.

Définir la population

Enfants et jeunes âgés entre 0-18 ans

- Les chiffres habituellement cités dans la documentation sont un taux de prévalence pour les problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes d'environ 20 % (Kataoka et al., 2002; Offord et al., 1987; Steele et al., 2004; Waddell et al., 2002).
- On note un taux de prévalence pouvant atteindre 15 % pour les problèmes de santé mentale significativement pénibles et débilitants chez les enfants canadiens âgés de 4 à 17 ans; 5 % des enfants souffrent d'une déficience profonde (Waddell et al., 2002).
- 10 % des adolescents envisagent le suicide (Adlaf et al., 2002).
- Jusqu'à 80 % des enfants ayant des besoins en santé mentale ne recevront aucun service de santé mentale (Kataoka et al., 2002; Leatherman et McCarthy, 2004).
- La plupart de ceux qui reçoivent des services les obtiennent de leur médecin de famille (Steele et al., 2004).
- Soixante-dix p. 100 des médecins rapportent un manque de préparation pour reconnaître les problèmes de santé mentale (Steinhauer, 1999).
- Les études du comportement des jeunes démontrent que le médecin est une des dernières personnes à qui un adolescent confie ses problèmes affectifs. Les copains et les enseignants occupent le premier rang (Abidi et Kutcher, 2005).
- La plupart des médecins ne sont pas à l'aise ou formés adéquatement lorsqu'il s'agit de traiter les problèmes de santé mentale surtout auprès de jeunes enfants (Cockburn et Bernard, 2004; Steele et al., 2003).
- La documentation est unanime à l'effet que les problèmes de santé mentale les plus fréquents chez les enfants et les adolescents sont (sans ordre spécifique) : la dépression, l'anxiété, les troubles de comportements perturbateurs, les troubles de l'alimentation, le THADA et les troubles du développement.

Leçons tirées de la documentation

Servir les enfants et les adolescents ayant des besoins en santé mentale dans le contexte des soins de santé primaires

Certains articles internationaux traitant des besoins en santé mentale des enfants et des adolescents établissent le bien-fondé du dépistage, du traitement et de la prévention dans le contexte des soins de santé primaires (Bower et al., 2001; DeBar et al., 2001; Garralda, 1998, 2001; Kramer et Garralda, 2000; Walker et Townsend, 1998; Wells et al., 2001; Zygowicz et Saunders, 2003).

La preuve épidémiologique est citée par plusieurs de ces auteurs et souligne le niveau de besoin des enfants et des adolescents:

- L'incidence des troubles mentaux est de 10 % chez les enfants.
- Le taux de prévalence des troubles psychologiques chez les adolescents est de 15 % (Walker et Townsend, 1998).
- On constate une augmentation de la morbidité dans tous les aspects de la santé au cours de l'adolescence (Jacobson et al., 2002).
- Plusieurs maladies mentales chez l'adulte se manifestent pour la première fois à l'adolescence comme le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble panique, le trouble antisocial et la schizophrénie.
- La dépression est de plus en plus fréquente chez les enfants et les adolescents, tout comme chez les adultes; près de 25 % des adolescents ont connu au moins un épisode dépressif (Jacobson et al., 2002; Wells et al., 2001).
- Le taux de suicide est élevé chez les adolescents, surtout chez les hommes (Jacobson et al., 2002).
- La principale plainte chez 2-5 % des enfants en soins primaires porte sur un problème de santé mentale (Garralda, 1998).
- Ce pourcentage augmente lorsque d'autres personnes ayant un problème psychosocial sont comprises (Garralda, 1998).
- C'est connu, les enfants sont de plus grands utilisateurs des services médicaux; le type de troubles le plus fréquent chez les enfants d'âge préscolaire est le trouble oppositionnel avec provocation, tandis que les enfants d'âge scolaire et les adolescents présentent plus souvent des troubles affectifs ou des troubles des conduites (Garralda, 1998).
- On dispose actuellement de données probantes importantes concernant l'augmentation de la prévalence des troubles de l'alimentation, surtout la frénésie

Pour de plus amples renseignements sur les leçons tirées de la documentation, veuillez consulter deux rapports de l'ICCSM disponibles au www.iccsm.ca :

- *Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration*
- *Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes*

alimentaire, dans les pays occidentaux depuis 30 ou 40 ans (Dorian et Garfinkel, 1999, Pratt et Woolfenden, 2002).

- Les enfants au sein du système de protection de l'enfance ont des besoins importants en matière de santé mentale (Burns et al. 2004; Jacobson et al., 2002) et physique (Blatt et al., 1997).

Les soins primaires représentent un important contexte pour servir les enfants et les adolescents ayant des besoins en santé mentale parce que la plupart des enfants consultent un prestataire de soins de santé primaires durant une année donnée (Kramer et Garralda, 2000).

Les besoins non comblés comportent des conséquences importantes :

- Le nombre global d'enfants souffrant de problèmes de santé mentale qui sont desservis par des programmes de santé mentale spécialisés est petit, ce qui signifie que plusieurs enfants ne sont pas traités (Cockburn et Bernard, 2004; Garralda, 2001).
- Une mauvaise santé mentale chez les adolescents est associée à des comportements potentiellement nocifs pour la santé physique à court et à long terme ainsi qu'à des problèmes de santé mentale à l'âge adulte (Walker et Townsend, 1998).
- « Les dernières méta-analyses démontrent que les possibilités de prévention et d'intervention précoce sont plus nombreuses à l'enfance qu'à l'adolescence, et que l'amélioration des habiletés individuelles et la création de facteurs sociaux de protection peuvent être aussi importantes que la réduction des facteurs individuels de risque » (Birleson et al., 2001, p. 38).
- D'autres facteurs de risque associés à la maladie mentale à l'adolescence comprennent la discorde et le divorce des parents, les abus physiques et sexuels, l'intimidation, l'historique familial de troubles mentaux, les difficultés relationnelles, le statut socioéconomique faible et le mauvais accès à l'éducation (Jacobson et al., 2002).

Le rôle des soins de santé mentale primaires auprès des enfants et des adolescents a également été mentionné dans différentes publications et suit un continuum :

- L'identification précoce des problèmes de santé mentale (Bower et al., 2001) comprenant possiblement un dépistage (Zygowicz et Saunders, 2003)
- Identifier et aider les enfants présentant un trouble (Garralda, 2001)
- Offrir des interventions et des traitements adéquats pour les troubles plus bénins (Bower et al., 2001; Garralda, 1998)
- Se référer aux services spécialisés en santé mentale pour enfants (Garralda, 2001)
- Appuyer le travail des services spécialisés et des familles suite au rétablissement ou lors de rechutes (Garralda, 2001)
- Poursuivre la promotion de la santé et la prévention des problèmes (Birleson et al., 2001; Bower et al., 2001; Garralda, 2001; Jacobson et al., 2002; Walker et Townsend, 1998) ainsi que la prévention primaire et secondaire auprès des adolescents (Walker et Townsend, 1998)

Les avantages de la prestation de services dans le contexte des soins primaires comprennent :

- Le praticien de soins primaires connaît habituellement la famille et son histoire au fil du temps.
- On considère que la médecine familiale est un contexte moins stigmatisant.
- Les usagers préfèrent cette option (Kramer et Garralda, 2000).

Cependant, la capacité à répondre aux besoins de santé mentale des enfants et des adolescents dans les contextes de soins de santé primaires traditionnels est réduite par un certain nombre de facteurs. Une étude de Cockburn et Bernard (2004) a noté dans un échantillon de 324 omnipraticiens un besoin constant d'acquérir des connaissances, des habiletés, des compétences et de la formation en soins de santé mentale des jeunes :

- Plusieurs répondants ont qualifié leurs compétences comme étant insatisfaisantes dans les trois groupes d'âges d'enfants, se sentant le moins confiants face aux problèmes des enfants d'âge préscolaire.
- La compétence variait selon le type de problèmes, davantage de médecins de famille se percevant comme étant moins en mesure de gérer les troubles de comportements perturbateurs et les troubles de l'alimentation.
- La connaissance perçue a été classée comme étant insatisfaisante en ce qui concerne la nature et la progression des problèmes mentaux chez les enfants et les adolescents ainsi que le traitement des problèmes de santé mentale.
- Peu de répondants ont qualifié la formation reçue d'utile et davantage de formation était nécessaire sur une vaste gamme de sujets comme l'utilisation de psychotropes, la connaissance du traitement et de la gestion des problèmes de l'enfance et de l'adolescence, l'évaluation du risque de suicide et les troubles de l'alimentation.

Ces lacunes au niveau des connaissances, des habiletés et des compétences créent une incertitude quant à ce qui constitue une orientation appropriée vers les services de santé mentale secondaires pour enfants et adolescents. Elles restreignent également le traitement de problèmes qui peuvent être gérés dans le contexte des soins primaires. Mildred et al. (2000) ont fait rapport d'un projet pilote australien qui suggérait d'établir des liens précis entre les usagers d'un programme public de santé mentale pour les enfants et les omnipraticiens, augmentant ainsi les occasions pour offrir des soins axés sur la collaboration.

Seul un examen systématique des interventions efficaces pour les enfants et les adolescents dans les soins primaires a été relevé dans la documentation (Bower et al., 2001). Les auteurs faisaient part de preuves préliminaires (et de plusieurs études non concluantes) démontrant qu'un traitement par le personnel spécialisé travaillant dans les soins primaires était efficace, mais qu'il n'y avait aucune donnée disponible en matière de rentabilité. De plus, certaines interventions éducatives prometteuses visaient à augmenter les habiletés et la confiance du personnel de soins primaires, mais peu d'évaluations

contrôlées ont été effectuées et peu de rapports ont été rédigés relativement aux changements du comportement professionnel. En général, le processus de mise en oeuvre de différents modèles en contexte de pratique quotidienne a fait l'objet de peu de rapports (Macdonald et al., 2004). Plusieurs auteurs s'entendent pour dire qu'un programme valable de recherche et d'évaluation est nécessaire dans ce domaine.

Dans quelques pays, on trouve des traces de discussions portant sur les soins de santé mentale primaires axés sur la collaboration pour les enfants et les adolescents (p. ex., en Angleterre et en Australie) et dans d'autres secteurs exigeant des partenariats plus approfondis (p. ex., l'éducation et la justice des jeunes). De façon générale, ces défenseurs des soins axés sur la collaboration citent plusieurs des mêmes raisons en faveur d'une approche axée sur la collaboration que celles avancées pour les adultes ou d'autres groupes spécialisés :

- Accent mis sur l'efficacité des communications
- Réduction des doublonnages de services onéreux et peu abondants
- Augmenter la qualité des soins en reconnaissant les habiletés, l'expertise et l'expérience que certains professionnels tels que des ergothérapeutes, des pharmaciens et des diététistes peuvent mettre à contribution lors de l'élaboration d'un plan de traitement plus efficace pour la santé mentale des jeunes
- Partage de la prise de décisions et de la responsabilité entre les prestataires
- Amélioration et augmentation des communications et des négociations
- Réseau de supervision et de soutien par la profession
- Augmentation de la sensibilité des autres prestataires
- Conscience accrue à l'égard des questions d'ordres clinique et éthique (Flaherty et al., 1998)

Les modèles d'approches axées sur la collaboration avec les enfants et les adolescents reflètent ceux qui sont utilisés avec les adultes et peuvent être vus selon la perspective de renforcement du rôle des soins primaires. Il peut s'agir de :

- Gestion accrue par des professionnels des soins primaires et des soins communautaires tels que les médecins de famille et les infirmiers en santé publique (Bower et al., 2001)
- Gestion par des professionnels spécialisés en santé mentale travaillant dans le contexte des soins primaires (qui ont quitté les cliniques externes) (Abrahams et Udwin, 2002; Appleton et Hammond-Rowley, 2000; Bower et al., 2001; Garralda, 2001; Kramer et Garralda, 2000)
- Approches de consultation-liaison où le spécialiste contribue à la gestion par les praticiens de soins primaires plutôt que d'assumer la responsabilité de personnes (paradigme d'attachement) (Bower et al., 2001; Garralda, 2001; Kramer et Garralda, 2000)
- Approches d'équipes interdisciplinaires envers les soins primaires (Bower et al., 2001; Gale et Vostanis, 2003; Kramer et Garralda, 2000)

- Postes de travailleur solitaire en soins de santé mentale primaires au sein d'un service de santé mentale pour enfants et adolescents qui assume tous les aspects du rôle envers une certaine population, ou certains aspects du rôle (p. ex., consultation, formation et liaison) envers une population plus importante (Gale et Vostanis, 2003)

Bradley et al. (2003), dans leur étude des fiducies de prestataires au R.-U., ont examiné la disponibilité et la fréquence des travaux à l'interface des soins de santé mentale pour enfants et adolescents et des soins primaires. Ils ont découvert que même si une majorité de fiducies (124/150 à l'étude) disposent d'une formation conjointe avec les services primaires, seulement 1/3 ont mis en oeuvre un type de programme conjoint ou de travail axé sur la collaboration. En ce qui concerne la pratique généraliste, le petit pourcentage de programmes officiels comprenaient un volet de consultation clinique structurée, d'aide psychosociale conjointe ou de clinique externe modifiée, ce dernier élément étant le plus utilisé par les travailleurs tout en touchant moins de personnes.

Macdonald et al. (2004), à l'occasion d'une étude plus approfondie de six fiducies, ont découvert trois modèles d'organismes de travailleurs en soins de santé mentale primaires : a) approche communautaire du service spécialisé géré par l'équipe de santé mentale auprès des enfants et des adolescents; b) basé sur les soins primaires avec quelques communications avec le service spécialisé; et c) en équipes, géré indépendamment des soins primaires ou du service spécialisé. Facteurs essentiels à la mise en œuvre :

- Négociation et planification préliminaires avec le personnel de soins primaires axées sur la mise en place de postes de travailleurs en soins primaires
- Souplesse dans le mélange de travail direct et de consultation-liaison durant les premières étapes de l'élaboration du service afin d'obtenir de bonnes relations de travail et de l'achalandage
- Fournir un environnement de travail pour les travailleurs qui soit proche du personnel de soins primaires
- De bonnes habiletés interpersonnelles des travailleurs impliqués dans le développement du service, et l'éducation et la préparation de dispositions efficaces en matière de conseils et d'aide

Modèles et initiatives axés sur la collaboration

L'élaboration d'une initiative axée sur la collaboration commence par une compréhension claire de qui sont actuellement les acteurs et de ce qui est toujours nécessaire. La plupart des collectivités ont des répertoires de services ou d'agences qui aident à la localisation des

Pour de plus amples renseignements sur les initiatives de pratiques positives au Canada, veuillez consulter les documents suivants disponibles au www.iccsm.ca :

- *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes : Volumes I et II*

services. On recommande que des réseaux de collaboration émergents travaillent avec ces ressources pour identifier les intervenants clés, surtout s'il faut éviter les dédoublements. Les informateurs clés dans la communauté de services peuvent être très importants dans l'identification des lacunes majeures dans les réseaux de services. Il est toujours conseillé d'inclure les jeunes et les familles lors de la planification, non pas seulement pour déterminer les besoins à combler, mais pour rendre les nouveaux services conviviaux.

L'Annexe B contient des descriptions de plusieurs programmes axés sur la collaboration qui fonctionnent actuellement au Canada et qui illustrent la gamme de modèles de services qui s'avèrent efficaces. Les descriptions comprennent des coordonnées pour que le lecteur puisse communiquer directement avec les programmes. Ces programmes démontrent la variabilité des approches de développement de la capacité, y compris la formation, la consultation et l'utilisation de la technologie.

Plusieurs collectivités du Canada disposent de ressources pour aider les organismes communautaires et sans but lucratif à évaluer les besoins de la collectivité et à déterminer les meilleurs modèles de collaboration. Le Volunteer Leadership Development Program et le BoardWALK Program sont deux programmes de ce genre. Ces programmes sont souvent reliés aux organismes Centraide du Canada et proposent des ateliers qui peuvent être utiles afin d'élaborer des structures de gouvernance pour des organismes comme des réseaux de collaboration d'agences communautaires existantes non reliées entre elles. Ces programmes sont habituellement à but non lucratif et à faible coût. On peut trouver deux exemples au :

<http://www.unitedwayvictoria.bc.ca/images/vldpprog.pdf> et au

http://www.sjfn.nb.ca/community_hall/S/SJ_Volunteer_Centre/educat.htm

Éléments clés et principes fondamentaux des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Accessibilité

De 16 % à 20 % des enfants et des adolescents présentent des troubles de santé mentale diagnostiquables (Breton et al., 1999; Fergusson et al., 1993; Offord et al., 1987). Les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents ont été

décrits par le sénateur Kirby comme étant « l'orphelin des orphelins » des services de santé parce que les services de santé mentale en général sont tristement inadéquats alors que les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents sont encore moins bien développés (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2004).

Les enfants et les adolescents présentent certains problèmes d'accès qui leur sont propres. Normalement, ils ne s'identifient pas par eux-mêmes et sont par conséquent portés à l'attention des services par d'autres sources telles qu'un tuteur, une agence de service social, un établissement d'enseignement, etc. Des services adéquats nécessitent l'inclusion de ces autres sources importantes afin d'obtenir tous les renseignements diagnostiques. Cependant, il faut tenir compte des questions de confidentialité et de consentement au traitement, surtout lorsque l'enfant ou le jeune n'est pas désireux de participer. Dans le même ordre d'idées, l'intervention la plus efficace peut exiger la participation d'autres intervenants, ce qui pose certains problèmes particuliers de logistique, p. ex., la planification, le lieu de l'intervention ou la coopération de parties qui peuvent quelquefois être en situation de litige.

Les adolescents qui ont des problèmes de santé mentale risquent d'être les moins bien servis. Ils n'ont souvent pas de contact régulier avec le système de soins de santé ou sollicitent des soins du système de santé pour des problèmes de santé mentale. De plus, il y a un sérieux manque de professionnels spécialisés en santé mentale des adolescents. Par

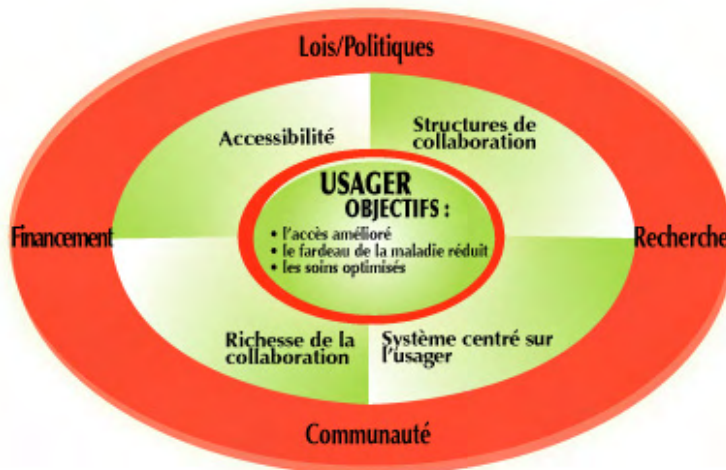


Figure 1: Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration

conséquent, les modèles de soins axés sur la collaboration novateurs peuvent être plus utiles relativement à cette population.

Il y a cependant des défis particuliers en ce qui concerne l'élaboration de modèles de soins axés sur la collaboration pour les adolescents :

- Les adolescents ne sont pas susceptibles de demander de meilleurs services.
- Pour plusieurs problèmes de santé mentale, les traitements de santé mentale les plus efficaces font appel à une combinaison de psychothérapie, de pharmacothérapie et, quelquefois (p. ex., pour des troubles de l'alimentation), à une thérapie alimentaire médicale.
- Les adolescents ayant des problèmes de santé mentale sont difficiles à détecter.
- Les adolescents ayant des problèmes de santé mentale sont difficiles à recruter.

Les travailleurs auprès des jeunes et les cliniciens en santé mentale qui ne sont pas réputés pour être favorables aux jeunes peuvent également représenter un obstacle. Réseau Ado, soit un organisme basé à Ottawa (Ontario) (voir Annexe D), donne aux travailleurs auprès des jeunes le conseil suivant :

« Nous sommes bien avertis d'être ouverts et neutres lorsque nous nous adressons aux jeunes. Nous devrions établir les règles de base rapidement avec des limites claires en ce qui concerne la confidentialité, surtout en ce qui a trait au fait de donner des renseignements aux parents, aux enseignants, etc. Nous devons apprendre à poser des questions et à écouter les réponses sans poser de jugement. Nous devrions diriger doucement, sans dicter. Nous devons être souples et nous amuser. Nous devons être brillants et être de bons modèles sans paraître trop confiants et sans être un « je sais tout ». Nous devons vouloir rechercher les ressources et les réponses aux questions. Finalement, pour citer un des jeunes, « Affronte tes peurs. Affronte les jeunes si tu en as peur; trouve le moyen de contourner ta peur. »

Structures de collaboration

Les initiatives de soins axés sur la collaboration devront élaborer des relations de travail efficaces avec d'autres systèmes qui offrent des services aux enfants, à savoir :

- Protection de l'enfance et aide à l'enfance
- Programmes pour les besoins spéciaux des enfants
- Autorités de la santé et programmes ou services intégrés
- Conseils scolaires et ministères de l'Éducation

- Programmes et services de justice
- Services sociaux
- Organisations médicales, comme les initiatives de soins primaires
- Professionnels de la santé alliés, comme les ergothérapeutes, les pharmaciens et les diététistes
- Programmes récréatifs
- Autres organismes à but lucratif et à but non lucratif

Pour les activités internes, les programmes devront prévoir des :

- Définitions claires des rôles et responsabilités de chaque membre et de chaque discipline au sein d'un programme
- Rôles de leadership
- Mécanismes d'évaluation
- Autres initiatives de recherche
- Procédures de gestion de l'information – dossiers de traitement, protocoles, traitement et enregistrement électroniques, etc.
- Procédures de communication
- Procédures d'orientation (internes et externes)
- Protocoles de gestion des conflits
- Mécanismes de rémunération (interdisciplinaire)
- Processus décisionnels (impliquant les responsables des politiques, les gestionnaires, les médecins, les praticiens alliés et les familles)

Les programmes de soins pédiatriques axés sur la collaboration peuvent être fort différents des services aux adultes et il ne faudrait pas présumer que les mêmes processus utilisés pour élaborer les programmes aux adultes conviendront à ceux pour les enfants. De même, il ne faudrait pas présumer que les cliniciens qui ont travaillé au sein de programmes de soins axés sur la collaboration pour les adultes peuvent également assurer les services aux enfants. Les habiletés avancées en santé mentale des enfants et des adolescents sont essentielles pour la prestation d'un service compétent.

Sur le plan des activités, la participation collatérale avec les systèmes, surtout les écoles, les services de soins aux enfants et les agences de protection de l'enfance sera nécessaire afin d'effectuer une évaluation complète du diagnostic d'un enfant ou pour mettre en œuvre des stratégies d'intervention. De même, pour travailler de façon réussie avec un enfant, il faut normalement une certaine implication auprès des membres de la famille, surtout auprès des parents. L'ampleur avec laquelle un programme de soins axés sur la collaboration élabore des relations de travail efficaces avec ces systèmes collatéraux influencera les résultats. La participation continue en matière de consultation et de planification du service avec les réseaux interagences peut être une méthode efficace d'élaboration d'un solide système d'aide collégiale pouvant améliorer les services.

Richesse de la collaboration

La meilleure pratique est favorisée par la participation d'une équipe multidisciplinaire de professionnels. Voici une liste de fonctions que les équipiers peuvent assumer. Les activités sont énumérées par discipline même si certaines tâches peuvent être effectuées par certaines autres disciplines, et les cliniciens d'une discipline donnée ne sont pas tous formés pour accomplir chaque fonction nommée. Certains rôles sont propres aux jeunes; par exemple, l'ergothérapeute peut évaluer la capacité d'un enfant à s'autoréglementer en plus de rechercher des sensibilités sensorielles.

La liste suivante ne comprend pas les tâches et fonctions communes aux disciplines, (p. ex., évaluer le risque de suicide, rapporter les abus ou la négligence soupçonnées, agir à titre de ressource pour les autres membres de l'équipe et les agences communautaires). Elle ne comprend pas non plus tous les prestataires de soins de santé qui pourraient faire partie de l'équipe ou d'autres personnes qui jouent souvent un rôle essentiel dans la vie des enfants et des jeunes, comme des enseignants. Peu importe la composition de l'équipe, le jeune et sa famille devraient en être le point central.

Travailleur social

- Il évalue le bien-être d'un enfant en contexte familial.
- Il s'occupe de l'évaluation de la famille.
- Il donne des services de gestion de cas.
- Il offre des thérapies individuelles, familiales et collectives, au besoin.
- Il est une ressource en ce qui a trait aux agences communautaires desservant les enfants et les jeunes.

Ergothérapeute

- Il évalue et optimise l'habileté de l'enfant à s'adapter à l'environnement en se servant d'activités comme outil thérapeutique, la capacité d'autorégulation, l'intégration sensorielle, l'adaptation sociale, le fonctionnement moteur fin et général et l'adaptation.
- Il évalue et propose des stratégies pour savoir comment les enfants traitent les données sensorielles et comment cela peut contrôler leur affect et leur comportement.
- Il évalue et détermine les programmes reliés aux habiletés de motricité fine et générale, aux habiletés d'autoassistance et aux habiletés sociales.

Psychologue

- Il examine l'interaction entre la santé/maladie mentale et la capacité à apprendre, p. ex., est-ce que la difficulté de l'enfant à se concentrer est due à une déficience d'apprentissage non diagnostiquée comme un trouble de la mémoire verbale, ou est-elle due au THADA ou à la dépression?
- Il effectue l'examen psychologique, psychoéducatif et neuropsychologique.
- Il offre des thérapies individuelles, familiales et collectives dans différents contextes, au besoin.

- Certains professionnels (p. ex., les neuropsychologues) ont une formation spécialisée en évaluation et en traitement de personnes ayant des problèmes cognitifs et de santé mentale.

Pédiatre et médecin de famille

Facteurs communs aux deux professionnels

- Les deux peuvent prodiguer des soins primaires et, même si certains pédiatres ne sont consultés que par référence, plusieurs (jusqu'à 50 %) cas sont pour des questions de santé mentale.
- Dans les régions rurales, les médecins de famille et les pédiatres peuvent fournir tous les soins de santé mentale pour les enfants et les jeunes, établissant ainsi une relation à long terme avec le jeune et sa famille, et favorisant la continuité des soins.
- Il est important de sonder les pédiatres et les médecins de famille pour identifier les besoins d'apprentissage perçus en matière de santé mentale des jeunes.
- Dans les régions où les ressources de santé mentale pour les jeunes sont rares, un « leader » de ce groupe pourrait être identifié, recevoir une formation spécialisée dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents, puis jouer un rôle de formateur auprès de ses collègues. La formation en télésanté mentale et en télémedecine devrait être envisagée. [Voir la section **Formation de médecin** ci-dessous.]

Facteurs qui peuvent être propres aux pédiatres

- Les pédiatres sont des experts dans les étapes normales du développement des jeunes et se concentrent souvent sur les différences entre le développement normal et les situations problématiques.
- Les pédiatres ont une expertise en diagnostic et en traitement de l'hyperactivité avec déficit de l'attention et du THADA ; cette expertise peut être partagée avec les médecins de famille et les parents.

Facteurs qui peuvent être propres aux médecins de famille

- Les médecins de famille peuvent prodiguer des soins à toute la famille du jeune et, par conséquent, comprendre les diagnostics héréditaires de santé mentale et posséder des dossiers de médicaments qui ont démontré leur efficacité chez des parents.
- Les adolescents en relation constante avec leur médecin de famille peuvent se sentir plus confortables de discuter avec eux de problèmes de santé mentale.
- Les adolescents peuvent percevoir un obstacle à la confidentialité si leur médecin de famille traite également leurs parents. Les limites de la confidentialité doivent être clarifiées.
- Un petit nombre de médecins de famille choisissent de se spécialiser en psychothérapie.

Infirmier

- Il surveille l'efficacité, les effets secondaires et les contre-indications des médicaments prescrits aux jeunes.
- Il surveille les patients hospitalisés et ceux qui sont traités pour un premier épisode de psychose qui nécessite un suivi continu, surtout les liens entre l'hôpital et la collectivité.
- Certains offrent des thérapies individuelles, familiales et collectives, au besoin.
- Il offre de la formation, des conseils et du counselling aux enfants, aux adolescents et aux familles.
- Il peut être la seule ressource de santé mentale disponible dans les collectivités rurales ou éloignées.
- Certains (infirmiers en psychiatrie et en santé mentale) ont une formation spécialisée dans les domaines de la santé et des maladies mentales.

Diététiste

- Il identifie les problèmes de nutrition tels que la mauvaise alimentation, les carences en éléments nutritifs, les changements de poids, les interactions avec les médicaments, le non-respect des régimes alimentaires particuliers, le manque d'argent ou d'habiletés pour avoir une alimentation adéquate.
- Il individualise les stratégies d'intervention en nutrition.
- Il dirige les groupes de psychoéducation en matière de nutrition et d'alimentation.
- Il est un membre essentiel des programmes de troubles de l'alimentation en santé mentale.
- Il insiste sur l'importance d'une bonne alimentation pour tous les jeunes et les familles.

Psychiatre

- Il évalue et détecte les maladies mentales d'un point de vue biologique, psychologique, social et culturel.
- Il comprend les différences du métabolisme des psychotropes et du développement du cerveau entre les jeunes et les adultes.
- Il détermine ou réfère/traite les causes médicales de certains problèmes comme l'anémie chez une adolescente dont les menstruations ne sont pas encore régulières qui peut être importante sur le plan étiologique dans la progression de la dépression.
- Il est un expert dans l'usage de psychotropes.
- Il est familier avec la psychothérapie et le traitement systémique et est en mesure de les incorporer dans un plan de traitement complet.

Pharmacien

- Il fournit du counselling, des renseignements et de la formation aux usagers en matière de médicaments et de certains problèmes de santé généraux.
- Il travaille avec les prestataires et les usagers pour mettre au point la meilleure pharmacothérapie.

- Il surveille les résultats et les effets indésirables de la pharmacothérapie et s'assure que les médicaments sont utilisés correctement.
- Il donne des conseils d'ordonnance (y compris les risques, les bénéfices, les possibilités de traitement et la pharmacothérapie efficiente) pour les prestataires de soins de santé selon les meilleures données probantes actuelles.

Système centré sur l'utilisateur

Il est essentiel à la planification réussie d'une initiative de faire participer l'utilisateur à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des services. Le système centré sur l'utilisateur présente des défis particuliers sans égard à l'âge, probablement attribuables aux facteurs de stigmatisation relatifs à la maladie mentale. Habituellement, les usagers ne sont pas considérés comme des personnes socialement autonomes et, en particulier, les enfants et les adolescents peuvent trouver que la participation à de telles activités est particulièrement exigeante. Il peut être intimidant d'assister à des réunions lorsqu'on est entouré de professionnels qui utilisent un jargon inconnu. Les parents sont experts concernant leurs enfants, comme les jeunes le sont par rapport à leurs parents. Il est important de discuter avec les jeunes et les familles de ce qui est nécessaire pour créer une salle d'attente conviviale pour l'utilisateur (p. ex., des jeux adaptés à l'âge ainsi qu'une aire de jeu propre et chaleureuse). La plupart des enfants trouvent difficile de rester assis et de converser avec des adultes pendant une longue période de temps, alors il faut mettre sur pied des activités compatibles avec l'évaluation dans le cadre du plan d'évaluation des jeunes.

La perspective des usagers est importante. Il faut porter une attention particulière à l'identification de participants admissibles et à leur accueil dans un environnement qui sollicite leur participation. Par exemple, le Southern Alberta Child and Youth Health Network, dont le projet Healthy Minds/Healthy Children est un programme d'approche communautaire (voir la description à l'Annexe B), a créé un Child and Youth Advisory Council et a déployé un effort extraordinaire pour concevoir des activités qui permettent aux jeunes de se sentir à l'aise et soutenus. Le fait de tenir des concours amicaux pour créer des affiches, des thèmes, des vidéos de relations publiques, etc. peut être un moyen efficace et agréable de solliciter l'opinion des jeunes usagers. Le fait de séparer la clinique des niveaux de défense de la participation peut être essentiel pour favoriser la participation tout en préservant la confidentialité des questions personnelles.

Jeunesse transitoire – une population particulière

(Cette section a été préparée avec l'aide considérable du Dre JoAnn Elizabeth Leavey, d'après "The Gap: Moving Toward Youth-Centred Mental Health Care for Transitional Aged Youth (16-24)" par Leavey et al. (2000).)

Dans les programmes de santé mentale, les jeunes plus âgés, habituellement âgés de 16 à 24 ans, passent souvent « à travers les mailles » des systèmes pour les enfants et les

adultes. Cette population est souvent appelée « jeunesse transitoire » en référence à leur transition de l'adolescence à l'âge adulte et du programme pour enfants à celui pour adultes. Il reste beaucoup de chemin à parcourir pour répondre adéquatement aux besoins de la jeunesse transitoire.

Les services et aides centrés sur la jeunesse qui devraient être élaborés pour aider à la vie indépendante et interdépendante générale comprennent un logement « jeune » approprié, des activités sociales et récréatives, un soutien par les pairs, un soutien de counselling, un soutien médical, une formation en emploi, des possibilités de formation et, le cas échéant, un service de counselling familial.

Il doit y avoir une reconnaissance de la prévalence grandissante des troubles de l'humeur et des troubles anxieux, de la toxicomanie et du suicide au sein de cette population. Même s'il y a quelques exemples de programmes pour servir les jeunes ayant ces problèmes de santé mentale, la plupart des programmes et des services offerts à la jeunesse transitoire visent ceux qui vivent un premier épisode ou une première crise de psychose.

Lorsqu'on fournit une intervention ou un traitement à ce groupe d'âge, il est essentiel de distinguer les comportements de risque typiques et appropriés à l'âge du comportement pathologique. Lorsqu'on diagnostique le problème, il est important de garder à l'esprit les jeunes, leur contexte, leur environnement social, le développement typique ainsi que l'environnement familial et interne. L'évaluation et l'interrogatoire en profondeur par des professionnels hautement compétents sont essentiels lorsque l'on regarde le « portrait complet ».

Il est important de s'assurer que les jeunes transitoires sont examinés selon une perspective holistique et de les aider à gérer leurs problèmes d'identité ainsi que leurs problèmes de santé mentale. Les administrateurs des services pour enfants et pour adultes doivent envisager de créer des groupes de travail pour assurer une transition sans heurt des services aux jeunes vers les services aux adultes afin que les jeunes ne soient pas perdus au suivi lors de leur passage à l'âge adulte. Ce groupe peut d'abord recevoir un diagnostic de maladie mentale à l'adolescence, mais la nature exacte de la maladie mentale (p. ex., maladie affective bipolaire ou schizophrénie) peut se déclarer que plus tard à l'âge adulte. Si les services aux enfants et aux adultes ne travaillent pas ensemble, ces personnes risquent de devenir sans-abri ou, encore pire, de devenir toxicomanes, de se suicider ou d'être victimes de violence.

En adoptant une approche holistique des soins de santé mentale centrée sur les jeunes, nous remplaçons la « lentille de la maladie » traditionnelle en mettant l'accent sur le bien-être et sur la capacité. À la stabilisation du problème de santé mentale, il faudrait tenter de réintégrer les personnes dans leur routine sociale le plus rapidement possible. Cette approche favorise le rétablissement, la réhabilitation et la prévention des rechutes. Il est également essentiel d'avoir des liens solides entre les programmes hospitaliers et les programmes communautaires afin d'assurer des soins uniformes.

L'éducation de l'utilisateur pour les jeunes est une composante clé de la prévention des rechutes et de la promotion du rétablissement. L'éducation du public aidera à optimiser l'acceptation du diagnostic, la reconnaissance des symptômes et favorisera les comportements de recherche d'aide. La démystification de la maladie mentale et la réduction des stigmates associés sont très importantes. Il est essentiel au rétablissement et au pronostic à long terme d'améliorer la compétence sociale et le sentiment de contrôle.

Lorsqu'on s'adresse aux responsables des programmes de réhabilitation qui aident les jeunes dans leurs processus de réintégration sociale et de rétablissement, ils indiquent que l'isolement social est un problème important pour les jeunes transitoires post-diagnostiqués, et qu'on peut l'améliorer via une formation en habiletés sociales. Les programmes d'aide et de mentorat par les pairs seraient d'excellents moyens pour aider les jeunes par de l'aide sociale et des conseils.

Principes clés des soins de santé mentale centrés sur les jeunes

- **Favoriser la participation des jeunes aux décisions relatives aux soins et à la conception du programme.** Cela peut comprendre l'intégration des jeunes aux choix de traitement, aux examens des médicaments et aux décisions quant à l'endroit et au type de soins. Cela comprend également la participation des jeunes à la création, à la modification et à la conception des programmes de traitement et de soutien par les pairs. Il est essentiel à la réduction générale de l'aliénation de bâtir la capacité individuelle et collective des jeunes.
- **Intégrer le soutien et l'aide par les pairs.** Cela favorise le maintien du soutien social, de la progression par l'entremise d'étapes de développement et la réduction des stigmates. Cela aide également à développer la capacité des jeunes rétablis par la prestation d'aide par les pairs.
- **Reconnaître les questions de développement et l'impact du développement interrompu.** Cela place les défis de développement et les aspects normaux de la croissance et de la formation de l'identité à l'avant-plan. Il s'agit d'un élément essentiel à la création d'une « meilleure pratique » propre aux jeunes transitoires.
- **Éviter les traumatismes du traitement associés au premier diagnostic et à l'hospitalisation.** Cela insiste sur la préférence des soins psychosociaux à la maison ou dans la collectivité et souligne les aspects des interactions avec les agences comme la police ou le personnel d'urgence qui peuvent être traumatisantes.
- **Identifier les effets spéciaux des stigmates sur les jeunes.** Cela évalue et reconnaît les conséquences importantes du diagnostic de santé mentale et du traitement des jeunes et se concentre sur l'amélioration de ces effets.
- **Se concentrer sur les soins à domicile et communautaires et favoriser le soutien familial.** Cela garde le jeune dans son milieu habituel en plus de faire appel à la

participation active de la famille et des aidants dans le traitement et les rôles de défense.

- **Élaborer des programmes de formation sur les maladies mentales en fonction de l'âge et de l'avancement.** Cela exige l'élaboration (avec la participation des jeunes) de moyens pertinents et utiles pour améliorer la psychoéducation, la conscience publique et la formation professionnelle entourant les besoins de santé mentale des jeunes transitoires.
- **Aborder les déterminants sociaux de la santé, particulièrement le sexe, l'éducation et les réseaux d'appui social.** Cela nécessite l'application d'une lentille de genre à tous les aspects de la planification et du traitement pour le jeune transitoire afin de refléter les différences de sexe. Cela nécessite également l'élaboration d'éléments adéquats de programme pour gérer correctement les objectifs éducatifs et l'établissement de soutiens sociaux à la jeunesse transitoire. Cela comprendrait des programmes ainsi que du soutien par les pairs en ce qui concerne la normalisation des questions et des problèmes d'identité sexuelle, ainsi que la prestation de programmes de soutien par les pairs pour les jeunes et du counselling en matière d'infections transmises sexuellement (ITS) et de santé sexuelle lorsque les jeunes le demandent.
- **Se concentrer sur le mieux-être et la capacité.** Cela nécessite l'utilisation d'une approche « de bien-être » au lieu d'une approche « de la maladie », de se concentrer sur les forces, les habiletés de même que sur les aptitudes des jeunes transitoires.

Cohérence des politiques, de la législation et des structures de financement

Certaines lois provinciales, fédérales ou municipales régissent les services rendus aux jeunes. Les planificateurs doivent être conscients de ces lois qui régissent l'intervention mandatée auprès des jeunes et de leurs parents ou tuteurs. Les initiatives devront tenir compte de ce qui, dans la liste suivante, peut les toucher :

- Loi sur l'âge de la majorité
- Loi sur le consentement et sur la capacité
- Loi sur la protection de l'enfance (affectant les tâches de rapporter les cas de négligence et d'abus, et retrait mandaté de la garde)
- Loi sur le respect de la confidentialité (fédérale et provinciale; p. ex., Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé)
- Règlements professionnels
- Normes de pratique professionnelle
- Lois sur les hôpitaux et sur les soins médicaux
- Lois sur les tuteurs publics
- Lois sur la santé mentale
- Loi canadienne sur la santé

- Schèmes de rémunération des médecins
- Loi sur les jeunes contrevenants
- Loi sur les personnes handicapées
- Lois sur les écoles
- L'Association canadienne de protection médicale

La nature multidisciplinaire particulière des initiatives de soins axés sur la collaboration ajoute à la richesse des services fournis mais, surtout lorsqu'on travaille avec des jeunes et des enfants, elle pose certains défis particuliers. Les disciplines peuvent être soumises à des obligations réglementaires et à des normes de pratique différentes qui peuvent varier selon la province. Soyez conscient du fait que les lignes directrices ou normes professionnelles peuvent commander une action différente de chaque professionnel et que les protocoles d'initiatives devront tenir compte de ces différences. Les planificateurs des programmes sont bien avisés de connaître toutes les lois fédérales et provinciales pertinentes.

Le développement de relations interdisciplinaires respectueuses est essentiel à la réussite des initiatives de collaboration et il est par conséquent nécessaire de conclure des ententes de fonctionnement et des protocoles de prise de décisions avant de mettre le service en œuvre. Ces ententes porteront sur plusieurs processus de base, notamment sur :

- Comment la confidentialité et le partage de renseignements seront gérés
- Comment les services cliniques seront documentés et qui sera responsable de la tenue des dossiers
- Comment le consentement au traitement sera géré

La confidentialité est une question d'importance lorsqu'on travaille avec les enfants et les jeunes. Par exemple, prenons l'exemple d'un adolescent qui peut devoir révéler des renseignements personnels au clinicien, mais qui est inquiet en matière de confidentialité. Il est possible qu'il ne veuille pas que ses parents le sachent et il peut même demander à ce que les renseignements ne soient pas transmis à son médecin. Cela peut représenter un dilemme, surtout dans un cabinet de médecine familiale fréquenté par toute la famille. En général, les demandes que font les jeunes pour que leurs parents ne soient pas informés peuvent être honorées, sauf en cas de danger de blessures envers soi ou les autres, d'incapacité de s'occuper de soi ou d'abus. Ces limites doivent être clairement définies pour le jeune dès le début d'une relation thérapeutique.

Les lois qui régissent le consentement au traitement et la capacité de donner le consentement sont de compétence provinciale au Canada. Il n'y a pas d'âge minimum pour consentir aux interventions médicales ou aux chirurgies (pour la plupart des interventions, le Québec fait bande à part). Par contre, un médecin doit déterminer qu'un enfant comprend l'intervention recommandée ainsi que tous les risques et bénéfices associés au fait de pratiquer ou de ne pas pratiquer l'intervention. Si un enfant est jugé apte, il peut donner son consentement et, en cas de désaccord parental (p. ex., une

transfusion sanguine pour des motifs religieux), un avocat pour enfants ou un conseiller en matière de droits sera nommé pour agir au nom de l'enfant (voir Oberle et Whitsett, 2003).

Le concept de « mineur mature » (quelquefois appelé « jeune émancipé » aux États-Unis) est utilisé lorsqu'un jeune qui n'a pas atteint l'âge de la majorité est en mesure de donner son consentement sans l'intervention des parents. Par exemple, si un jeune aborde un médecin de famille pour demander un contraceptif, un médecin effectuerait une entrevue pour déterminer le niveau de maturité du jeune et sa capacité à prendre des décisions libres et éclairées ainsi qu'à consentir au traitement. Le médecin devrait également s'assurer que le jeune n'est pas victime d'abus de la part d'une personne qui pourrait profiter de lui. Le concept de « mineur mature » n'existe pas au Québec.

La Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents est une loi fédérale appliquée par les provinces. Cette loi régit les jeunes âgés de 12 à 17 ans qui contreviennent à la loi. Pour ce qui est des jeunes à risque, les services de police disposent souvent d'escouades pour jeunes, dans la mesure où les services de soutien sont disponibles.

Parmi les autres questions juridiques reliées à l'âge pour les jeunes, mentionnons :

- Droit de vote
- Droit de consommer de l'alcool ou de fréquenter des endroits où l'alcool est toléré
- Droit de choisir de ne pas fréquenter l'école
- Obligation des écoles de répondre aux besoins particuliers des élèves
- Âge du consentement aux relations sexuelles

Fonds suffisants

Le financement variera d'une province à l'autre en fonction du ministère principalement responsable de la santé mentale des enfants; par exemple, en Alberta, le ministère de la Santé est responsable alors qu'en Ontario, c'est le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse qui en est chargé. (Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée assure également une partie du financement de la santé mentale des enfants et des jeunes.)

Si la recherche doit être mise en œuvre en association avec un programme clinique, certains organismes subventionnaires à différents niveaux devraient être envisagés : à l'échelle nationale (p. ex., les Instituts de recherche en santé du Canada, le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada), à l'échelle provinciale (p. ex., Alberta Heritage Foundation for Medical Research, le Center for Excellence in Child and Youth Mental Health at CHEO, en Ontario) et à l'échelle locale (p. ex., certaines municipalités disposent de petits fonds de recherche ou de fonds de lancement).

Lorsqu'on prodigue des soins de santé mentale axés sur la collaboration, il faut tenir compte de qui sera financé (p. ex., les psychologues, les travailleurs sociaux, les travailleurs auprès des enfants et des jeunes, les médecins de famille, les infirmiers, les

diététistes, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les psychiatres pour enfants et adolescents) et explorer les différents modèles de rémunération (salaire, rémunération à la séance, rémunération à l'acte). Plusieurs dispositions de financement provincial traditionnelles en santé prévoient une rémunération à l'acte uniquement pour les services directs. Dans la mesure où les soins de santé mentale pour les jeunes impliquent la collecte de renseignements collatéraux des écoles, des déplacements sur place et l'assistance à des conférences de cas, des plans de financement alternatif doivent être envisagés lors de la mise sur pied d'initiatives de santé mentale auprès des jeunes.

Recherche basée sur des données probantes

De façon générale, les programmes de soins axés sur la collaboration visant particulièrement les enfants et les jeunes sont relativement nouveaux, et il n'existe pas encore de base de données complète en matière de pratique basée sur des données probantes. Cependant, plusieurs des stratégies qui sont appliquées dans le cadre de ces initiatives sont basées sur des pratiques cliniques établies ; elles sont résumées ci-dessus sous *Leçons tirées de la documentation* et *Modèles et initiatives axés sur la collaboration*. Voir également le rapport de l'ICCSM intitulé *Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes* disponible au www.iccsm.ca.

Besoins communautaires

Les étapes suivantes sont suggérées lors de l'évaluation des besoins dans le cadre d'une initiative de soins de santé mentale axés sur la collaboration pour les enfants et les jeunes :

1. Déterminez la portée du problème.

- Déterminez le nombre d'adolescents que compte la collectivité desservie par votre initiative. Ce renseignement peut être obtenu à partir des données de recensement.
- Déterminez le nombre d'adolescents qui ont des problèmes de santé mentale dans la collectivité desservie par votre initiative. Il peut exister une étude relativement récente ou des estimés standard sur la prévalence dans la documentation. Par exemple, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) fournit des données classées par groupe d'âge, par sexe et par province. Ces données sont fournies gratuitement par Statistique Canada. Certains renseignements sont disponibles en ligne au : <http://www.statcan.ca:8096/bsolc/english/bsolc?catno=82-617-X> (en anglais). Des renseignements plus complets peuvent être obtenus en s'adressant aux centres de données régionales. Vous pouvez également effectuer un sondage auprès de votre collectivité. Il s'agit de la stratégie la plus précise, mais la plus dispendieuse.
- Déterminez le nombre d'adolescents dans chaque catégorie principale de diagnostic qui ont reçu des soins pour des problèmes de santé mentale dans la collectivité desservie par votre initiative. Ce renseignement devrait se trouver dans les dossiers de services de santé de votre collectivité.

- Déterminez le nombre de jeunes ayant des problèmes de santé mentale dans chaque catégorie principale de diagnostic et qui ne reçoivent pas de soins. Il s'agit de l'écart entre le nombre d'adolescents qui ont des problèmes de santé mentale et ceux qui reçoivent des soins.
- Tenez compte des données qui indiquent le potentiel de besoins futurs, comme les estimés du nombre d'adolescents ayant des troubles de l'alimentation.

2. Déterminez les raisons des lacunes du service.

Voici certaines raisons :

- Les programmes n'existent pas dans la collectivité.
- Les programmes existent, mais ne sont pas disponibles ou accessibles en raison de :
 - critères d'admission, par exemple, ceux qui ont un diagnostic mixte peuvent être exclus de certains programmes;
 - emplacement et manque de transport;
 - heures d'ouverture (p. ex., pas suffisamment d'heures d'ouverture après les classes); et
 - restrictions de la capacité du programme, par exemple, seuls ceux souffrant des problèmes les plus graves seront acceptés, laissant les autres sans ressources.
- Les programmes existent et sont disponibles, mais les jeunes ne veulent pas y participer en raison de :
 - manque de connaissance du service;
 - la sensation qu'ils ne seraient pas les bienvenus; et
 - stigmates (p. ex., un village ontarien a ouvert une clinique de santé sexuelle fort nécessaire dans l'hôtel de ville, ce qui imposait aux jeunes de traverser un espace achalandé afin de se prévaloir du service).

3. Déterminez les ressources disponibles pour combler les lacunes du service.

Les groupes de discussion d'experts en santé mentale de l'adolescent ou un répertoire de ressources pourraient déterminer les ressources disponibles. Voici certains experts :

- Psychologues
- Psychiatres
- Ergothérapeutes
- Infirmiers en santé communautaire
- Pharmaciens
- Travailleurs sociaux (spécialisés en santé et en services à la collectivité)
- Infirmiers psychiatriques autorisés
- Diététistes spécialisés en santé mentale
- Travailleurs spécialisés en justice des jeunes

Il est également important d'identifier les adultes avec lesquels les enfants et les adolescents sont en contact. Lors d'un récent sondage auprès de jeunes de la

Colombie-Britannique (McCreary Centre Society, 2004), près de la moitié (45 % des garçons et 54 % des filles) affirmait avoir eu recours à une aide professionnelle. Pour les problèmes personnels, les jeunes demandaient habituellement l'aide du personnel de l'école. Les élèves plus âgés étaient plus susceptibles de communiquer avec un professionnel de la santé que les élèves plus jeunes (37 % à 17 ans, contre 26 % à 13 ans). Près de 75 % des jeunes sondés estimaient leurs communications utiles. Voici certaines personnes-ressources :

- Conseillers en orientation
- Médecins de famille
- Infirmiers scolaires
- Personnel des centres de santé pour adolescents
- Entraîneurs sportifs
- Membres du clergé

Les responsables des politiques et les décideurs devraient être impliqués dès le début dans tous les aspects de la collecte des données et de la planification.

4. Déterminez le type de soins nécessaire.

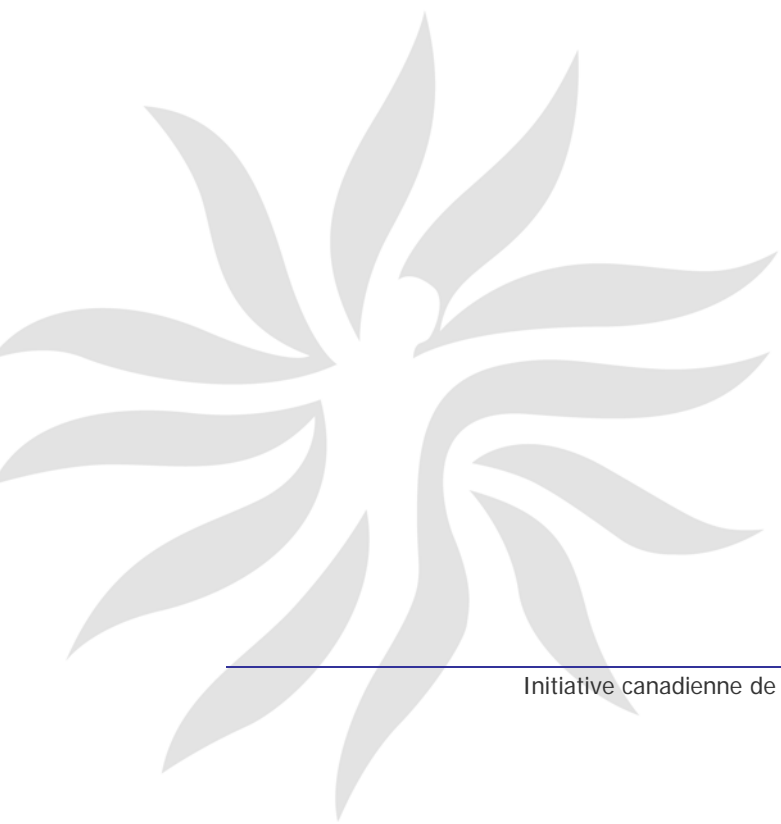
Différents services seront nécessaires pour traiter des besoins variés. Par exemple, si un jeune ayant des diagnostics mixtes et des problèmes graves est mal desservi, il faudra un programme différent de celui pour un jeune dont les problèmes sont légers ou modérés.

Il faudrait établir des critères pour déterminer les priorités. Il peut s'agir :

- De la gravité du problème
- De la prévalence du problème
- Des preuves de traitement efficace
- Du coût du traitement efficace
- Des économies potentielles si le traitement est efficace

5. Planifiez et mettez en œuvre une stratégie pour augmenter la gamme de services appropriés pour les jeunes.

Étant donné les ressources limitées dont la plupart des gouvernements disposent, il faudra à coup sûr faire appel aux soins axés sur la collaboration.



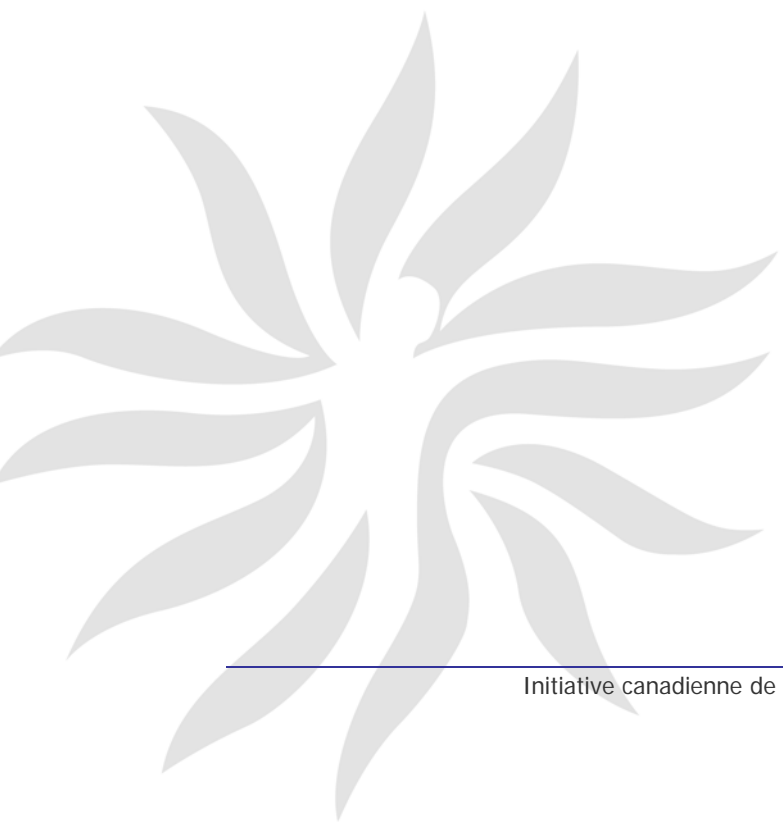
Planification et mise en oeuvre

Lors des étapes de planification et de mise en oeuvre d'une initiative, la liaison ou les partenariats avec les organismes et services communautaires sont essentiels. Il peut s'agir :

- d'écoles
- d'agences de santé mentale pour enfants
- d'unités de santé publique
- de Sociétés d'aide à l'enfance
- d'établissements correctionnels pour les enfants et les jeunes
- d'hôpitaux
- d'autres organismes à but lucratif et à but non lucratif
- de services de crise
- des services policiers
- de groupes d'entraide communautaires ou profanes

Stratégies de collaboration avec la collectivité :

- Identifier des leaders communautaires (p. ex., des prestataires de soins de santé, des organismes locaux, des écoles)
- Répertorier les ressources communautaires en effectuant notamment une évaluation des besoins
- Identifier le chevauchement et les lacunes dans les services
- Améliorer les liens avec d'autres programmes
- Faire participer les usagers (parents et jeunes) aux comités consultatifs ou aux comités directeurs pour le développement de programmes
- Rendre les programmes plus conviviaux et plus facilement accessibles pour les enfants et les jeunes, plus souples, plus appropriés à leur âge et plus sensibles à la culture



Problèmes particuliers auxquels font face les prestataires de soins de santé en régions rurales et éloignées

1. Offre et demande

- La pénurie de médecins dans les régions rurales et éloignées ne laisse pas beaucoup de temps pour les questions de pédopsychiatrie et de psychiatrie familiale.
- Les médecins de campagne se consacrent actuellement à répondre aux besoins fondamentaux en chirurgie, en obstétrique, en anesthésie et en médecine d'urgence.
- Plusieurs usagers « orphelins » ne reçoivent presque pas de soins.
- Très peu, voire aucun, des médecins de campagne ne désirent parrainer un nouveau rôle, p. ex., une personne-ressource en pédopsychiatrie.
- Il y a également relativement peu de professionnels de la santé alliés vers qui orienter des cas.

2. Formation

- Les besoins de formation pour les médecins de famille et les pédiatres de soins primaires en pédopsychiatrie sont importants.
- Les communications entre les médecins de famille et les pédiatres pourraient être améliorées à l'étape de la formation en offrant des séminaires de formation et des programmes de formation mixtes.
- Il y a peu ou pas de formation supérieure en pédopsychiatrie dans le programme actuel de résidence en médecine familiale.
- Les médecins de famille dans les collectivités rurales sont mal préparés et manquent de confiance dans le domaine de la pédopsychiatrie.

3. Rémunération et exercice

- Il y a des éléments dissuasifs pratiques autour de la gestion des problèmes en pédopsychiatrie.
- Le présent modèle n'est pas efficace.
- La gestion des problèmes de pédopsychiatrie est mal rémunérée.
- Il est très difficile d'obtenir l'aide d'un spécialiste.
- Les infirmiers praticiens et les professionnels de la santé alliés ne sont généralement pas disponibles dans les collectivités rurales.

4. Dilemmes des adolescents

- Les adolescents des collectivités rurales représentent une difficulté clinique particulière.
- Il est difficile pour les adolescents de consulter un médecin durant les heures d'école.
- En tant qu'orphelins du système, le seul point d'accès des adolescents peut être la salle d'urgence. Les adolescents sont souvent obligés de passer entre les mains de plusieurs personnes avant de pouvoir consulter un médecin. Il leur est difficile de préserver

l'anonymat et la confidentialité. Ils peuvent également être épuisés par le processus et commencer à abandonner l'idée de chercher de l'aide.

5. Nouveaux rôles

- Les médecins de famille devront élaborer de nouveaux rôles à titre de facilitateurs et de défenseurs dans leur propre collectivité.
- Les médecins de famille devront envisager des moyens de stimuler les groupes de soutien locaux et d'autres défenseurs des enfants.

Formation de médecin

Les sondages auprès des médecins de famille effectués dans le cadre des programmes de soins axés sur la collaboration révèlent habituellement que ces praticiens affirment se sentir malhabiles ou peu confiants pour traiter les problèmes de santé mentale des enfants (Steele et al., 2003). De plus, la forte demande de temps qui pèse sur ces praticiens et la complexité de leurs besoins de formation font en sorte que la formation continue en santé mentale des enfants est une denrée rare.

La prévalence de la maladie mentale chez les enfants et les adolescents a été étudiée dans un rapport de Davidson et Manion (1993). Ils mentionnaient que 20 % des jeunes dans les pays développés et les pays en voie de développement souffrent d'au moins une maladie psychiatrique. Dans l'Étude sur la santé des enfants de l'Ontario, Offord et al. ont fait l'observation que 1 enfant sur six ayant ces troubles a eu recours à des services de santé mentale (Offord, 1989; Offord et al., 1987; voir également Verhulst, 1997). Un sondage de Davidson et Dennis (1996, inédit) auprès de 16 programmes canadiens de formation en médecine familiale rapporte qu'il n'y avait pas de rotation obligatoire en pédopsychiatrie et en psychiatrie juvénile et, même si tous les programmes ont identifié une possibilité théorique pour que les étudiants organisent des soins électifs sur une base volontaire, seul un programme a mentionné une seule occasion où un résident en médecine familiale a profité d'une telle possibilité (voir également Steele & Dickie, 1997). Les évaluations des besoins effectuées par Davidson et Spenser¹ à Ottawa (Ontario) en 2000 et en 2001 (voir Annexe D pour obtenir un exemple d'évaluation des besoins), de même que par Steele et al. (2003) dans les régions rurales et mal desservies du sud-ouest de l'Ontario auprès des résidents et des médecins de famille en exercice révèlent un écart des connaissances en pédopsychiatrie chez les médecins de première ligne (pédiatres et médecins de famille) ainsi qu'une frustration chez ces deux groupes en ce qui concerne l'accès opportun aux consultations de pédopsychiatres. En Ontario, les pédopsychiatres sont une ressource rare même dans les centres urbains, mais sont bien moins disponibles en régions rurales. Le ratio de pédopsychiatres par enfant ayant des besoins en santé mentale dans cette province était de 1:6148 lorsque Steele et Wolfe (1999) ont effectué leur sondage mais, comme ils l'indiquent, plus de 50 % de ce groupe aura au moins 65 ans dans 15 ans.

Une évaluation des besoins effectuée par Spenser et Davidson¹ dans le sud-est de l'Ontario a révélé que les cliniciens de première ligne manifestaient un intérêt commun pour obtenir davantage de connaissances sur la maladie mentale chez les jeunes, surtout en ce qui concerne les jeunes ayant des problèmes de comportement, y compris l'agression. Steele et al. (2003) ont évalué le besoin d'un programme de bourses en santé mentale des enfants pour les médecins de famille en milieux ruraux et ont obtenu des résultats semblables, les trois besoins d'apprentissage principaux identifiés étant les

¹ Renseignements provenant de rapports inédits.

troubles du comportement, le THADA et les adolescents à problèmes. Ce groupe a expérimenté un programme d'enseignement novateur recourant aux confrères omnipraticiens à titre de personnes influentes pour dispenser de la formation en santé mentale des jeunes. Les premières conclusions indiquaient la satisfaction du médecin envers le programme et une meilleure confiance en ce qui a trait à la détection des troubles de santé mentale, aux orientations appropriées et à l'élaboration de plans de gestion (Steele et al., 2004) (voir Annexe B pour une description de cette initiative).

Modèles

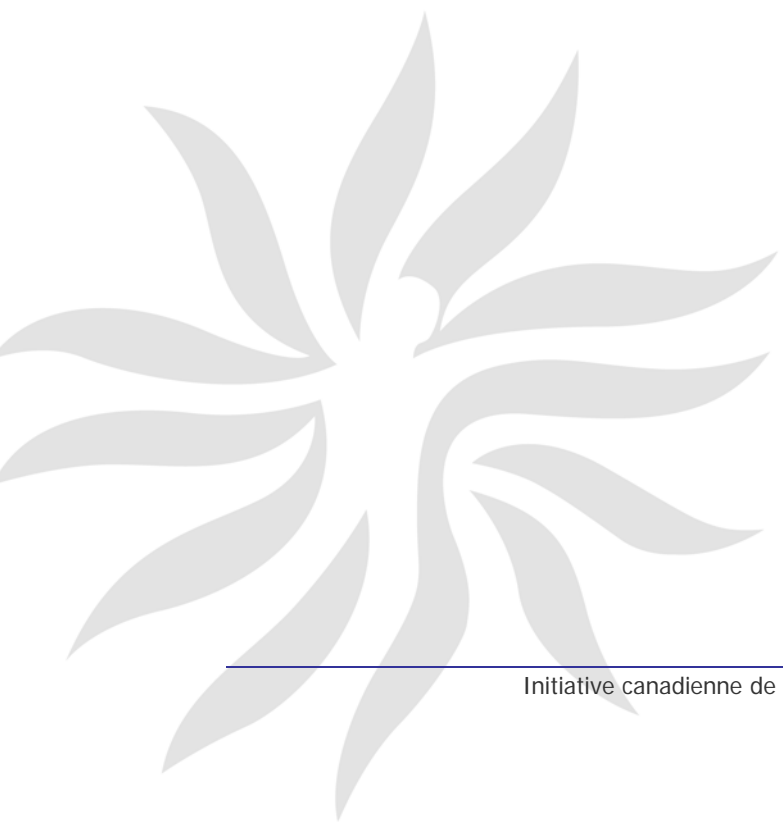
Un des espoirs entretenus pour la distribution de cette trousse d'outils est de fournir aux administrateurs et aux prestataires de soins de santé primaires des exemples de nouvelles façons dont les rares ressources en pédopsychiatrie peuvent être utilisées plus efficacement, et dont les renseignements sur la santé mentale des enfants et des adolescents peuvent être distribués plus largement.

- À l'Université d'Ottawa, un programme offre aux médecins de famille en régions rurales l'occasion d'acquérir de l'expérience en santé mentale des enfants par l'entremise d'une supervision téléphonique constante par un pédopsychiatre ou une personne quelconque rémunérée en contexte de pédopsychiatrie. Le médecin de famille retourne ensuite dans sa collectivité rurale pour partager cette connaissance avec les pairs et pour mettre sur pied un environnement d'enseignement.
- Les Guide Lines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC) Project élaborent des lignes directrices cliniques pour les prestataires de soins primaires (y compris les médecins de famille, les infirmiers, les pédiatres, etc.) afin de dépister, diagnostiquer et traiter la dépression chez l'adolescent (de 10 à 21 ans). Pour les coordonnées de la personne-ressource, voir l'Annexe C.
- Les recommandations de traitement ont été élaborées selon les données probantes actuelles pour l'utilisation de médicaments antipsychotiques auprès de jeunes qui pourraient en tirer profit. Le projet TRAAY (Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth) offre une ressource aux médecins de famille et à d'autres prestataires pour l'usage approprié de médicaments antipsychotiques auprès des jeunes. Pour les coordonnées de la personne-ressource, voir l'Annexe C.
- Le projet Healthy Minds/Healthy Children Capacity Building Project du sud de l'Alberta, en partenariat avec la Faculté de travail social de l'Université de Calgary, a adopté une méthode novatrice de formation des médecins de famille et d'autres cliniciens en matière de santé mentale des enfants. Une série de modules Web sur différents sujets permettant aux praticiens de se brancher au moment de leur choix et aussi souvent qu'ils le désirent ont été élaborés. Le format permet aux participants de poser des questions à ceux qui présentent des exposés et aux collègues puis, plus tard, de s'identifier pour suivre la conversation. Il y a également des occasions d'échanges en temps réel entre les présentateurs d'exposés et les participants à l'aide du site Web. La première ronde de modules a été réservée en totalité en moins d'une semaine, dépassant les attentes et regroupant des praticiens de toute la province. Les premiers

commentaires des participants étaient très positifs et ce, tant sur le contenu du cours que sur la convivialité de la technologie. Pour une description du projet Healthy Minds/Healthy Children, voir l'Annexe B.

- Steele et Dickie (1997) de même que Steele et al. (2003, 2004) ont résumé différents modèles d'enseignement de la pédopsychiatrie aux résidents en médecine familiale et aux médecins de famille.

Le fait de lire sur les enfants et d'écouter des conférences ne remplace pas l'occasion d'interviewer des enfants ayant une maladie mentale sous la supervision d'un pédopsychiatre. Il sera important pour les psychiatres pour enfants et jeunes d'étendre les programmes de consultation communautaire, comme le Toronto Telepsychiatry Program (décrit à l'Annexe B) qui rejoint plusieurs régions éloignées. Le fait d'enseigner aux médecins de famille à se sentir plus confiants pour diagnostiquer une dépression simple et de nouveaux cas de THADA réduira les temps d'attente pour les jeunes souffrant de maladies mentales complexes et chroniques qui consulteront des psychiatres pour enfants et pour jeunes.



Éléments clés à considérer

1. Rareté des ressources

Il y a une pénurie grave de services et une disponibilité restreinte des experts pour traiter les troubles psychiatriques chez les enfants et les jeunes. Par exemple, une étude ontarienne rapporte un ratio d'un pédopsychiatre pour 6148 enfants ayant des besoins de santé mentale (Steele et Wolfe, 1999). La majorité des médecins de famille et des pédiatres indiquent avoir reçu une formation déficiente en santé mentale des enfants et des jeunes (Cockburn et Bernard, 2004; Steele et al., 2003).

2. Caractéristique particulière de l'évaluation en santé mentale des jeunes

L'évaluation complète d'un jeune exige d'interviewer le tuteur et la famille et de discuter avec l'enseignant à propos d'observations faites en classe. Elle peut également comprendre plus d'un clinicien sur une équipe multidisciplinaire (semblable à la gériatrie) étant donné qu'un enfant, en particulier, est moins susceptible d'être en mesure d'identifier le problème avec des mots d'adulte (p. ex., « Je suis déprimé »).

Il est long d'évaluer un enfant ou un adolescent, car cela comporte :

- Une observation du comportement
- Une entrevue avec l'enfant
- Une entrevue avec la famille
- La recherche de renseignements collatéraux, p. ex., d'un enseignant, de la Société d'aide à l'enfance ou de la police

3. Rémunération clinique

Les structures d'honoraires traditionnelles comme la rémunération à l'acte ne favorisent pas une évaluation complète et le temps consacré à recueillir des renseignements de sources collatérales, notamment auprès des enseignants. Il faudrait envisager des plans de financement alternatif et d'autres méthodes de financement non traditionnelles.

4. Importance de l'équipe multidisciplinaire

La meilleure pratique est favorisée par la participation d'une équipe multidisciplinaire de professionnels. Cela peut comprendre un travailleur social, un ergothérapeute, un psychologue, un pédiatre, un médecin de famille, un diététiste, un infirmier, un psychiatre et un pharmacien ainsi que d'autres intervenants qui jouent souvent un rôle important dans la vie des enfants et des jeunes, comme les enseignants. Les enfants et les jeunes (et leur famille, le cas échéant) devraient être au centre de l'équipe.

5. Complications juridiques propres aux provinces pour les jeunes

Les prestataires doivent être conscients de la loi qui régit l'intervention mandatée auprès des jeunes. Au Canada, cela comprend des renseignements provinciaux complexes sur le consentement et la capacité ainsi que sur la confidentialité. Cela doit

être clairement expliqué aux jeunes. L'âge maximal où la Child Welfare Act (loi sur la protection de l'enfance) peut imposer le retrait d'un enfant de son foyer varie selon la province, tout comme l'âge du droit de vote, l'âge légal pour consommer de l'alcool, l'âge légal pour conduire et l'âge minimal pour quitter les bancs d'école.

Les lois concernant l'âge du consentement pour les jeunes participant à une relation avec un partenaire plus âgé ainsi que les concepts de « mineur mature » et de « jeune émancipé » s'appliquent également à cette population.

6. Programmes adaptés aux jeunes

Il faut impliquer les jeunes lors de la planification du programme. Les données démontrent que même si près de 25 % des adolescents souffrent de maladies mentales, ils demandent rarement volontairement de l'aide pour ces problèmes (Réseau Ado). Les adolescents ont peu de motifs pour consulter un médecin (p. ex., fractures, examens physiques ou blessures sportives).

Les renseignements provenant des groupes de discussion d'adolescents définissent ce qui est « convivial » en ce qui concerne les salles d'attente et les médecins eux-mêmes (voir Annexe D). Les jeunes apprécient l'écoute active, la confidentialité, le sens de l'humour et l'authenticité des prestataires de soins de santé. Soyez direct et spontané à propos des limites de la confidentialité.

7. Formation de médecin

Les médecins de famille sondés en Ontario identifient une vaste gamme de besoins d'apprentissage. En tête de liste, il y avait la façon de gérer les comportements agressifs chez les jeunes et la façon de comprendre quels sont les comportements avant-coureurs de la maladie mentale. Les prestataires de services spécialisés doivent être conscients des contraintes de temps des médecins de famille et offrir des suggestions pratiques et à durée limitée ainsi que des outils pratiques, comme des feuilles à détacher.

8. Évaluation du changement ou de l'amélioration des symptômes

Trouver des échelles de notation simples comme la Global Assessment of Functioning pour suivre la progression et les symptômes.

9. Quelques modèles suggérés pour la prestation de services

- Les services de télémédecine ou de vidéoconférence, comme le programme de télépsychiatrie offert par le Hospital for Sick Children (Toronto, Ontario)
- Augmentation de la capacité, comme Healthy Minds/Healthy Children (sud de l'Alberta)
- Formation de médecin, p. ex., la FMC Web de Healthy Minds/Healthy Children
- Modèle de soins consultatifs/collaboratifs en formation de médecine familiale (Ottawa, Ontario)
- Dans les régions rurales, identification d'un leader local (Ontario)

Références et lectures connexes

Abidi S, Kutcher S. *Adolescent storm: myths and reality*. Plenary session presented at the Canadian Psychiatric Research Foundation Handbook Launch and Workshop Day, Ottawa, Ontario, 14 juin 2005.

Abrahams S, Udwin O. An evaluation of a primary care-based child clinical psychology service. *Child Adolesc Ment Health* 2002;7(3):107-13.

Adlaf EM, Paglia A, Beitchman JH. *The mental health and well-being of Ontario students: findings from the OSDUS 1991-2001*. (CAMH Research Document Series No. 11). Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2002.

Aoun S. General practitioners' needs and perceptions in rural mental health care. *Aust J Rural Health* 1997;5(2):80-6.

Appelton PL, Hammond-Rowley S. Addressing the population burden of child and adolescent mental health problems: a primary care model. *Child Psychol Psychiatry Rev* 2000;5(1):9-16.

Badger L, Robinson H, Farley T. Management of mental disorders in rural primary care: a proposal for integrated psychosocial services. *J Fam Pract* 1999;48(10):813-8.

Bezchlibnyk-Butler KZ, Varani AS (sous la direction de). *Clinical handbook of psychotropic drugs for children and adolescents*. Seattle, Washington: Hogrefe & Huber Publishing, 2004.

Birleson P, Luk ESL, Mileschkin C. Better mental health services for young people: responsibility, partnerships and projects. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35(1):36-44.

Blatt SD, Saletsky RD, Meguid V, Church CC, O'Hara MT, Haller-Peck SM, et al. A comprehensive, multidisciplinary approach to providing health care for children in out-of-home care. *Child Welfare* 1997;76(2):331-47.

Blum R. Physicians' assessment of deficiencies and desire for training in adolescent care. *J Med Educ* 1987;62(5):401-7.

Bower P, Garralda E, Kramer T, Harrington R, Sibbald B. The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care: a systematic review. *Fam Pract* 2001;18(4):373-82.

Bower P, Sibbald B. Systematic review of the effect of on-site mental health professionals on the clinical behaviour of general practitioners. *BMJ* 2000;320(7235):614-7.

Boydell KM, Greenberg N, Volpe T. Designing a framework for the evaluation of paediatric telepsychiatry: a participatory approach. *J Telemed Telecare* 2004;10(3):165-9.

Bradley S, Kramer T, Garralda ME, Bower P, Macdonald W, Sibbald B, et al. Child and adolescent mental health interface work with primary services: a survey of NHS provider trusts. *Child Adolesc Ment Health* 2003;8(4):170-6.

Breton JJ, Bergeron L, Valla JP, Berthiaume C, Gaudet N, Lambert J, et al. Quebec child mental health survey: prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40(3):375-84.

Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR, Barth RP, Kolko DJ, Campbell Y, et al. Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(8):960-70.

Campo JV. Addressing the interface between pediatrics and psychiatry. *Psychiatr Times* 2004;21:10. Disponible au : <http://www.psychiatrictimes.com/p040940.html>; consulté le 3 novembre 2005.

Cassidy J, Shaver PR (sous la direction de). *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. New York, NY: The Guilford Press, 1999.

Craven MA, Bland R. Shared mental health care: a bibliography and overview (Le partage des soins de santé mentale : une bibliographie et une vue d'ensemble). *Can J Psychiatry* 2002;47(2 Suppl 1):66S-8S, 72S-5S.

Craven MA, Bland R. Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes (Best practices in collaborative mental health care : An analysis of the evidence base). *Revue canadienne de psychiatrie* 2006 : 51 (Suppl. 1, mai), à paraître.

Cockburn K, Bernard P. Child and adolescent mental health within primary care: a study of general practitioners' perceptions. *Child Adolesc Ment Health* 2004;9(1):21-4.

Comité de la santé de l'adolescent, Société canadienne de psychiatrie (SCP). Office practice guidelines for the care of adolescents. *Can J Pediatr* 1994;1(4):121-3. Énoncé à nouveau en février 2004.

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *Interim report on mental health, mental illness and addiction. report 3: Mental health, mental illness and addiction: Issues and options for Canada (Rapport provisoire du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Rapport 3 : Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et options pour le Canada)*, 2004. Disponible au : <http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/repintnov04-f.htm>; consulté le 30 mai 2005.

Cunningham CE, Pettingill P, Boyle M. *The brief child and family phone interview: A computerized intake and outcome assessment tool*. Hamilton, Ontario : Université McMaster, 2004. Disponible au : www.bcfpi.org; consulté le 3 novembre 2005.

Davidson S, Dennis M. *Is anyone listening? Psychiatric services for children and youth: a systemic problem*. Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, 1996. Manuscrit inédit.

Davidson S, Manion IG. *Canadian youth mental health and illness survey: survey overview, interview schedule and demographic cross tabulations*. Ottawa : Association des psychiatres du Canada, 1993.

Davidson S, Manion IG. Facing the challenge: mental health and illness in Canadian youth. *Psychol Health Med* 1996;1(1):41-56.

DeBar LL, Clarke GN, O'Connor E, Nichols GA. Treated prevalence, incidence, and pharmacotherapy of child and adolescent mood disorders in an HMO. *Ment Health Serv Res* 2001;3(2):73-89.

Dorian BJ, Garfinkel PE. The contributions of epidemiologic studies to etiology and treatment of the eating disorders. *Psychiatr Ann* 1999;29(4):187-92.

Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32(6):1127-34.

Fisman S, Sangster J, Steele M, Stewart MA, Rae-Grant N. Teaching child and adolescent psychiatry to family medicine trainees: a pilot experience. *Can J Psychiatry* 1996;41(10):623-8.

Flaherty LT, Garrison EG, Waxman R, Uris PF, Keys SG, Glass-Siegel M, et al. Optimizing the roles of school mental health professionals. *J Sch Health* 1998;68(10):420-4.

Gagné MA. *Les soins de santé mentale axés sur la collaboration, de quoi s'agit-il? Une introduction au Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration (What is collaborative mental health care? An introduction to the collaborative mental health care framework)*. Rapport préparé pour l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga, Ontario, Canada; juin 2005. Disponible au : www.iccsm.ca

Gale F, Vostanis P. The primary mental health worker within child and adolescent mental health services. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2003;8(2):227-40.

Garralda E. Needs of special groups: children. *Int Rev Psychiatry* 1998;10(2):134-5.

Garralda E. Child and adolescent psychiatry in general practice. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35(3):308-14.

Gask L, Sibbald B, Creed F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *Br J Psychiatry* 1997;170:6-11.

Hacker K, Wessel GL. School-based health centres and school nurses: cementing the collaboration. *J Sch Health* 1998;68(10):409-14.

Hardoff D, Tamir A, Palti H. Attitudes and practices of Israeli physicians toward adolescent health care: a national survey. *J Adolesc Health* 1999; 25(1):35-9.

Jacobson L, Churchill R, Donovan C, Garralda E, Fay J; Adolescent Working party, RCGP. Tackling teenage turmoil: primary care recognition and management of mental ill health during adolescence. *Fam Pract* 2002;19(4):401-9.

Kataoka SH, Zhang L, Wells KB. Unmet need for mental health care among U.S. children: variation by ethnicity and insurance status. *Am J Psychiatry* 2002;159(9):1548-55.

Kramer T, Garralda ME. Child and adolescent mental health problems in primary care. *Adv Psychiatr Treat* 2000;6:287-94.

Leatherman S, McCarthy D. *Quality of health care for children and adolescents: a chartbook*. New York: Commonwealth Fund, 2004. Disponible au : http://www.cmwf.org/usr_doc/leatherman_pedchartbook_700.pdf; consulté le 3 novembre 2005.

Leavey J, Goering P, Macfarlane D, Bradley S, Cochrane J. *The gap: moving toward youth-centred mental health care for transitional aged youth (16-24)*. Report prepared for Ministry of Health and Long-Term Care, Ministry of Community and Social Services, Essex, Kent and Lambton District Health Council, Thames Valley District Health Council and Grey Bruce Huron Perth District Health Council, 2000.

Macdonald W, Bradley S, Bower P, Kramer T, Sibbald B, Garralda E, et al. Primary mental health workers in child and adolescent mental health services. *J Adv Nurs* 2004;46(1):78-87.

McCreary Centre Society. *Healthy Youth Development: Highlights from the 2003 Adolescent Health Survey III*, Vancouver, C.-B. : The McCreary Centre Society, 2004. Disponible au : http://www.mcs.bc.ca/pdf/AHS-3_provincial.pdf; consulté le 3 novembre 2005.

Mildred H, Brann P, Luk ES, Fisher S. Collaboration between general practitioners and a child and adolescent mental health service. *Aust Fam Physician* 2000;29(2):177-81.

Morgan DL. *Focus groups as qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1996.

Oberle K, Whitsett SF. Revisiting consent for treatment in pediatrics. *Health Ethics Today* 2003;13(2):2. Disponible au : www.ualberta.ca/BIOETHICS/HET/Vol13No2-2003.pdf; consulté le 3 novembre 2005.

Offord DR. Ontario Child Health Study: children at risk. Toronto : ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, 1989.

Offord DR, Boyle MH, Szatmari P, Rae-Grant NI, Links PS, Cadman DT, et al. Ontario Child Health Study. II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44(9):832-6.

Papa PA, Rector C, Stone C. Interdisciplinary collaborative training for school-based health professionals. *J Sch Health* 1998;68(10):415-9.

Pautler K, Gagné MA (2005). *Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration (Annotated bibliography of collaborative mental health care)*. Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; Septembre 2005. Disponible au : www.iccsm.ca

Pauzé E, Gagné MA (2005). *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes. Volume II : Descriptions des initiatives (Collaborative mental health care in primary health care: A review of Canadian initiatives. Volume II: Initiative descriptions)*. Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; décembre 2005. Disponible au : www.iccsm.ca

Pauzé E, Gagné MA, Pautler K (2005). *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes. Volume I : Analyse des initiatives (Collaborative mental health care in primary health care: A review of Canadian initiatives. Volume I: Analysis of initiatives)*. Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; décembre 2005. Disponible au : www.iccsm.ca

Pratt BM, Woolfenden SR. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. *The Cochrane Database Syst Rev* 2002;2. Art. No. CD002891. DOI: 10.1002/14651858.CD002891.

Ressources humaines et développement social Canada. The proportion of vulnerable children does not change, but some of the children do. *Applied Res Bull* 2001;7(1):4-5.

Rockman P, Salach L, Gotlib D, Cord M, Turner T. Shared mental health care. Model for supporting and mentoring family physicians. *Can Fam Physician* 2004;50:397-402.

Ross W, Chan E, Harris S, Rappaport L. Pediatric experience with psychiatric collaboration. *J Dev Behav Pediatr* 2004;25(5):377-8.

Shonkoff JP, Phillips DA (sous la direction de). *From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development*. Washington DC: National Academy Press, 2000.

Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé. *Canadian community health survey (CCHS): Cycle 1.1 (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Cycle 1.1)*. Ottawa : Statistique Canada, 2001.

Steele M, Dickie G. Child and adolescent psychiatry teaching in family medicine residency training programs: the Canadian experience. *Can Child Psychiatry Rev* 1997;6:100-5.

Steele M, Fisman S, Dickie G, Stretch N, Rourke J, Grindrod A. Assessing the need for and interest in a scholarship program in children's mental health for rural family physicians. *Can J Rural Med* 2003;8(3):163-70.

Steele M, Stretch N, Andreychuk R, Sylvester H, Rourke J, Dickie G, et al. Teaching children's mental health to family physicians in rural and underserved areas. *CPA Bulletin* 2004;36(5):8-9.

Steele MM, Wolfe VV. Child psychiatry practice patterns in Ontario. *Can J Psychiatry* 1999;44(8):788-92.

Steinhauer P. *The primary needs of children: a blueprint for effective health promotion at the community level*. Ottawa, Ont. : Caledon Institute of Social Policy, 1996.

Steinhauer P. Windows of opportunity: raising a healthy child depends on time – and timing. *Transition* 1997(Juin):7-10.

Steinhauer P. *Review of the organization and delivery of children's mental health services in Edmonton and Calgary*. Prepared for the Alberta Mental Health Board, Capital Health Authority, Calgary Regional Health Authority, 1999.

Steinhauer P. *Children's mental health services: Steinhauer report action plan*. Prepared for the Alberta Mental Health Board, Capital Health Authority, Calgary Regional Health Authority, 2000.

Veit FC, Sancu LA, Coffey CM, Young DY, Bowes G. Barriers to effective primary health care for adolescents. *Med J Aust* 1996;165(3):131-3.

Veit FC, Sancu LA, Young DY, Bowes G. Adolescent health care: perspectives of Victorian general practitioners. *Med J Aust* 1995;163(1):16-8.

Verhulst FC, van der Ende J. Factors associated with child mental health service use in the community. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(7):901-9.

Waddell C, McEwan K, Hua J, Shepherd C. *Child and youth mental health: population health and clinical service considerations*. Vancouver: Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, University of British Columbia, 2002. Disponible au : http://www.childmentalhealth.ubc.ca/documents/publications/MHECCU_Services_April02.pdf; consulté le 3 novembre 2005.

Waddell C, McEwan K, Shepherd CA, Offord D, Hua JM. A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *Can J Psychiatry* 2005;50(4):226-33.

Walker ZA, Townsend J. Promoting adolescent mental health in primary care: a review of the literature. *J Adolesc* 1998;21(5):621-34.

Walker Z, Townsend J, Oakley L, Donovan C, Smith H, Hurst Z, Bell J, et al. Health promotion for adolescent in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 2002;325(7363):524.

Wells KB, Kataoka SH, Asarnow JR. Affective disorders in children and adolescents: addressing unmet need in primary care settings. *Biol Psychiatry* 2001;49(12):1111-20.

Wilens TE. *Straight talk about psychiatric medications for kids (édition revue)*. New York: The Guilford Press, 2004.

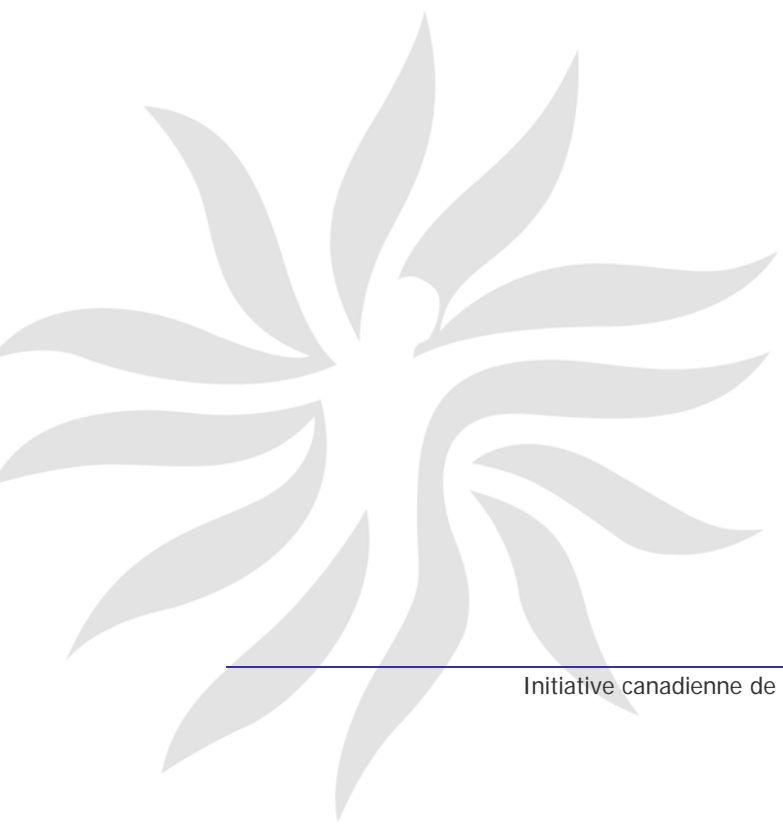
Williams J, Palmes G, Klinepeter K, Pulley A, Foy JM. Referral by pediatricians of children with behavioral health disorders. *Clin Pediatr (Phila)* 2005;44(4):343-9.

Youth Net/Réseau Ado. [Groupes de discussion regroupant des jeunes âgés de 12 à 20 ans. Discussions tenues de septembre 1995 à juin 2001.] Ottawa, Ontario. Inédit.

You've had pre-natal, now get pre-teen. Parent adolescent crisis education, community resource centre of Goulbourn, Kanata and West Carleton, 1998.

Zeanah C. (sous la direction de) *Handbook of Infant Mental Health*, (2^e édition). New York: Guilford Press, 1999.

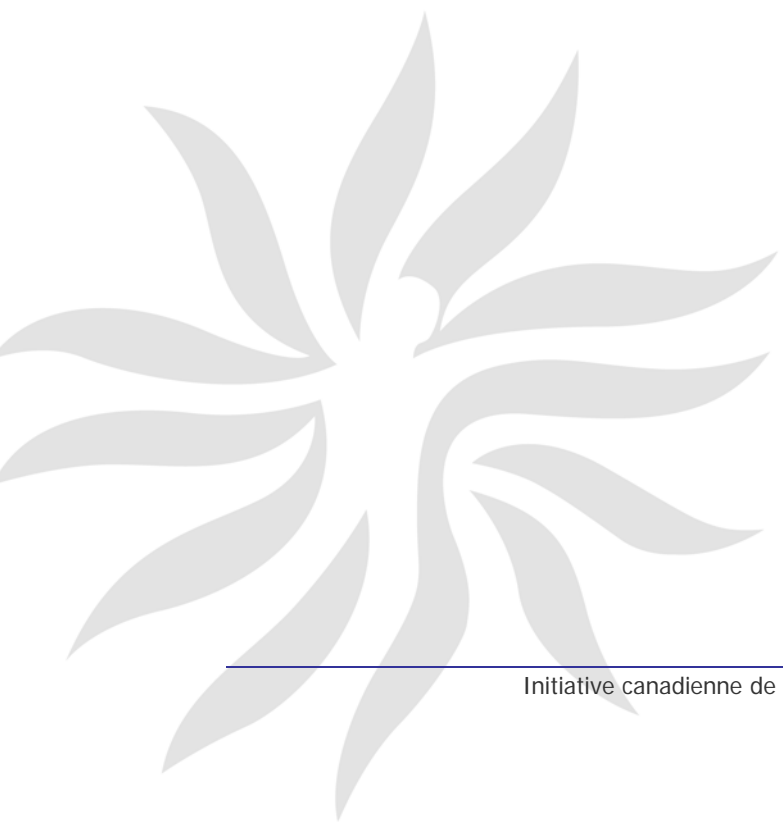
Zygowicz KM, Saunders SM. A behavioral health screening measure for use with young adults in primary care settings. *J Clin Psychol Med Settings* 2003;10(2):71-7.



Annexe A : Processus de consultation

Le groupe d'experts a sollicité les commentaires de différentes sources professionnelles et profanes représentant une variété de disciplines, et exprime sa reconnaissance envers ceux qui se sont prêtés à l'exercice.

- Sarah Brandon, Coordonnatrice du programme Réseau Ado, Ottawa, Ontario
- Société canadienne de psychologie
- Dre Amy Cheung, Psychiatre pour adolescents, Hôpital Sunnybrook, Toronto, Ontario
- Dr Simon Davidson, Président, Division de la psychiatrie des enfants et des adolescents, Département de psychiatrie, Université d'Ottawa; Psychiatre en chef, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
- Avril Deegan, Travailleuse sociale, Chef d'équipe, *Adolescent Urgent Team*, Calgary, Alberta
- Dr Peter S. Jensen, Ruane Professor of Child Psychiatry & Director, Center for the Advancement of Children's Mental Health, Columbia University/NY State Psychiatric Institute
- Comité d'action commune sur la santé de l'enfant et de l'adolescent (comité consultatif en pédiatrie et en médecine familiale)
- Dre JoAnn Elizabeth Leavey, Directrice de recherche, Intervention précoce et prévention contre les psychoses, Provincial Health Services Authority, Vancouver, C.-B.
- Louise Logue, Coordonnatrice de l'intervention auprès des jeunes et de leur déjudiciarisation, Service de police d'Ottawa
- Dre Elizabeth Pappadopoulos, TRAAY Project, Columbia University, New York, New York
- Elizabeth Phoenix, Infirmière praticienne, Child & Adolescent Centre, London, Ontario
- Dre Nazrene Roberts, Psychiatre, Kingston, Ontario
- Dre Dianne Sacks, Professeur adjoint de pédiatrie, Université de Toronto, courriel : Teendoc75@aol.com
- Julia Singer, Étudiante co-op, Réseau Ado, Ottawa, Ontario
- Aggie Stretch, Enseignante, Hanover, Ontario
- Sheila Volchert, Coordonnatrice, Second Chance for Kids
- Groupe de discussion pour adolescents du Réseau Ado, Ottawa, Ontario



Annexe B : Initiatives de pratiques positives

Enseigner la santé mentale des enfants aux médecins de famille dans les régions rurales et mal desservies

Description du programme

Dans ce projet de recherche sur les soins axés sur la collaboration (Steele et al., 2004), un psychiatre pour enfants et adolescents et un médecin de famille en région rurale offrent des possibilités de formation aux médecins de famille de douze régions rurales et mal desservies.

En fonction des besoins de formation identifiés (Steele et al., 2003), on a élaboré un programme d'une demi-journée pour familiariser les médecins de famille aux problèmes de comportement des enfants et des jeunes (trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites et trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention [THADA]) et pour développer leurs habiletés d'entrevue. Pour élaborer le programme, on a déterminé et utilisé des objectifs d'apprentissage clairs en matière de connaissances, d'attitudes et d'habiletés. L'enseignement comportait un volet didactique et des vidéocassettes d'instructions. L'enseignement recourait à une approche axée sur les cas qui insistait sur le rôle du médecin de famille et sur celui du pédopsychiatre. Les vidéocassettes d'instructions mettaient en vedette un enfant atteint d'un THADA et un adolescent atteint d'un trouble du comportement qui étaient tous deux interviewés par un pédopsychiatre. Les éducateurs ont fourni des documents contenant des éléments clés ainsi que des références appropriées. Les médecins de famille étaient en mesure d'obtenir des crédits par l'entremise du programme Maintenance of Certification. Le programme a été évalué quantitativement et qualitativement.

Pour de plus amples renseignements sur les initiatives de pratiques positives au Canada, veuillez consulter les documents suivants disponibles au www.iccsm.ca :

- *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes : Volumes I et II*

Modèle de service

Ce programme de formation avait pour but de bâtir la capacité collective des médecins de famille à évaluer et à traiter les enfants ainsi que les jeunes ayant des problèmes de santé mentale.

Facteurs à considérer lors de l'évaluation des besoins

Dans un sondage concernant la formation sur les enfants et les adolescents dans le cadre des programmes canadiens de résidence en médecine familiale, on a noté très peu de formation en pédopsychiatrie (Fisman et al., 1996; Steele et Dickie, 1997). Afin de déterminer les besoins de formation des médecins de famille en matière de santé mentale des enfants et des jeunes, on a envoyé un questionnaire à une cohorte transversale de

médecins de famille vivant en régions rurales et mal desservies portant sur leur confiance, leur connaissance et leurs habiletés en matière de gestion des problèmes de santé mentale des enfants (Steele et al., 2003). Parmi les médecins de famille qui ont répondu, seulement 10,3 % ont donné au moins 5 sur l'échelle Likert comprenant 7 niveaux en ce qui concerne leur confiance envers leurs habiletés de gestion des problèmes de santé mentale des enfants. Un peu plus de médecins de famille (18,1 %) avaient confiance envers leur connaissance des problèmes de santé mentale des enfants. La majorité (84,3 %) des répondants estimaient avoir besoin de plus de formation en psychiatrie des enfants et des adolescents. De ces répondants, la majorité suggérait : 1) la formation médicale continue dans la collectivité; 2) qu'un pédopsychiatre enseigne en petits groupes; et 3) des trousse de formation personnelle. Lorsqu'on a demandé aux médecins de famille de classer les sujets de pédopsychiatrie par ordre d'importance, les troubles de comportement, le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA), les adolescents à problèmes et les aptitudes d'entrevue ont eu la meilleure cote.

Projet d'augmentation de la capacité Healthy Minds/Healthy Children

Southern Alberta Child & Youth Health Network

Description du programme

Healthy Minds/Healthy Children (HM/HC) est un projet d'augmentation de la capacité financé par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada par l'entremise de Alberta Health and Wellness et administré par le Southern Alberta Child and Youth Health Network (SACYHN).

Son mandat est de soutenir les efforts des prestataires de soins de santé primaires pour répondre aux besoins de santé mentale des enfants et des jeunes. Il englobe les districts de santé du sud de l'Alberta n^{os} 1, 2, 3 et 4 et les Premières Nations du Traité n^o 7 participantes. Comme la région urbaine de Calgary dispose déjà de certains programmes de soins axés sur la collaboration, HM/HC tente de concentrer ses efforts à l'extérieur de la région urbaine de Calgary, surtout dans les régions rurales et dans les petites collectivités.

Voici des exemples d'activités :

- Fournir des liens aux services de santé mentale locaux de niveau secondaire
- Un service de consultation et d'évaluation interrégional basé sur la télésanté et recourant à des équipes multidisciplinaires virtuelles
- Offrir des consultations aux prestataires de soins de santé primaires dans le domaine de la santé mentale des enfants
- Favoriser l'accès à la consultation psychiatrique

- Favoriser les orientations aux services de soins tertiaires situés dans les grands centres urbains
- Fournir des ressources dans le domaine de la santé mentale des enfants, y compris des services internes et une trousse de ressources qui comprend un programme de FMC Web novateur, associé à l'orientation au cabinet d'un médecin avec des outils de diagnostic et des prescriptions de renseignements (listes de ressources) que les prestataires peuvent distribuer aux usagers

Dans la mesure du possible, HM/HC tente d'établir les soutiens aux soins primaires à l'aide des ressources locales de façon à ce que les liens demeurent lorsque le financement du projet cessera.

Modèle de service

La documentation indique que même si les modèles externes modifiés de soins axés sur la collaboration (dans lesquels les usagers sont accueillis dans le cabinet du prestataire de soins primaires par un spécialiste de la santé mentale) rendent les services plus pratiques pour le public, ils n'améliorent pas la capacité globale des services de santé mentale (Gask et al., 1997). Par ailleurs, ils ne mènent pas non plus à un changement du comportement pratique du médecin en ce qui concerne la prestation de services de santé mentale directs ou les modèles d'orientation (Bower et Sibbald, 2000).

Le mandat de HM/HC est de bâtir la capacité des prestataires de soins de santé primaires à donner des services de santé mentale dans le sud de l'Alberta. Étant donné le vaste territoire que doit couvrir HM/HC et ses ressources restreintes, un modèle de consultation-liaison a été adopté. Ainsi, la plupart des communications avec les soins primaires consistent en des consultations avec les médecins et non pas en des contacts directs avec les usagers. La communication comprend une consultation basée sur des cas mettant l'accent sur certains sujets en fonction de la rétroaction des médecins concernant leurs besoins les plus criants dans le domaine de l'acquisition d'habiletés en matière de santé mentale des enfants. Souvent, les consultations avec les médecins comportent une discussion sur plusieurs cas ayant un thème commun (p. ex., les troubles de l'humeur de l'enfance). La discussion comprendra des données que le médecin pourra utiliser dans plusieurs cas, augmentant par conséquent sa capacité de gestion des cas.

Facteurs à considérer lors de l'évaluation des besoins

Lors de la création du SACYHN, on a utilisé l'information recueillie des commentaires des parents à propos de la construction d'un nouvel hôpital pour enfants qui desservirait une région plus vaste. Les parents indiquaient fréquemment qu'ils désiraient que les services soient plus près de la maison et plus liés entre eux afin d'offrir des soins plus coordonnés. Un facteur important dans la demande du SACHYN au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada était d'élaborer un service d'approche communautaire dans le domaine de la santé mentale des enfants qui

permettrait aux enfants de recevoir des services plus près du domicile (soit avec leur médecin de famille) en plus de favoriser l'accès aux services spécialisés.

Au lancement de ce projet, on a effectué un examen de la documentation. De plus, des ensembles promotionnels qui comprenaient un sondage des besoins des médecins et une autoévaluation de leur confiance et habiletés dans le domaine de la santé mentale des enfants ont été expédiés aux médecins. Conformément aux sondages menés ailleurs (Rockman et al., 2004; Steele et al., 2003), les médecins ont indiqué qu'ils ne se sentaient pas particulièrement à l'aise ou qualifiés pour gérer les troubles de santé mentale des enfants, surtout ceux des plus jeunes. De plus, ils avaient tendance à confirmer d'autres conclusions à l'effet que leur besoin principal de participation était dans le domaine du diagnostic des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, du THADA et des troubles de comportements perturbateurs.

Personne-ressource

Harold Lipton, Gestionnaire de projet, courriel : harold.lipton@calgaryhealthregion.ca

Programme de télépsychiatrie

Hospital for Sick Children, Toronto, Division de la pédopsychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario

Description du programme

On estime qu'en Ontario, la proportion de pédopsychiatres par enfant ayant des besoins de santé mentale est d'à peu près 1:6148. De plus, seul 2,6 % des pédopsychiatres pratiquent surtout dans les régions de moins de 20 000 âmes, alors qu'environ 18 % de la population de l'Ontario habite en milieu rural (Steele et Wolfe, 1999). Il est nécessaire d'adopter des approches novatrices pour offrir des services psychiatriques aux enfants et aux jeunes des collectivités rurales et éloignées. Le programme de télépsychiatrie de l'Hospital for Sick Children de Toronto (Ontario) et le département de pédopsychiatrie de l'Université de Toronto offrent un service de consultation centré sur celui qui consulte à l'intention des enfants, de leur famille et des praticiens en santé mentale dans ces collectivités éloignées.

Le financement général de ce programme provient du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse avec l'aide du Hospital for Sick Children qui fournit l'espace et un certain soutien administratif. Jusqu'à présent, le financement a été renouvelé à chaque année. Actuellement, quatorze sites principaux et leurs sites satellites sont reliés au « site principal » (Hospital for Sick Children) par l'entremise des lignes du réseau numérique à intégration de services (RNIS) réparties sur un maximum de six lignes. La mise en œuvre du « HP bridging » viendra sous peu. Le service est également accessible à tout prestataire de soins de santé mentale en Ontario possédant une technologie compatible. Soixante-

quinze membres du personnel enseignant de la division de pédopsychiatrie de l'Université de Toronto peuvent être disponibles pour offrir des services de consultation.

Le programme de télépsychiatrie fonctionne sous cinq chapeaux :

- Consultations de service (cliniques)
- Séminaires de formation
- Consultations sur le programme
- Évaluation basée sur des données probantes
- Initiatives spéciales de consultation

La documentation à l'appui et les orientations d'enfants et de jeunes affiliés à leur agence locale de santé mentale des enfants sont triées selon l'urgence manifeste et jumelées avec les conseillers compétents avec pour objectif d'obtenir un rendez-vous dans les vingt jours ouvrables. Dans le véritable esprit d'une consultation centrée sur celui qui consulte et pour favoriser la prudence médico-légale, on exige que le gestionnaire de cas ou le clinicien de soins primaires soit présent lors de la consultation. Les opinions et recommandations sont données verbalement immédiatement après la consultation et un rapport de consultation est ensuite rédigé. La consultation de suivi n'est pas effectuée systématiquement, mais elle peut avoir lieu au besoin ou sur demande.

Lorsque le programme de télépsychiatrie a entamé sa deuxième année et après consultation des sites, il est devenu évident que le volet éducatif était apprécié autant que le volet de services. Un coordonnateur éducatif a été engagé avec pour mandat d'élaborer un programme structuré pour mieux répondre aux besoins particuliers de chaque site. À cette fin, tous les sites ont effectué une évaluation des besoins et un programme de formation formel a été mis en œuvre.

L'objectif de l'initiative d'éducation est d'offrir une formation continue sur les problèmes de santé mentale des enfants à l'intention des praticiens du site participant et dans leur collectivité. En offrant cette formation, la connaissance clinique et les habiletés de ces praticiens peuvent être améliorées de façon à ce qu'ils puissent mieux offrir des soins de santé mentale actualisés et de haute qualité aux enfants et aux familles de ces collectivités mal desservies. En plus des séminaires de formation interactifs, le programme de télépsychiatrie propose désormais des séminaires longitudinaux sur une période de 4 ou de 5 semaines dans un domaine particulier de la santé mentale des enfants (p. ex., la thérapie familiale, la psychothérapie auprès d'adolescents, TCC, etc.).

Pour les administrateurs et les chefs cliniques, certaines tâches les plus difficiles sont la conception, la mise en œuvre et l'entretien de systèmes de traitement efficaces. En ce qui concerne le domaine de l'enfance et de la famille, de tels systèmes doivent favoriser la coordination et l'intégration de plusieurs rôles professionnels : travail social, psychiatrie, soins aux enfants, psychologie, etc. Certains échecs de traitement peuvent être attribués au moins en partie à un manque de connaissance et de sensibilité en ce qui concerne la gestion globale de l'effort thérapeutique. Les dirigeants d'organismes de traitement sont

souvent isolés des collègues et des mentors potentiels. Les contraintes reliées aux pressions de placement et aux exigences des familles et du personnel peuvent mener à des compromis de traitement de la part d'une direction des services cliniques qui est bien souvent mal conseillée. Bien que la supervision de gestion offerte par la structure des organismes soit idéale, celle-ci n'est pas toujours disponible « à l'interne ». La supervision par un mentor clinique et administratif externe et objectif est toujours bénéfique.

Évaluation qualitative

Phase I

- L'examen systématique et critique de la documentation existante
- Série de consultations avec les intervenants principaux
- Analyse et synthèse des résultats de la consultation pour aboutir à la conception d'une évaluation

Phase II

- Une étude initiale portant sur la qualité du programme de télépsychiatrie pour enfants et jeunes afin d'étudier les expériences et perspectives des aidants naturels de la famille et des prestataires de soins de santé mentale à l'égard de ce programme

Phase III

- L'examen de l'opinion des principaux médecins de famille et pédiatres dans les collectivités hôtes, ainsi que des psychiatres consultants et des stagiaires en ce qui a trait à leur expérience relative avec le programme de télépsychiatrie

Phase IV

- Examen des obstacles à la mise en oeuvre des recommandations en cours

Initiative spéciale de consultation

Consultations de santé mentale par vidéoconférence pour les pyromanes de moins de 18 ans qui habitent dans une communauté des Premières Nations

Deux psychiatres pour enfants et adolescents assurent conjointement ces consultations. Un psychiatre est un spécialiste en pyromanie juvénile, tandis que l'autre est un généraliste. Le risque de récurrence a été conceptualisé comme une fonction des troubles de pyromanie. Un protocole d'évaluation structurée couvrant les facteurs de santé mentale généraux et pyromanes a été utilisé pour effectuer les consultations.

Résumé

L'accès aux services de soins de santé est un défi fréquent mais important auquel sont confrontées de petites collectivités de toutes les régions du Canada. La télépsychiatrie pédiatrique, soit un programme d'approche communautaire, est une méthode importante pour transmettre le savoir portant sur la consultation et l'éducation cliniques. Ce programme est une initiative importante pour faire face au manque de ressources dans les régions rurales et éloignées de l'Ontario. Il s'agit d'une méthode efficace, efficiente et conviviale qui permet de transmettre davantage de connaissances en santé mentale

pédiatrique et d'offrir une meilleure formation pratique aux régions éloignées et mal desservies de l'Ontario. Une intervention précoce dans le cadre de ce programme pour les enfants, les jeunes et leur famille présentant des symptômes de santé mentale peut réduire le fardeau des familles, des travailleurs de première ligne, des médecins et des institutions communautaires, y compris les écoles, menant ainsi à de meilleurs résultats à long terme.

Personne-ressource

Elizabeth Manson, Directrice, courriel : Elizabeth.manson@sickkids.ca

Soins de santé mentale axés sur la collaboration

District de santé de Calgary

Description de programme

Le programme de Soins de santé mentale axés sur la collaboration (SSMC) offre des services de consultation, d'intervention brève et de formation en collaboration avec les prestataires de soins primaires (p. ex., des médecins de famille, des centres de soins aux enfants, protection de l'enfance, des organismes communautaires) qui travaillent avec des enfants âgés entre 0 et 5 ans. Cette collaboration est assurée par une équipe de huit cliniciens, dont des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmiers et des pédopsychiatres. Le service n'est offert qu'à la zone nord-est de Calgary.

Les cliniciens des SSMC rencontrent d'abord le prestataire de soins primaires référant afin de discuter de ses inquiétudes concernant l'enfant et de ses attentes face à la consultation. Dans certains cas, cette consultation initiale constitue tout ce qui est nécessaire. Le plus souvent, cependant, l'enfant et la famille seront ensuite consultés pour effectuer le dépistage et l'évaluation. Idéalement, cette évaluation se déroule en présence du prestataire de soins primaires. Selon les conclusions de l'évaluation, on recommandera un plan de traitement pour l'enfant et la famille. Les options de traitement peuvent comprendre un renvoi vers d'autres ressources communautaires convenables. Dans certains cas, l'enfant et la famille peuvent bénéficier d'une intervention ou d'une thérapie brève et à durée limitée de la part des SSMC. Des recommandations basées sur le programme sont également fournies aux programmes qui sollicitent la participation des SSMC (p. ex., les garderies, les centres préscolaires). Dans tous les cas, le prestataire de soins de santé primaires est assisté par le clinicien des SSMC, mais demeure le principal prestataire de soins.

En plus de la consultation clinique basée sur les cas observés, les cliniciens des SSMC travaillent avec les prestataires de soins primaires pour améliorer leurs connaissances et habiletés en matière de santé mentale de la petite enfance. Un certain nombre de possibilités de formation théorique et pratique sont offertes tout au long de l'année selon la planification et sur demande.

Modèle de service

Les SSMC sont une initiative de soins de santé primaires qui offre des consultations et de l'aide en santé mentale aux prestataires de soins primaires dans la collectivité. Dans le cadre de ce modèle, les cliniciens de santé mentale spécialement formés sont disponibles soit pour rencontrer le prestataire de soins primaires (p. ex., le médecin de famille) régulièrement ou afin de répondre à des orientations de cas particuliers. Les pédopsychiatres sont disponibles pour consultation par le prestataire de soins primaires ou par le clinicien en santé mentale pour des cas plus complexes.

La gamme de problèmes potentiels pour les enfants de ce groupe d'âge comprend des retards du développement ainsi que des problèmes familiaux comme la violence familiale, un traumatisme et la maladie mentale d'un parent. Afin d'aborder ces problèmes, les SSMC donnent également accès à des pédiatres du développement et à un clinicien spécialisé en santé mentale de l'adulte.

Dans ce modèle de prestation de services, on met l'accent sur l'identification, l'évaluation et l'intervention auprès d'enfants à risque et de leur famille. Comme ces enfants peuvent démontrer des signes particuliers de problèmes de santé mentale, ce programme vise entre autres à aider les prestataires à se concentrer sur les facteurs de risque en plus de la présentation clinique.

Afin de rejoindre réellement les enfants à risque, le service est de nature communautaire. En plus des médecins, les cliniciens offrent des services de consultation à plusieurs autres prestataires de services aux enfants. Le personnel de garderie, les infirmiers de la santé publique et les travailleurs d'organismes de santé communautaire et de services sociaux sont souvent le premier point de contact pour les enfants et les familles aux prises avec des problèmes de santé mentale. La mise en œuvre d'un modèle de soins axés sur la collaboration avec ces groupes constitue une approche différente de celle, plus traditionnelle, du modèle de soins axés sur la collaboration faisant appel à des médecins.

Modèle de gestion des ressources

Steinhauer (1999) a identifié des lacunes importantes dans la prestation de services de santé mentale aux enfants albertains, surtout les enfants à risque et marginalisés. Ce rapport identifie également l'importance de « l'effet de multiplication », soit une approche qui favorise le développement de la connaissance en santé mentale chez les professionnels moins bien formés. La prestation de consultations et de formations augmente la capacité de ces prestataires.

La proposition déposée pour demander du financement pour le développement des SSMC était également soutenue par des preuves documentaires comme l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes qui estime que la proportion d'enfants vulnérables dans la population générale est de 26 % à 30 % (Ressources humaines et Développement des compétences Canada, 2001) ainsi que par de la documentation

générale favorable portant sur l'importance de l'intervention précoce (Cassidy et Shaver, 1999; Shonkoff et Phillips, 2000; Zeanah, 1999).

Évaluation

On n'a pas effectué d'évaluation avant la mise en œuvre du programme des SSMC. L'évaluation continue du programme est en vigueur depuis sa mise en œuvre. Cette évaluation porte sur l'efficacité avec laquelle l'équipe du programme a atteint les objectifs principaux du programme. Voici certains de ces objectifs :

1. **Offrir des services de consultation en santé mentale, ainsi que le soutien pour l'orientation et la formation qui y sont rattachés.** On recueille des données sur les communications. On mène des sondages de satisfaction auprès de toutes les sources d'orientation. On rédige une évaluation après chaque séance de formation.
2. **Offrir des services d'intervention brève.** Les changements de gravité clinique sont surveillés à l'aide de la *Child Global Assessment of Function and the Parent-Infant Relationship scale*. L'atteinte des objectifs cliniques est évaluée par le clinicien.
3. **Favoriser l'orientation de familles aux prestataires et aux services de soins primaires dans la collectivité, ainsi qu'aux services tertiaires.** Les renseignements du système de dossiers électroniques sont surveillés.
4. **Promouvoir la continuité uniforme des services de santé mentale.** La surveillance des dossiers électroniques fournit des données sur l'orientation vers d'autres services de santé mentale.
5. **Intégrer un système d'évaluation dans la pratique du programme par l'entremise du système de dossiers électroniques.** La base de données du système de dossiers électroniques fournit des données sur la capacité et sur les résultats qui sont intégrées à la pratique clinique.
6. **Optimiser le fonctionnement et l'élaboration du programme.** L'évaluation des résultats qui est intégrée aux activités produit un indice acceptable de résultats cliniques et de résultats de programme.

Coût

Le coût approximatif de la mise en œuvre du programme lors de la première année était de 938 000 \$. Ce montant comprend l'équipement, les fournitures et les salaires du personnel. Le financement de ce programme provenait à l'origine de l'Alberta Children's Mental Health Initiative.

Le budget annuel actuel du programme est d'environ 600 000 \$.

Personne-ressource

Mme Dianne Cully, Chef d'équipe, au (403) 297-4866 ou au (403) 297-4852
Courriel : dianne.cully@calgaryhealthregion.ca

St. Joseph's Care Group – Programme des troubles de l'alimentation

Thunder Bay (Ontario)

Le programme des troubles de l'alimentation offre des traitements aux jeunes et aux adultes souffrant d'anorexie, de névrose, de boulimie nerveuse et de « troubles de l'alimentation non précisés ». L'équipe est composée de trois cliniciens en santé mentale, d'un thérapeute familial, d'un clinicien en ressources régionales, d'un diététiste ainsi que d'un médecin et de psychologues consultants.

Le traitement dans ce programme fait appel à une approche à double voie. La première est axée sur la normalisation de l'alimentation et la stabilisation du poids afin d'éliminer les effets de la faim ou des schèmes d'alimentation chaotiques, ces derniers pouvant modifier lourdement la personnalité. La deuxième se concentre sur la régulation des problèmes sous-jacents qui contribuent à l'apparition et au maintien du trouble de l'alimentation.

Accès au programme

Les orientations initiales sont acceptées si elles proviennent de médecins, de praticiens en clinique privée ou d'autres prestataires de soins de santé. Cependant, le programme exige la référence d'un médecin.

Évaluation

À l'admission au programme, un usager subira une évaluation complète afin de déterminer la gravité, le type, l'historique et les caractéristiques associées de la pathologie de l'alimentation et pour déterminer si d'autres problèmes de santé mentale doivent être traités. Les renseignements recueillis pendant l'évaluation comprennent une description des modes d'alimentation et des attitudes associées en matière de poids, de diète, de frénésie alimentaire, de vomissement et d'exercice. Le programme utilise une approche familiale des soins ambulatoires. Dépendamment de l'âge de l'usager et des risques associés à son trouble de l'alimentation, on peut s'attendre à ce que la famille de l'usager participe à l'évaluation.

On recueille également des renseignements sur :

- L'évolution et l'historique de la pathologie de l'alimentation
- L'usage de drogues
- L'historique médical, psychiatrique et familial
- L'adaptation à la vie
- Le fonctionnement social
- L'objectif personnel du traitement
- La motivation pour viser le rétablissement

Orientations vers d'autres organismes

Au besoin, on effectue une orientation vers d'autres organismes pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme, pour la thérapie familiale, les consultations en psychiatrie ou les thérapies pour agressions/abus sexuels.

Interventions de traitement

■ **Counselling en nutrition**

Une évaluation de l'alimentation et la gestion de l'alimentation constante sont assurées par un diététiste auprès de tous les usagers inscrits au programme.

■ **Groupe de psychoéducation ou de thérapie**

Ce groupe offre une formation et une compréhension de base des troubles de l'alimentation et explore les problèmes thérapeutiques afférents afin de favoriser les changements d'attitude et de comportement.

■ **Groupe de psychoéducation en famille ou entre amis**

Ce groupe est conçu pour les membres de la famille, le partenaire ou conjoint, les proches intéressés et les amis intimes d'une personne aux prises avec un trouble de l'alimentation. Les participants doivent être âgés d'au moins 16 ans. Le groupe se rencontre à six reprises pendant 90 minutes dans le but de fournir des renseignements importants sur la nature des troubles de l'alimentation et pour proposer des suggestions sur la façon de traiter plus efficacement les problèmes de comportement et les problèmes affectifs qui surviennent fréquemment. Les séances de groupe n'ont pas pour objet d'aborder dans le détail les problèmes individuels.

■ **Thérapie individuelle**

Les séances individuelles de counselling sont proposées à tous les usagers du programme. Les séances se concentrent sur les problèmes biologiques, sociaux, psychologiques, interpersonnels, familiaux et environnementaux, ainsi que sur les problèmes de développement sous-jacents qui contribuent à l'apparition et au maintien du trouble de l'alimentation.

■ **Traitement avec hospitalisation**

Le traitement avec hospitalisation est offert aux jeunes qui doivent être hospitalisés en raison d'une perte de poids auto-infligée importante ou rapide, d'un manque de réaction au traitement ambulatoire, de complications médicales importantes et d'un comportement suicidaire. Au moment de l'admission, une équipe multidisciplinaire composée d'employés de l'hôpital régional de Thunder Bay et du St. Joseph's Care Group travaille d'une manière axée sur la collaboration pour répondre aux besoins de l'utilisateur.

■ **Thérapie familiale**

Une approche familiale est caractérisée par l'utilisation séquentielle de différentes méthodes de traitement comme l'éducation, la consultation des parents et la thérapie

familiale. Cette approche signifie que l'équipe tentera toujours de travailler de manière constructive et flexible avec les familles.

Personne-ressource

Kerry Bourret, Chef d'équipe, tél. : 807-343-2400, poste 2228, courriel : bourretk@tbh.net

Site Web : www.mha.sjcg.net

Annexe C : Sites Web

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

www.aacap.org

Cet organisme possède des fiches de renseignements à l'intention des familles (en anglais); p. ex., www.aacap.org/publications/factsfam/index.htm.

Healthy Minds Healthy Children est un programme situé à Calgary décrit dans cette trousse d'outils avec des renseignements Web et des programmes de formation des médecins. www.sacyhn.ca

Le Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health au Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario. Personne-ressource : Karen Kidder, Directrice du centre de partage de la connaissance, tél. : 613-737-2297, poste 3316 www.onthepoint.ca

Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie

www.cprf.ca

Exposés et publications à l'intention des prestataires, des enseignants, des jeunes et de leur famille (p. ex., épidémiologie de la maladie mentale chez les jeunes, carnet de stratégies et ressources à l'intention des parents et des aidants naturels)

www.ementalhealth.ca

Ce site qui est présentement en construction fournira de multiples ressources en santé mentale des jeunes pour les familles et les aidants naturels des jeunes ayant des troubles de santé mentale.

Council for Learning Disabilities

www.cldinternational.org

Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD)

www.chadd.org

Un organisme américain sans but lucratif qui fournit de l'aide et de l'information à la population souffrant d'un THADA, à leur famille, aux enseignants, aux professionnels, etc.

Second Chance for Kids

<http://ca.geocities.com/secondchanceforkids>

Un groupe d'entraide pour les grands-parents qui élèvent leurs petits-enfants et les grands-parents sans droit de visite

Société canadienne de l'autisme

www.autismsocietycanada.ca

Ressources et liens à l'intention des jeunes et des adultes autistes, leur famille, les éducateurs et les professionnels des services de santé et des services sociaux

www.psychosissucks.ca

Site Web du programme d'intervention précoce contre les psychoses de la Fraser Health Authority (Colombie-Britannique). Fait la promotion de la détection précoce et offre de la formation et des conseils à qui demande de l'aide.

www.cmha.ca/highschool/english.htm

« Site Web de la santé mentale et l'école secondaire » de l'Association canadienne pour la santé mentale

Renseignements sur des programmes et des projets particuliers :

Réseau Ado

Un service de ressources en santé mentale pour et par les jeunes. Voir la description à l'Annexe D. Personne-ressource : Sarah Brandon, youthnet@cheo.on.ca

Recommandations de traitement pour l'utilisation d'antipsychotiques sur des jeunes agressifs (Projet TRAAY). Personne-ressource : Elizabeth A. Pappadopulos, Ph.D., pappadoe@childpsych.columbia.edu.

Projet Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC). Personne-ressource : Dre Amy Cheung, amy.cheung@sw.ca

Outils de dépistage

Le Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI) a fait l'objet d'une recherche poussée et est disponible au : www.bcfpi.org/bcfpi/Default.asp.

Annexe D : Outils et ressources

Voici un exemple d'évaluation des besoins élaborée pour évaluer les besoins d'apprentissage des médecins de famille en matière de santé mentale des enfants et des jeunes.

(Élaboré par Helen R Spenser, Psychiatre pour enfants et adolescents, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa, 2000; hspenser@cheo.on.ca)

Numéro d'identification _____ Date : _____

Sondage sur la santé mentale des jeunes pour l'est de l'Ontario

Instructions : Veuillez **encercler** vos réponses, sauf avis contraire.

A. Données de pratique

1. Nom : _____
2. Sexe : ☐ M ☐ F
3. Âge :
☐ 25-30 ☐ 31-35 ☐ 36-40 ☐ 41-45 ☐ 46-50 ☐ 51-55 ☐ 56-60 ☐ 61-65 ☐ 66+
4. Nombre d'années de pratique :
☐ 0-5 ☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ 16-20 ☐ 21-25 ☐ 26-30 ☐ 31-35 ☐ >35
5. Si vous êtes actuellement en résidence de médecine familiale, veuillez **indiquer** votre avancement (année) :
☐ Première ☐ Deuxième ☐ Autre
6. Exercez-vous :
☐ À temps plein ☐ À temps partiel ☐ En semi-retraite ☐ Autre

7. Lieu d'exercice (pays) _____

8. Population de la collectivité où vous exercez principalement :

☐ <1000 ☐ 1 000-5 000 ☐ 5 001-10 000 ☐ 10 001-15 000 ☐ 15 001-20 000 ☐ >20 000

9. Quelle proportion de votre exercice implique des services généraux de santé mentale comme du counselling et de la psychothérapie?

☐ Moins de 10 % ☐ 10-20 % ☐ Plus de 20 %

10. Quelle proportion de votre exercice concerne des services aux enfants et aux jeunes?

☐ Moins de 10 % ☐ 10-20 % ☐ Plus de 20 %

B. Formation

1. Lieu de la formation ☐ University of Western Ontario
 ☐ Université de Toronto
 ☐ Université d'Ottawa
 ☐ Queen's University
 ☐ McMaster University
 ☐ Autre université canadienne (préciser) _____
 ☐ Autre (préciser) _____

2. Compétences ☐ MD
 ☐ CCFP
 ☐ Autre (préciser) _____

3. Recevez-vous ou avez-vous déjà reçu une formation officielle en pédopsychiatrie?

☐ Oui ☐ Non

4. Le cas échéant, pouvez-vous résumer votre expérience de formation :

C. Accès aux services de santé mentale pour enfants et adolescents

1. Distance :

- a) du cabinet du psychiatre local _____ km
- b) du centre de santé mentale pour enfants le plus près (un organisme où des travailleurs sociaux ou d'autres cliniciens fournissent des services comme du counselling, de la formation parentale, etc.) _____ km

2. Est-ce qu'une séance sur les ressources de santé mentale disponibles dans votre collectivité vous serait utile?

☐ Oui ☐ Non

3. Est-ce qu'un pédopsychiatre fréquente votre collectivité? ☐ Oui ☐ Non

Le cas échéant, à quelle fréquence?

- ☐ une fois par semaine
- ☐ deux fois par mois
- ☐ une fois par mois
- ☐ une fois aux deux mois
- ☐ une fois aux trois mois
- ☐ une fois aux six mois
- ☐ une fois l'an
- ☐ Autre (préciser) _____

4. Y a-t-il un besoin pour des visites de consultation en pédopsychiatrie dans votre collectivité?

☐ Oui ☐ Non

5. Y a-t-il un besoin de confier à un omnipraticien les visites de pédopsychiatrie?

☐ Oui ☐ Non

6. D'après votre expérience, combien de temps devez-vous attendre pour obtenir une consultation en pédopsychiatrie?

7. Est-ce plus long que pour la plupart des autres spécialités?

☐ Oui ☐ Non

D. Identification des besoins de formation et des intérêts

1. Quel est votre degré de confiance quant à votre connaissance en matière de troubles chez les enfants et les adolescents? (Veuillez inscrire le chiffre dans la case.)

Aucunement confiant		Moyennement confiant			Extrêmement confiant	
1	2	3	4	5	6	7
Dépression					de 1 à 7	[]
Évaluation du risque de suicide					de 1 à 7	[]
Troubles anxieux et évitement de l'école					de 1 à 7	[]
Trouble compulsif obsessionnel					de 1 à 7	[]
Trouble de stress à la suite d'abus ou d'un traumatisme					de 1 à 7	[]
Trouble de l'alimentation					de 1 à 7	[]
Traitement comportemental de l'énurésie et de l'encoprésie					de 1 à 7	[]
Troubles de toxicomanie					de 1 à 7	[]
Trouble oppositionnel avec provocation et autres troubles du comportement					de 1 à 7	[]
Troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention					de 1 à 7	[]
Troubles psychotiques					de 1 à 7	[]
Autisme/maladie d'Asperger					de 1 à 7	[]
Troubles de somatisation et de conversion					de 1 à 7	[]
Entrevue auprès de jeunes enfants (5-11)					de 1 à 7	[]
Entrevue auprès d'adolescents					de 1 à 7	[]
Techniques de thérapie cognitivo-comportementale pour les omnipraticiens					de 1 à 7	[]
Approche de la pharmacologie pour les jeunes					de 1 à 7	[]

Autre : Veuillez mentionner toute autre pathologie chez l'enfant et l'adolescent sur laquelle vous désirez vous renseigner :

2. Quel est votre degré de confiance quant à vos habiletés de gestion des problèmes suivants chez les enfants et les adolescents? (Veuillez inscrire le chiffre dans la case.)

Aucunement confiant		Moyennement confiant			Extrêmement confiant	
1	2	3	4	5	6	7
Dépression					de 1 à 7	[]
Évaluation du risque de suicide					de 1 à 7	[]
Troubles anxieux et évitement de l'école					de 1 à 7	[]
Trouble compulsif obsessionnel					de 1 à 7	[]
Trouble de stress à la suite d'abus ou d'un traumatisme					de 1 à 7	[]
Trouble de l'alimentation					de 1 à 7	[]
Traitement comportemental de l'énurésie et de l'incoprésie					de 1 à 7	[]
Troubles de toxicomanie					de 1 à 7	[]
Trouble oppositionnel avec provocation et autres troubles du comportement					de 1 à 7	[]
Troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention					de 1 à 7	[]
Troubles psychotiques					de 1 à 7	[]
Autisme/maladie d'Asperger					de 1 à 7	[]
Troubles de somatisation et de conversion					de 1 à 7	[]
Entrevue auprès de jeunes enfants (5-11)					de 1 à 7	[]
Entrevue auprès d'adolescents					de 1 à 7	[]
Techniques de thérapie cognitivo-comportementale pour les omnipraticiens					de 1 à 7	[]
Approche de la pharmacologie pour les jeunes					de 1 à 7	[]

Autre : Veuillez mentionner tout autre domaine des soins de santé mentale des enfants et des adolescents pour lesquels vous désirez vous spécialiser :

3. Au cours de la dernière année, si vous repensez aux enfants et aux adolescents qui vous ont consulté, pouvez-vous décrire les circonstances d'un patient à propos duquel vous sentiez qu'il n'allait pas bien, ou pour lequel vous auriez aimé trouver un conseiller immédiatement?

4. Quelle méthode de formation estimez-vous la plus profitable? Veuillez choisir cinq réponses. Veuillez indiquer vos choix par ordre d'importance, 1 étant le premier choix, 5 étant le dernier choix.

_____ Documents

_____ Exposés de formation médicale continue dans votre collectivité

_____ Exposés de formation médicale continue dans un centre de formation

_____ Tutorat par les pairs en petits groupes

_____ Enseignement en petits groupes par un pédopsychiatre

_____ Correspondance

_____ Formation d'un an à l'aide de bourses dans un centre de formation universitaire

_____ Formation en télémédecine

_____ Autre (préciser) _____

5. Si vous aviez la possibilité de suivre une formation rémunérée en pédopsychiatrie et de devenir « l'expert » local en pédopsychiatrie, profiteriez-vous de cette occasion?

☐ Oui ☐ Non

Le cas échéant, veuillez nous fournir vos nom, adresse et numéro de téléphone ainsi qu'un numéro de télécopieur et une adresse de courriel, si possible.

Nom _____

Adresse _____

Adresse de courriel _____

Numéro de téléphone _____

Numéro de télécopieur _____

6. En tenant compte de vos nombreux besoins d'apprentissage, comment noteriez-vous vos besoins de formation en pédopsychiatrie en comparaison à vos besoins dans d'autres domaines de spécialité?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
besoin minimal					besoin élevé				

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire. Notre objectif est de réunir une équipe dans notre collectivité pour améliorer la prestation de services de santé mentale aux enfants et aux adolescents.

Nous aimerions que vous formuliez des questions ou que vous apportiez vos idées.

Le sondage suivant auprès de médecins de famille a été mené par le Collaborative Mental Health Care Program du district de santé de Calgary. Vous trouverez une description de cette initiative à l'Annexe B.

**Tout-petits à risque :
Sondage des médecins**

Novembre 2001

Au cours de la dernière décennie, des recherches poussées dans les domaines des sciences neurobiologiques, comportementales et sociales ont donné lieu à des percées importantes dans la compréhension des conditions qui favorisent le développement optimal et influencent l'adaptation à long terme des enfants.

Nous possédons désormais une compréhension approfondie :

- De l'importance extrême des premières expériences pour modeler le développement permanent des caractéristiques physiques, affectives, comportementales et relationnelles de l'individu
- De la façon dont les premières relations contribuent ou inhibent le développement en santé
- Des capacités extraordinaires et des émotions complexes qui se développent au cours des premières années de la vie
- De la capacité à augmenter les chances de résultats positifs en matière de développement par l'identification précoce, l'évaluation planifiée et l'intervention

Les recherches indiquent que :

- Plus de 20 % des enfants de 4 ans au Canada ont au moins un problème affectif ou comportemental important
- Seulement 50 % des enfants qui présentent ces problèmes les surmonteront avec l'âge
- Chez les jeunes enfants, ces problèmes sont trop souvent non diagnostiqués

Veuillez nous aider à mieux comprendre comment les problèmes comportementaux et affectifs des jeunes enfants sont gérés dans les contextes de soins primaires en répondant au court sondage suivant.

Vos réponses et renseignements personnels demeureront confidentiels.

Détacher ici -----

Nom (lettres moulées) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Numéro de téléphone : (____) _____

Code postal : _____ Numéro de télécopieur : (____) _____

Courriel : _____

Question 1

Dans votre cabinet, quel pourcentage approximatif de vos clients sont âgés de 5 ans et moins?

- ☐ 0-5% ☐ 6-15% ☐ 16-25% ☐ 26-35% ☐ >35%

Approximativement combien de vos clients adultes ayant des problèmes de santé mentale sont des parents de jeunes enfants (âgés d'au plus 5 ans)?

____% (Pourcentage estimé de l'achalandage actuel) Ne sait pas ☐

Question 2

Chez les enfants de moins de cinq ans qui vous consultent, veuillez indiquer parmi les problèmes suivants ceux que vous observez.

- ☐ **RÉGULARISATION DU COMPORTEMENT** (p. ex., sursensibilité ou insensibilité aux stimulations sensorielles, difficultés de planification motrice, d'organisation visuo-motrice, d'écoute, de concentration et d'organisation émotive (p. ex., l'enfant passe rapidement d'un état calme aux hurlements)).
- ☐ **EXPÉRIENCE ET EXPRESSION DE L'ÉMOTION** (p. ex., craintes excessives, angoisse de séparation, humeur déprimée ou irritable avec baisse de l'intérêt ou du plaisir à effectuer des activités, réduction de la capacité à protester, troubles du sommeil ou de l'alimentation).
- ☐ **ATTACHEMENT À UN AIDANT NATUREL PRIMAIRE** (p. ex., difficulté à se servir de l'aidant naturel comme source de sécurité et de confort lorsque bouleversé, malade ou blessé physiquement, semble approcher et éviter l'aidant naturel lorsqu'il est en détresse, ou semble craintif, sur ses gardes ou confus en présence de la figure d'attachement).
- ☐ **COMPORTEMENT PERTURBATEUR** (p. ex., degrés d'inattention inadéquats sur le plan développemental, impulsivité, surmenage et comportement négativiste, hostile et désobéissant (p. ex., il perd le contrôle, il blâme les autres pour ses propres erreurs, il défie activement ou refuse les demandes ou les règles adultes)).
- ☐ **FAIRE FACE AU TRAUMATISME** (p. ex., augmentation du retrait social, gamme réduite d'émotions, perte temporaire d'habiletés acquises, terreurs nocturnes, difficultés d'attention importantes, hypervigilance, agression des pairs, des animaux, etc., peurs excessives et nouvelles peurs).
- ☐ **COMPORTEMENT ALIMENTAIRE** (p. ex., difficultés à établir un modèle d'alimentation régulière avec un apport alimentaire adéquat).
- ☐ **COMPORTEMENT DU SOMMEIL** (p. ex., difficultés à trouver le sommeil et à demeurer endormi. Terreurs nocturnes et difficulté à élaborer un horaire fixe de sommeil).
- ☐ **COMPORTEMENT D'ÉLIMINATION** (p. ex., difficultés à obtenir le contrôle des intestins et de la vessie de jour comme de nuit).
- ☐ **PROBLÈMES DE COMMUNICATION** (p. ex., retards du développement de l'interaction sociale réciproque et des habiletés de communication verbales et non verbales. Souvent, il s'agit également d'activités de faire semblant limitées et d'un répertoire réduit d'activités et d'intérêts qui sont souvent stéréotypés et répétitifs. Cache un TROUBLE AUTISTIQUE).

- ☐ **FACTEURS DE RISQUE FAMILIAL ET ENVIRONNEMENTAL** (p. ex., une mère de moins de 20 ans, violence familiale, maladie mentale d'un parent, conflit conjugal, pauvreté, manque de soutien psychosocial).

Question 3

Lorsque vous avez besoin d'aide pour un jeune enfant qui présente une de ces difficultés, quelles sources d'aide recherchez-vous le plus souvent? (Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent à vous.)

- ☐ Un autre médecin : ☐ un pédopsychiatre
☐ un pédiatre
☐ autre (préciser) _____
- ☐ Un professionnel allié : (p. ex., un psychologue, un infirmier, un travailleur social, un ergothérapeute, etc.)
- ☐ Médias écrits : (p. ex., journaux, Internet, livres)
- ☐ Autres sources d'aide : (veuillez préciser) _____
- ☐ Programme ou clinique de santé mentale
- ☐ Autre organisme de service social

Question 4

Qu'avez-vous appris sur la santé mentale de la petite enfance durant votre formation médicale?

- ☐ Très peu ☐ Un peu ☐ Beaucoup [Je suis diplômé de 19__.]

Question 5

a) Avez-vous suffisamment de connaissances et de soutien pour détecter et gérer ces difficultés chez les jeunes enfants?

- ☐ Oui ☐ Non

b) Quel est votre niveau de confiance à savoir si vous pouvez détecter et gérer ces difficultés?

- ☐ Très confiant ☐ Moyennement confiant ☐ Aucunement confiant

Question 6

Parmi les services et aides suivants, lesquels vous intéresseraient s'ils étaient offerts à vous et à vos usagers?

- ☐ Recevoir des renseignements écrits sur les problèmes énumérés à la question 2
- ☐ Assister à de courtes rencontres d'information sur ces problèmes affectifs, de comportement et de développement

- ☐ Être en mesure d'orienter un patient vers un programme spécialisé dans ces difficultés
- ☐ La possibilité de discuter des cas avec un pédopsychiatre
- ☐ La possibilité de discuter des cas avec d'autres consultants en santé mentale
- ☐ La possibilité d'avoir un consultant en santé mentale qui fréquente ma clinique régulièrement pour aider les enfants et les familles
- ☐ Des renseignements sur les ressources et sur l'aide en matière d'orientation aux organismes et programmes de santé, sociaux et communautaires

Veuillez indiquer tout autre service ou aide dont vous avez besoin pour traiter ces enfants.

Question 7 *(Pour les médecins de la région de Calgary seulement)*

Avez-vous entendu parler du Collaborative Mental Health Care program?

(Cette équipe se spécialise en santé mentale des nourrissons et de la petite enfance)

- ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous intéressé à en savoir davantage sur cette équipe et sur la façon dont cela pourrait vous aider, vous et vos jeunes usagers à risque?

- ☐ Oui ☐ Non

Nous vous remercions de votre aide.

Autres commentaires svp :

Voici un exemple de questionnaire sur les forces et les difficultés. On peut en trouver d'autres versions pour chaque groupe d'âge au www.sdqinfo.com

Questionnaire sur les forces et les difficultés

P ou T^{3/4}

Pour chaque élément, veuillez cocher la case correspondante. Cela nous aiderait si vous répondiez à chaque élément au meilleur de votre connaissance, même si vous n'êtes pas certain. Veuillez répondre selon le comportement de l'enfant au cours des six derniers mois ou de la présente année scolaire.

Nom de l'enfant _____

Garçon/Fille

Date de naissance _____

	Faux	+/- vrai	tout à fait vrai
Tient compte des sentiments des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agité, sursaut, ne peut rester en place longtemps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plaint souvent de maux de tête, d'estomac ou autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partage volontiers avec d'autres enfants, que ce soit des jouets, des friandises, des crayons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se fâche souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutôt solitaire, préfère jouer seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se comporte généralement bien, fait habituellement ce que les adultes demandent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souvent inquiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide si une personne est blessée, triste ou se sent malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toujours agité ou embarrassé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possède au moins un bon ami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se bat souvent ou bouscule les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souvent malheureux, déprimé ou larmoyant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Généralement apprécié des autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facile à distraire, difficulté de concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerveux ou instable face à la nouveauté, perd facilement confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gentil envers les plus jeunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Argumente souvent avec les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se fait disputer ou brutaliser par les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offre souvent d'aider (les enfants, les enseignants, les parents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut s'arrêter et penser avant d'agir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut être malicieux face aux autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'adonne mieux avec les adultes qu'avec les enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plusieurs craintes, facile à effrayer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bonne attention, voit la finalité du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

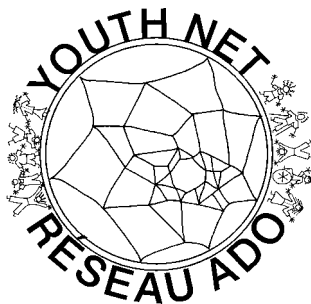
Signature _____

Date _____

Parent/Enseignant/Autre (Préciser :)

Merci beaucoup de votre aide.

@ Robert Goodman 2000



401 route Smyth, Ottawa, ON K1H 8L1

Tél. : (613) 738-3915

Téléc. : (613) 738-3917

Youth Net/Réseau Ado

Fonctionnement de Youth Net/Réseau Ado

Youth Net/Réseau Ado (YN/RA) est un programme régional bilingue de promotion de la santé mentale et d'intervention géré par les jeunes, pour les jeunes.

On trouve des bureaux partout au Canada.

Notre objectif est de tendre la main et d'aider les jeunes à acquérir et à préserver une bonne santé mentale ainsi que de saines stratégies de prise en charge pour gérer le stress tout en réduisant les stigmates entourant la maladie mentale et son traitement. Nous y parvenons par la sensibilisation et l'intervention.

Dans nos groupes de discussion, les jeunes peuvent discuter des problèmes de santé mentale qu'ils vivent, donner leur opinion sur le système de santé mentale ainsi que sur les façons dont le système pourrait mieux répondre à leurs besoins.

Afin d'aider les jeunes à se sentir plus à l'aise en groupes de discussion, tous nos animateurs sont des jeunes habituellement âgés de moins de 30 ans. Ainsi, les animateurs ne sont pas trop vieux au point d'oublier ce que c'était d'être un adolescent.

Les jeunes disent que le principal intérêt derrière YN/RA est que le programme est géré par des jeunes et qu'il y a toujours des professionnels en retrait pour leur donner un coup de main. Il se sert des idées et des expériences des jeunes, qui sont les experts des questions de jeunes, pour résoudre les problèmes. Il donne aussi aux jeunes l'occasion de partager des expériences et des stratégies de prise en charge tout en éliminant le stigmate entourant la santé mentale.

Les jeunes sont rejoints dans les écoles, les centres communautaires, les centres de traitement, les centres de détention, les cliniques sans rendez-vous ou dans tout lieu où on retrouve les jeunes dans les régions rurales et urbaines.

Voici certaines initiatives de YN/RA, mais nous sommes toujours prêts à aider les jeunes qui veulent lancer leur propre initiative :

1. Les groupes d'aide générale et en matière de dépression, selon la demande des jeunes, en partenariat avec des organismes communautaires
2. Pens and Paints, un projet de douze semaines en arts visuels et en rédaction créative
3. FreeRide, un programme de planche à neige de cinq semaines qui se déroule chaque hiver
4. Le bulletin Youth Fax/Fax Ado rédigé, conçu et édité par les jeunes et pour les jeunes sur différents sujets de santé mentale

Afin d'augmenter la conscience concernant les problèmes de santé mentale des jeunes, YN/RA offre des exposés aux professionnels et aux groupes communautaires.

En tant que groupe de défense, YN/RA partage les renseignements recueillis par notre recherche sur les problèmes de santé mentale des jeunes et des idées pour ceux qui travaillent dans le système de santé mentale dans l'espoir de participer au changement. Notre objectif est de sensibiliser les prestataires de services aux problèmes des jeunes et de leur montrer comment être plus favorables aux jeunes.

Pour de plus amples renseignements, veuillez composer le (613) 738-3915 ou envoyer un courriel au : youthnet@cheo.on.ca



Children's Hospital of Eastern Ontario

Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario

Annexe E : Glossaire des termes et Index des acronymes

Glossaire des termes

Déterminants de la santé – Facteurs de la vie quotidienne et de l'environnement de travail d'une personne qui peuvent affecter sa santé (p. ex., hébergement, scolarité, revenus, emploi, culture, environnement physique, équité).

Gestion des maladies chroniques (GMC) – Approche systématique visant à améliorer les soins de santé dispensés aux personnes souffrant de maladies chroniques en les aidant à conserver leur autonomie et le meilleur état de santé possible grâce à la prévention, au dépistage précoce et à la gestion des états chroniques (Colombie-Britannique, Ministry of Health Services, 2004).

Interdisciplinaire – Gamme d'activités de collaboration entreprises par une équipe de deux individus ou plus englobant différentes disciplines qui appliquent les méthodes et les approches de leurs disciplines respectives.

Meilleures pratiques – Technique ou méthodologie dont on a prouvé, par l'expérience et la recherche, la fiabilité à produire le résultat désiré [Termes interchangeables : «pratiques exemplaires » et « bonnes pratiques »] (Santé Canada, 1998).

Prévention – Interventions axées sur les facteurs de risque de maladies spécifiques dans le but de prévenir la première apparition de la maladie, de freiner ou de retarder une maladie diagnostiquée et ses effets, ou de réduire les risques de rechutes.

Promotion de la santé – La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer (La Charte d'Ottawa, OMS, 1986).

Promotion de la santé mentale – Démarche visant à améliorer la capacité des individus et des collectivités à prendre en main leur vie et à améliorer leur santé mentale (Santé Canada, 1998).

Rétablissement – Processus unique et fondamentalement personnel consistant à changer d'attitude, de valeurs, de sentiments, de buts, d'aptitudes et de rôle. Il s'agit d'une façon de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et axée sur la participation malgré les limites infligées par la maladie. Le rétablissement nécessite de trouver un nouveau sens et un nouvel intérêt à sa vie après avoir appris à surmonter les effets dévastateurs de la maladie mentale (Anthony, 1993).

Soins de santé mentale primaires – Services de santé mentale qui sont dispensés dans le contexte des soins de santé primaires. Ils peuvent avoir lieu au cabinet des prestataires de soins de santé, dans les cliniques communautaires, sur les lieux de travail, dans les écoles, à domicile, dans les établissements de soins de santé, les foyers de personnes âgées, les maisons de repos, les établissements correctionnels et les centres de jour. Les soins de santé mentale primaires peuvent aussi être offerts par téléphone, par les services d'information en santé et par Internet.

Soins de santé primaires – Le premier contact de l'individu avec le système de santé, caractérisé par un éventail de services de santé globaux, coordonnés et continus, notamment la promotion de la santé, le diagnostic, le traitement et la gestion des maladies chroniques.

Soins de santé primaires axés sur la collaboration – Premier contact de l'individu avec la prestation de services du système de santé par deux intervenants différents ou plus (professionnels de la santé, usagers, familles, organisations de soins de santé primaires, organismes communautaires) qui travaillent conjointement au sein d'un partenariat caractérisé par :

- Des buts et un intérêt communs
- La reconnaissance et le respect des forces et des différences propres à chacun
- Une prise de décisions équitable et efficace
- Une communication claire et régulière

Dans le but :

- De faciliter l'accès à une gamme complète de services (traitement, promotion de la santé, prévention des maladies et des blessures, gestion des maladies chroniques et entraide) dispensés par le prestataire le plus approprié, à l'endroit le plus adéquat
- D'offrir efficacement des soins de santé de la plus haute qualité qui soit
- D'utiliser rationnellement les ressources
- D'améliorer les résultats pour l'utilisateur

Spécialiste de la santé mentale – Personne dotée d'une expertise en santé mentale, qu'elle soit reliée à la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic, le traitement ou la réhabilitation.

Index des acronymes

BCFPI	Brief Child and Family Phone Interview
CHEO	Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
CMFC	Le Collège des médecins de famille du Canada
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
FMC	Formation médicale continue
HM/HC	Healthy Minds/Healthy Children
ICCSM	Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
OMS	Organisation mondiale de la santé
PFA	Plan de financement alternatif
RNIS	Réseau numérique à intégration de services
SACYHN	Southern Alberta Child and Youth Health Network
SSMC	Soins de santé mentale axés sur la collaboration
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
THADA	Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention

Série de trousse d'outils

Cette trousse d'outils fait partie d'une série de douze trousse d'outils.

Trousse d'outils de mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

1. Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires : Une trousse d'outils sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs.
Une série de documents d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs. Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les soins de santé mentale et les soins de santé primaires pour les
2. Populations autochtones
3. Enfants et adolescents
4. Populations ethno-culturelles
5. Personnes atteintes d'une maladie mentale grave
6. Personnes ayant des problèmes de toxicomanie
7. Populations rurales et isolées
8. Personnes âgées
9. Populations urbaines marginalisées

Trousse d'outils pour les usagers, les familles et les aidants naturels

10. Travaillant ensemble vers le rétablissement : Les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins
11. Vers le rétablissement : Guide de santé mentale pour les peuples des Premières Nations

Trousse d'outils pour les éducateurs

12. Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle : Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale

Une série de documents qui examinent les divers aspects des soins de santé mentale axés sur la collaboration accompagnent ces trousse d'outils :

- | | |
|---|--|
| 1. Obstacles et stratégies | 8. Ressources humaines dans le domaine de la santé |
| 2. Cadre de travail | 9. Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes |
| 3. Bibliographie annotée | 10. Formation interprofessionnelle |
| 4. Meilleures pratiques | 11. Santé mentale des Autochtones [non publié] |
| 5. Initiatives canadiennes | 12. État des soins de santé mentale axés sur la collaboration |
| 6. Examen des politiques | |
| 7. Initiatives internationales [non publié] | |

Comité directeur

Joan Montgomery

Phil Upshall

Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale

Terry Krupa

Darene Toal-Sullivan

Association canadienne des ergothérapeutes

Elaine Campbell

Jake Kuiken

Eugenia Repetur Moreno

Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux

Keith Lowe

Penelope Marrett

Bonnie Pape

Association canadienne pour la santé mentale

Janet Davies

Association des infirmières et infirmiers du Canada

David Gardner

Barry Power

Association des pharmaciens du Canada

Nick Kates [président de l'ICCSM]

Francine Knoops

Association des psychiatres du Canada

Linda Dietrich

Marsha Sharp

Diététistes du Canada

Denise Kayto

*Fédération canadienne des infirmières
et infirmiers en santé mentale*

Robert Allen

Barbara Lowe

Annette Osted

*Infirmières et infirmiers psychiatriques
autorisés du Canada*

Marilyn Craven

Francine Lemire

*Le Collège des médecins de famille
du Canada*

Lorraine Breault

Karen Cohen

Société canadienne de psychologie

Scott Dudgeon

Directeur général

Secrétariat de l'ICCSM

Maureen Desmarais, Coordonnatrice de projet

Scott Dudgeon, Directeur général

Marie-Anik Gagné, Gestionnaire de projet

Valerie Gust, Gestionnaire de communications

Tina MacLean, Adjointe de recherche

Jeneviève Mannell, Assistante en
communications

Enette Puzé, Coordonnatrice de recherche

Enric Ribas, Assistant en graphisme

Shelley Robinson, Adjointe administrative

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale

2630 avenue Skymark

Mississauga, Ont. L4W 5A4

Tél. : (905) 629-0900

Télec. : (905) 629-0893

Courriel : info@iccsn.ca

www.iccsn.ca