

OUVRIR LA VOIE AUX SOINS CONNECTÉS : RENFORCER L'INTERFACE ENTRE LES SOINS PRIMAIRES ET LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRES POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS

**Une communication prête pour les politiques conçue par
le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale
des enfants et des adolescents**

**Principaux chercheurs de l'équipe de rédaction :
Mario Cappelli et Stephanie L. Leon**



**Centre d'excellence de l'Ontario
en santé mentale des
enfants et des adolescents**

Table des matières

Remerciements	1	Cadre du modèle de soins aux malades chroniques (MSMC)	19
Les membres du Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (le Centre) :	1	Discussion	20
Comité consultatif sur les communications prêtes pour les politiques (CCCPP) :	1	Utiliser un modèle d'approches mixtes et les principes de soins en collaboration	20
Équipe de rédaction des communications prêtes pour les politiques :	1	Autres considérations	23
Termes couramment utilisés	2	Obstacles et facilitateurs pour les soins en collaboration	23
Abbreviations	3	Santé mentale des enfants en bas âge	23
Sommaire	4	Considérer la famille comme un tout en santé mentale des enfants et des adolescents	24
Conclusions	8	Contraintes	25
Contexte	9	Recommandations	26
Participation des intervenants et mobilisation des connaissances	10	Des structures organisationnelles et des pratiques qui soutiennent la communication entre professionnel(le)s de la santé	26
Introduction	11	Davantage de formation efficace en santé mentale pour les professionnel(le)s de soins de santé primaires afin qu'ils développent leurs compétences	26
Les besoins en matière de santé mentale des enfants et des adolescents	11	Davantage d'occasions pour la formation en santé mentale en contexte de soins primaires pour les spécialistes en santé mentale.	27
Le contexte des soins primaires	11	Établissement de lignes directrices et de voies cliniques normalisées	28
Le contexte des services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents.	12	Intégrer des outils normalisés dans les pratiques de soins primaires	28
L'interface entre les soins primaires et le contexte communautaire	12	Établir des pratiques de facturation et de remboursement efficaces en appui aux services de santé mentale.	28
Méthodes	14	Mobilisation des familles et des adolescents à tous les niveaux du processus de changement et de surveillance.	29
Entrevues et groupes de réflexion avec les intervenants clés	14	La nécessité de poursuivre la recherche et l'évaluation	29
Revue exploratoire de la littérature.	15	Conclusions	29
Analyse du contexte	15	Références	30
Résultats	16	Annexe A : questions d'entrevues et de groupes de réflexion	39
Entrevues et groupes de réflexion avec les intervenants clés : résumé et thèmes.	16	Annexe B : thèmes abordés par les intervenants lors des entrevues et des groupes de discussion	43
Revue exploratoire de la littérature : thèmes	16	Annexe C : thèmes de la revue exploratoire de la littérature et de l'analyse du contexte	46
Recherche documentaire systématique et analyse du contexte : modèles de l'interface entre les soins primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents.	17		
Modèles de consultation-liaison	17		
Modèles d'aiguillage et de liaison organisés	18		
Modèles de regroupement des services	18		
Modèles de carrefours communautaires (aussi connus sous le nom de « guichet unique »).	18		

Remerciements

Les membres du Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (le Centre) :

Michelle Hurtubise, Purnima Sundar, Simon Davidson, Veronica Hoch, Fae Johnstone, Julia Armstrong et Laura Kelly

Comité consultatif sur les communications prêtes pour les politiques (CCCPP) :

Un comité consultatif a été convoqué au cours des phases initiales du projet pour servir de guide à l'élaboration de la communication prête pour les politiques. Le comité consultatif sur les communications prêtes pour les politiques (CCCPP) a aussi conseillé l'équipe de rédaction lors d'étapes et d'activités clés, comprenant l'engagement initial des intervenants et les procédures de consultation. Ce groupe interdisciplinaire était composé d'un(e) adolescent(e) et d'un membre d'une famille ayant des expériences personnelles dans l'intersection entre les soins primaires et la santé mentale des enfants et des adolescents, différents professionnels des secteurs des soins primaires et de la santé mentale, de même que des membres du personnel du Centre possédant des connaissances pertinentes en la matière.

Membres du CCCPP (par ordre alphabétique) : Sarah Barker, Sarah Cannon, Amy Cheung, Tamara Chipperfield, Angie Heydon, Jessica Hill, Jennifer Rayner, Kellie Scott, Roslyn Shields, Margaret Steele et Peter Szatmari

Équipe de rédaction des communications prêtes pour les politiques :

L'équipe de rédaction était dirigée par deux chercheurs principaux qui ont procédé à une revue systématique de la littérature, à une analyse du contexte et à la rédaction d'une ébauche de la communication prête pour les politiques. D'autres membres ont offert des commentaires clés et ils ont contribué à l'élaboration et à la rédaction de la communication prête pour les politiques. Ce groupe a aussi joué un rôle déterminant en aidant à circonscrire la portée et le thème principal de la communication, en proposant des sujets de discussion clés et en définissant les priorités stratégiques. Finalement, les membres du groupe ont dispensé de nombreux conseils sur les orientations de principe et ils ont révisé les ébauches de la communication avant sa diffusion.

Principaux chercheurs de l'équipe de rédaction : Mario Cappelli et Stephanie L. Leon

Membres de l'équipe de rédaction (par ordre alphabétique) : William Gardner, Francine Gravelle, Michelle Hurtubise, Sharon Johnston, Laura Kelly, Kathleen Pajer, Deena Shorkey, Margaret Steele et Purnima Sundar

Citation suggérée : Cappelli, M. et Leon, S. L. (2017). *Ouvrir la voie aux soins connectés : renforcer l'interface entre les soins primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents*. Ottawa, ON: Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents.

Termes couramment utilisés

La littérature existante utilise plusieurs termes de manière interchangeable. Le lexique suivant regroupe les définitions les plus couramment utilisées ou généralement acceptées.

Client : tout au long de cette communication prête pour les politiques, le terme « client » sera employé pour faire référence à l'utilisateur du système de soins de santé. Bien que le terme « patient » soit plus communément utilisé lorsque l'on fait référence à des personnes qui recherchent les services d'un médecin, dans le présent document, le terme « client » sera utilisé par souci d'uniformité.

Mobilisation du client : ce terme est souvent utilisé de manière interchangeable avec les expressions suivantes : soins centrés sur le client, soins axés sur le client, autonomie du client et client-partenaire. Il fait référence à la « participation active des [client]s à différents niveaux du système afin qu'ils s'approprient leurs soins de santé et qu'ils contribuent au mieux-être de l'ensemble du système de soins de santé, que ce soit au niveau individuel, au niveau institutionnel ou de pratique ou au niveau systémique. Les [client]s et les familles sont des membres à part entière de l'équipe de soins de santé qui participent à tous les aspects des soins, y compris comme partenaires de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des soins et des services actuels et futurs » (Département des politiques de santé de l'OMA, 2016).

Famille : tout au long de cette communication prête pour les politiques, le terme « famille » sera utilisé pour faire référence aux parents, aux personnes soignantes, aux tuteurs(trices) légaux(les) ou à tout autre adulte responsable des soins des enfants et des adolescents.

Soins primaires : « Niveau d'un système de services de santé qui offre une porte d'entrée dans le système pour tous les nouveaux besoins et problèmes, fournit des soins axés sur la personne (et non pas sur la maladie) dans le temps, offre des soins pour tous les troubles de santé - des plus communs aux plus inusités, et coordonne ou intègre les soins prodigués ailleurs par d'autres. » (Starfield, 1998). Les milieux de soins primaires comprennent, sans s'y limiter : les médecins praticiens qui exercent seuls, les équipes de santé familiale, les centres de santé communautaires et les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien. Certains ont aussi fait valoir que les milieux de soins primaires en lien avec la santé mentale pourraient aussi inclure les cliniques de consultation sans rendez-vous, les cliniques de soins d'urgence, les cliniques de consultation le jour même ou le lendemain, les services hospitaliers aux malades externes et, de plus en plus, les services d'urgence, bien que ce ne soit pas leur mandat. Pour les enfants et les adolescents, les professionnel(le)s de soins de santé primaires incluent habituellement : les médecins de famille, les médecins généralistes, les pédiatres, les infirmier(ère)s praticien(ne)s, les infirmier(ère)s, les auxiliaires médicales des pharmaciens(ne)s communautaires, les équipes de psychologues et les équipes de travailleur(se)s sociaux(les).

Soins communautaires de santé mentale : définis comme un ensemble de services de santé mentale spécialisés (évaluation,

psychothérapie, accompagnement psychosocial, traitement psychopharmacologique) offerts par des organismes ou par des professionnel(le)s de la santé indépendant(e)s offrant des services de santé mentale qui œuvrent à l'extérieur des centres de soins primaires et tertiaires. Dans le cas d'enfants et d'adolescents, les professionnel(le)s de la santé spécialisé(e)s en santé mentale œuvrant en milieu communautaire peuvent comprendre : les psychiatres communautaires, les psychologues, les travailleur(se)s sociaux(les), les conseiller(ère)s scolaires, les psychothérapeutes, les conseiller(ère)s et les organismes communautaires. Au Canada, certaines de ces ressources sont financées à même les fonds publics (principalement des organismes communautaires), alors que d'autres ressources sont détenues par des organismes privés pratiquant une politique de paiement à l'acte (pratiquement tous les psychologues, les travailleur(se)s sociaux(les) et les psychothérapeutes en pratique privée).

Soins primaires en santé mentale/soins primaires en santé comportementale : l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA) ont proposé la définition suivante : « les soins primaires en santé mentale font référence spécifiquement aux services de santé mentale qui sont intégrés aux soins de santé généraux au niveau des soins primaires. Les soins primaires en santé mentale se rapportent à tous les troubles mentaux pouvant être diagnostiqués ainsi qu'aux problèmes de santé mentale qui affectent le bien-être physique et mental. Les services compris dans cette définition sont : les interventions de première ligne qui sont prodiguées comme faisant partie intégrante des soins de santé généraux et les soins de santé mentale qui sont prodigués par les travailleur(se)s en soins primaires qui sont habilitéé(e)s, capables et soutenu(e)s pour offrir des services de soins de santé mentale. Les soins primaires de santé mentale constituent une partie nécessaire de l'ensemble des soins de santé mentale, de même qu'une partie essentielle des soins primaires généraux. Cependant, pris en isolement, ce n'est jamais suffisant pour répondre à l'ensemble du spectre des besoins en santé mentale de la population. » (2008)

Soins par paliers : terme générique faisant référence à l'organisation par étape des services et des trajectoires qui peut être appliquée au niveau des organismes, des centres hospitaliers ou du système de soins de santé. L'objectif est d'augmenter l'efficacité des services lorsque les ressources sont rares, en prodiguant initialement un traitement qui est à la fois le plus efficace tout en exigeant le moins de ressources. Par la suite, des traitements plus intensifs sont offerts aux personnes dont l'état ne s'améliore pas après la première étape. Ce principe s'applique à la fois lorsqu'il s'agit de choisir les interventions et les options d'orientation. Il propose que les cas bénins soient pris en charge par des professionnel(le)s de la santé plutôt généralistes qui peuvent offrir du soutien et des interventions « minimalistes » de faible intensité alors que seuls les cas graves ou complexes nécessitent l'attention de spécialistes et l'application d'interventions interdisciplinaires plus soutenues. Ainsi, l'intensité des services devrait être en adéquation avec la gravité des symptômes du patient, de son niveau de fonctionnement et de ses besoins. Un système de rétroaction qui fait un suivi rigoureux du traitement

prodigué par des professionnel(le)s de la santé est nécessaire pour déterminer si, ou quand, on doit augmenter ou diminuer l'intensité des services. La mise en œuvre d'une approche de soins par paliers à l'échelle du système pour les services de santé mentale des enfants et des adolescents existe au Royaume-Uni (R.-U.) et elle est soutenue par des lignes directrices du National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2011a). Les exemples d'applications de l'approche de soins par paliers pour les soins primaires de personnes adultes sont aussi fréquents dans d'autres pays (p. ex. ministère de la Santé et des Aînés du gouvernement de l'Australie, n.d.; Franx, Oud, de Lange, Wensing et Grol, 2012)

Soins coordonnés : terme générique qui englobe « l'organisation délibérée des activités de soins du (de la) [client(e)] entre deux participants ou plus (y compris le(a) [client(e)]) impliqués dans les soins du client pour faciliter la prestation appropriée des services de soins de santé. L'organisation des soins implique de rassembler le personnel et les autres ressources nécessaires pour effectuer toutes les activités de soins requises pour le [client] et cela est souvent géré par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins. » (McDonald et coll., 2007). La coordination des soins a pour but d'augmenter l'efficacité et de réduire le dédoublement de services.

Soins intégrés : terme générique qui fait référence à une approche standard des soins qui va au-delà des soins coordonnés et qui est centrée sur un plan de soins unifié généré et fourni par une équipe multidisciplinaire sur place (Peek et The National Integration Academy Council, 2013). Cette équipe est responsable de l'ensemble des soins d'une personne, lesquels dépassent souvent leur domaine de spécialisation, pour s'attaquer à de nombreux besoins sociaux et de santé. Les personnes qui nécessitent la mise en place de modèles de soins intégrés ont probablement des besoins sociaux et de santé complexes qui requièrent l'intervention d'un spécialiste, de différents professionnel(le)s de la santé et de travailleurs de soutien afin de fonctionner en équipe pour améliorer les déterminants de leur santé.

Soins en collaboration : terme générique utilisé parfois de manière interchangeable avec le terme « soins intégrés ». Les soins de santé mentale en collaboration font référence à « une gamme de modèles de pratiques qui : (1) fait intervenir les client(e)s, les familles, les personnes soignantes ainsi que des professionnel(le)s de la santé provenant d'établissements de santé mentale et de soins

de santé primaires - chacun(e) possédant différentes expériences, formations, connaissances et expertises; (2) fait la promotion de la santé mentale et offre des services mieux coordonnés et plus efficaces aux personnes ayant des problèmes de santé mentale; (3) se déploie dans un éventail d'établissements incluant les centres de santé communautaires, les pratiques de professionnel(le)s de la santé spécialisés en soins primaires ainsi que dans le domicile des personnes, des écoles ou des lieux communautaires comme les refuges; et (4) varie selon les besoins et les préférences de la personne et les connaissances, la formation et les compétences des professionnel(le)s de la santé. Il existe plusieurs variations d'initiatives de soins de santé mentale en collaboration. Les soins de santé mentale en collaboration sont un concept qui met l'accent sur les occasions de renforcer l'accessibilité et la prestation des services de santé mentale dans les établissements de soins de santé primaires grâce à des collaborations interdisciplinaires » (Gagné, 2005). Il ne faut pas confondre les soins de santé en collaboration et le modèle des soins aux malades chroniques.

Partage des soins : utilisé de manière prédominante au Canada, le partage des soins est un terme générique qui fait référence aux professionnel(le)s de la santé spécialisés en soins primaires ou en santé mentale (historiquement, des psychiatres) qui travaillent ensemble au sein d'un système de prestation de soins de santé mentale unique (Kates et al., 1996; Kelly, Perkins, Fuller, et Parker 2011). Leurs rôles sont de ce fait complémentaires ; le(a) professionnel(le) de la santé spécialisé(e) en soins primaires voit aux soins généraux d'un client alors que l'objectif du(de la) professionnel(le) de la santé spécialisé(e) en santé mentale est de soutenir le(a) professionnel(e) en soins primaires. Ce concept est fondé sur la conviction qu'on ne peut pas s'attendre à ce qu'un seul professionnel de la santé ait le temps et les compétences pour dispenser l'ensemble des soins requis par un client. Le client doit être un participant actif dans ce processus ; il doit comprendre que son médecin de famille et son psychiatre demeureront engagés dans ses soins et il doit savoir à qui faire appel si un problème surgit (CPA et CFPC, 2000).

Troubles concomitants : cooccurrence d'une dépendance et d'un trouble de santé mentale.

Diagnostic mixte : cooccurrence d'une maladie mentale et d'une déficience intellectuelle.

Abbreviations

RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé
MSEJ	Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

CCCCP	Comité consultatif sur les communications prêtes pour les politiques
Le Centre	Le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents

Sommaire

Tenant compte des discussions et des activités en cours dans le cadre de la réforme des soins de santé primaires et de la mise en œuvre d'activités spécifiques liées au plan d'action Pour l'avancement de la santé mentale, une excellente occasion se présente pour recueillir de l'information concernant les modèles de soins fondés sur des données probantes qui peuvent être utiles dans le contexte ontarien et pour formuler des recommandations qui aideront à l'élaboration de politiques visant à renforcer le système de soins primaires en santé mentale.

Au Canada et aux États-Unis, on estime qu'en tout temps jusqu'à 20 pour cent des enfants et des adolescents souffrent d'une maladie mentale (Waddell, McEwan, Shepherd, Offord et Hua, 2005; Kirby et Keon, 2004; équipe de recherche MHASEF, 2015). Le milieu des soins primaires offre une opportunité unique d'aborder les besoins des enfants et des adolescents dans le domaine de la santé mentale puisque les professionnel(le)s de soins de santé primaires sont en contact de manière régulière et continue avec un grand nombre d'enfants, adolescents et familles. Cependant, les médecins indiquent se sentir souvent mal outillés pour diagnostiquer et pour gérer les problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents, et plusieurs facteurs dissuasifs retiennent les professionnel(le)s de soins de santé primaires de s'intéresser et de traiter les problèmes de santé mentale. D'un autre côté, la demande pour des services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents est élevée et continue d'augmenter, alors que le nombre de professionnel(le)s de la santé approprié est insuffisant, ce qui entraîne de longues listes d'attente.

Ainsi, il devient de plus en plus évident que nous avons besoin de maximiser l'utilisation de tous les professionnels de la santé pour que le système de soins de santé mentale soit plus efficace et efficace. Il est suggéré que l'établissement de partenariats de soins intégrés et en collaboration entre les secteurs des soins primaires et de la santé mentale des enfants et adolescents est la réponse afin d'améliorer l'accès aux soins, leur qualité et les résultats.

Méthodes

Nous avons entrepris des consultations ciblées auprès d'un large éventail d'intervenants clés (des représentants du ministère, des adolescents ayant une expérience vécue, des membres de familles ayant une expérience dans la recherche de soutien en santé mentale pour leur enfant ou leur adolescent, des professionnel(le)s de soins de santé primaires et des professionnel(le)s de santé mentale communautaire pour enfants et adolescents), effectué une revue exploratoire de la littérature et réalisé une analyse du contexte des pratiques provinciales, nationales et internationales actuelles. Nous croyons que ces méthodes nous ont permis de mieux comprendre les besoins des clients utilisant les services en Ontario (les enfants, les adolescents et leur famille), les pratiques collaboratives soutenues par des données probantes et les modèles utilisés en Ontario et à l'étranger.

Résultats

SOURCE	THÈMES PRÉDOMINANTS
Entrevues avec les intervenants clés et groupes de discussion	<ul style="list-style-type: none"> meilleure formation en santé mentale pédiatrique pour les professionnel(le)s de soins de santé primaires importance de la relation entre le client et le(la) professionnel(le) de la santé porter davantage attention aux besoins des adolescents et de leur famille rôle des professionnel(le)s de soins de santé primaires en tant que professionnel(le)s de la santé mentale et les attentes en matière de collaboration entre professionnel(le)s obstacles à la collaboration expérience dans le système de santé mentale et appel au changement
Revue exploratoire de la littérature	<ul style="list-style-type: none"> communication, relations interprofessionnelles et collaboration entre les professionnel(le)s de soins de santé primaires et ceux offrant des services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents pratiques d'aiguillage rôles et responsabilités de chaque professionnel(le) au sein du système de soins de santé mentale formation en santé mentale pour les professionnel(le)s de soins de santé primaires Systèmes d'information clinique (SIC) (aussi appelés dossiers médicaux électroniques) outils de dépistage et d'évaluation normalisés
Analyse du contexte des pratiques provinciales, nationales et internationales : cinq modèles proposés pour améliorer l'interface entre les soins primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents	<ul style="list-style-type: none"> modèles de consultation-liaison modèles d'aiguillage et de liaison organisés modèles de regroupement des services modèles de carrefours communautaires (aussi connus sous le nom de « guichet unique ») cadre du modèle de soins aux malades chroniques (MSMC)

L'utilisation d'un modèle d'approches mixtes et des principes des soins en collaboration

Il existe peu de données probantes démontrant l'efficacité des modèles proposés et utilisés pour améliorer l'interface entre les services de santé en soins primaires et les services de santé mentale communautaire pour enfants et adolescents. Néanmoins, la recherche actuelle offre des preuves solides que les principes de soins partagés et en collaboration sont nécessaires au bon fonctionnement entre les deux secteurs et que les milieux de soins primaires sont appropriés pour mener des interventions de courte durée soutenues par des données probantes et assurées par des professionnel(le)s de la santé spécialisé(e)s en santé mentale.

Nous croyons que l'approche, le cadre de référence et le modèle ci-dessous pourront apporter des changements significatifs aux soins de santé mentale en orientant l'élaboration ou la modification de voies cliniques, en aidant à accroître l'imputabilité et en permettant une meilleure évaluation de la prestation des soins.

I. Approche des soins par paliers

L'approche des soins par paliers fait la promotion de la prestation du traitement le plus efficace et exigeant le moins de ressources en premier. Les interventions les plus dispendieuses et les plus complexes sont mises en œuvre uniquement après l'échec d'interventions plus simples et moins coûteuses. De la même manière, les cas plus bénins devraient être pris en charge par des professionnel(le)s de la santé généralistes qui peuvent réaliser des interventions « minimales » et de faible intensité, alors que seuls les cas graves ou complexes devraient être pris en charge par des spécialistes en santé mentale et recevoir des interventions interdisciplinaires plus soutenues. Le suivi des progrès d'un client est un élément essentiel pour déterminer si, ou quand, le niveau de traitement devrait monter ou descendre d'un palier. Cette approche peut aider à créer des voies entre les soins primaires et les services de santé mentale communautaire des enfants et adolescents, en plus de servir de guide à la redéfinition des rôles et des responsabilités des professionnel(le)s de la santé au sein du système de santé mentale pédiatrique.

II. Le cadre du modèle de soins aux malades chroniques (MSMC)

Le cadre MSMC met l'accent sur des partenariats efficaces entre les secteurs, ce qui permet aux clients de profiter de l'expertise des spécialistes en santé mentale et de l'approche globale et continue des soins primaires. Les éléments de base du MSMC sont utiles pour guider l'organisation et la gestion des ressources cliniques de manière véritablement collaborative entre les organismes implantés dans chaque communauté. Ceci inclut: des équipes de direction locales formées de différents partenaires issus du secteur des soins primaires et du secteur communautaire; des incitatifs pour que les prestataires de soins prennent activement en charge des cas de santé mentale et collaborent; l'accès à de l'aide à la prise de décisions pour les professionnel(le)s de soins de santé primaires

au moyen de formation, de lignes directrices et de consultations ponctuelles avec des spécialistes; des modifications au système de prestation, incluant des changements dans les consultations et les visites de suivi planifiées; une clarification des rôles, des responsabilités et de l'étendue du domaine de pratique de l'équipe de soins de santé; la mise en place de systèmes d'information clinique (SIC); du soutien à l'aiguillage, à la navigation et à l'accessibilité aux ressources communautaires appropriées au-delà des soins primaires; et du soutien à la prise en charge pour les clients qui sont sous le seuil de détection ou pour ceux qui figurent sur une liste d'attente.

III. Le modèle de carrefour communautaire

Le modèle de carrefour communautaire peut offrir un guichet unique dont l'ambiance est adaptée aux adolescents. Les carrefours communautaires peuvent augmenter l'engagement communautaire, renforcer les réseaux sociaux entre les membres de la communauté, diminuer la stigmatisation et s'attaquer aux iniquités. En fait, on estime que les carrefours communautaires sont particulièrement utiles pour les adolescents qui n'ont pas tendance à fréquenter les établissements de soins primaires traditionnels (p. ex. les adolescents plus âgés en transition vers l'âge adulte, les adolescents marginalisés et à risque, les adolescents ayant besoin de soutien additionnel à cause de difficultés à l'école ou en matière de toxicomanie).

Recommandations

Les recommandations suivantes ont été élaborées pour renforcer le partenariat entre les soins primaires et les services de santé mentale communautaire et pour que les deux secteurs puissent offrir des services appropriés et sensibles au stade de développement des enfants et adolescents atteints de problèmes de santé mentale (ce qui inclut tout le spectre de sévérité des symptômes et de l'altération du fonctionnement). Comme nos recommandations sont plutôt générales, nous soulignons ici l'importance de porter une attention particulière aux problèmes liés à la diversité et aux déterminants sociaux de la santé dans la conception des trajectoires cliniques et dans la prestation des services cliniques.

1. CRÉATION DE STRUCTURES ORGANISATIONNELLES ET DE PRATIQUES QUI SOUTIENNENT LA COMMUNICATION ENTRE PROFESSIONNEL(LE)S DE LA SANTÉ

Un manque de communication entre les professionnel(le)s de soins de santé primaires et de santé mentale communautaire est un obstacle majeur à la prestation de soins optimaux. D'un côté, très peu de professionnel(le)s de soins de santé primaires connaissent exactement quels services de santé mentale sont appropriés et offerts dans leur communauté, la façon d'entreprendre un processus d'aiguillage vers un service de santé mentale communautaire et à quoi s'attendre quant au type et à la durée des traitements de santé mentale. De l'autre côté, les services de santé

mentale communautaires pour enfants et adolescents informent rarement les professionnel(le)s de soins de santé primaires de l'état de leur aiguillage et des résultats du traitement. Ils ont peu de connaissances sur les pratiques des professionnel(le)s de soins de santé primaires, incluant les remboursements des honoraires et la prescription de médicaments. Étant donné que notre système de santé mentale est constamment en changement, comme l'ont décrit plusieurs des participants des groupes de discussion, il est souvent difficile de comprendre les rôles, les responsabilités et les compétences de chacun des professionnel(le)s de la santé qui fournissent des soins de santé mentale. Pour ces raisons, tous les professionnel(le)s de la santé ont tendance à poursuivre leurs façons de faire, ce qui mène à l'isolement professionnel et à des occasions manquées de consultation et de collaboration. Les principes collaboratifs doivent devenir une priorité pour tous les professionnel(le)s de la santé afin d'atteindre de meilleurs résultats. Ces principes comprennent (1) des équipes de direction formées de professionnel(le)s issu(e)s du secteur des soins primaires et du secteur communautaire pour représenter les besoins de leur communauté, (2) l'accès au soutien à la prise de décisions pour les professionnel(le)s de soins de santé primaires au moyen de consultations avec des spécialistes (par exemple, en utilisant le service de télésanté mentale), (3) la clarification des rôles et de l'étendue du domaine de pratique des équipes interdisciplinaires et (4) la mise en place de systèmes d'information clinique. Dans ce but, chaque professionnel(le) de la santé, qu'il(elle) exerce seul(e) ou au sein d'un organisme, devrait préparer un énoncé de mission qui comprend la santé mentale en collaboration et qui peut ensuite se traduire en stratégies organisationnelles concrètes pouvant faire l'objet d'une surveillance continue.

2. DAVANTAGE DE FORMATION EFFICACE EN SANTÉ MENTALE POUR LES PROFESSIONNEL(LE)S DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AFIN QU'ILS DÉVELOPPENT LEURS COMPÉTENCES

La formation en santé mentale destinée aux professionnel(le)s de soins de santé primaires se concentre principalement sur les catégories de diagnostic, les symptômes et les traitements fondés sur des données probantes, mais elle manque d'enseignements sur les techniques d'entrevue et les compétences relationnelles nécessaires pour engager pleinement les enfants et adolescents aux prises avec des problèmes de santé mentale. Ces compétences incluent, mais ne se limite pas à : entrer en communication avec le client(e) et leur famille au sujet de la santé mentale de manière empathique et sans porter de jugement; encourager l'expression des inquiétudes; gérer la motivation, les préférences et les obstacles au traitement; solliciter le consentement et l'assentiment; et diriger sa pratique en faisant en sorte qu'elle soit sensible aux troubles de santé mentale et de développement. En effet, nos observations mettent l'accent sur la variabilité des attitudes et des croyances des professionnel(le)s de soins de santé primaires à l'égard de la maladie mentale et de l'âge de consentement au traitement, du niveau de confort et de confiance à discuter des problèmes de santé mentale avec les adolescents et leur famille,

et des connaissances et des compétences nécessaires pour détecter, diagnostiquer, traiter ou aiguiller. Néanmoins, il est encourageant de savoir que la plupart des professionnel(le)s de soins de santé primaires indiquent vouloir améliorer leur formation en santé mentale, mais précisent que le temps est le plus grand obstacle pour le faire efficacement.

La formation en santé mentale aux professionnel(le)s en soins primaires est offerte à deux niveaux : la résidence et la formation médicale continue (FMC). En réfléchissant au développement des programmes de résidence, il a été proposé que les étudiants en médecine soient formés par un éventail de professionnel(le)s de la santé en lien avec la santé mentale (tels que les médecins de famille, les psychiatres et les psychologues), que les méthodes d'apprentissage soient variées (p. ex. les patients simulés) et qu'ils partagent leurs stages cliniques avec d'autres spécialités et d'autres disciplines afin de stimuler les connaissances et la collaboration interdisciplinaire. La résidence peut aussi être renforcée par la promotion de la participation des résidents dans des projets de soins partagés ou en collaboration, par des stages cliniques au sein d'équipes interdisciplinaires, par une plus grande attention à l'intersection entre les problèmes de santé mentale et les conditions médicales pendant leurs stages cliniques, et par une augmentation des opportunités de consultation au cours de leur formation. En ce qui concerne la FMC, il a été proposé de mettre davantage l'accent sur le diagnostic, la gestion des cas de santé mentale et le développement des compétences interprofessionnelles nécessaires aux soins en collaboration. La FMC devrait aussi refléter le contexte des pratiques locales et des besoins de la communauté en impliquant des spécialistes et des organismes communautaires locaux, et en favorisant de solides partenariats.

3. DAVANTAGE D'OCCASIONS POUR LES SPÉCIALISTES EN SANTÉ MENTALE D'OBTENIR DE LA FORMATION SUPPLÉMENTAIRE SUR LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE EN CONTEXTE DE SOINS PRIMAIRES

On présume souvent que les professionnel(le)s de la santé spécialisé(e)s en santé mentale savent comment travailler en collaboration. Cependant, ce rapport démontre que peu de spécialistes en santé mentale comprennent clairement comment les professionnel(le)s de soins de santé primaires doivent composer avec un système de santé financé par les fonds publics, quelles informations les professionnel(le)s de soins de santé primaires ont besoin pour coordonner les services de santé physique et mentale, ou comment leur propre pratique s'inscrit au sein du système de soins de santé. Dans la même optique que nos recommandations ci-dessus, nous suggérons que le cursus des disciplines pertinentes, telles que la psychologie, le travail social et la psychiatrie, devrait également comprendre les concepts de soins de santé mentale partagés et en collaboration parmi leurs exigences de formation. Des professionnel(le)s de soins de santé primaires devraient idéalement participer dans l'enseignement d'une partie de ce programme. Des occasions cliniques pour une formation

spécifique sur les services de santé mentale en contexte de soins primaires devraient aussi être offertes. Ceci inclut par exemple, des expériences de consultation et de soutien aux professionnel(le)s de soins de santé primaires au sein d'une équipe de soins primaires, de thérapies individuelles, familiales et de groupe (psychoéducation et programmes de formation parentale) dans un contexte de soins primaires. Les principes des soins partagés ou en collaboration dans le domaine de la santé mentale devraient faire partie des valeurs mises de l'avant par toutes les associations et ordres provinciaux réglementant les professions liées à la santé mentale.

4. ÉLABORATION DE LIGNES DIRECTRICES ET DE VOIES CLINIQUES NORMALISÉES

Il n'existe pas actuellement de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour soutenir les communautés dans la mise en place de voies cliniques en santé mentale pédiatrique. Les communautés de l'Ontario sont diverses dans leur composition et dans leurs besoins (p. ex. éloignées ou rurales, francophones), ce qui signifie qu'il n'existe pas de solution unique qui s'applique à tous. Cependant, nous croyons que les principes suivants, issus de l'approche par paliers et du cadre MSMC, peuvent aider chaque communauté à élaborer des lignes directrices portant sur la façon de mettre en œuvre des soins en collaboration et des voies cliniques efficaces entre les soins primaires et les services de santé mentale communautaire pour enfants et adolescents. Les voies cliniques doivent comprendre des formulaires d'aiguillage normalisés établis conjointement par les professionnel(le)s de soins de santé primaires et de santé mentale communautaire, ainsi que des accords formels régissant les attentes en matière de communications. L'élaboration de lignes directrices n'est que la première étape, il faut ensuite assurer la surveillance et la fidélité de la mise en œuvre pour soutenir les prises de décisions futures.

5. INTÉGRATION DES OUTILS NORMALISÉS EN SOINS PRIMAIRES

Compte tenu du temps limité que possèdent les professionnel(le)s de soins de santé primaires et du vaste éventail de symptômes de santé mentale à couvrir, l'utilisation d'outils normalisés peut soutenir les professionnel(le)s de soins de santé primaires dans le dépistage des enfants et des adolescents qui pourraient avoir besoin d'une évaluation en santé mentale plus complète. Des outils normalisés peuvent être employés pour : (1) normaliser et simplifier l'identification des symptômes et des maladies par les professionnel(le)s de soins de santé primaires; (2) aider à créer des voies cliniques comparables partout dans la province et favoriser une accessibilité uniforme; (3) aider à la prise de décisions cliniques; (4) surveiller l'évolution des symptômes dans le temps et noter l'efficacité des traitements, (5) déterminer la sévérité du trouble et de l'altération du fonctionnement. Il existe de multiples obstacles à une mise en œuvre réussie, y compris la nécessité d'une formation pour interpréter les résultats, le temps consacré à l'administration et à la cotation des questionnaires et les coûts.

Quelques chercheurs et certains membres des familles mettent en garde contre la surutilisation des outils normalisés, car ceux-ci sont utiles uniquement si leurs résultats ont un effet direct sur la prise de décisions et qu'ils sont soutenus par des ressources pratiques additionnelles qui peuvent améliorer les résultats des soins de santé mentale.

Nous recommandons l'utilisation d'outils normalisés qui peuvent être facilement administrés, interprétés et utilisés dans les deux secteurs. Ainsi, les outils normalisés peuvent fournir un langage commun entre les professionnel(le)s de la santé (principes communimétriques) et ils pourraient faire partie du processus d'aiguillage. Nous recommandons que les professionnel(le)s de soins de santé primaires aient accès à un menu d'outils s'appuyant sur des données probantes qui inclut les spécifications des outils (p. ex. le groupe d'âge, la durée, la vérification des symptômes généraux par rapport aux symptômes spécifiques). Les outils admissibles devraient avoir une validité apparente, présenter une psychométrie valable pour les soins primaires, être faciles à administrer et à noter, être disponibles dans le domaine public (c.-à-d. gratuits) ou à faible coût, et être facilement intégrables à un système d'information clinique et au déroulement des activités journalières.

6. ÉTABLIR DES PRATIQUES DE FACTURATION ET DE REMBOURSEMENT EFFICACES QUI SOUTIENNENT LES SOINS DE SANTÉ MENTALE

Nous devons réviser les incitatifs et les dissuasifs qui existent pour la prestation de soins en santé mentale pédiatrique dans le contexte des soins primaires. Les pratiques de facturation et de remboursement actuelles ont été critiquées, car elles ne prennent pas en considération les défis et la nature uniques des soins de santé mentale pour enfants et adolescents. Plusieurs professionnel(le)s de soins de santé primaires ont demandé davantage d'incitatifs pour évaluer les problèmes de santé mentale, pour utiliser des outils normalisés et pour pouvoir consulter et collaborer avec des services de santé mentale communautaire pour enfants et adolescents, toutes ces actions nécessitant énormément de temps. La transition des modèles de paiement à l'acte vers des modèles de paiement par épisode de soins ou des modèles de foyers médicaux a aidé à améliorer la performance aux États-Unis (Baker et Axler, 2015). Cependant, nous devons trouver ce qui fonctionnera le mieux pour les citoyens de l'Ontario. Par ailleurs, certains ont déclaré que l'inclusion de la santé mentale dans notre couverture de soins de santé provinciale réduirait les listes d'attente puisque nous sous-utilisons une bonne partie de nos spécialistes en santé mentale travaillant en pratique privée en raison des limites de la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario. Bien que cette option puisse entraîner des changements significatifs à notre système de soins de santé, elle vaut la peine d'être prise en considération.

7. MOBILISATION DES FAMILLES ET DES ADOLESCENTS À TOUS LES NIVEAUX DU PROCESSUS DE CHANGEMENT ET DE SURVEILLANCE

Conformément à d'autres initiatives nationales et provinciales, nous croyons que l'intégration des adolescents et leur famille à tous les niveaux du processus de changement assurera que les soins primaires et les services de santé mentale soient réceptifs aux besoins des Ontariennes et des Ontariens. Cependant, bien qu'on observe une reconnaissance grandissante de l'importance de consulter les enfants, les adolescent(e)s et leur famille, il est rare que la mobilisation des familles et des adolescents se produise de façon à en tirer le maximum de bénéfices et d'effets (Cannon, Matthews et Cairns, 2013). La mobilisation des familles et des adolescents doit aller au-delà de la conformité au traitement, de la participation ou de l'engagement dans les choix portant sur leurs soins (Connaissances à l'horizon, 2016). La mobilisation des familles et des adolescents, lorsqu'il s'agit de prodiguer des soins, signifie un partenariat actif entre les familles et les prestataires de soins, ce qui consiste à écouter ce que les familles ont à dire, à participer à une communication bidirectionnelle et à considérer les familles comme des partenaires et des alliés en matière de santé mentale des enfants et des adolescents (Connaissances à l'horizon, 2016). Elle comprend aussi des partenariats actifs entre les familles, les chercheurs, les décideurs et les professionnel(le)s pour que tous travaillent ensemble afin d'améliorer le processus des soins de santé mentale. Une mobilisation appropriée serait d'engager les adolescents et les familles possédant une expérience vécue dans l'ensemble des étapes de planification, ce qui peut faire de la lumière sur la façon dont les clients sont aiguillés entre les différents services, peut aider à optimiser leur trajectoire et peut agir en tant que mécanisme de responsabilisation pour faire en sorte que le système de soins de santé se comporte de façon à leur être bénéfique.

8. LA NÉCESSITÉ DE POURSUIVRE LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION

Les résultats de ce rapport prêt pour les politiques mettent l'accent sur le besoin de recherches plus exhaustives et ciblées sur le sujet. Nous devons investir davantage dans la recherche pour déterminer quels modèles serviront le mieux les soins de santé mentale des enfants et des adolescents, les techniques de gestion propres aux troubles en soins primaires et l'utilité des programmes de formation. Davantage de recherches servant à définir quels modèles sont les meilleurs pour des populations complexes sont nécessaires, tels que les diagnostics mixtes et les troubles concomitants, et pour différentes populations. Un financement continu de la recherche fondée sur des données probantes portant sur les interventions en santé mentale des enfants et des adolescents est aussi nécessaire, puisque tous les modèles de soins sont limités par l'efficacité des traitements actuellement disponibles. De plus, nous devons collecter toute une gamme d'indicateurs pertinents et produire des rapports afin d'évaluer la performance actuelle et de surveiller les retombées et la viabilité à court et à long terme de ces modèles. Des indicateurs tels que : les déterminants sociaux de la santé, la mise en œuvre, l'admission, la satisfaction des intervenants, les résultats pour les enfants, etc. Nous devrions non seulement suivre l'évolution des résultats issus de rencontres individuelles, mais aussi celle des soins en collaboration entre les professionnel(le)s de soins de santé primaires et ceux offrant des services de santé mentale communautaire pour enfants et adolescents. En ce qui concerne la mise en œuvre des changements dans les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents, les exigences de responsabilisation devraient être établies au moyen de cibles de qualité et d'échéanciers d'amélioration. Des métriques de responsabilisation utiles incluent : des mesures des retombées pour la santé, la qualité des soins, l'accès aux soins, l'efficacité, l'équité, les retombées de l'expérience vécue et l'engagement du client. Cela signifie qu'il nous faut un engagement à l'égard d'évaluations planifiées des programmes. Le présent rapport souligne aussi les avantages potentiels d'une utilisation généralisée des systèmes d'information clinique (aussi appelés DME) lesquels pourraient fournir des données pour des analyses plus détaillées des pratiques cliniques et de leurs résultats.

Conclusions

Les recommandations présentées dans le présent document sont intégrées et interconnectées. Ensemble, elles peuvent améliorer l'interface entre les soins de santé primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents. Tenant compte des discussions et des réformes actuellement en cours en Ontario, il se présente une excellente occasion d'aller de l'avant

avec ces recommandations et ces modèles de soins fondés sur des données probantes afin de soutenir une meilleure collaboration entre les secteurs, la création de soins continus et, ultimement, l'amélioration de la santé mentale des enfants et des adolescents à l'échelle provinciale.

Contexte

Le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (le Centre) travaille au soutien des organismes de santé mentale pour enfants et adolescents à l'échelle de la province en recourant à des données probantes pour renforcer les soins. Au niveau des zones de services, le Centre offre une gamme d'outils collaboratifs, de ressources et de services pour renforcer les compétences et les connaissances tout en favorisant la pratique fondée sur des données probantes et l'amélioration des résultats en santé mentale pour les enfants et les adolescents. Au niveau du système, le Centre soutient et mène des approches coordonnées et cohérentes fondées sur des données probantes afin d'améliorer la planification et la prestation des services.

Les communications prêtes pour les politiques du Centre rassemblent les dernières données sur un sujet d'intérêt dans le but d'élaborer des politiques en santé mentale des enfants et des adolescents. L'élaboration de ces documents commence par une vaste consultation auprès des principaux intervenants (décideurs, dirigeants d'organismes, jeunes et familles) et ils sont préparés avec l'aide d'éminents experts qui examinent les plus récentes données probantes sur des sujets particuliers et qui formulent des recommandations ciblées et réalisables pour la prise de décisions. Le Centre a élaboré 16 communications prêtes pour les politiques depuis 2008, sur un éventail de sujets comprenant : la gouvernance dans le cadre de la transition du secteur de la santé mentale des enfants et des jeunes de l'Ontario; un processus de planification fondé sur la valeur pour l'allocation des services essentiels; répondre aux besoins en matière de santé mentale des enfants et des jeunes nouvellement arrivés en Ontario, et la santé mentale des enfants en bas âge (0 à 6 ans).

Justification et objectifs du présent rapport

Les discussions au sujet de la réforme des soins de santé primaires présentement en cours dans la province, de même que la mise en place d'activités particulières (menées par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse) faisant partie de l'initiative *Pour l'avancement de la santé mentale* ont soutenu les communautés pour qu'elles collaborent dans tous les secteurs afin d'assurer des soins continus qui répondent aux besoins en santé mentale des enfants et des adolescents de l'Ontario. Voici donc une occasion

de recueillir des connaissances concernant des modèles de soins fondés sur des données probantes qui peuvent être utiles dans le contexte ontarien et de faire des recommandations pour le développement de politiques visant à renforcer le système de soins primaires en santé mentale. Les recommandations présentées dans le présent rapport sont intégrées et interconnectées. En d'autres mots, le travail fait dans un domaine pour renforcer l'interface entre les soins primaires et les établissements de services communautaires de santé mentale pour les enfants et les adolescents va influencer la mise en œuvre d'autres activités visant à atteindre cet objectif.

Plusieurs familles se présentent tout d'abord au service des urgences de leur centre hospitalier ou rencontrent leur médecin de famille lorsqu'elles font face à un problème de santé mentale, nouveau ou établi. Les médecins avouent cependant être souvent mal outillés pour diagnostiquer et gérer les problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents, tout particulièrement lorsque les besoins sont complexes. D'un autre côté, bien que les services communautaires de santé mentale pour les enfants et les adolescents possèdent l'expertise pour gérer de tels problèmes, ils ont été historiquement mis à l'écart du reste du système de soins de santé. Cela souligne la nécessité de développer un système de soins de santé mentale qui maximiserait l'emploi de tous les professionnel(le)s de la santé. Afin d'améliorer l'accès aux soins, leur qualité et les résultats, il a été suggéré d'établir des partenariats de soins en collaboration, intégrés et coordonnés, entre les secteurs des soins primaires et ceux des services de soins communautaires en santé mentale des enfants et des adolescents.

Par le passé, la recherche et les recommandations sur ce sujet ont porté principalement sur les services de santé mentale destinés aux adultes ou se sont intéressés aux services de santé mentale dans leur ensemble sans s'attarder de manière spécifique aux besoins uniques des enfants et des adolescents. Au Canada, il n'existe pas de consensus sur la façon dont l'interface entre les soins primaires et les soins communautaires de santé mentale devrait être gérée et, en conséquence, les services de santé mentale pédiatrique demeurent fragmentés.

Selon la Commission des déterminants sociaux de la santé (2008) de l'OMS, il apparaît de plus en plus clairement que les membres de groupes minoritaires, marginalisés et opprimés subissent des

iniquités quant à leur état de santé, à leur accès aux services et à la qualité de leurs soins. Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs sociaux, environnementaux, politiques et économiques clés (par exemple, une éducation abordable, la piètre qualité des logements, l'exposition à la violence dans la communauté) qui influencent l'état de santé (Khanlou, 2003). En élargissant ce point de vue au contexte de la santé mentale, le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) définit l'équité en matière de santé comme étant le fait de « favoriser l'égalité des chances afin d'offrir une bonne santé pour tous et réduire des différences évitables et injustes en matière de santé entre les groupes de population » (2012). Nous adoptons cette optique tout au long de notre article et nous fondons notre recherche documentaire et les recommandations de principes connexes sur la compréhension que de profondes iniquités en matière de santé et de santé mentale persistent sur plusieurs plans (éthique, culturel, linguistique, économique, géographique, etc.) parmi les Canadiens. Ceux-ci doivent être pris en considération lors de la mise en œuvre de changements dans les soins de santé mentale des enfants et des adolescents en Ontario.

Les objectifs proposés par la présente communication prête pour les politiques sont les suivants :

- faire la synthèse des données probantes actuelles liées à l'interface entre les secteurs des soins primaires et des services communautaires de santé mentale aux enfants et aux adolescents
- explorer les modèles éclairés par des données probantes utilisés pour orienter le travail dans ce domaine au moyen d'une analyse du contexte
- entreprendre des consultations ciblées auprès de la clientèle des services en Ontario (les enfants, les adolescents et leur famille) pour mieux comprendre leurs besoins en matière de santé mentale et entendre leur opinion au sujet de ce qui fonctionne bien ou mal
- formuler une série de recommandations de principe visant à renforcer la façon dont les soins primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents fonctionnent pour soutenir la prestation des services de santé mentale aux enfants et aux adolescents en Ontario.

L'objectif du présent document est d'explorer des modèles conceptuels et de faire des recommandations là où des lacunes ont été décelées. L'objet du présent document n'est pas d'évaluer ni de fournir des données probantes au sujet d'outils, de programmes ou de voies pathologiques cliniques spécifiques, mais plutôt de se concentrer sur les facteurs communs et les modèles généraux afin d'améliorer le vaste spectre des soins de santé mentale.

Participation des intervenants et mobilisation des connaissances

L'engagement du Centre envers la participation des intervenants et la mobilisation des connaissances est manifesté à tous les niveaux de ce projet. Dès le début du processus d'élaboration du présent document, des responsables des politiques, des chercheurs, des prestataires de services, des professionnel(le)s de soins de santé primaires, des représentants des familles et des adolescent(e)s et d'autres décideurs provenant de tous les secteurs ont participé à la planification de ces rencontres. Des entrevues auprès d'intervenants clés et de groupes de réflexions ont été menées dans le cadre du processus de consultation, et les participants ont eu l'occasion de réviser les résultats de ces consultations et de les commenter. Finalement, des représentants des familles et des adolescents, de même que plusieurs prestataires de services et des chercheurs ont formé le Comité consultatif sur les communications prêtes pour les politiques (CCCPP), lequel a offert des orientations et des conseils tout au long du processus d'élaboration. Certains membres choisis ont aussi fait partie de l'équipe de rédaction.



Introduction

Les besoins en matière de santé mentale des enfants et des adolescents

On estime que jusqu'à 75 pour cent de tous les troubles de santé mentale se déclenchent avant l'âge de 24 ans (Kessler et coll., 2005). La santé mentale pédiatrique et les troubles liés à la consommation de substances sont associés à de la détresse et à des handicaps fonctionnels, y compris : une qualité de vie diminuée, des échecs scolaires et professionnels, une mauvaise santé sexuelle et génésique, des problèmes avec les pairs et la famille, des problèmes au travail, des activités criminelles et une mort prématurée (Mash et Barkley, 2006; Costello, 1989; Wissow, van Ginneken, Chandna et Rahman, 2016). En fait, le suicide représente la deuxième cause de décès en importance chez les adolescents canadiens âgés de 15 à 24 ans, après les blessures non intentionnelles, telles que les accidents de la route (Statistiques Canada, 2009). De plus, plusieurs schémas de comportement relatifs à la santé qui contribuent à la morbidité et à la mortalité à l'âge adulte s'installent dès l'adolescence (p. ex. l'obésité, le tabagisme, l'utilisation de substances) (Mash et Barkley, 2006; Asarnow, Rozenman, Wiblin et Zeltzer, 2015).

Au Canada et aux États-Unis, on croit qu'à tout moment, jusqu'à 20 pour cent des enfants et des adolescents souffrent d'une maladie mentale (Waddell, McEwan, Shepherd, Offord et Hua, 2005; Kirby et Keon, 2004; équipe de recherche MHASEF, 2015). Parmi ces adolescents, plus de la moitié ont au moins deux maladies mentales cooccurrentes (Kirby et Keon, 2004) et ils vivent avec des handicaps fonctionnels importants (Costello, Egger et Angold, 2005). On s'attend à ce que ces chiffres ne cessent d'augmenter à l'avenir (Leitch, 2007).

Malgré des taux de problèmes de santé mentale similaires à ceux des adultes, les enfants sont quatre fois moins susceptibles d'avoir eu un contact avec des services de santé mentale (Nadeau et coll., 2012). En fait, moins de 25 pour cent des adolescents qui ont reçu un diagnostic de trouble de santé mentale reçoivent un traitement (équipe de recherche MHASEF, 2015) et ce nombre chute à 20 pour cent en milieu rural au Canada (Zayed et coll., 2016). Bien que le coût financier des services de santé mentale soit considérable, les coûts directs et indirects à la société engendrés par l'absence de services appropriés pour les troubles de santé mentale pédiatriques sont beaucoup plus grands. Cela inclut la perte de productivité associée au défaut de terminer le secondaire, les coûts de la justice pénale, les pertes au travail engendrées par la santé mentale, les pertes de revenus liées aux cotisations à l'assurance emploi et aux impôts, l'augmentation des coûts de soutien et des frais médicaux associés à la condition physique (McGorry, Purcell, Hickie et Jorm, 2007; Mash et Barkley, 2006). Selon Access Economics, pour

chaque 1,00 \$ dépensé, on calcule de 3,26 \$ à 5,60 \$ en retour sur l'investissement pour la prévention et le traitement des maladies mentales pédiatriques (Mathias et coll., 2015).

Le contexte des soins primaires

Le milieu des soins primaires offre une occasion unique d'aborder les besoins des enfants et des adolescents dans le domaine de la santé mentale puisque les professionnel(le)s de soins de santé primaires sont en contact de manière régulière et à long terme avec des enfants et des adolescents, souvent avant même que les enfants ne commencent l'école (Simonian, 2006). En Ontario, 71 pour cent des élèves de la 7^e à la 12^e année ont indiqué avoir rencontré un médecin au cours de la dernière année (Boak, Hamilton, Adalf, Henderson et Mann, 2015). Cependant, les taux de reconnaissance des symptômes de santé mentale par les professionnel(le)s de soins de santé primaires continuent d'être inférieurs aux taux de prévalence, ce qui suggère un sous-diagnostic important. (Sayal et Taylor, 2004; Kramer et Garralda, 2000). Le fait que seulement 2 à 12 pour cent des consultations d'enfants ou d'adolescents atteints d'un trouble de santé mentale pouvant être diagnostiqué auprès de professionnel(les) de la santé spécialisé(e)s en soins primaires portent explicitement sur des préoccupations concernant la santé mentale pourrait être l'une des raisons. (Vallance, Kramer, Churchill et Garralda, 2011; Cullen, Broderick, Connolly et Meagher, 2012). Néanmoins, 32 pour cent des adolescents affirment qu'ils consulteraient d'abord leur médecin de famille s'ils pensaient souffrir d'une maladie mentale (Davidson et Manion, 1996) et les familles vont tout d'abord se présenter au service des urgences de leur centre hospitalier ou chez leur médecin de famille lorsqu'elles ont à faire face à des problèmes de santé mentale émergents (Gandhi et coll., 2016).

Plusieurs familles avouent avoir besoin d'établir une relation de confiance avec leur professionnel(le) de la santé spécialisé(e) en soins primaires pour se sentir à l'aise de dévoiler des informations en matière de santé mentale (Sayal et coll., 2010). D'un autre côté, la recherche a démontré que les familles doivent divulguer des informations psychosociales jusqu'à quatre fois au cours d'une seule consultation pour qu'un diagnostic soit établi, mais qu'une seule fois est nécessaire pour aiguiller une personne (Lynch, Wildman et Smucker, 1997). Il a été démontré que la gravité des symptômes, le degré du handicap, un trouble d'extériorisation, la préoccupation des parents et la demande d'aiguillage sont des éléments qui augmentent la probabilité de leur reconnaissance par un professionnel(le) de la santé spécialisé(e) en soins primaires (Vallance et coll., 2011). Seuls le fardeau parental perçu et la préoccupation des parents augmentaient la probabilité d'être aiguillés vers des services de santé mentale (Vallance et coll.,

2011; Hacker, Goldstein, Link et Wissow, 2013). Il a été démontré que la perception de l'attitude de leur professionnel(le) de la santé spécialisé(e) en soins primaires envers les questions de santé mentale de même que ses habiletés interpersonnelles et de communication influencent la recherche d'aide découlant de préoccupations en santé mentale chez les enfants et les adolescents (Sayal et coll., 2010; Biddle, Donovan, Gunnel et Sharp, 2006).

Bien que les problèmes de santé mentale soient fréquents en soins primaires, plusieurs éléments dissuasifs découragent les professionnel(le)s de la santé spécialisé(e) en soins primaires d'investiguer et de traiter de tels problèmes (Ashcroft, Silveira et Mckenzie, 2016). Les codes de facturation actuels ont été critiqués depuis l'instauration des systèmes par capitation, qui allouent des frais fixes par patient, car ils ne prennent pas en compte le plus lourd fardeau des soins requis lorsque l'on traite un nouveau problème de santé mentale ou un problème exacerbé, ni la superposition de problèmes de santé physique et mentale (CAMH, 2016). De plus, les systèmes de rémunération actuels ne couvrent pas les services indirects (contacts en l'absence du client) comme les discussions de cas, l'avis d'un spécialiste ou les consultations (Kates et coll., 1996). En fait, la plupart des incitatifs de facturation sont fondés sur les domaines de pratique, le pourcentage de clients¹ inscrits, le type de services fournis et la catégorie de diagnostic. Par exemple, les soins pour les *problèmes de développement et de comportement des personnes et des familles* sont payables à un tarif plus élevé uniquement aux pédiatres, dont la rémunération annuelle à l'acte dans cette catégorie est supérieure de 35 pour cent lorsqu'ils peuvent démontrer qu'ils possèdent une formation en santé mentale des enfants et des adolescents (MOHLTC, 2015). Des services similaires rendus par des médecins de famille ou des pédiatres qui ne répondent pas à ces critères sont rémunérés à un tarif moindre (MOHLTC, 2015).

Le contexte des services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents

Les voies d'accès aux soins de santé mentale des enfants et des adolescents sont souvent multidirectionnelles et complexes (Sayal, 2006). Alors que certaines familles accèdent directement aux services communautaires sans aiguillage, d'autres sont mises en contact avec ces mêmes services après avoir été admises dans un établissement hospitalier, sont aiguillées par leur professionnel(le) de la santé spécialisé(e) en soins primaires ou sont fortement encouragées à obtenir des services par le système scolaire. La demande pour des services communautaires en santé mentale aux enfants et aux adolescents est grande et en augmentation, alors que l'accessibilité au professionnel(le)s de la santé approprié(e)s est faible (Healy, Naqvi, Meagher, Cullen et Dunne, 2013), ce qui entraîne de longues listes d'attente. Les temps d'attente varient en fonction des régions, des services demandés et du niveau de

Les familles ont souligné les pressions financières qui découlent de l'absence de financement pour les traitements de santé mentale dans la communauté, de la perte de travail, du coût des transports et des frais de garde pour les frères et les sœurs.

priorité clinique, mais ils peuvent facilement atteindre une année, ce qui dépasse largement les points de repères en matière de temps d'attente proposés par l'Association des psychiatres du Canada qui sont de 24 heures pour les soins d'urgence majeure, de deux semaines pour les soins d'urgence mineure et d'un mois pour les soins sur rendez-vous (Kowalewski, McLennan et McGrath, 2011; Association des psychiatres du Canada, 2006). Ce problème est encore plus criant dans les régions rurales ou éloignées où l'accessibilité à des professionnel(le)s de la santé spécialisé(e)s en santé mentale avec une expertise spécifique aux enfants et aux adolescents est rare (Zayed et coll., 2016).

Le coût élevé des soins et les restrictions des polices d'assurance en ce qui a trait aux services de santé mentale sont un autre obstacle important à un accès adéquat aux services communautaires (Kelleher, Taylor et Rickert, 1992). En Ontario, bien que les organismes communautaires soient financés par l'État et que le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (RAMO) couvre les traitements administrés par les médecins, les psychothérapies prodiguées par des professionnel(le)s spécialisé(e)s en santé mentale (psychologues, travailleurs(es) sociaux(les), conseiller(ère)s en pratique privée) sont payées à l'acte et elles peuvent rapidement devenir très coûteuses. D'autres préoccupations financières incluent l'emplacement et les heures d'ouverture des services de santé mentale (ACCSP, NICYMHCA et PCECYMH, 2010). Les rendez-vous liés à la santé mentale requièrent souvent que la famille prenne congé du travail et que les enfants s'absentent de l'école. Dans le cas de familles aux moyens financiers limités ou d'adolescents plus âgés qui veulent obtenir des services par eux-mêmes, les contraintes de transport et les coûts supplémentaires associés aux déplacements peuvent mener à une faible participation (CAPHC, NICYMHCA et PCECYMH, 2010).

L'interface entre les soins primaires et le contexte communautaire

On reconnaît de plus en plus que des soins interdisciplinaires en collaboration dédiés aux conditions chroniques, comme les maladies mentales, sont profondément nécessaires. En 2015, le gouvernement de l'Ontario a rendu public un document intitulé *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé*,

¹ Nous reconnaissons que l'on fait référence aux utilisateurs des services comme étant des « patients » dans un contexte médical et des « clients » dans un contexte communautaire. Par souci d'uniformité tout au long de la présente communication prête pour les politiques, nous avons utilisé le terme « clients » lorsque nous faisons référence aux utilisateurs des services dans ces deux secteurs.

qui cherche à apporter des changements reliés à l'accessibilité et à la coordination des soins entre les soins primaires et les soins communautaires, incluant les soins en santé mentale. De manière similaire, l'Ontario Medical Association (OMA) croit que les soins interdisciplinaires en collaboration pour les maladies chroniques « vont nécessiter le leadership des médecins, de la formation et du perfectionnement professionnel portant sur la collaboration et le partage des soins, ainsi que la mise en place de processus de communication formels et fonctionnels, l'établissement de la confiance et du respect entre tous les professionnel(le)s de la santé, l'identification des buts communs pour le [client] et le système, et l'utilisation de systèmes de soutien cliniques et administratifs » (OMA, 2015).

Au sein du système de santé mentale, les deux plus grands obstacles à des partenariats harmonieux entre les soins primaires et les services communautaires de santé mentale aux enfants et aux adolescents sont l'isolement professionnel et la mauvaise communication entre les professionnel(le)s de la santé (Kolko, 2009). Les professionnel(le)s de la santé, tout comme les clients, indiquent que d'importantes informations fondamentales sont souvent communiquées de manière inadéquate, menant à des soins fragmentés (par exemple, la présentation du problème, savoir si un diagnostic a été obtenu, obtenir des rapports antérieurs et l'historique des services ; Hacker et coll., 2013). Les professionnel(le)s de la santé des deux secteurs relèvent aussi de faibles taux d'intercommunication (Greene, Ford, Ward-Zimmerman et Foster, 2015) et ils mentionnent que leurs rôles et leurs responsabilités respectifs sont mal délimités et mal compris (Heneghan et coll., 2008; Greene et coll., 2015). Des obstacles additionnels ont été déterminés, notamment : des incitatifs financiers contradictoires, le manque de dossiers de santé électroniques interopérables et des problèmes en ce qui a trait aux

rôles professionnels et au partage des responsabilités entre les différent(e)s professionnel(le)s de la santé et établissements de soins (OMA, 2015).

Les décideurs comme les chercheurs croient donc que le système de santé mentale a non seulement besoin de plus d'investissements et d'un plus grand nombre de professionnel(le)s de la santé spécialisé(e)s en santé mentale pour s'attaquer aux longues listes d'attente et à l'accessibilité limitée, mais qu'il a aussi besoin d'une meilleure intégration (Kutcher, Davidson et Manion, 2009; Kolko et Perrin 2014). En d'autres mots, les enfants et les adolescents ont besoin de la bonne combinaison de services, au moment opportun et au bon endroit.

Certains professionnel(le)s de la santé spécialité(e)s en soins primaires préféreraient envoyer les enfants et les adolescents au service des urgences puisqu'ils avaient une chance d'être vus plus rapidement que s'ils étaient référés aux services de santé mentale communautaires pour enfants



Méthodes

Dans le cadre de l'élaboration de la présente communication prête pour les politiques, nous avons entrepris des consultations ciblées auprès d'un large éventail d'intervenants clés, effectué une revue exploratoire de la littérature et réalisé une analyse du contexte des pratiques provinciales, nationales et internationales actuelles. Nous croyons que ces méthodes nous ont permis de mieux comprendre les besoins des clients utilisant les services en Ontario (les enfants, les adolescents et leur famille), quelles pratiques collaboratives sont soutenues par des données probantes et quels modèles sont utilisés dans la province et à l'étranger.

Entrevues et groupes de réflexion avec les intervenants clés

Les intervenants suivants ont été consultés pour mieux comprendre l'état actuel de l'interface entre les soins primaires et la santé mentale des enfants et des adolescents : des représentants du ministère, des adolescents de moins de 24 ans ayant une expérience vécue, des familles avec une expérience de recherche de soutien en santé mentale pour leur enfant ou leur adolescent, des professionnel(le)s de soins de santé primaires (médecins de famille, pédiatres, infirmier(ère)s praticien(ne)s, spécialistes en rhumatologie pédiatrique, chefs de file en santé mentale, médecins en chef et psychiatres de RLISS), et des professionnel(le)s de la santé offrant des services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents. La stratégie de recrutement variait en fonction du groupe d'intervenants donné :

INTERVENANT	STRATÉGIE DE RECRUTEMENT
Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ) et ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD)	Une liste provenant du MSEJ a été reçue et elle comprenait le nom de 34 professionnel(le)s issus du MSEJ et du MSSLD pouvant être éventuellement inclus. Un courriel a tout d'abord été envoyé aux personnes figurant sur la liste, puis le coordonnateur de projet du Centre a fait un suivi individuel auprès des candidats pour augmenter la participation.
Adolescents	Des dépliants de recrutement bilingues ont été préparés en vue d'inviter des adolescents ayant une expérience vécue et un contact avec des soins primaires au cours des cinq dernières années à participer à une entrevue d'intervenants clés ou à un groupe de réflexion en personne. Ces dépliants de recrutement ont été envoyés par le conseiller auprès des adolescents du Comité consultatif sur les communications prêtes pour les politiques et du représentant des familles à l'ensemble de leurs réseaux.
Familles	Le recrutement pour les entrevues d'intervenants clés dédiées aux familles a eu lieu selon une démarche graduelle. Le premier envoi a été posté à un groupe de meneurs composé de 33 membres. Le second message a été envoyé aux personnes figurant sur la liste de distribution de l'association Parents for Children's Mental Health (PCMH) par l'intermédiaire de son infolettre.
Professionnel(le)s de la santé offrant des services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents	Le message de recrutement a été composé par les courtières du savoir du Centre et envoyé par courriel aux organismes responsables de l'initiative Pour l'avancement de la santé mentale du MSEJ afin de les inviter à participer à l'un des deux groupes de réflexion téléphoniques prévus.
Professionnel(le)s de la santé spécialisé(e) en soins primaires	Le message de recrutement a été composé et envoyé par courriel aux chefs d'équipe en soins primaires des 14 RLISS, à différents membres du Comité consultatif sur les communications prêtes pour les politiques pour qu'ils le distribuent dans leurs réseaux, à différents réseaux représentant un certain nombre d'associations professionnelles et à différents centres d'accès aux services de santé pour Autochtones. Le message de recrutement a aussi été transmis par les professionnel(le)s de la santé offrant des services communautaires à leurs réseaux de soins primaires.



Ces consultations n'avaient pas la prétention d'être exhaustives, mais un effort a été fait pour s'assurer qu'il y ait une représentation régionale parmi chacun des groupes d'intervenants suivants : Nord, Ouest, Centre, Est et Toronto. Nous avons animé un groupe de réflexion en personne à Ottawa composé de six participants adolescents ayant une expérience vécue, deux groupes de réflexion téléphoniques avec 19 professionnel(le)s de la santé offrant des services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents, et un groupe de réflexion téléphonique avec deux membres de familles. Nous avons réalisé des entrevues avec différents intervenants clés de partout dans la province, incluant neuf membres de familles, huit adolescents, deux professionnel(le)s de la santé offrant des services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents, et dix professionnel(le)s de soins de santé primaires. Nous sommes conscients que les familles et les adolescents possédant une expérience vécue qui ont participé peuvent ne pas être représentatifs de tout le spectre des complexités et, en raison de la nature des consultations, pourraient en avoir retiré moins de résultats positifs globalement. Les questions des entrevues et des groupes de réflexion portaient sur l'accessibilité aux services, l'expérience et la prestation des services, l'intégration et l'interface des services et les recommandations pour l'amélioration et l'évaluation (voir l'annexe A).

Revue exploratoire de la littérature

Afin de déterminer si les partenariats de soins en collaboration, intégrés et coordonnés, entre les secteurs des soins primaires et des services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents peuvent améliorer l'accessibilité aux soins, leur qualité et les résultats, les bases de données suivantes ont été fouillées : Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations et Ovid MEDLINE(R) (de 1946 à aujourd'hui), Embase Classic + Embase (de 1947 au 2 juin 2016), PsycINFO (de 1806 à la semaine du 4 mai 2016), EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials (Avril 2016), EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews (de 2005 au 2 juin 2016) et EBM Reviews - Cochrane Methodology Register (3ème quart de 2012). Cette recherche a produit un total de 5 409 articles. Cinquante articles supplémentaires ont été retrouvés sur des listes de références. Les articles portant sur des problèmes de santé physique, des services de soins tertiaires, des populations mixtes sans données spécifiques

aux enfants et aux adolescents ou aux populations adultes ont été exclus. Quarante-cinq articles ont été conservés à des fins de résumé et d'analyse. Parmi ceux-ci, seulement seize décrivent ou évaluent les modèles d'interface.

Analyse du contexte

Afin d'en apprendre plus sur les modèles de collaboration utilisés à l'échelle provinciale, nationale et internationale, nous avons trié les listes de références d'articles sélectionnés lors de la revue de la littérature afin de trouver d'autres documents non révisés par des pairs. Nous avons utilisé les moteurs de recherche Google et Google Scholar pour trouver des sites Web et des rapports. Nous avons fait des recherches sur les sites Web d'organismes de santé mentale des enfants et des adolescents connus qui pourraient contenir du matériel pertinent. Nous avons communiqué avec des experts du domaine par divers moyens (courriels, contacts personnels, conférences) afin de trouver des rapports non publiés ou des documents en cours de rédaction. Nous avons finalement porté une attention particulière aux infolettres et aux courriels de différents organismes ou groupes d'intérêts. Cette recherche a produit 27 documents. Sept ont été conservés à des fins de résumé et d'analyse. Finalement, nous avons interrogé deux organismes communautaires ontariens de services de santé mentale des enfants et des adolescents au sujet de leur modèle d'interface entre les soins de santé mentale primaires et secondaires. Nous avons aussi échangé de l'information par courriel avec d'autres organismes ontariens.



Résultats

Entrevues et groupes de réflexion avec les intervenants clés : résumé et thèmes

Les données qualitatives provenant des entrevues et des groupes de réflexion ont été regroupées en thèmes et analysées en utilisant le cadre de référence théorique (TDF - voir l'annexe B pour le tableau complet). Certains thèmes étaient récurrents entre les différents groupes et ils ont fourni des points de vue sur les problèmes de la part de tous les intervenants impliqués.

Dans l'ensemble, tous les intervenants s'entendent pour dire que les enfants et les adolescents ne reçoivent pas les services dont ils ont besoin et que le système de santé mentale doit être amélioré. Ils s'entendent aussi sur le fait que le manque de formation et de connaissances en santé mentale au sein des services de santé mentale des enfants et des adolescents dans le contexte des soins primaires entrave grandement la reconnaissance, la gestion et le traitement de la maladie mentale chez les enfants et les adolescents. Tous les intervenants ont discuté de la variabilité entre le rôle perçu et les responsabilités des professionnel(le)s de soins de santé primaires au sein du système de santé. Ce manque de clarté semblait expliquer le large éventail de pratiques de santé mentale observé dans les soins primaires. Les adolescents

et les familles ont souligné le besoin d'une plus grande sensibilité à l'égard des problèmes de développement et de santé mentale de la part des professionnel(le)s de soins de santé primaires et de leurs employés, comme le respect de la vie privée et de la confidentialité, et l'importance d'établir une relation de confiance avec tous les professionnels. Tous les intervenants croyaient qu'une meilleure communication et une plus grande collaboration entre les professionnel(le)s de la santé seraient avantageuses pour les soins des enfants et des adolescents atteints de problèmes de santé mentale. Cependant, les professionnel(le)s de soins de santé primaires et ceux offrant des services communautaires de santé mentale aux enfants et aux adolescents ont rapporté de multiples obstacles organisationnels, principalement le manque de temps et le manque de soutien quant au remboursement des pratiques.

Revue exploratoire de la littérature : thèmes

Après la recherche documentaire, des données ont été extraites, analysées et agrégées en six thèmes (voir l'annexe C pour le tableau complet) :

1	Le manque de communication, les mauvaises relations interprofessionnelles et la collaboration limitée entre les soins primaires et les soins de santé mentale	<ul style="list-style-type: none">Plusieurs des chercheurs estiment que ces trois problèmes sont cruciaux au développement d'un meilleur système de soins de santé mentale
2	Pratiques d'aiguillage	<ul style="list-style-type: none">Est lié au manque de communication et de collaborationUn nombre important d'aiguillages ne sont jamais effectués ; lorsqu'ils le sont, les professionnel(le)s de soins de santé primaires sont rarement informé(e)s des modalités, de la durée et des retombées des traitements, mettant les familles et les clients dans la position de devoir relayer les informations entre les professionnel(le)s.
3	Les rôles et les responsabilités de chaque professionnel au sein du système de soins de santé mentale	<ul style="list-style-type: none">Les rôles étaient ambigus et mal définis, particulièrement pour les professionnel(le)s de soins de santé primairesSeuls quelques-uns connaissaient les rôles et les responsabilités des autres professionnel(le)s de la santé, menant à l'isolement professionnel
4	Formation en santé mentale pour les professionnel(le)s de soins de santé primaires	<ul style="list-style-type: none">Le consensus qui se dégage des recherches actuelles est que la plupart des professionnel(le)s de soins de santé primaires n'ont pas la formation adéquate pour répondre de manière appropriée aux préoccupations des enfants et des adolescents en matière de santé mentale.Une grande variabilité existe dans leur sentiment d'aise et leurs attitudes envers la santé mentaleDeux cibles de formation ont été cernées pour de futures améliorations : la résidence et la formation médicale continue (FMC)

5 Systèmes d'information clinique (SIC) interopérables

- Certaines études mettaient l'accent sur le besoin d'avoir des systèmes d'information clinique (SIC) interopérables, aussi nommés dossier médical électronique (DME) ou dossier de santé électronique (DSE)
- Les SIC présentent de nombreux avantages (p. ex. faciliter la communication, le mécanisme d'aiguillage, l'utilisation d'outils normalisés, le suivi de changements de statut clinique, les rappels), mais ils ont aussi des inconvénients (p. ex. un coût initial élevé, la nécessité de suivre une formation pour en faire une utilisation optimale, une période d'adaptation pour tous les professionnel(le)s de la santé et des préoccupations au sujet de la sécurité et de la confidentialité des données)

6 Outils de dépistage et d'évaluation normalisés

- Les données probantes variaient quant à l'adoption de pratiques de dépistage élargies, mais plusieurs études présentaient des résultats positifs concernant la mise en œuvre d'outils d'évaluation normalisés de la santé mentale dans les pratiques de soins primaires dès qu'une préoccupation était signalée
- Cependant, plusieurs mettaient en garde que la mise en œuvre d'outils normalisés était non pertinente à moins que la détection de la maladie ne soit soutenue par l'ajout de ressources de pratique pouvant influencer les retombées (p. ex. disponibilité des professionnel(le)s recommandé(e)s et des traitements)

Recherche documentaire systématique et analyse du contexte : modèles de l'interface entre les soins primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents

Cinq modèles de collaboration fondés sur des données probantes ont été trouvés au cours de la recherche documentaire systématique et de l'analyse du contexte. Chaque modèle met en lumière une façon différente d'organiser l'interface entre les soins primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents.

Modèles de consultation-liaison

Dans les modèles de consultation-liaison, les soins du client restent prodigués par le(la) professionnel(le) de la santé spécialisé(e) en soins primaires et le rôle de l'équipe de santé mentale est d'offrir un soutien au moyen de consultations. L'équipe de santé mentale est composée, au minimum, d'un(e) psychiatre et habituellement d'une(e) infirmier(ère) spécialisé(e) en santé mentale, d'un(e) psychologue ou d'un(e) travailleur(se) social(e). Les éléments clés de ces modèles sont que les professionnel(le)s de soins de santé primaires puissent obtenir une consultation et un soutien en temps opportun, généralement par téléphone, au sujet du diagnostic, de la prescription de médicaments et d'options de traitement, et de l'assistance pour l'aiguillage dans la communauté. Le mandat de l'équipe de santé mentale comprend aussi souvent l'organisation d'activités d'approche communautaire et d'éducation pour impliquer et éduquer les professionnel(le)s de soins de santé primaires sur des enjeux fondamentaux et des nouveaux développements dans le domaine de la santé mentale. Dans ces

modèles, l'équipe peut avoir à interagir directement avec le client à l'occasion, mais ce n'est pas fréquent ni requis. Les exemples de modèles de consultation-liaison comprennent : le Massachusetts Child Psychiatry Access Project (MCPAP), État du Massachusetts, É.-U.; le Partnership Access Line (PAL), État de Washington, É.-U. (Hilt et coll., 2013); le Project TEACH, État de New York, É.-U. (Gadomski et coll., 2014) et le Maryland Behavioral Health Integration in Pediatric Primary Care (B-HIPP), État du Maryland, É.-U.. L'évaluation des programmes MCPAP et PAL a démontré que les professionnel(le)s de soins de santé primaires participants ont vu une augmentation de la confiance en leur capacité à traiter les problèmes de santé mentale, ce qui a mené à une plus grande ouverture à accueillir un nombre croissant de clients présentant des problèmes de santé mentale. Par ailleurs, les professionnel(le)s de soins de santé primaires ont déclaré apprécier l'aide apportée pour trouver des services communautaires appropriés pour leurs clients (Sarvet et coll., 2010; Holt et DMA Health Strategies, 2010; Hilt et coll., 2013). De leur côté, les familles ont mentionné préférer la stigmatisation moindre associée au fait d'être traitées plus longtemps par un(e) professionnel(le) de la santé spécialisé(e) en soins primaires (Sarvet et coll., 2010; Holt et DMA Health Strategies, 2010). Cependant, les résultats ont aussi souligné les obstacles de mise en œuvre, plus particulièrement la somme incroyable d'approches communautaires nécessaires au début du projet pour impliquer les professionnel(le)s de soins de santé primaires dans le programme et pour répondre au scepticisme au sujet de son utilité (Sarvet et coll., 2010; Holt et DMA Health Strategies, 2010). Le MCPAP a rapporté que le coût du programme était de 0,18 \$ par mois et par enfant (Holt et DMA Health Strategies, 2010). Cependant, en termes de financement et de viabilité, le MCPAP mentionne que la majorité des coûts ne pouvaient être remboursés au moyen des réclamations usuelles puisque les professionnel(le)s de la santé avaient très peu de contacts directs avec le client. De manière plus générale, la critique principale de ce modèle est qu'il n'a pas diminué les temps d'attente pour les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents, et que ces programmes mettent surtout en contact les professionnel(le)s

de soins de santé primaires avec des psychiatres situés dans des centres de soins tertiaires, plutôt qu'avec les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents (Sarvet et al., 2010; Holt et DMA Health Strategies, 2010).

Modèles d'aiguillage et de liaison organisés

Les modèles d'aiguillage et de liaison organisés comprennent les bases de données des services communautaires de santé mentale disponibles. Des agent(e)s chargé(e)s du traitement des cas sont généralement engagé(e)s pour assister dans la recherche et l'évaluation des services appropriés pour la famille. Au Canada, les modèles d'aiguillage et de liaison organisés sont très fréquents et ils sont généralement connus sous le nom d'admissions centralisées. *Pathways pour les enfants et les jeunes*, à Kingston, est un exemple qui offre un service d'admissions pour les communautés environnantes et leurs professionnel(le)s de soins de santé primaires et qui les mettent en relation avec les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents appropriés. Nous n'avons pas trouvé d'évaluation formelle du modèle d'aiguillage et de liaison organisés faite par des enfants, des adolescents et leur famille. Bien que ce modèle pourrait offrir un soutien aux professionnel(le)s de soins de santé primaires en aiguillant leurs clients, sa principale critique est qu'en pratique, la plupart des admissions centralisées n'acceptent pas les aiguillages d'un médecin et demandent aux clients de s'inscrire par eux-mêmes, enlevant ainsi la possibilité de coordonner les services avec les professionnel(le)s de soins de santé primaires et remettant toute la responsabilité sur le dos du client d'informer les deux professionnels de la santé à propos de ce qui se passe dans les établissements de l'un et de l'autre.

Modèles de regroupement des services

Le regroupement des services fait référence à la prestation de soins primaires et de services de santé mentale en un emplacement physique commun. Ces modèles ont des degrés divers de coordination des services et de partage de l'information. Des variations sur ce modèles comprennent : (1) des professionnel(le)s de la santé spécialisé(e) en santé mentale travaillant en pratique privée dans le même édifice qu'une clinique de professionnel(le)s de la santé spécialisé(e) en soins primaires, (2) des professionnel(le)s de la santé spécialisé(e) en santé mentale employé(e)s par une clinique de professionnel(le)s de la santé spécialisé(e) en soins primaires, (3) des professionnel(le)s de la santé spécialisé(e) en santé mentale employé(e)s par un centre communautaire et déployé(e)s dans une clinique de professionnel(le)s de la santé spécialisé(e) en soins primaires et (4) des professionnel(le)s de la santé spécialisé(e) en soins primaires déployé(e)s dans un établissement de services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents (Williams, Shore et Foy, 2006). En Ontario, les exemples de modèles de regroupement des services comprennent les modèles d'équipes comme les *équipes de santé*

familiale qui engagent parfois des travailleur(se)s sociaux(les) ou des psychologues et le *Youth Wellness Centre* à Hamilton. Un exemple du troisième type de regroupement de services est le programme *Équipe de santé familiale Caroline* à Burlington. L'équipe de soins primaires (Équipe de santé familiale Caroline) héberge le personnel employé par un centre de services communautaires en santé mentale des enfants et des adolescents (comme le ROCK) et elle utilise une approche globale des soins qui comprend le soutien des pairs et de la famille, de même qu'un soutien en matière d'aiguillage et de recommandation. Une évaluation préliminaire de ce programme a démontré une diminution des symptômes chez les enfants, une réduction du fardeau des personnes soignantes, une meilleure communication entre les professionnel(le)s de la santé et une réduction du temps que les professionnel(le)s de soins de santé primaires doivent passer à gérer des crises (Whalen, 2016). La principale critique des modèles de regroupement des services est que même si une proximité physique augmente les chances d'améliorer la communication, ce n'est pas suffisant. Des politiques officielles doivent être adoptées pour que les soins soient véritablement intégrés et prodigués en collaboration.

Modèles de carrefours communautaires (aussi connus sous le nom de « guichet unique »)

Les modèles de carrefours communautaires suivent les principes des soins intégrés et du regroupement des services. Ils offrent habituellement et aident à coordonner des services pour des enfants et des adolescents atteints de problèmes de santé mentale complexes, de problèmes de santé et d'autres besoins ou qui sont hautement vulnérables (p. ex. ceux en situation de logement précaire). Bien que la structure des programmes de carrefours communautaires puisse grandement varier, ils comprennent souvent des plans de soins en santé comportementale et de la gestion de cas, de même que de multiples points d'accès à d'autres services comme ceux liés aux soins primaires, à la toxicomanie, au logement, au milieu scolaire et au soutien au travail. Les programmes de carrefours communautaires sont généralement centrés sur la famille et ils sont offerts dans les résidences, les écoles ou le milieu communautaire afin de permettre aux familles de demeurer dans leur communauté. Les exemples comprennent : *Headspace* et *BackTrack* en Australie, *Jigsaw* en Irlande, *Youthspace* en Angleterre et *Corner Clinic Teen Parent Programme* (LePlatte, Rosenblum, Stanton, Miller et Muzik, 2012) qui soutient les parents adolescents au Michigan. Au Québec, par l'intermédiaire du *Plan d'action en santé mentale*, des services pour les adolescents offerts dans les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont été restructurés (Nadeau et coll., 2012). En Ontario, un organisme comme le *Bureau des services à la jeunesse* à Ottawa présente plusieurs éléments du modèle de carrefours communautaires (offre de soutien en santé mentale, en santé, en logement, avec le système de justice et pour l'emploi) et il utilise une approche globale en créant des partenariats avec d'autres programmes de

santé mentale dans la région. D'autres territoires de compétence ont démontré que les carrefours communautaires sont particulièrement importants pour ceux qui ne se présentent pas dans les établissements de soins primaires traditionnels, comme les hommes, les adolescents plus âgés ou les jeunes adultes et d'autres segments plus vulnérables de la population (p. ex. les gens de la rue, les sans-abris, les personnes à faible revenu, les personnes ayant une déficience intellectuelle ou celles qui s'identifient comme lesbiennes, gays, bisexuel(le)s, transgenres, bispirituel(le)s, allosexuel(le)s ou autres) (McGorry, Bates et Birchwood, 2013). Ces territoires de compétence estiment que le succès des carrefours communautaires se fonde sur la facilité d'accès aux services de santé mentale grâce à de multiples points d'accès, à la présence de services de santé et de dépendance, à l'ambiance communautaire et adaptée aux adolescents et à une approche qui favorise l'implication et la responsabilisation des adolescents (*Headspace*, 2014). Les services offerts par les carrefours communautaires peuvent être particulièrement importants en milieu rural où les autres services sont rares (McGorry, Bates et Birchwood, 2013). Un inconvénient à la mise en œuvre du programme Headspace en Australie est qu'il a involontairement réduit le financement d'autres professionnel(le)s de la santé et qu'il ne remplace pas les soins offerts par les établissements traditionnels (Orygen, 2016).

Cadre du modèle de soins aux malades chroniques (MSMC)

Le MSMC n'est pas un modèle en soi, mais un cadre qui comprend, en fait, des éléments provenant d'autres modèles. Le cadre du MSMC (Wagner, Austin et Von Korff, 1996) a été conçu initialement pour la gestion des maladies chroniques physiques et il met l'accent sur la nécessité de considérer les soins primaires comme une occasion d'offrir une prise en charge continue au lieu de prioriser les symptômes aigus et les services spécialisés. Le modèle a été appliqué à la maladie mentale chez les adultes qui font appel à des praticien(ne)s provenant de différents domaines de spécialisation et qui doivent travailler en collaboration (habituellement un médecin de soins primaires, un gestionnaire de cas et un spécialiste en santé mentale) de manière coordonnée pour faire en sorte que le client reçoive les services appropriés. De multiples ajustements ont été apportés au cadre du MSMC pour mieux l'adapter à la réalité de la maladie mentale dans un milieu de soins primaires (p. ex. Wissow et coll., 2014), néanmoins, le MSMC comprend invariablement les éléments de base suivants pour organiser et gérer les ressources cliniques : (1) une équipe de direction formée de différents partenaires issus du secteur des soins primaires et du secteur communautaire, ainsi que des incitatifs pour les prestataires de soins, (2) l'accès à de l'aide à la prise de décisions pour les professionnel(le)s de soins de santé primaires par de la formation, des lignes directrices et des consultations avec des spécialistes, (3) des modifications au système de prestation, incluant des changements dans les consultations et les visites de suivi planifiées et des clarifications quant au rôle et à l'étendue du domaine de pratique de l'équipe de soins de santé, (4) la mise en œuvre de systèmes d'information clinique (SIC) qui responsabilisent les

professionnel(le)s de la santé à l'aide de rappels, d'alertes et d'outils facilitant l'orientation et le suivi avec les services communautaires, (5) du soutien à la prise en charge par le client et (6) l'accessibilité et l'aiguillage vers les ressources communautaires appropriées au-delà des soins primaires (Woltmann, Grogan-Kaylor et Perron, 2012). Le cadre MSMC nécessite une évaluation et une recherche plus approfondies pour en soutenir l'utilisation dans le contexte des problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents, mais il est prometteur. En fait, il existe de solides données probantes qui démontrent que des interventions en santé mentale réalisées dans le contexte de soins primaires en collaboration peuvent réduire les symptômes.

Une méta-analyse de cinq essais cliniques randomisés (ECR) portant sur les soins collaboratifs suivants a produit un effet moyen et statistiquement significatif ($d = 0.63$, $P < 0,001$; Asarnow et coll., 2015) :

- Doctor Office Collaborative Care (DOCC) : Soins en collaboration en cabinet de médecin (SCCM) - intervention employée avec les enfants présentant des problèmes de comportement, un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité ou de l'anxiété. L'étude a démontré des taux d'initiation et d'achèvement de traitement plus élevés de même qu'une amélioration des symptômes et du stress parental ($z = 2,140$, $P = 0,03$; Kolko et coll., 2014).
- Reaching Out to Adolescents in Distress (ROAD): Tendre la main aux adolescents en détresse (TMAD) - intervention utilisée avec les adolescents âgés de 13 à 17 ans souffrant de dépression. L'étude démontre une amélioration significative de la réception du traitement, des symptômes de la dépression et de l'état fonctionnel, tout comme de plus haut taux de rémission de la dépression ($z = 4,819$, $P < 0,001$; Richardson et coll., 2014).
- Doctor Office Collaborative Care (DOCC) : Soins en collaboration en cabinet de médecin (SCCM) - intervention employée avec des enfants âgés de 5 à 12 ans présentant des troubles d'extériorisation. L'étude démontre une amélioration significative de l'utilisation des services et de l'achèvement du traitement, des problèmes de comportement et des problèmes émotionnels, des objectifs comportementaux individualisés et de la réponse clinique globale ($z = 3,774$, $P < 0,001$; Kolko, Campo, Kilbourne et Kelleher, 2012).
- Youth Partners-in-Care (YPIC) : Adolescents, partenaires de soins (APC) - intervention employée avec des adolescents âgés de 13 à 21 ans souffrant de dépression. L'étude démontre une amélioration significative de la réception du traitement, des symptômes de dépression, de la qualité de vie reliée à la santé mentale et de la satisfaction à l'égard des soins reçus ($z = 3,461$, $P = 0,001$; Asarnow et coll., 2005).
- Soins en collaboration en thérapie cognitivo-comportementale : intervention combinée de thérapie cognitivo-comportementale et d'antidépresseurs pour des adolescents souffrant de dépression. L'étude démontre une réduction non significative des symptômes dépressifs ($z = 1,510$, $P = 0,13$; Clarke et coll., 2005).

Discussion

Une revue des recherches disponibles et une analyse des modèles utilisés actuellement ont révélé un appel et un mouvement vers une plus grande collaboration entre les soins primaires et les services communautaires en santé mentale des enfants et des adolescents. Un consensus semble se dessiner selon lequel les établissements de soins primaires sont on ne peut mieux placés pour répondre aux problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents, et pour offrir des soins avant que ces problèmes ne s'aggravent et ne deviennent nuisibles (CPACFH et TFMH, 2009; Vallance, 2011). Des données probantes issues d'autres territoires de compétence tendent à démontrer que les professionnel(le)s de soins de santé primaires peuvent incorporer avec succès la détermination et l'évaluation des troubles de santé mentale des enfants et des adolescents au sein de leur pratique, et qu'ils peuvent offrir la gestion des médicaments pour ces troubles avec le soutien consultatif d'experts en santé mentale comme des psychiatres pour enfants et adolescents. Il est clairement établi que les établissements de soins primaires sont un milieu approprié pour les interventions de courte durée et appuyées par des données probantes (telles que la psychoéducation, les thérapies cognitivo-comportementales individuelles brèves, les séances de groupe et le soutien parental), prodiguées par un spécialiste en santé mentale qui n'est pas médecin (infirmier(ère) formé(e) en psychiatrie, psychologue, travailleur(se) social(e), conseiller(ère) (Asarnow et coll., 2015; Vallance et coll., 2011).

Les données extraites de la recherche documentaire suggèrent aussi qu'une simple coordination des soins n'est pas suffisante pour que des changements significatifs se produisent au sein de notre système de soins de santé mentale. Les principes mis de l'avant par les concepts de soins intégrés, de soins en collaboration et de soins partagés sont nécessaires. Par conséquent, sur la base de cette recherche documentaire, les modèles qui s'attardent uniquement au regroupement des services sans intégrer des processus de collaboration additionnels ne seraient pas recommandés. Plutôt, l'approche collaborative idéale est une approche où les professionnel(le)s de la santé partagent les plans de traitement et les processus de soins en plus d'avoir des interactions continues.

Utiliser un modèle d'approches mixtes et les principes de soins en collaboration

Globalement, seuls quelques modèles et cadres de référence ont été proposés pour s'attaquer au fossé séparant les soins primaires des services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents. Cependant, les modèles présentés dans le présent rapport ont un soutien de modéré à anecdotique en raison de leur applicabilité à la population des enfants et des adolescents. Par conséquent, il existe actuellement peu de données probantes

qui démontrent l'efficacité de ces modèles d'interface entre professionnel(le)s de la santé en soins primaires et en services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents (Richardson, McCarty, Radovic et Ballonoff Suleiman, 2016). Néanmoins, la recherche actuelle suggère que les besoins du système de soins de santé mentale des enfants et des adolescents au niveau de l'interface entre les secteurs des soins primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents semblent être les mêmes que ceux du système de soins de santé mentale des adultes. En fait, des modèles et des recommandations similaires pourraient être applicables aux deux systèmes. La plus grande différence entre le système de santé mentale des enfants et des adolescents et celui des adultes demeure les aspects liés au développement et à la famille.

Au moment de décider quel(s) modèle(s) est(sont) le(s) mieux adapté(s) au contexte ontarien, on devrait tenir compte des éléments suivants : l'approche doit offrir une structure et des directives devant être appliquées de manière standardisée à l'échelle de la province, mais elle doit aussi être suffisamment flexible pour qu'elle soit adaptable aux besoins des communautés individuelles. En fait, nous anticipons que les voies de soins spécifiques et leurs partenariats seront différents d'une région à l'autre. Nous croyons que l'approche, le cadre de référence et le modèle suivants seront à même d'apporter des changements significatifs en orientant la modification ou le développement de voies cliniques, en aidant à augmenter l'imputabilité et en permettant une meilleure évaluation de la prestation des soins :

I. Approche des soins par paliers

L'approche des soins par paliers est utile pour aider à tracer des voies entre les soins primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents. Selon ses principes, le système doit tout d'abord dispenser le traitement le plus efficace tout en étant celui qui exige le moins de ressources. Les interventions les plus dispendieuses et les plus complexes sont mises en œuvre uniquement après que des interventions simples et moins coûteuses se soient montrées infructueuses. De plus, les cas bénins devraient être pris en charge par des professionnel(le)s de la santé généralistes qui peuvent réaliser des interventions « minimales » de faible intensité alors que seuls les cas graves ou complexes devraient accaparer l'attention de spécialistes et l'application d'interventions interdisciplinaires plus soutenues ciblant les besoins uniques d'un enfant ou d'un adolescent donné. Le suivi des progrès d'un client est un élément essentiel pour déterminer si, ou quand, on doit monter ou descendre le traitement d'un palier.

Cette approche est ainsi d'une grande valeur en guidant la redéfinition des rôles et des responsabilités des prestataires de soins au sein du système de santé mentale pédiatrique. Le rôle des soins primaires dans le système de soins de santé mentale devrait comprendre servir de passerelle et de soutien à l'orientation vers les services spécialisés, être le principal point d'identification et offrir des interventions de premier ordre, ainsi que promouvoir une santé mentale générale positive et un bien-être. Par conséquent, les médecins généralistes, les médecins de famille, les infirmiers(ères) praticiens(nes) et les pédiatres devraient être responsables de la prévention, de la détection, de l'évaluation et, avec le soutien de psychiatres pour enfants et pour adolescents, du diagnostic et de la prescription de médication (si justifiée) pour des clients souffrant de troubles légers ou pour ceux qui ne satisfont pas à tous les critères de diagnostic, mais qui ont un handicap fonctionnel. Les professionnel(le)s de l'équipe de santé mentale (p. ex. les infirmiers(ères), les travailleurs(ses) sociaux(les), les psychologues) devraient être responsables de la prévention et de brefs traitements psychosociaux de maladies mentales courantes, telles que la dépression, l'anxiété, le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention et autres troubles du comportement. Les professionnel(le)s de soins de santé primaires et l'équipe de professionnel(le)s de la santé spécialisé(e)s en santé mentale et travaillant en soins primaires devraient être en mesure d'utiliser des outils et des techniques normalisés appropriés au développement, tels que des entrevues motivationnelles pour déterminer le niveau de disposition et de motivation, les préférences et les obstacles au traitement.

Le rôle des professionnel(le)s de la santé offrant des services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents devrait être d'offrir des traitements psychosociaux à court et à long terme aux clients qui présentent des symptômes légers, mais qui ne se sont pas améliorés à la suite du traitement administré en soins primaires, qui ont des symptômes modérés ou qui pourraient avoir besoin d'un soutien plus intensif ou à long terme à cause d'un niveau supplémentaire de complexité (p. ex. une dépression compliquée par un historique de traumatisme). Leur rôle devrait aussi comprendre la psychoéducation, la formation parentale et le soutien à l'ensemble de la famille. Les professionnel(le)s de la santé offrant des services communautaires de santé mentale des enfants et des adolescents devraient être responsables d'offrir des consultations aux professionnel(le)s de soins de santé primaires, de les informer régulièrement du statut de leur référence, de l'administration de traitement et des résultats, et de leur transmettre des recommandations lorsque le dossier est transféré de nouveau en soins primaires à la fin des services prodigués.

Le rôle principal des psychiatres pour enfants et adolescents travaillant en milieu communautaire devrait être d'offrir des consultations aux professionnel(le)s de soins de santé primaires au sujet du diagnostic et du traitement pharmacologique de tout enfant ou adolescent présentant des problèmes de santé mentale, d'offrir des services d'évaluation et de traitement aux clients qui présentent des troubles complexes, graves ou

Les professionnel(le)s de soins de santé primaires perçoivent leur rôles et leurs responsabilités envers les problèmes de santé mentale comme étant mal définis, entraînant de grandes disparités dans la pratique des uns et des autres.

réfractaires, et de servir de lien avec les centres de soins tertiaires (Parker et coll., 2002). Tout comme les professionnel(le)s de la santé offrant des services communautaires de santé mentale des enfants et des adolescents, les psychiatres pour enfants et adolescents travaillant en milieu communautaire devraient être responsables d'informer régulièrement les professionnel(le)s de soins de santé primaires du statut de leur référence, de l'administration de traitement et des résultats et de leur transmettre des recommandations lorsque le dossier est transféré de nouveau en soins primaires. Ils peuvent aussi jouer un rôle crucial dans la formation continue des professionnel(le)s de soins de santé primaires.

Finalement, grâce à des avancées technologiques significatives, Télésanté mentale (mais aussi eSanté Mentale, télépsychiatrie, télé médecine) est un outil important qui peut influencer grandement l'efficacité des interactions entre professionnel(le)s de la santé ou entre le professionnel(le) de la santé et son client au sein du système de santé mentale (Paing et coll., 2009; Hilty et coll., 2013; Hilty, Yellowlees, Myers, Parish et Rabinowitz, 2016). Télésanté mentale peut être utilisée par des consultants experts en santé mentale (principalement des psychiatres) pour offrir du soutien aux professionnel(le)s de soins de santé primaires au sujet : (1) du diagnostic, (2) de la gestion des médicaments et (3) de l'éducation et de la formation continues sur des sujets liés aux troubles de santé mentale (p. ex. Kemper et coll., 2008). Télésanté mentale peut aussi être utilisée pour les interactions directes avec les clients afin de procéder à des évaluations et à des traitements psychosociaux (p. ex. Myers, Vander Stoep, Zhou, McCarty et Katon, 2015). Bien que les lignes directrices et les considérations cliniques pour les enfants et les adolescents restent à établir (Nelson, Cain et Sharp, 2017), l'avantage principal de Télésanté mentale dans le contexte canadien est qu'elle permet de surmonter les barrières géographiques dans des régions (principalement rurales) où la densité de professionnel(le)s de la santé possédant les compétences appropriées est faible. Finalement, Télésanté mentale peut aussi être utilisée pour offrir de la formation continue aux professionnel(le)s de soins de santé primaires et ceux(celles) offrant des services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents.

II. Le cadre MSMC

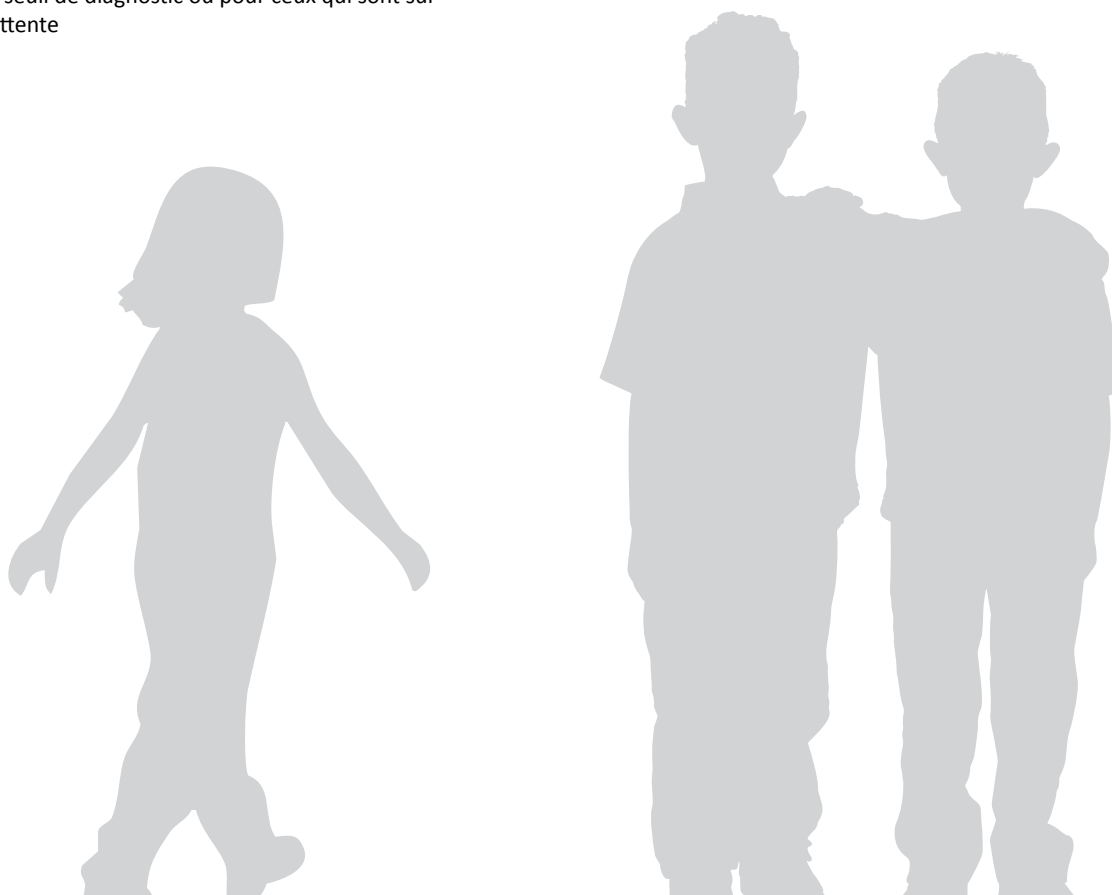
Le cadre MSMC met l'accent sur les partenariats efficaces entre les secteurs, ce qui permet aux clients de profiter de l'expertise de spécialistes en traitement, de soins primaires complets et de soins longitudinaux. Les éléments fondamentaux du MSMC sont utiles pour guider l'organisation et la gestion des ressources cliniques d'une manière réellement collaborative entre des organismes d'une même communauté :

- des équipes de direction locales composées de divers partenaires en soins primaires et du milieu communautaire
- des incitatifs pour que les professionnel(le)s de la santé prennent des cas de santé mentale et qu'ils collaborent
- du soutien à la prise de décisions pour les professionnel(le)s de soins de santé primaires au moyen de formations, de lignes directrices et de consultations avec des spécialistes
- des modifications au système de prestation, incluant des changements dans les consultations planifiées et les rencontres de suivi
- une clarification des rôles, des responsabilités et de l'élargissement du domaine de pratique pour l'équipe de soins de santé
- la mise en œuvre de systèmes d'information cliniques (SIC) qui peuvent aider à la communication entre les membres d'une équipe, faciliter le mécanisme d'orientation et l'utilisation d'outils normalisés, suivre les changements du client et agir comme aide-mémoire pour exécuter certaines tâches lors des rencontres avec le client (telles que des questions à propos de la santé mentale)
- références, soutien à l'orientation et accès aux ressources communautaires appropriées au-delà des soins primaires
- soutien à l'autogestion pour les clients dont les symptômes sont sous le seuil de diagnostic ou pour ceux qui sont sur une liste d'attente

III. Le modèle de carrefour communautaire

Le modèle de carrefour communautaire peut offrir un guichet unique dont l'ambiance est adaptée aux adolescents et qui peut augmenter l'engagement communautaire, renforcer les réseaux sociaux entre les membres de la communauté, diminuer la stigmatisation et s'attaquer aux iniquités (Lum et Ying, 2014). En fait, on pense que les carrefours communautaires sont tout particulièrement utiles pour attirer les adolescents marginalisés ou à risque qui n'ont pas tendance à se présenter dans les établissements de soins primaires incluant, mais sans s'y limiter :

- les adolescents recherchant des soins primaires ou des services de santé mentale de manière indépendante et qui pourraient ne pas vouloir rencontrer leur professionnel(le) de la santé spécialisé(e) en soins primaires familial pour diverses raisons telles que la stigmatisation, le manque de soutien familial, la confidentialité ou le manque de convivialité pour les adolescents
- les adolescents plus âgés ou les jeunes adultes en transition qui ne sont plus en contact avec les services de santé mentale pédiatriques et qui ont besoin de soutien dans leur transition vers les services pour adultes
- les adolescents qui n'ont pas accès à un(e) professionnel(le) de la santé spécialisé(e) en soins primaires et qui sont marginalisés en raison de leur identité sexuelle, de leur orientation sexuelle, de la précarité de logement, etc.
- les adolescents qui pourraient avoir besoin de services additionnels tels que du soutien pour une dépendance à l'alcool ou aux drogues, une grossesse précoce et le rôle parental à l'adolescence, l'école et l'emploi
- les adolescents mâles qui ont généralement de plus faibles taux de fréquentation des établissements de soins primaires traditionnels que ceux de sexe féminin (McGorry, et coll., 2013)



Autres considérations

Obstacles et facilitateurs pour les soins en collaboration

La recherche a démontré que l'un des plus grands obstacles au passage vers les soins en collaboration au sein du système de santé mentale est le manque de connaissances concernant l'étendue du domaine de pratique des autres professionnel(le)s de la santé. Très peu de professionnel(le)s de soins de santé primaires connaissent les différentes formations des professionnel(le)s de la santé spécialisé(e)s en santé mentale, leur domaine de pratique ou leurs méthodes de travail. À l'inverse, peu de professionnel(le)s de la santé spécialisé(e)s en santé mentale comprennent clairement comment les professionnel(le)s de soins de santé primaires doivent composer avec un système financé par les fonds publics ou de quelle information ils ont besoin pour coordonner les services de santé physique et mentale. Selon la recherche, de la formation tout comme des incitatifs pour de plus grandes interactions interprofessionnelles et une meilleure communication pourraient permettre de surmonter cet obstacle.

Plusieurs autres obstacles existent aussi au niveau des institutions et du système. La fragmentation actuelle entre les soins de santé et les soins de santé mentale, la charge croissante de la clientèle ressentie par plusieurs professionnel(le)s de soins de santé primaires et psychiatres, le nombre insuffisant de professionnel(le)s de la santé spécialisé(e)s dans les services de santé mentale des enfants et des adolescents dans certaines régions, le manque de clarté au sujet du partage de la responsabilité médicolégale dans le contexte des soins partagés et les attitudes négatives de la part de certains professionnel(le)s de la santé à l'égard de la contribution que d'autres professionnel(le)s peuvent faire sont tous des éléments qui réduisent les occasions, de même que la volonté de collaborer de la part des professionnel(le)s de la santé (Kates et coll., 1996). De plus, il existe plusieurs éléments dissuasifs à la collaboration au sein des cliniques ou de la structure des organismes, principalement en raison du manque de temps et de l'absence de rémunération pour des tâches liées à la collaboration entre professionnel(le)s.

Dans les établissements où les soins en collaboration et intégrés ont été instaurés, les facilitateurs étaient surtout de nature organisationnelle. Cela comprend établir une culture de collaboration au moyen d'un leadership solide (par exemple, faire de la santé mentale l'une des priorités de la clinique et mettre

Les professionnel(le)s de la santé spécialisé(e)s dans les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents ont rapporté très peu de partenariats formels et ils ont mentionné qu'une collaboration était possible uniquement avec un(e) professionnel(le) de la santé spécialisé(e) en soins primaires avec le(a)quel(le) ils avaient une relation de confiance, ce qui peut être très long à établir.

cette politique en pratique) et tisser des liens professionnels durables au sein de sa propre équipe, avec d'autres cliniques de son établissement et avec des professionnel(le)s de la communauté. Finalement, les systèmes d'information cliniques et les outils normalisés courants ont été proclamés cruciaux à une information réellement intégrée pour rendre la collaboration pratique et moins fastidieuse.

Santé mentale des enfants en bas âge

Bien que nous reconnaissons l'importance des facteurs de développement à la petite enfance sur l'état de santé à long terme (Hertzman, Clinton, Lynk et le Groupe de travail de la petite enfance de la Société canadienne de pédiatrie (SCP), 2011; Zeanah, Stafford, Nagle et Rice, 2005), la santé mentale des enfants et des adolescents est le principal sujet du présent document. L'une des raisons est que la santé mentale des enfants en bas âge (de 0 à 3 ans) est étroitement liée à l'atteinte au moment opportun des stades de développement moteur, verbal et socioaffectif, lesquels sont plus facilement décelés par les professionnel(le)s de soins de santé primaires lors des visites de routine. Les professionnel(le)s de soins de santé primaires utilisent souvent des listes de contrôle ou des outils de dépistage normalisés, tels que le relevé postnatal Rourke et le questionnaire de dépistage du district de Nipissing, qui ne sont pas spécifiques à la santé mentale, mais qui peuvent déceler certains facteurs de risque individuels ou familiaux.

La visite de routine bonifiée à l'âge de 18 mois a été ciblée comme étant une occasion importante pour les professionnel(le)s de la santé de déceler les vulnérabilités à de futurs problèmes de santé mentale (Williams, Clinton et Groupe de travail de la petite enfance de la SCP, 2011). Celles-ci comprennent, sans s'y limiter : les déterminants sociaux de la santé (p. ex. la pauvreté), l'atteinte tardive des stades de développement, des expériences négatives vécues durant l'enfance (p. ex. des abus), la maladie mentale parentale et les abus de substances (Zeanah et coll., 2005; Regalado et Halfon, 2001). La visite de routine bonifiée à l'âge de 18 mois est une occasion de faire de la prévention en faisant la promotion d'un éventail de comportements positifs (tels que la nutrition, une bonne compétence parentale, l'éducation de l'enfant, la prévention de blessures et les activités favorisant l'alphabétisation) et de l'accès à des programmes communautaires locaux qui peuvent avoir un effet positif à long terme sur le bien-être mental (Williams et coll., 2011). Les professionnel(le)s de soins de santé primaires ont manifesté leur appui pour un code de facturation particulier qui reconnaîtrait la durée plus longue des visites de routine bonifiées; cependant, ils ont exprimé leur préoccupation qu'un soutien communautaire adéquat n'est pas toujours disponible une fois que les enfants en bas âge et leur famille sont ciblés comme ayant besoin d'aiguillage et de traitements (Williams et coll., 2011; Regalado et Halfon, 2001). Finalement, la Société canadienne de pédiatrie et le Groupe de travail de la petite enfance ont recommandé que les gouvernements fédéral et provinciaux s'engagent dans le suivi des progrès des enfants à certains moments clés de leur développement et qu'ils investissent dans des interventions efficaces de développement pendant la petite enfance (Hertzman et coll., 2011).

Considérer la famille comme un tout en santé mentale des enfants et des adolescents

Les enfants et plusieurs adolescents dépendent de leur famille pour entreprendre une consultation en soins primaires et ils sont souvent accompagnés par un membre de leur famille pendant les rencontres. De plus, l'environnement familial, la santé mentale des personnes soignantes et la santé mentale de l'enfant ou de l'adolescent sont étroitement liés. Il est bien connu que des expériences négatives vécues au cours de l'enfance (p. ex. des abus physiques ou sexuels, un foyer familial dysfonctionnel et violent, l'emprisonnement d'un parent) peuvent mener à des handicaps à long terme (Fergusson, Boden et Horwood, 2008), mais certains événements de la vie de moindre gravité peuvent aussi avoir un effet négatif sur la santé mentale des enfants et des adolescents.

Ceux-ci comprennent, sans s'y limiter, la perte d'emploi d'un parent, le décès d'un membre de la famille, de fréquents déménagements, un divorce, les besoins médicaux importants d'un frère ou d'une sœur, l'intimidation et les difficultés d'apprentissage (Patel, Flisher, Hetrick et McGorry, 2007). Il est aussi courant que des personnes soignantes d'enfants et d'adolescents éprouvent des difficultés avec leur propre santé mentale (Wissow et coll., 2016). Il existe des données probantes démontrant qu'avoir une discussion respectueuse et menée avec tact au sujet du stress des personnes soignantes est bien reçue de ces dernières lors des consultations pédiatriques et que cela résulte en une plus grande satisfaction à l'égard des services reçus du (de la) professionnel(le) de la santé spécialisé(e)s en soins primaires de leur enfant (Brown et Wissow, 2008). La reconnaissance de l'importance de la collaboration avec le système de soins de santé mentale des adultes, afin d'offrir des traitements aux personnes soignantes adultes, pourrait jouer un rôle décisif dans l'amélioration du bien-être de toute la famille. Les personnes soignantes peuvent aussi être dépassées par les difficultés de leur enfant et elles peuvent avoir de la difficulté à gérer leur vie quotidienne. La formation parentale est un traitement efficace qui tient compte des besoins de toute la famille et qui offre du soutien aux personnes soignantes pour adapter leurs pratiques parentales afin de diminuer les comportements problématiques (p. ex. Stattin, Enebrink, Özdemir et Giannotta, 2015). Par conséquent, le rôle des professionnel(le)s de soins de santé primaires en tant que fournisseur(e)s de soins longitudinaux, souvent auprès de plusieurs membres d'une même famille, a été décrit comme étant idéalement positionné pour observer la trajectoire des familles et, lorsque c'est pertinent, pour offrir un soutien orienté vers la prévention.



Contraintes

La plus grande contrainte que nous avons rencontrée au cours de ce projet a été le manque de données collectées de manière systématique et fiable en ce qui a trait à l'efficacité des traitements de santé mentale et de leurs retombées. Bien que certains programmes individuels collectent une partie de ces données, nous n'avons aucun moyen de relier les client(e)s des divers secteurs, d'extraire des données pour certaines populations d'intérêt (p. ex. les familles autochtones), de comparer de façon systématique l'efficacité des différents programmes au sein de notre système de soins de santé mentale, ni de produire des bilans pertinents. Pour cette raison, il est difficile de déterminer quel modèle fonctionne mieux et pourquoi. Par conséquent, il existe un besoin de collecter et de rapporter toute une gamme d'indicateurs significatifs pour évaluer la performance actuelle et pour suivre à court et à long terme les retombées et la viabilité (Yang et coll., 2016).

L'ensemble de la littérature qui a été examiné pour le présent document fait ressortir à quel point il est complexe de s'attaquer aux problèmes de notre système de soins de santé mentale et démontre que d'autres territoires de compétence luttent aussi contre des lacunes similaires. Cependant, aucun des documents disponibles n'a pu expliquer comment des modèles pourraient s'appliquer à la réalité de certains clients qui peuvent avoir accès simultanément à de multiples professionnel(e)s et dans divers systèmes institutionnels (santé, aide à l'enfance, justice, éducation). Ces systèmes institutionnels peuvent essayer de résoudre les problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents à un degré plus ou moins grand, mais ils partagent rarement l'information et les clients peuvent aller et venir entre de multiples établissements en fonction d'un ensemble de circonstances. De plus, d'autres modèles, comme les foyers médicaux centrés sur le patient, qui sont fondés sur les principes des soins en collaboration, n'ont pas été examinés dans le cadre de la santé mentale des enfants et des adolescents, mais ils seraient des cibles importantes pour de futurs projets de recherche (Croghan et Brown, 2010).

Les documents disponibles n'ont pas traité clairement non plus de la façon dont différents modèles pourraient aider certaines sous-populations spécifiques ou comment ils pourraient aborder les déterminants sociaux de la santé. Bien qu'une meilleure coordination, intégration ou collaboration entre les soins primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents ne puisse pas s'attaquer directement aux déterminants sociaux de la santé, il serait crucial de prendre ces facteurs en considération lors de la création de nouveaux processus et de nouvelles trajectoires (Hodgkinson et coll., 2017). En ce qui concerne des sous-populations particulières, il existe des données probantes démontrant que certains modèles parmi ceux qui ont été présentés pourraient être particulièrement utiles pour

des problèmes tels que : les troubles liés à l'usage ou à l'abus de substances (Levy et Kokotailo, 2011; Sterling et coll., 2015), les troubles d'externalisation (Kolko, Campo, Kelleher et Cheng, 2010; Kolko et coll., 2012; Kolko et coll., 2014) et la dépression (Asarnow et coll., 2005; Richardson et coll., 2014). Cependant, les modèles les mieux adaptés aux cas complexes, dont les diagnostics mixtes, les troubles concomitants et les troubles graves, complexes ou ceux réfractaires aux traitements, étaient peu discutés (pour une analyse plus approfondie des troubles concomitants, voir Watson, Carter et Manion, 2014). Néanmoins, une partie de la recherche documentaire s'est attardée aux besoins en santé mentale des adolescentes enceintes et des adolescents ayant un rôle parental (Hodgkinson, Beers, Southammakosane et Lewin, 2014), et elle a aussi révélé que l'intégration de la santé et de la santé mentale lors des consultations en soins primaires est importante pour la santé mentale future de l'adolescent, du parent et de l'enfant. Des trajectoires spécifiques ont aussi été décrites pour les adolescents qui présentent des symptômes psychotiques, lesquels incluent généralement un aiguillage vers un programme de premier épisode psychotique (Anderson, Fuhrer, Schmitz et Malla, 2013).

Finalement, nous reconnaissons les limitations méthodologiques du présent document. Les consultations n'étaient pas exhaustives et les résultats découlant des entrevues et des groupes de discussion peuvent ne pas avoir abordé tous les thèmes. Nous sommes conscients que les familles et les adolescents possédant une expérience vécue qui ont participé peuvent ne pas être représentatifs de tout le spectre des complexités et, en raison de la nature des consultations, pourraient en avoir retiré moins de résultats positifs globalement. Par ailleurs, nous avons réalisé une revue systématique de la littérature disponible, de même qu'une analyse du contexte. Les revues systématiques de la littérature sont généralement le point de départ d'un questionnement, guidant les recherches futures et aidant les utilisateurs finaux à prendre des décisions plus éclairées. Cependant, les revues systématiques n'incluent habituellement pas d'évaluation de la qualité ni de synthèse exhaustive des données et, de ce fait, sont moins rigoureuses méthodologiquement que d'autres méthodes de revue plus avancées.

Recommandations

La présente communication prête pour les politiques souligne l'importance de la collaboration entre les professionnel(le)s de la santé du secteur des soins primaires et ceux du secteur des services communautaires de santé mentale afin d'améliorer l'efficacité de notre système de santé mentale des enfants et des adolescents en Ontario et de répondre efficacement à leurs besoins. Bien que nous reconnaissons que les professionnel(le)s de soins de santé primaires et ceux offrant des services communautaires de santé mentale aux enfants et aux adolescents sont submergés par une large clientèle, les problèmes de santé mentale demeurent sous-diagnostiqués et sous-traités dans la partie de la population représentant les enfants et les adolescents.

Les recommandations suivantes sont fondées sur les données probantes disponibles issues de la recherche, sur les pratiques courantes et sur les données découlant des groupes de discussion, et elles ont été élaborées en vue de renforcer le partenariat entre les soins primaires et les services communautaires de santé mentale en offrant des services appropriés au niveau du développement des enfants et des adolescents atteints de problèmes de santé mentale couvrant tout le spectre des symptômes de gravité et de handicaps fonctionnels. Bien que les recommandations soient larges, nous soulignons l'importance cruciale de porter une attention particulière aux problèmes liés à la diversité et aux déterminants sociaux de la santé dans la création des trajectoires cliniques et dans la prestation des services cliniques.

1 Des structures organisationnelles et des pratiques qui soutiennent la communication entre professionnel(le)s de la santé

On voit clairement, selon ce document, qu'une mauvaise communication entre les professionnel(le)s de soins de santé primaires et ceux offrant des services communautaires de santé mentale aux enfants et aux adolescents est un obstacle majeur à la prestation de soins optimaux. L'essentiel de la communication entre ces deux secteurs passe par le processus d'aiguillage. D'un côté, plusieurs professionnel(le)s spécialisé(e)s en soins primaires ont très peu de connaissances sur les services de santé mentale disponibles et appropriés dans leur communauté, sur la façon d'entreprendre un processus d'aiguillage vers un organisme de santé mentale et sur à quoi s'attendre en ce qui concerne le type et la durée des traitements. De l'autre côté, les services communautaires en santé mentale des enfants et des adolescents informent rarement les professionnel(le)s de soins de santé primaires de l'état de leur aiguillage et des retombées du traitement. Ils ont peu de connaissances sur les pratiques des professionnel(le)s de soins de santé primaires, incluant les remboursements des honoraires et la prescription de médicaments. Étant donné que notre système de santé mentale est en pleine évolution, comme le décrivaient les participants de l'un des groupes de discussion, il est souvent difficile de comprendre les rôles, les responsabilités et les compétences d'un(e) autre professionnel(le) de la santé lorsqu'ils sont liés à la santé mentale. Pour ces raisons, les professionnel(le)s de la santé ont plus tendance à poursuivre leurs façons de faire, ce qui mène à

La plupart du temps, les informations cliniques sont échangées de manière ponctuelle et les familles servent de pont de communication (Greene et coll., 2015).

l'isolement professionnel et à des occasions ratées de consultation et de collaboration.

Pour s'attaquer à ce problème, des modèles fondés sur des équipes et sur la cohabitation ont été proposés (Kelleher, Campo et Gardner, 2006). Même si ces deux modèles peuvent augmenter les occasions d'établir une meilleure communication, la recherche documentaire a démontré que la proximité physique n'est pas suffisante pour que cela se produise. Les principes collaboratifs doivent devenir une priorité pour tous les professionnel(le)s de la santé afin d'atteindre de meilleurs résultats. De tels principes comprennent (1) des équipes de direction en soins primaires et en services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents représentant les besoins de la communauté, (2) l'accès à du soutien à la prise de décisions pour les professionnel(le)s de soins de santé primaires au moyen de consultations avec des spécialistes (par exemple, en utilisant le service de télésanté mentale), (3) la clarification des rôles et de l'étendue du domaine de pratique des équipes interdisciplinaires et (4) la mise en place d'un SIC. Dans ce but, chaque professionnel(le) de la santé, qu'il(elle) exerce seul(e) ou au sein d'un organisme, devrait préparer un énoncé de mission qui comprenne la santé mentale en collaboration et qui se traduise ensuite en stratégies organisationnelles concrètes faisant l'objet d'une surveillance continue.

2 Davantage de formation efficace en santé mentale pour les professionnel(le)s de soins de santé primaires afin qu'ils développent leurs compétences

La présente communication prête pour les politiques souligne le besoin d'avoir plus de formations, et des formations plus efficaces, en santé mentale pour les professionnel(le)s de soins de santé primaires afin d'augmenter leurs connaissances et leur confiance en eux. Par le passé, la formation avait tendance à se concentrer sur les catégories de diagnostic, sur les symptômes et sur les traitements fondés sur des données probantes, mais elle manquait d'enseignements sur les techniques d'entrevue et sur le savoir-être nécessaire pour vraiment engager les enfants et les adolescents aux prises avec des problèmes de santé mentale. Ces compétences comprennent, sans s'y limiter : entrer en communication avec les client(e)s et leur famille au sujet de la santé mentale de manière empathique et sans

Les familles avaient le sentiment que les professionnel(le)s de soins de santé primaires étaient mieux préparé(e)s pour affronter les crises que pour gérer à long terme des troubles courants.

Les adolescents ont mentionné vouloir que l'on respecte leurs besoins en matière de vie privée, de confidentialité et de consentement éclairé, et que les professionnel(le)s de la santé reconnaissent le concept de « famille définie par les adolescents » (un soutien naturel autre que celui des parents).

porter de jugement; encourager l'expression des inquiétudes; gérer l'empressement et la motivation, les préférences et les obstacles au traitement; solliciter le consentement et l'assentiment, et diriger sa pratique en faisant en sorte qu'elle soit sensible à la santé mentale et aux problèmes de développement (p. ex. organiser une formation sur la sensibilité destinée au personnel non clinique). En effet, plusieurs participants aux groupes de discussion, de même que des enquêtes de recherche, mettent l'accent sur la variabilité des attitudes et des croyances des professionnel(le)s de soins de santé primaires à l'égard de la maladie mentale, le niveau de confort et de confiance à discuter de problèmes de santé mentale avec les adolescents et leur famille, l'âge de consentement, ainsi que les connaissances et les compétences nécessaires pour détecter, diagnostiquer traiter ou aiguiller. De manière encourageante, la plupart des professionnel(le)s de soins de santé primaires rapportent vouloir augmenter leur formation en santé mentale, tout en indiquant que le manque de temps est le plus grand obstacle pour le faire efficacement.

Jusqu'à présent, la formation n'a pas été suffisante pour répondre aux besoins en santé mentale des enfants, des adolescents et de leur famille se présentant dans les établissements de soins primaires. La formation en santé mentale est actuellement prodiguée à deux niveaux :

- **Résidence** : malgré que des occasions de se former en santé mentale soient offertes, il a été démontré que bien souvent cette formation n'est pas obligatoire et qu'elle entre en compétition avec le temps alloué à d'autres stages cliniques. De la formation sur la collaboration interdisciplinaire et des connaissances sur les rôles et les compétences des spécialistes en santé mentale font souvent cruellement défaut. Néanmoins, au cours des dernières années, un changement dans la bonne direction a été entrepris alors qu'un nombre croissant de programmes spécialisés en médecine familiale et en pédiatrie accorde plus de place à la formation en santé mentale. En créant de nouveaux programmes de formation, il a été proposé que les étudiants en médecine soient formés par divers spécialistes en contenu, tels que des médecins de famille, des psychiatres et des psychologues, qu'ils utilisent de multiples méthodes d'apprentissage (p. ex. un patient

Les professionnel(le)s de soins de santé primaires ont mentionné devoir chercher de la formation supplémentaire en santé mentale par eux-mêmes pour tenter de combler leurs lacunes en matière de connaissances et de pratiques.

simulé) et qu'ils partagent leurs stages cliniques avec d'autres services et d'autres disciplines afin de stimuler les connaissances et les collaborations interdisciplinaires. La résidence peut aussi être renforcée par la promotion de la participation des résidents dans des projets de soins partagés ou en collaboration, par des stages cliniques au sein d'équipes interdisciplinaires, en portant une plus grande attention à l'intersection entre les problèmes de santé mentale et les conditions médicales pendant leurs stages cliniques, et en se prévalant de toutes les occasions de consultation au cours de leur formation.

- **Occasions de formation médicale continue (FMC)** : il a été proposé que la FMC devrait mettre davantage l'accent sur le diagnostic, sur la gestion et sur le développement des compétences interprofessionnelles nécessaires aux soins en collaboration, en plus de refléter le contexte des pratiques locales et les besoins de la communauté en impliquant des spécialistes et des organismes communautaires locaux, et de favoriser de solides partenariats (Wissow et coll., 2008). Un certain nombre de modèles d'enseignement en formation continue existent, mais la plupart n'ont pas été évalués pour déterminer si les professionnel(le)s de soins de santé primaires qui les ont suivis ont réalisé des changements concrets à leurs pratiques par la suite. Une évaluation en profondeur de la FMC et d'autres programmes de formations continues disponibles au Canada (p. ex. le projet ECHO) sont nécessaires pour déterminer quels programmes offrent les meilleures données probantes et comment ils peuvent être adaptés au contexte de la santé mentale des enfants et des adolescents en Ontario.

3 Davantage d'occasions pour la formation en santé mentale en contexte de soins primaires pour les spécialistes en santé mentale.

On présume souvent que les professionnel(le)s de la santé spécialisé(e)s en santé mentale savent comment travailler en collaboration. Cependant, le présent rapport démontre que peu de professionnel(le)s de la santé spécialisé(e)s en santé mentale comprennent clairement comment les professionnel(le)s de soins de santé primaires fonctionnent dans un système de santé financé par les fonds publics, de quels renseignements ces derniers ont besoin pour coordonner les services de santé physique et mentale ou comment leur propre pratique s'inscrit dans le système de soins de santé. Dans la même optique que nos recommandations ci-dessus, nous suggérons que le cursus des disciplines pertinentes, telles que la psychologie, le travail social et la psychiatrie, comprenne aussi des concepts de soins de santé mentale partagés ou en collaboration dans leurs exigences de formation. Des professionnel(le)s de soins de santé primaires devraient idéalement être engagés pour enseigner une partie de ce programme. Des occasions cliniques pour une formation spécifique en soins primaires spécialisés en santé mentale devraient aussi être offertes, comprenant, sans s'y limiter : des expériences de consultation et de soutien aux professionnel(le)s de soins de santé primaires dans une équipe de soins primaires, de brèves thérapies individuelles dans un contexte de soins primaires et l'animation de groupes de psychoéducation et d'entraide parentale. Les principes des soins partagés ou en collaboration dans le domaine de la santé mentale devraient faire partie des valeurs mises de l'avant par les associations et par les ordres provinciaux réglementant ces professionnel(le)s.

4 Établissement de lignes directrices et de voies cliniques normalisées

Il n'existe actuellement pas de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour soutenir les communautés dans la mise en place de voies cliniques en santé mentale des enfants et des adolescents. De telles lignes directrices existent aux États-Unis, par l'intermédiaire de l'American Academy of Pediatrics, et au Royaume-Uni, grâce au National Institute for Clinical Excellence (NICE). Certaines données probantes démontrent que la promotion et la publication de lignes directrices propres à chaque trouble ont augmenté la compétence perçue des médecins pour reconnaître et traiter des troubles mentaux tels que le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (Heneghan et coll., 2008; Ayyash et coll., 2013). Les communautés de l'Ontario sont diverses dans leur composition et dans leurs besoins (p. ex. éloignées ou rurales, francophones), ce qui signifie qu'il n'existe pas de solution unique qui s'applique à tous. Cependant, nous croyons que les principes suivants issus de l'approche par paliers et du cadre MSMC peuvent aider chaque communauté à élaborer des lignes directrices portant sur la façon de mettre en œuvre des soins en collaboration et des voies cliniques efficaces entre les soins primaires et les services communautaires en santé mentale des enfants et des adolescents. Les voies cliniques doivent comprendre des formulaires d'aiguillage normalisés établis conjointement par des professionnel(le)s de soins de santé primaires et par ceux spécialisé(e)s en services communautaires en santé mentale des enfants et des adolescents, ainsi que des accords formels régissant les attentes en matière de communications. Les professionnel(le)s de soins de santé primaires ont aussi besoin de soutien pour choisir les aiguillages appropriés pour leurs clients. Selon notre recherche documentaire, ce soutien a été offert historiquement par un(e) coordonnateur(trice) ou par un(e) intervenant(e) pivot, issu(e) des soins primaires ou de la communauté, ou il a été offert par l'accès à une plateforme de base de données en ligne complète. Dans les deux cas, le défi demeure l'engagement de tous les professionnel(le)s de la santé offrant des services communautaires en santé mentale aux enfants et aux adolescents de fournir une information à jour au sujet de leurs services. L'élaboration de lignes directrices est la première étape, en surveiller la mise en œuvre et en assurer la fidélité seront aussi des étapes cruciales pour aider les prises de décisions futures.

5 Intégrer des outils normalisés dans les pratiques de soins primaires

Compte tenu du temps limité dont disposent les professionnel(le)s de la santé spécialisé(s) en soins primaires et de la vaste gamme de symptômes de santé mentale à couvrir, plusieurs ont proposé l'utilisation d'outils normalisés pour soutenir les professionnel(le)s de soins de santé primaires dans le dépistage des enfants et des adolescents qui pourraient avoir besoin d'une évaluation en santé mentale plus complète. Des outils normalisés peuvent être employés pour : (1) normaliser et simplifier l'identification des symptômes et des maladies par les professionnel(le)s de soins de santé primaires ; (2) aider à créer des voies cliniques comparables partout dans la province et favoriser une accessibilité uniforme; (3) aider à la prise de décisions cliniques; (4) surveiller l'évolution des symptômes dans le temps ou noter l'efficacité des traitements, (5) déterminer la gravité de la maladie et des handicaps fonctionnels. Cependant, de multiples obstacles à une mise en œuvre réussie existent, y compris la formation sur l'interprétation des résultats, sur l'administration de

notes et sur le temps à y consacrer, sans oublier les coûts. De plus, quelques chercheurs, de même que certains membres des familles, ont émis des réserves quant à la surutilisation des outils normalisés, car ceux-ci sont utiles uniquement si leurs résultats ont un effet direct sur la prise de décisions et qu'ils sont soutenus par des ressources pratiques additionnelles qui peuvent améliorer les résultats des soins de santé mentale.

Nous recommandons l'utilisation d'outils normalisés qui peuvent être facilement administrés, interprétés et utilisés dans les établissements de soins primaires comme dans ceux offrant des services communautaires de santé mentale aux enfants et aux adolescents. En fait, les outils normalisés peuvent fournir un langage commun entre les professionnel(le)s de la santé (principes communimétriques) et ils pourraient faire partie du processus d'aiguillage. Nous recommandons que les professionnel(le)s de soins de santé primaires aient accès à une liste ou à un menu d'outils s'appuyant sur des données probantes qui inclut les spécifications des outils (p. ex. le groupe d'âge, la durée, la vérification des symptômes généraux par rapport aux symptômes spécifiques). Les outils admissibles devraient avoir une validité apparente, présenter une psychométrie valable pour les soins primaires, être faciles à administrer et à noter, être disponibles dans le domaine public (c.-à-d. gratuits) ou à faible coût, et être facilement intégrables au déroulement des activités ou d'un SIC. De plus, les outils devraient être appropriés au niveau de développement, car, à la différence des outils pensés pour les adultes, les mesures sont normées en fonction des différents groupes d'âge. De plus, ce ne sont pas tous les outils qui possèdent différentes versions pour tous les groupes d'âge jusqu'à l'âge adulte. Au Canada, le manque d'outils disponibles à la fois en français et en anglais et ayant été entièrement validés est un autre défi majeur à leur mise en place. Une liste d'outils normalisés appropriés pour la santé mentale et utilisables en soins primaires est disponible pour les professionnel(le)s de la santé américains spécialisé(e)s en soins primaires par l'intermédiaire de l'American Academy of Pediatrics.

6 Établir des pratiques de facturation et de remboursement efficaces en appui aux services de santé mentale

Nous devons réviser les incitatifs et les dissuasifs existants en santé mentale des enfants et des adolescents dans le contexte des soins primaires. Les pratiques de facturation et de remboursement actuelles ont été critiquées parce qu'elles ne reconnaissent pas la nature et les défis uniques des soins de santé mentale des enfants et des adolescents. Plusieurs professionnel(le)s de soins de santé primaires ont demandé davantage d'incitatifs pour évaluer les problèmes de santé mentale, pour utiliser des outils normalisés de même que pour pouvoir consulter et collaborer avec des services

Les professionnel(le)s de soins de santé primaires déclarent que le plus grand obstacle à la collaboration est le temps disponible puisqu'ils ne sont pas remboursés ni incités à le faire. En fait, des honoraires pour les plus courtes consultations en santé physique sont supérieurs à ceux pour les consultations plus longues en santé mentale.

de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents, toutes ces actions nécessitant énormément de temps. La transition des modèles de paiement à l'acte vers des modèles de paiement par épisode de soins ou des modèles de foyers médicaux a aidé à améliorer la performance aux États-Unis (Baker et Axler, 2015). Cependant, nous devons trouver ce qui fonctionnera le mieux pour les Ontariennes et les Ontariens.

Par ailleurs, certains ont fait valoir que l'inclusion de la santé mentale dans notre protection provinciale en matière de santé réduirait les temps d'attente. Nous sous-utilisons une grande partie de nos spécialistes en santé mentale du secteur privé en raison des limites de couverture du Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Par exemple, un programme mis en place en Australie permet à un(e) professionnel(le) de la santé spécialisé(e) en soins primaires d'aiguiller un(e) client(e) vers un psychiatre travaillant dans le secteur privé et possédant une expertise en santé mentale et en interventions de santé comportementale fondées sur des données probantes, et leur client(e) peut avoir droit à 12 séances à coût faible ou nul (Moulding et coll., 2009). Bien que cette option puisse entraîner des changements significatifs à notre système de soins de santé, elle vaut la peine d'être prise en considération.

7 Mobilisation des familles et des adolescents à tous les niveaux du processus de changement et de surveillance

Conformément à d'autres initiatives nationales et provinciales, nous croyons qu'intégrer les adolescent(e)s et leur famille à tous les niveaux du processus de changement assurera que les soins primaires et les services de santé mentale sont réceptifs aux besoins des Ontariennes et des Ontariens. Cependant, bien qu'on observe une reconnaissance grandissante de l'importance de consulter les enfants, les adolescents et leur famille, il est rare qu'une mobilisation significative se produise de façon à en tirer le maximum de bénéfices et d'effets (Cannon, Matthews et Cairns, 2013). La mobilisation des familles et des adolescents doit aller au-delà de la conformité, de la participation ou de l'engagement dans les choix portant sur leurs soins (Connaissances à l'horizon, 2016).

La mobilisation des familles et des adolescents, lorsqu'il s'agit de prodiguer des soins, signifie un partenariat actif entre les adolescents, leur famille et les fournisseurs de services, qui consiste à mobiliser et à écouter ce que les adolescents et leur famille ont à dire, à participer à une communication bidirectionnelle et à considérer les adolescents et les familles comme des partenaires et des alliés en matière de santé mentale des enfants et des adolescents (Connaissances à l'horizon, 2016). Elle comprend aussi des partenariats actifs entre les adolescents, les familles, les chercheurs, les décideurs et les autres intervenants travaillant ensemble pour améliorer les processus de soins de santé mentale. Dans les faits, une mobilisation appropriée des adolescents et de leur famille possédant une expérience vécue de l'ensemble des étapes de planification peut faire la lumière sur la façon dont les clients sont aiguillés entre les différents services et peut aider à optimiser leur trajectoire. De plus, la mobilisation des familles et des adolescents

améliore la dignité et le respect des clients et elle sert de mécanisme de responsabilisation pour assurer que le système de soins de santé agit de façon à servir leurs intérêts.

8 La nécessité de poursuivre la recherche et l'évaluation

Les résultats de l'enquête discutés dans le présent rapport mettent l'accent sur le besoin de poursuivre une recherche plus exhaustive et plus ciblée dans ce domaine (Richardson et coll., 2016). Nous devons investir davantage dans la recherche pour savoir quels modèles serviront le mieux les soins de santé mentale des enfants et des adolescents, les techniques de gestion propres aux troubles en soins primaires et l'utilité des programmes de formation. Davantage de recherche servant à définir quels modèles sont les meilleurs pour des populations complexes est nécessaire, tels que les diagnostics mixtes et les troubles concomitants, et pour différentes populations. Un financement continu de la recherche portant sur les interventions en santé mentale des enfants et des adolescents fondées sur des données probantes est aussi nécessaire, puisque tous les modèles de soins sont limités par l'efficacité des traitements actuellement offerts.

En plus, nous devons collecter toute une gamme d'indicateurs significatifs et produire des rapports afin d'évaluer la performance actuelle et de surveiller les retombées et la viabilité à court et à long terme. Certains indicateurs sont déjà mesurés par différents ministères et ceux-ci devraient être rendus disponibles à des fins de recherche. Cependant, nous ne devrions pas suivre uniquement les retombées provenant de contacts individuels, mais aussi de soins en collaboration entre les soins primaires et les soins communautaires de santé mentale des enfants et des adolescents. Les indicateurs qui peuvent être suivis comprennent : les déterminants sociaux de la santé, la mise en œuvre, l'adhésion, le taux de satisfaction de la part des intervenants et les retombées pour les enfants et les adolescents. En ce qui concerne la mise en œuvre de changements dans les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents, les exigences de responsabilisation devraient être établies au moyen de cibles de qualité et d'échéanciers d'amélioration. Les mesures de responsabilisation utiles comprennent : les résultats sur la santé, la qualité des soins, l'accès aux soins, l'efficacité, l'équité, les résultats de l'expérience vécue et l'engagement des clients. Cela signifie que nous devons nous engager envers des évaluations de programme planifiées.

Ce rapport souligne aussi les avantages potentiels d'une utilisation généralisée des systèmes d'information clinique (SIC/DME) lesquels pourraient fournir des données pour des analyses plus détaillées des pratiques cliniques et de leurs retombées.

Conclusions

Les recommandations présentées dans le présent document sont intégrées et interconnectées. Ensemble, elles peuvent renforcer l'interface entre les établissements de soins primaires et ceux des services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents. Avec les discussions et les réformes actuellement en cours en Ontario, voici une occasion d'aller de l'avant avec ces recommandations et ces modèles de soins fondés sur des données probantes afin de soutenir une meilleure collaboration entre les secteurs, la création de soins continus et, ultimement, l'amélioration des résultats en matière de santé mentale des enfants et des adolescents à l'échelle de la province.

Les adolescents disent vouloir être impliqués dans la prise de décisions.

Références

Anderson, K. K., Fuhrer, R., Schmitz, N., et Malla, A. K. (2013). Determinants of negative pathways to care and their impact on service disengagement in first-episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 125-136.

Ani, C. et Garraalda, E. (2005). Developing primary mental health care for children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 440-444.

Asarnow, J. R., Rozenman, M., Wiblin, J. et Zeltzer, L. (2015). Integrated medical-behavioral care compared with usual primary care for child and adolescent behavioral health: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 169(10), 929-37.

Asarnow, J. R., Jaycox, L. H., Duan, N., LaBorde, A. P., Rea, M. M., Murray, P. et Wells, K. B. (2005). Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: A randomized controlled trial. *JAMA*, 293(3), 311-319.

Ashcroft, R., Silveira, J. et Mckenzie, K. (2016). A qualitative study on incentives and disincentives for care of common mental disorders in Ontario family health teams. *Healthcare Policy*, 12(1), 84-96.

Association médicale Canadienne. (2014). *How can Canada achieve enhanced use of electronic medical records?* Consultable à l'adresse suivante : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/advocacy/Enhanced-Use-of-EMRs-Discussion-Paper-Final-May-2014.pdf>

Association des psychiatres du Canada. (2006). *Établissement de priorités sur les délais d'attente touchant les personnes souffrant d'une maladie mentale grave*. Consultable à l'adresse suivante : http://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/Wait_times-CPA_policy_paper_1-web-EN.pdf

Australian Government Department of Health. (n.d.). *Stepped care. PHN primary mental health care flexible funding pool implementation guidance*. Consultable à l'adresse suivante : [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/2126B045A8DA90FDCA257F6500018260/\\$File/1PHN%20Guidance%20-%20Stepped%20Care.PDF](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/2126B045A8DA90FDCA257F6500018260/$File/1PHN%20Guidance%20-%20Stepped%20Care.PDF)

Ayyash, H., Sankar, S., Merriman, H., Vogt, C., Earl, T., Shah, K. et Banerjee, S. (2013). Multidisciplinary consensus for the development of ADHD services: The way forward. *Clinical Governance an International Journal*, 18(1), 30-38.

Baker, G. R. et Axler, R. (2015). *Creating a high performing health care system for Ontario: Evidence supporting strategic changes in Ontario*. Toronto, Ontario: Institute of Health Policy, Management and Evaluation. Consultable à l'adresse suivante : http://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2016/03/Baker-OHA_HSR-Creating-High-Performing-Healthcare-System_policy_paper_oct...Final_.pdf

Biddle, L., Donovan, J. L., Gunnel, D. et Sharp, D. (2006). Young adults' perceptions of GPs as a help source for mental health distress: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 56(533), 924-931.

Boak, A., Hamilton, H. A., Adalf, E. M., Henderson, J. L. et Mann, R. E. (2016). *The mental health and well-being of Ontario students, 1991-2015: Detailed OSDUHS findings*. CAMH Research Document Series No.43. Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health.

Bridge, J. A., Horowitz, L. M., Fontanella, C. A., Grupp-Phelan, J. et Campo, J. V. (2014). Prioritizing research to reduce youth suicide and suicidal behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3S2), S229-234.

Brown, J. D. et Wissow, L. S. (2008). Discussion of maternal stress during pediatric primary care visits. *Ambulatory Pediatrics*, 8(6), 368-374. doi: 10.1016/j.ambp.2008.08.004

CAMH. (2012). *Health equity*. Consultable à l'adresse suivante : http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/health_equity/Pages/health_equity.aspx

CAMH. (2016). *Mental health and primary care policy framework*. Toronto, Canada: Centre de toxicomanie et de santé mentale. Consultable à l'adresse suivante : https://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/influencing_public_policy/Documents/PrimaryCarePolicyFramework_March2016.pdf

Canadian Psychiatric Association & The College of Family Physicians of Canada. (2000). *Shared mental health care in Canada: Current status, commentary and recommendations*. The Collaborative Working Group on Shared Mental Health Care. Consultable à l'adresse suivante : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/Shared_mental_health_care.pdf

- Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2013). *Screening for depression in primary care*. Edmonton, Canada: University of Alberta. Consultable à l'adresse suivante : <http://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/05/2013-depression-clinician-algorithm-and-faq-en.pdf>
- Cannon, S., Matthews, J. et Cairns, L. (2013). *The position of families on transformation of the child and youth mental health system*. St. Catherine, Canada : Parents for Children's Mental Health. Consultable à l'adresse suivante : http://www.pcmh.ca/documents/2013_The%20Position%20of%20Families%20Report2.pdf
- Cellucci, L. W., Cellucci, T., Stanton, M., Kerrigan, D. et Madrake, M. (2013). *The status of EMR adoption in university psychology clinics*. 46th Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS), IEEE. 2565-2574.
- Clarke, G., Debar, L., Lynch, F., Powell, J., Gale, J., O'Connor, E. et Hertert, S. (2005). A randomized effectiveness trial of brief cognitive-behavioral therapy for depressed adolescents receiving antidepressant medication. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(9), 888-898.
- Collier, R. (2015). National physician survey: EMR use at 75%. *CMAJ*, 187(1), E17-18. doi: 10.1503/cmaj.109-4957
- Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health (2009). The future of pediatrics: Mental health competencies for pediatric primary care. *Pediatrics*, 124(1), 410-421. doi: 10.1542/peds.2009-1061
- Connaissances à l'horizon. (2016). *Best practices in engaging families in child and youth mental health*. Ottawa, Canada: Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health. Consultable à l'adresse suivante : http://www.excellenceforchildand youth.ca/sites/default/files/eib_attach/FamilyEngagement_Final_Jan2016.pdf
- Costello, E. J. (1989). Child psychiatric disorders and their correlates: A primary pediatric sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 851-55.
- Costello, E. J., Egger, H. et Angold, A. (2005). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10), 972-986.
- Croghan, T. W. et Brown, J. D. (2010). *Integrating mental health treatment into the patient centered medical home*. Washington, US: Agency for Health Care Research and Quality (Publication No. 10-0084-EF). Consultable à l'adresse suivante : <https://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/Integrating%20Mental%20Health%20and%20Substance%20Use%20Treatment%20in%20the%20PCMH.pdf>
- Cullen, W., Broderick, N., Connolly, D. et Meagher, D. (2012). What is the role of general practice in addressing youth mental health? A discussion paper. *Irish Journal of Medical Science*, 181(2), 189-197. doi: 10.1007/s11845-011-0757-6. Epub 2011 Sep 21
- Davidson, S. et Manion, I. G. (1996). Facing the challenge: Mental health and illness in Canadian youth. *Psychology, Health & Medicine*, 1(1), 41-56.
- Dempster, N. R., Wildman, B. G. et Duby, J. (2014). Perception of primary care pediatricians of effectiveness, acceptability and availability of mental health services. *Journal of Child Health Care*, 19(2), 195-205.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M. et Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32, 607-619. doi:10.1016/j.chiabu.2006.12.018
- Forrest, C. B., Glade, G. B., Baker, A. E., Bocian, A. B., Kang, M. et Starfield, B. (2002). The pediatric primary-specialty care interface: How pediatricians refer children and adolescents to specialty care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 1999, 153, 705-714.
- Franx, G., Oud, M., de Lange, J., Wensing, M. et Grol, R. (2012). Implementing a stepped-care approach in primary care: Results of a qualitative study. *Implementation Science*, 7(8), 1-13. doi:10.1186/1748-5908-7-8
- Gadomski, A. M., Wissow, L. S., Palinkas, L., Hoagwood, K. E., Daly, J. M. et Kaye, D. L. (2014). Encouraging and sustaining integration of child mental health into primary care: Interviews with primary care providers participating in project TEACH (CAPES and CAP PC) in NY. *General Hospital Psychiatry*, 36, 555-562.
- Gagné, M. A. (2005) *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*. Mississauga, ON: Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Consultable à l'adresse suivante : <http://www.shared-care.ca/files/02-Framework-FR.pdf>

- Gandhi, S., Chiu, M., Lam, K., Cairney, J. C., Guttman, A. et Kurdyak, P. (2016). Mental health service use among children and youth in Ontario: Population-based trends over time. *The Canadian Journal of Psychology*, 61(2), 119-124.
- Glazier, R. H., Zagorski, B. M. et Rayner J. (2012). *Comparison of primary care models in Ontario by demographics, case mix and emergency department use, 2008/09 to 2009/10*. Toronto, Canada: ICES. Consultable à l'adresse suivante : <http://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2012/Comparison-of-Primary-Care-Models>
- Greene, C. A., Ford, J. D., Ward-Zimmerman, B. et Foster, D. (2015). Please break the silence: Parents' views on communication between pediatric primary care and mental health providers. *Families, Systems, & Health*, 33(2), 155-159.
- Guevara, J. P., Greenbaum, P. E., Shera, D., Bauer, L. et Schwarz, D. F. (2009). Survey of mental health consultation and referral among primary care pediatricians. *Academic Pediatrics*, 9(2), 123-127.
- Hacker, A. K., Goldstein, J., Link, D. et Wissow, L. (2013). Pediatric provider processes for behavioral health screening decision making, and referral in sites with co-located mental health services. *Journal of Developmental & Behavioural Pediatrics*, 34(9), 680-687.
- Hacker, K. A., Myagmarjav, E., Harris, V., Suglia, S. F., Weidner, D. et Link, D. (2006). Mental health screening in pediatric practice: Factors related to positive screens and the contribution of parental/personal concern. *Pediatrics*, 118(5), 1896-1906.
- Haller, D. M., Sancu, L. A., Sawyer, S. M. et Patton, G. C. (2009). The identification of young people's emotional distress: a study in primary care. *British Journal of General Practice*, 59(560), e61-70. doi: 10.3399/bjgp09X419510
- Headspace (2014). *Service innovation project component 1: Best practice framework*. Melbourne, Australie. Consultable à l'adresse suivante : <https://headspace.org.au/assets/Uploads/Corporate/Publications-and-research/headspace-best-practice-framework-april-2014.pdf>
- Healy, D., Naqvi, S., Meagher, D., Cullen, W. et Dunne, C. (2013). Primary care support for youth mental health: A preliminary evidence base for Ireland's Mid-west. *Irish Journal of Medical Science*, 182, 237-243.
- Heneghan, A., Garner, A. S., Storfer-Isser, A., Kortepeter, K., Stein, R. E. et Horwitz, S. M. (2008). Pediatrician's role in providing mental health care for children and adolescents: Do pediatricians and child and adolescent psychiatrists agree? *Journal of Development & Behavioral Pediatrics*, 29(4), 262-69.
- Hertzman, C., Clinton, J., Lynk, A.; Canadian Paediatric Society, Early Years Task Force. (2011). Measuring in support of early childhood development. *Paediatrics & Child Health*, 16(10), 655-660.
- Hilt, R. J., Romaine, M. A., McDonnell, M. G., Sears, J. M., Krupski, A., Thompson, J. N., Myers, J. et Trupin, E. W. (2013). The Partnership Access Line: Evaluating a child psychiatry consult program in Washington State. *JAMA Pediatrics*, 167(2), 162-168.
- Hilty, D. M., Ferrer, D. C., Parish, M. B., Johnston, B., Callahan, E. J. et Yellowlees, P. M. (2013). The effectiveness of telemental health: A 2013 review. *Telemedicine and e-Health*, 19(6), 444-454. doi: 10.1089/tmj.2013.0075
- Hilty, D. M., Yellowlees, P. M., Myers, K., Parish, M. B. et Rabinowitz, T. (2016). The effectiveness of e-mental health: Evidence base, how to choose the model based on ease/cost/strength, and future areas of research. In D. Mucic & D. M. Hilty (Eds.), *E-Mental Health* (pp. 95-127). Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-20852-7_6
- Hix-Small, H., Marks, K., Squires, J. et Nickel, R. (2007). Impact of implementing developmental screening at 12 and 24 months in a pediatric practice. *Pediatrics*, 120(2), 381-389. doi:10.1542/peds.2006-3583
- Hodgkinson, S., Beers, L., Southammakosane, C. et Lewin, A. (2014). Addressing the mental health needs of pregnant and parenting adolescents. *Pediatrics* 133(1).
- Hodgkinson, S., Godoy, L., Beers, L.S. et Lewin, A. (2017). Improving mental health access for low-income children and families in the primary care setting. *Pediatrics*, 139(1):e20151175. doi: 10.1542/peds.2015-1175
- Holt, W. et DMA Health Strategies. (2010). The Massachusetts Child Psychiatry Access Project: Supporting mental health treatment in primary care. *The Commonwealth Fund, High-Performing Health Care Organization*, 1378(41).
- Horwitz, S. M., Kelleher, K. J., Stein, R. E., Storfer-Isser, A., Youngstrom, E. A., Park, E. R., ... Hoagwood, K. E. et coll. (2007). Barriers to the identification and management of psychosocial issues in children and maternal depression. *Pediatrics*, 119(1), e208-218.

- Houston, M. (2010). The psychiatric medical record, HIPAA, and the use of electronic medical records. *Child and Adolescent Psychiatric clinics of North America*, 19(1), 107-114.
- ICES MHASEF Research Team. (2015). *The mental health of children and youth in Ontario: A baseline score card*. Toronto, ON: Institute of Clinical Evaluation Sciences. Consultable à l'adresse suivante : <http://www.ices.on.ca/~media/Files/Atlases-Reports/2015/Mental-Health-of-Children-and-Youth/Summary.ashx>
- Kapalka, G. M. (2009). Pediatrician/psychologist collaboration: Opportunities for clinical child psychologists. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39, 127-33. doi:10.1007/s10879-008-9107-z
- Kates, N., Craven, M., Bishop, J., Clinton, T., Kraftcheck, D., LeClair, K., ... Turner, T. (1996). *Shared mental health care in Canada: Position paper*. Canadian Psychiatric Association and The College of Family Physicians of Canada. Consultable à l'adresse suivante : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Directories/_PDFs/Shared%20Mental%20Health%20Care%20in%20Canada.pdf
- Kelleher, K. J. et Stevens, J. (2009). Evolution of child mental health services in primary care. *Academic Pediatrics*, 9(1), 7-14.
- Kelleher, K. J., Campo, J. V. et Gardner, W. P. (2006). Management of pediatric mental disorders in primary care: Where are we now and where are we going? *Current Opinion in Pediatrics*, 18(6), 649-653.
- Kelleher, K. J., Taylor, J. L. et Rickert, V. I. (1992). Mental health services for rural children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 12(8), 841-52.
- Kelly, B. J., Perkins, D. A., Fuller, J. D. et Parker, S. M. (2011). Shared care in mental illness: A rapid review to inform implementation. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(31), 1-12. doi: 10.1186/1752-4458-5-31
- Kemper, K. J., Foy, J. M., Wissow, L. et Shore, S. (2008). Enhancing communication skills for pediatric visits through on-line training using video demonstrations. *BMC Medical Education*, 8(8), 1-9. doi: 10.1186/1472-6920-8-8
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. et Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Khanlou, N. (2003). Mental health promotion education in multicultural settings. *Nurse Education Today*, 23(2), 96-103. doi:10.1016/S0260-6917(02)00207-1
- Kirby, M. J. et Keon, W. J. (2004). *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada*. Ottawa, Ontario, Canada: Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.
- Kolko, D. J. (2009). Options for the delivery of mental health services. In T.K. McInerney. (Eds.) *American Academy of Pediatrics textbook of pediatric care*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Kolko, D. J. et Perrin, E. (2014). The integration of behavioral health interventions in children's health care: Services, science and suggestions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(2), 216-228.
- Kolko, D. J., Campo, J. V., Kelleher, K. et Cheng, Y. (2010). Improving access to care and clinical outcome for pediatric behavioral problems: A randomized trial of nurse-administered interventions in primary care. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31(5), 393-404.
- Kolko, D. J., Campo, J. V., Kilbourne, A. M. et Kelleher, K. (2012). Doctor-office collaborative care for pediatric behavioral problems: A preliminary clinical trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 166(3), 224-231. doi:10.1001/archpediatrics.2011.201
- Kolko, D. J., Campo, J., Kilbourne, A. M., Hart, J., Sakolsky, D. et Wisniewski, S. (2014). Collaborative care outcomes for pediatric behavioral health problems: A cluster randomized trial. *Pediatrics*, 133(4), e981-92.
- Kowalewski, K., McLennan, J. D. et McGrath, P. J. (2011). A preliminary investigation of wait times for child and adolescent mental health services in Canada. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(2), 112-19.
- Kramer, T. et Garralda, M. E. (2000). Child and adolescent mental health problems in primary care. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 287-294.
- Kutcher, S., Davidson, S. et Manion, I. (2009). Child and youth mental health: Integrated health care using contemporary competency-based teams. *Paediatrics & Child Health*, 14(5), 315-18.

- Leitch, K. K. (2007). *Vers de nouveaux sommets - Rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes*. Ottawa, ON. Cat.: H21-296/2007E-PDF. Consultable à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/hpb-dgps/pdf/child-enfant/2007-advisor-conseillere/advisor-conseillere-fra.pdf
- LePlatte, D., Rosenblum, K. L., Stanton, E., Miller, N. et Muzik, M. (2012). Mental health in primary care for adolescent parents. *Mental Health and Family Medicine*, 9(1), 39-45.
- Levy, S. J. et Kokotailo, P. K. (2011). Policy statement: Substance use screening, brief intervention, and referral to treatment for pediatricians. *Pediatrics*, 128(5), e1330-40.
- Lum, J. et Ying, A. (2014). *Community hubs: Right care, right place, right time*. Toronto, Canada: Canadian Research for Care in the Community. Consultable à l'adresse suivante : <http://www.ryerson.ca/content/dam/crncc/knowledge/infocus/factsheets/InFocus-CommunityHubs.pdf>
- Lynch, T. R., Wildman, B. G. et Smucker, W. D. (1997). Parental disclosure of child psychosocial concerns: Relationship to physician identification and management. *Journal of Family Practice*, 44(3), 273-281.
- Madge, N., Foreman, D. et Baksh, F. (2008). Starving in the midst of plenty? A study of training needs for child and adolescent mental health service delivery in primary care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(3), 463-78.
- Mash, E.J. et Barkley, R.A. (Eds.). (2006). *Treatment of Childhood Disorders Third Edition*. New York, NY: Guilford Press.
- Mathias, S., Tee, K., Anderson, K., Barbic, S., Hood, J., Liversidge, P., ... Wiens, S. (2015). *Background Document*. Victoria, Canada: British Columbia Integrated Youth Services Initiative. Consultable à l'adresse suivante : <http://www.bciysi.ca/assets/downloads/bc-iyisi-background-document.pdf>
- McDonald, K. M., Sundaram, V., Bravata, D. M., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S., ... Owens, D. K. (2007). Volume 7 – Care Coordination. In K.G. Shojania, K.M. McDonald, R.M. Wachter et D.K. Owens (Eds.), *Closing the quality gap: A critical analysis of Quality Improvement Strategies*. AHRQ Publication No. 04(07)-0051-7. Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality. Consultable à l'adresse suivante : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44015/pdf/Bookshelf_NBK44015.pdf
- McGorry, P. D., Purcell, R., Hickie, I. B. et Jorm, A. F. (2007). Investing in youth mental health is a best buy. *Medical Journal of Australia*, 187(7): S5-S7.
- McGorry, P., Bates, T. et Birchwood, M. (2013). Designing youth mental health services for the 21st century: Examples from Australia, Ireland and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 202(54), s30-s35. doi: 10.1192/bjp.bp.112.119214
- MHASEF Research Team. (2015). *The mental health of children and youth in Ontario: A baseline scorecard*. Toronto, ON: Institute for Clinical Evaluative Sciences. Consultable à l'adresse suivante : <http://www.ices.on.ca/~media/Files/Atlases-Reports/2015/Mental-Health-of-Children-and-Youth/Summary.ashx>
- MOHLTC. (2015). *Schedule of benefits: Physician services under the Health Insurance Act*. Ontario, Canada. Consultable à l'adresse suivante : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ohip/sob/physerv/sob_master20151221.pdf
- Moulding, R., Grenier, J., Blashki, G., Ritchie, P., Pirkis, J. et Chomienne, M. (2009). Integrating psychologists into the Canadian health care system: The example of Australia. *Canadian Journal of Public Health*, 100(2), 145-147.
- Myers, K., Vander Stoep, A., Zhou, C., McCarty, C. A. et Katon, W. (2015). Effectiveness of a telehealth service delivery model for treating attention-deficit/hyperactivity disorder: A community-based randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(4), 263-274.
- Nadeau, L., Jaimes, A., Rousseau, C., Papazian-Zohrabian, G., Germain, K., Broadhurst, J., Battaglini, A. et Measham, T. (2012). Partnership at the forefront of change: Documenting the transformation of child and youth mental health services in Quebec. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(2), 91-97.
- Nelson, E. L., Cain, S. et Sharp, S. (2017). Considerations for conducting telemental health with children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(1), 77-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2016.07.008>
- NICE. (2011a). *Stepped care for people with common mental health disorders commissioning guide*. UK: Commissioning guide. Consultable à l'adresse suivante : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/resources/stepped-care-for-people-with-common-mental-health-disorders-commissioning-guide-561922205893>
- NICE. (2011b). *Common mental health problems: Identification and pathways to care*. Consultable à l'adresse suivante : <https://www.nice.org.uk/guidance/CG123/chapter/1-Guidance#step-1-identification-and-assessment>

- O'Regan, A., Schaffalitzky, E. et Cullen, W. (2015) Educational interventions: Equipping general practice for youth mental health and substance abuse: A discussion paper. *Irish Journal of Medical Science*, 181(2), 189-197. doi: 10.1007/s11845-011-0757-6.
- Olson, A. L., Kelleher, K. J., Kemper, K. J., Zuckerman, B. S., Hammond, C. S. et Dietrich, A. J. (2001). Primary care pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of depression in children and adolescents. *Ambulatory Pediatrics*, 1(2), 91-98.
- OMA. (2015). *Une approche de réseau de la santé intégrée pour traiter les populations prioritaires dans les pratiques de médecine familiale en Ontario* Canada : Ontario Medical Association. Consultable à l'adresse suivante : <https://members.oma.org/Resources/Documents/IntegratedHealthNetworkPolicyPaper2015-06-25.pdf>
- OMA Health Policy Department. (2016). Physician-patient engagement. *Ontario Medical Review*, 11-15. Consultable à l'adresse suivante : <https://members.oma.org/Resources/Documents/OMAPhysicianPatientEngagement.pdf>
- Orygen. (2016). *Commissioning and youth mental health: Addressing an undertreated health issue*. Consultable à l'adresse suivante : <https://www.orygen.org.au/Policy-Advocacy/Policy-Reports/Commissioning-and-Youth-Mental-Health.aspx?ext=>.
- Paing, W. W., Weller, R. A., Welsh, B., Foster, T., Birnkrant, J. M. et Weller, E. B. (2009). Telemedicine in children and adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 11(2), 114-119.
- Parker, Z., Steele, M., Junek, W., Morin, L., Davidson, S., Fleisher, W. et Yates, T. (2002). *Pédopsychiatrie canadienne : Les effectifs médicaux (Énoncé de principe)*. Ottawa, Canada: Académie canadienne de pédopsychiatrie Comité sur les effectifs médicaux. Consultable à l'adresse suivante : http://www.cacap-acpea.org/fr/cacap/Politiques_et_directives_p810.html
- Patel, V., Flisher, A.J., Hetrick, S. et McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *Lancet*, 369, 1302–13. doi:10.1016/S0140-6736(07)60368-7
- Peek, C. J. et The National Integration Academy Council. (2013). *Lexicon for behavioral health and primary care integration: AHRQ Publication No.13-IP001-EF*. Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality. Consultable à l'adresse suivante : <http://integrationacademy.ahrq.gov/sites/default/files/Lexicon.pdf>
- Radecki, L., Sand-Loud, N., O'Connor, K.G., Sharp, S. et Olson, L.M. (2011). Trends in the use of standardized tools for developmental screening in early childhood: 2002–2009. *Pediatrics*, 128(1), 14-19. doi:10.1542/peds.2010-2180
- Radovic, A., Farris, C., Reynolds, K., Reis, E. C., Miller, E. et Stein, B. D. (2014). Primary care providers' belief about teen and parent barriers to depression care. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 35(8), 534-538.
- Raval, G.R. et Doupnik, S.K. (2017). Closing the gap: Improving access to mental health care through enhanced training in residency. *Pediatrics*, 139(1):e20163181. doi:10.1542/peds.2016-3181
- Regalado, M. et Halfon, N. (2001). Primary care services promoting optimal child development from birth to age 3 years: Review of the literature. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155(12), 1311-1322. doi:10.1001/archpedi.155.12.1311
- Richardson, L. P., Ludman, E., McCauley, E., Lindenbaum, J., Larison, C., Zhou, C., ... Katon, W. (2014). Collaborative care for adolescents with depression in primary care: A randomized clinical trial. *JAMA*, 312(8), 809-816. doi:10.1001/jama.2014.9259
- Richardson, L. P., McCarty, C. A., Radovic, A. et Ballonoff Suleiman, A. (2016). Research in the integration of behavioral health for adolescents and young adults in primary care settings: A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 1-9.
- Roberts, J., Crosland, A. et Fulton, J. (2014). GPs' responses to adolescents presenting with psychological difficulties: A conceptual model of fixers, future planners, and collaborators. *British Journal of General Practice*, e254-e261.
- Rushton, J., Bruckman, D. et Kelleher, K. (2002). Primary care referral of children with psychosocial problems. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, 592-598.
- Sand, N., Silverstein, M., Glascoe, F. P., Gupta, V. B., Tonniges, T. P. et O'Connor, K. G. (2005). Pediatricians' reported practices regarding developmental screening: Do guidelines work? Do they help? *Pediatrics*, 116(1), 174-179.
- Sarvet, B., Gold, J., Bostic, J.Q., Masek, B.J., Prince, J.B., Jeffers-Terry, M., ... Straus, J.H. (2010). Improving access to mental health care for children: The Massachusetts Child Psychiatry Access Project. *Pediatrics*, 126(6), 1191-1200. doi:10.1542/peds.2009-1340
- Sayal, K. et Taylor, E. (2004). Detection of child mental health disorders by general practitioners. *British Journal of General Practice*, 54, 348-352.

- Sayal, K. (2006). Annotation: Pathways to care for children with mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 649–659. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01543.x
- Sayal, K., Amarasinghe, M., Robotham, S., Coope, C., Ashworth, M., Day, C., Tylee, A. et Simonoff, E. (2012). Child and adolescent mental health problems in primary care. *Family Practice*, 13, 51.
- Sayal, K., Tischler, V., Coope, C., Robotham, S., Ashworth, M., Day, C., ... et Simonoff, E. (2010). Parental help-seeking in primary care for child and adolescent mental health concerns: Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 197(6), 476-481.
- Schonwald, A., Huntington, N., Chan, E., Risko, W. et Bridgemohan, C. (2009). Routine developmental screening implemented in urban primary care settings: More evidence of feasibility and effectiveness. *Pediatrics*, 123(2), 660-668.
- Simonian, S. J. (2006). Screening and identification in pediatric primary care. *Behavior Modification*, 30(1), 114-131.
- Stancin, T. et Perrin, E. C. (2014). Psychologists and pediatricians: Opportunities for collaboration in primary care. *American Psychologist*, 69(4), 332-43.
- Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services and technology*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; pp 8-9.
- Statistique Canada. (2009). *Principales causes de décès au Canada*. Statistique Canada Catalogue no. 84-215-X. Ottawa. Date de modification novembre 2015. Ottawa. Consultable à l'adresse suivante : <http://www.statcan.gc.ca/pub/84-215-x/2012001/int-fra.htm>
- Stattin, H., Enebrink, P., Özdemir, M. et Giannotta, F. (2015). A national evaluation of parenting programs in Sweden: The short-term effects using an RCT effectiveness design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1069-1084.
- Steele, M., Zayed, R., Davidson, B., Stretch, N., Nadeau, L., Fleisher, W. et Callanan, T. S. (2012). Referral patterns and training needs in psychiatry among primary care physicians in Canadian rural/remote areas. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(2), 111-123.
- Stein, R. E., Horwitz, S. M., Storfer-Isser, A., Heneghan, A., Olson, L., Hoagwood et K. E. (2008). Do pediatricians think they are responsible for identification and management of child mental health problems? Results of the AAP periodic survey. *Ambulatory Pediatrics*, 8(1). 11-17.
- Sterling, S., Kline-Simon, A., Weisner, C., Jones, A., Satre, D. et Wong, A. (2015). Adolescent SBIRT implementation in pediatric primary care: Results from a randomized trial in an integrated health-care delivery system. *Addiction Science & Clinical Practice*, 10(1), A62.
- The Canadian Association of Paediatric Health Centres (CAPHC); The National Infant, Child, and Youth Mental Health Consortium Advisory; et le Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des ados (2010). *L'accès et les temps d'attente en santé mentale des enfants et des adolescents : Document d'information*. Ontario, Canada : Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents. Consultable à l'adresse suivante : http://www.excellenceforchildandadolescents.ca/sites/default/files/policy_acces_et_les_temps_dattente.pdf
- The WHO Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. Consultable à l'adresse suivante : http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf?ua=1
- Thombs, B. D., Coyne, J. C., Cuijpers, P., De Jonge, P., Gilbody, S., Ioannidis, J. P. et Ziegelstein, R. C. (2012). Rethinking recommendations for screening for depression in primary care. *CMAJ*, 184(4), 413-418. doi: 10.1503/cmaj.111035
- Vallance, A. K., Kramer, T., Churchill, D. et Garralda, M. E. (2011). Managing child and adolescent mental health problems in primary care: Taking the leap from knowledge to practice. *Primary Health Care Research and Development*, 12(4), 301-309. doi: 10.1017/S1463423611000338
- Waddell, C., McEwan, K., Shepherd, C. A., Offord, D. R. et Hua, J. M. (2005). A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(4), 226-33. doi: 10.1177/070674370505000406
- Wagner, E. H., Austin, B. T. et Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*, 74(4), 511-544.
- Watson, G. K., Carter C. et Manion, I. (2014). *Chemins d'accès aux soins pour les jeunes atteints de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie*. Ottawa, Canada : Le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents. Consultable à l'adresse suivante : http://www.excellenceforchildandadolescents.ca/sites/default/files/policy_troubles_concomitants_de_sante_mentale_et_de_toxicomanie.pdf

- Whalen, M. (2016). *Program update letter*. Caroline Families First Program.
- WHO et WONCA. (2008). *Integrating mental health into primary care: A global perspective* [WM 140 2008IN]. Consultable à l'adresse suivante : http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf
- Williams, J., Klinepeter, K., Palmes, G., Pulley, A. et Foy, J.M. (2004). Diagnosis and treatment of behavioral health disorders in pediatric practice. *Pediatrics*, *114*(3), 601–606.
- Williams, J., Shore, S. E. et Foy, J. M. (2006). Co-location of mental health professionals in primary care settings: Three North Carolina models. *Clinical Pediatrics*, *45*, 537-43.
- Williams, R., Clinton, J.; Canadian Paediatric Society, Early Years Task Force. (2011). Getting it right at 18 months: In support of an enhanced well-baby visit. *Paediatrics & Child Health*, *16*(10). 647-654.
- Wissow, L. S., Gadowski, A., Roter, D., Larson, S., Horn, I., Bartlett, E., ... et Wang, M. C. (2008). A cluster-randomized trial of mental health communication skills for pediatric generalists. *Pediatrics*, *121*(2), 266-275.
- Wissow, L. S., van Ginneken, N., Chandna, J. et Rahman, A. (2016). Integrating children's mental health into primary care. *Pediatric Clinics of North America*, *63*, 97-113.
- Wissow, L., Anthony, B., Brown, J., DosReis, S., Gadowski, A., Ginsburg, G. et Riddle, M. (2014). A common factors approach to improving the mental health capacity of pediatric primary care. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *35*(4), 305–318. doi: 10.1007/s10488-008-0178-7
- Woltmann, E., Grogan-Kaylor, A. et Perron, B. (2012). Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty and behavioral health care settings: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *169*, 792.
- Yang, J., Kurdyak, P. et Guttman A. for the MHASEF Team (2016). Developing Indicators for the Child and Youth Mental Health System in Ontario. *Healthcare Quarterly*, *19*(3), 6-9.
- Zayed, R., Davidson, B., Nadeau, L., Callanan, T. S., Fleisher, W., Hope-Ross, L., ... Steele, M. (2016). Canadian rural/remote primary care physicians perspectives on child/adolescent mental health care service delivery. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *25*(1), 24-34.
- Zeanah, P., Stafford, B., Nagle, G. et Rice, T. (2005). *Addressing social-emotional development and infant mental health in early childhood systems*. Los Angeles, CA: National Center for Infant and Early Childhood Health Policy. Building State Early Childhood Comprehensive Systems Series, No. 12. Consultable à l'adresse suivante : <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED496853.pdf>

Annexe A : questions d'entrevues et de groupes de réflexion

QUESTIONS POUR LES ADOLESCENT(E)S

A. ACCÈS AUX SERVICES (c.-à-d. comment les enfants et les adolescents ont-ils accès aux services de santé mentale par l'intermédiaire des professionnel(le)s de soins de santé primaires ?)

1. Par le passé, comment se sont passées vos expériences pour accéder (ou tenter d'accéder) aux services de santé mentale par l'intermédiaire des soins primaires?
2. Pouvez-vous décrire les étapes que vous avez franchies ou la voie que vous avez suivie pour obtenir de l'aide?
3. Qu'est-ce qui a fonctionné? Qu'est-ce qui vous a aidé? Y a-t-il eu une personne ou un élément (une procédure, une ressource, une politique, d'autres facteurs) qui ont facilité votre accès à l'aide dont vous aviez besoin? Y a-t-il un élément quelconque qui a eu une influence positive sur vous?
4. Quels étaient les défis? Quels obstacles avez-vous rencontrés? Quelles parties avez-vous trouvées les plus difficiles dans votre expérience de recherche d'aide? Selon vous, qu'est-ce qui vous a rendu la tâche plus difficile pour accéder à l'aide dont vous aviez besoin?
5. Avez-vous l'impression d'avoir reçu l'aide dont vous aviez besoin? Dans l'affirmative, combien de temps a-t-il fallu pour obtenir l'aide dont vous aviez besoin?
6. Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous votre expérience pour accéder (ou tenter d'accéder) aux services de santé mentale par l'intermédiaire des soins primaires?

B. PRESTATION DES SERVICES (c.-à-d. comment les adolescents perçoivent-ils les services – admission, aiguillage et trajectoires)

1. Qu'est-ce qui fonctionne mal? Selon votre expérience, quel sont les plus grands obstacles, défis ou problèmes en ce qui a trait à la manière dont les soins primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents sont liés (ou non liés) les uns aux autres? Quelles sont les lacunes actuelles et comment devraient-elles être corrigées?
2. Selon vous, qu'est-ce qui fonctionne bien dans le lien entre les soins primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents? Si elles existent, quelles sont les forces présentes dans le système? De quels éléments pourrions-nous tirer parti?

C. CONCLUSION

1. Pouvez-vous suggérer des façons d'améliorer le système par rapport à la façon dont il fonctionne maintenant (que ce soit au niveau de la façon dont vous avez accédé aux services ou de votre expérience avec ces services une fois que vous y avez été admis)?



QUESTIONS POUR LES FAMILLES

A. ACCÈS AUX SERVICES : *en apprendre davantage sur pourquoi et comment les soins primaires servent de point d'accès aux soins de santé mentale.*

1. Tout d'abord, j'aimerais que vous me racontiez à quoi ressemble le fait de demander de l'aide pour des soins en santé mentale pour votre enfant dans un établissement de soins primaires. Quel est le premier endroit vers lequel vous vous êtes tourné pour demander de l'aide (p. ex. un médecin, un pédiatre, une clinique de consultation sans rendez-vous, le service des urgences d'un centre hospitalier)? Pourquoi êtes-vous arrivé là?
2. Saviez-vous que vous cherchiez de l'aide pour les problèmes de santé mentale de votre enfant ou étaient-ils présents conjointement avec d'autres symptômes?
3. Combien de temps vous a-t-il fallu pour obtenir un rendez-vous avec un(e) professionnel(le) de la santé spécialisé(e)s en soins primaires?
4. Qu'espériez-vous obtenir de cette consultation (p. ex. une ordonnance, du soutien émotionnel, un aiguillage, un diagnostic)? Cet épisode a-t-il répondu à vos attentes?

B. PRESTATION DES SERVICES : *en apprendre davantage sur la façon dont les adolescents et leur famille expérimentent les services.*

1. Dans l'ensemble, comment décririez-vous votre expérience pour accéder (ou tenter d'accéder) aux services de santé mentale pour votre enfant par l'intermédiaire des soins primaires?
2. Comment les conversations à propos de la santé mentale se sont-elles déroulées avec vos professionnel(le) de la santé spécialisé(e)s en soins primaires? Comment les compareriez-vous aux conversations portant sur des problèmes de santé *physique*?
3. De quelle façon votre médecin a-t-il déterminé que votre enfant souffrait de problèmes de santé mentale? Avez-vous eu à remplir des formulaires? Comment cela s'est-il passé?
4. Qu'est-ce qui a fonctionné? Qu'est-ce qui vous a aidé? Y a-t-il eu une personne ou un élément (une procédure, une ressource, une politique, d'autres facteurs) qui a influencé votre expérience de manière positive?

C. INTÉGRATION ET INTERFACE DES SERVICES : *en apprendre davantage sur les trajectoires entre les soins primaires et les soins de santé mentale (c.-à-d. les liens entre les soins primaires et la santé mentale des enfants et des adolescents).*

1. Est-ce que votre professionnel(le) de la santé spécialisé(e) en soins primaires vous a mis en contact avec les services de santé mentale?
2. Est-ce que ces services ont répondu à vos besoins? Dans la négative, que s'est-il passé? Combien de rendez-vous a-t-il fallu avant que vous ne receviez l'aide dont vous aviez besoin?
3. À quel point votre médecin connaissait-il les services de santé mentale offerts dans votre communauté?
4. Est-ce que votre médecin communiquait avec votre professionnel(le) de la santé spécialisé(e) en santé mentale (p. ex. à propos des ordonnances, de la progression du traitement) et vice versa? Avez-vous donné votre consentement à ce partage d'information? Vous a-t-on mis au courant du type de renseignements qui étaient partagés?
5. Y a-t-il eu une personne ou un élément qui a facilité votre accès à l'aide dont vous aviez besoin?

D. ÉVALUATION ET RECOMMANDATIONS : *recueillir des commentaires et des recommandations pour améliorer l'interface à partir de l'expérience des personnes interrogées.*

1. Selon votre expérience, quels sont les plus grands obstacles, défis ou problèmes en ce qui a trait à la manière dont les soins primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents sont liés (ou non) entre eux? Quelles sont les lacunes actuelles et comment devraient-elles être corrigées?
2. Selon vous, qu'est-ce qui fonctionne bien entre les soins primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents? Si elles existent, quelles sont les forces présentes dans le système? De quels éléments pourrions-nous tirer parti?
3. ue pourrions-nous faire pour vous faciliter l'accès aux services de santé mentale par l'intermédiaire des soins primaires? À quoi devrait ressembler une expérience idéale du début à la fin?



QUESTIONS POUR LES PROFESSIONNEL(LE)S DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

A. ACCÈS AUX SERVICES : *en apprendre davantage sur pourquoi et comment les soins primaires ont servi de point d'accès aux soins de santé mentale pour les familles et les adolescents.*

1. J'aimerais comprendre ce qui a mené les enfants et les adolescents à chercher de l'aide pour leurs problèmes de santé mentale auprès des établissements de soins primaires. Étiez-vous la première personne ou votre établissement était-il le premier endroit vers lequel ils se sont tournés pour obtenir de l'aide? Étiez-vous leur premier point d'accès pour obtenir des soins de santé mentale?
2. Lorsque les familles ou les adolescents viennent vous consulter, avez-vous l'impression que généralement ils savent que l'aide qu'ils recherchent est pour un problème de santé mentale ou bien vous consultent-ils aussi pour d'autres symptômes?
3. D'après vous, quel type d'aide les familles semblaient-elles rechercher auprès de vous? Semblaient-elles vouloir obtenir des ordonnances, du soutien émotionnel, un aiguillage ou un diagnostic? Et vous, sentiez-vous que vous étiez en mesure de satisfaire à leurs attentes?
4. Combien de temps les familles doivent-elles attendre pour obtenir un rendez-vous pour vous consulter?

B. PRESTATION DES SERVICES : *en apprendre davantage sur la capacité des professionnel(le)s de soins de santé primaires de prodiguer des services de santé mentale*

1. Par le passé, avez-vous déjà vécu des expériences qui ressemblent au soutien que l'on doit offrir à des patient(e)s (enfants ou adolescents) qui présentent des troubles de santé mentale?
2. Quelle est votre expérience de conversations portant sur la santé mentale avec vos patients? Sentez-vous que vous êtes bien outillé pour tenir ces conversations, soutenir vos patients et répondre à leurs besoins?
3. Procédez-vous à des tests de dépistage (pour déterminer la présence de maladies mentales spécifiques)? Dans l'affirmative, de quels types (p. ex. outils formels, conversations, etc.)?
4. Avez-vous déjà aidé un patient à établir un plan de sécurité pour les moments où il se sent en détresse? Dans l'affirmative, à quoi ressemblait cette expérience?
5. Qu'est-ce qui a fonctionné pour soutenir les clients aux prises avec des problèmes de santé mentale? Y a-t-il eu une personne ou un élément (une procédure, une ressource, une politique, d'autres facteurs) qui a influencé votre expérience de manière positive?
6. De quelle façon la facturation entre-t-elle en ligne de compte pour vous? Avez-vous l'impression qu'il existe des incitatifs pour que les professionnel(le)s de soins de santé primaires offrent des soins de santé mentale?

C. INTÉGRATION ET INTERFACE DES SERVICES

1. Avez-vous déjà travaillé directement avec les organismes de santé mentale pour les enfants et les adolescents de votre communauté? Selon votre expérience, comment qualifieriez-vous l'interface entre les soins primaires et le système de santé mentale des enfants et des adolescents?
2. Habituellement, êtes-vous en mesure de mettre vos patients en contact avec les services communautaires de santé mentale? À quel point est-ce rapide et facile? À quoi ressemblent ces processus d'aiguillage?
 - a. À quel point connaissez-vous les services de santé mentale offerts dans votre communauté?
 - b. Qu'arrive-t-il si ces services ne répondent pas à leurs besoins? Par exemple, comment poursuivez-vous la conversation quand des patients expriment le besoin de changer de conseiller ou de professionnel(le) de la santé (pour trouver le bon amalgame)?
3. Quelle est la partie la plus difficile lorsque vous essayez de mettre des patients en contact avec les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents? Selon vous, qu'est-ce qui a rendu votre travail le plus difficile? Quels sont les obstacles lorsque vous aiguillez vos patients?
4. À quel point ou à quelle fréquence communiquez-vous avec les professionnel(le)s de la santé offrant des services de santé mentale au sujet du plan de traitement d'un patient? Comment cela a-t-il fonctionné pour vous par le passé?
 - a. Généralement, obtenez-vous le consentement des adolescents et de leur famille avant de partager des renseignements? Obtenez-vous le consentement des adolescents avant de discuter avec leurs parents?

D. ÉVALUATION ET RECOMMANDATIONS : *recueillir des commentaires et des recommandations pour améliorer l'interface à partir de l'expérience des personnes interrogées.*

1. Selon votre expérience, quels sont les plus grands obstacles, défis ou problèmes en ce qui a trait à la manière dont les soins primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents sont liés (ou non) entre eux? Quelles sont les lacunes actuelles et comment devraient-elles être corrigées?
2. Selon vous, y a-t-il suffisamment de ressources pour soutenir les soins primaires et les services de santé mentale des enfants et des adolescents afin qu'ils travaillent de manière coordonnée et en collaboration? Dans la négative, quelles sont les lacunes actuelles?
3. Selon vous, qu'est-ce qui fonctionne bien entre les soins primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents? Si elles existent, quelles sont les forces présentes dans l'ensemble du système? De quels éléments pourrions-nous tirer parti?
4. Pouvez-vous suggérer des façons d'améliorer le système par rapport à la façon dont il fonctionne actuellement?

QUESTIONS POUR LES PROFESSIONNEL(LE)S DE LA SANTÉ OFFRANT DES SERVICES COMMUNAUTAIRES

A. ACCÈS AUX SERVICES (*c.-à-d. comment les enfants et les adolescents ont-ils accès aux services de santé mentale par l'intermédiaire des professionnel(le)s de soins de santé primaires ?*) À quoi ressemble l'accès aux services de santé mentale actuellement?

1. Par le passé, comment se sont passées vos expériences de soutien de clients qui ont tout d'abord accédé (ou tenté d'accéder) aux services de santé mentale par l'intermédiaire d'un établissement de soins primaires? Selon votre expérience, comment qualifieriez-vous l'interface entre ce système et le secteur de la santé mentale des enfants et des adolescents?
2. Qu'est-ce qui a fonctionné? Qu'est-ce qui vous a aidé à soutenir votre client ou à lui trouver l'aide dont il avait besoin?
3. Quels étaient les défis? Quels obstacles avez-vous rencontrés? Quelles parties avez-vous trouvées les plus difficiles en essayant d'aider les enfants et les adolescents?

B. PRESTATION DES SERVICES (*c.-à-d. comment les adolescents et leur famille perçoivent-ils les services – admission, aiguillage et trajectoires*)

1. Typiquement, à quoi ressemble les aiguillages des professionnel(le)s de soins de santé primaires ?
2. Selon vous, y a-t-il suffisamment de ressources pour soutenir les soins primaires et les services de santé mentale aux enfants et aux adolescents afin qu'ils travaillent de manière coordonnée et en collaboration? Dans la négative, quelles sont les lacunes actuellement?

3. Selon votre expérience, quels sont les plus grands obstacles, défis ou problèmes en ce qui a trait à la manière dont les soins primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents sont liés (ou non) entre eux? Quelles sont les lacunes actuelles et comment devraient-elles être corrigées?
4. Selon vous, qu'est-ce qui fonctionne bien entre les soins primaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents? Si elles existent, quelles sont les forces présentes dans l'ensemble du système? De quels éléments pourrions-nous tirer parti?

C. FORMATION

1. Vous sentez-vous outillé(e) pour interagir avec les professionnel(le)s de soins de santé primaires ? Dans l'affirmative, qu'est-ce qui vous a aidé? Dans la négative, qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir mieux outillé(e)?

D. ÉVALUATION

1. À quoi devrait ressembler la situation pour dire que le processus fonctionne mieux?

E. CONCLUSION

1. Comment l'interface entre les soins primaires et les services communautaires de santé mentale aux enfants et aux adolescents pourrait-elle être améliorée?
2. Prochaines étapes (p. ex. lancement de documents, de quelle façon veulent-ils faire partie de la boucle de rétroaction?)



Annexe B : thèmes abordés par les intervenants lors des entrevues et des groupes de discussion

DAVANTAGE DE FORMATION EN SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS POUR LES PROFESSIONNEL(LE)S DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Adolescents

- sentaient que les professionnel(le)s de soins de santé primaires et leurs employés avaient besoin de formation à la sensibilisation et de perfectionnement, car ils(elles) avaient souvent l'impression qu'ils(elles) n'étaient pas pris en considération
- certains adolescents ont mentionné qu'ils étaient traités différemment parce qu'ils souffraient de maladie mentale
- sentaient que les professionnel(le)s de soins de santé primaires avaient peu de connaissances sur le fonctionnement des services de santé mentale des enfants et des adolescents
- ont rapporté que les professionnel(le)s de soins de santé primaires avaient un éventail étroit d'options de traitement en soins primaires à leur proposer
- ont rapporté que les professionnel(le)s de soins de santé primaires se fiaient trop aux outils d'évaluation ou les sous-utilisaient

Familles

- ont rapporté avoir l'impression de ne pas être entendues, d'être minimisées ou blâmées par les professionnel(le)s de soins de santé primaires lorsqu'elles divulguaient des renseignements portant sur la santé mentale
- sentaient que les professionnel(le)s de soins de santé primaires étaient mieux préparé(e)s pour affronter les crises que pour gérer à long terme des troubles courants
- ont mentionné que les professionnel(le)s de soins de santé primaires avaient peu de connaissances au sujet des services de santé mentale des enfants et des adolescents offerts dans leur communauté au-delà du premier aiguillage général

Professionnel(le)s de soins de santé primaires

- voulaient être mieux informé(e)s et sensibilisé(e)s aux symptômes de la santé mentale, aux diagnostics, aux traitements soutenus par des données probantes, aux outils et aux compétences générales nécessaires pour faire face à la santé mentale des enfants et des adolescents
- ont avoué manquer de connaissances en ce qui a trait aux services de santé mentale des enfants et des adolescents ainsi qu'aux options et aux processus d'aiguillage dans leur communauté
- ont mentionné devoir chercher de la formation supplémentaire en santé mentale par eux-mêmes pour tenter de combler leurs lacunes en matière de connaissances et de pratiques.
- ont rapporté avoir souvent besoin de soutien ponctuel (alors que les adolescents et leur famille sont encore à la clinique) ce qui n'était possible que pour ceux travaillant au sein d'équipes multidisciplinaires

Professionnel(le)s de la santé offrant des services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents

- estiment que les professionnel(le)s de soins de santé primaires ont besoin de plus de formation en santé mentale
- estiment que les professionnel(le)s de soins de santé primaires ont besoin d'en connaître davantage sur les services de santé mentale des enfants et des adolescents, du processus d'aiguillage jusqu'au suivi post-traitement lorsque les clients retournent en soins primaires

IMPORTANCE DE LA RELATION ENTRE LE CLIENT ET LE(LA) PROFESSIONNEL(LE) DE LA SANTÉ

Adolescents

- veulent que leurs professionnel(le)s de soins de santé primaires reconnaissent et comprennent la valeur d'établir une relation pour accroître l'engagement
- veulent que les professionnel(le)s de soins de santé primaires comprennent qu'un bon amalgame avec leur

professionnel(le)s de soins de santé primaires ou leur professionnel(le)s de la santé spécialisé(e)s en soins communautaires de santé mentale des enfants et des adolescents peut mener à de meilleurs résultats, donc changer de professionnel(le) peut être approprié

- apprécient lorsque leurs professionnel(le)s de soins de santé primaires sont transparents, ouverts et accessibles

PORTER D'AVANTAGE ATTENTION AUX BESOINS DES ADOLESCENTS ET DE LEUR FAMILLE

Adolescents

- faire participer les adolescents à la prise de décisions
- respecter la vie privée, la confidentialité et le consentement éclairé des adolescents
- reconnaître la « famille » telle que définie par les adolescents (soutien naturel offert par d'autres personnes que les parents)
- avoir des durées de consultation plus flexibles
- offrir des espaces plus informels, confortables et à l'aspect non clinique où les adolescents peuvent assister à leurs rendez-vous
- avoir des emplacements et des heures d'ouverture adaptés aux adolescents pour améliorer l'accessibilité (p. ex. être situé

près des transports publics et autres services utilisés par les adolescents, offrir les services à des heures pratiques pour les adolescents, comme après l'école ou les fins de semaine

Familles

- reconnaître et respecter le rôle critique que jouent les familles dans la promotion et le soutien des soins aux adolescents
- l'importance d'offrir du soutien à l'ensemble de la famille, particulièrement pour l'aiguillage dans le système, car le fardeau repose souvent sur les épaules des familles qui doivent naviguer dans un système si complexe que même les professionnel(le)s de la santé ont de la difficulté à s'y retrouver

LE RÔLE DES PROFESSIONNEL(LE)S DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES EN TANT QUE PROFESSIONNEL(LE)S DE LA SANTÉ SPÉCIALISÉ(E)S EN SANTÉ MENTALE ET LES ATTENTES EN MATIÈRE DE COLLABORATION ENTRE PROFESSIONNEL(LE)S

Adolescents

- apprécient les professionnel(le)s de la santé qui peuvent communiquer et collaborer avec d'autres professionnel(le)s, puisqu'ils n'ont pas à répéter sans cesse les mêmes renseignements de base (répétition du récit)
- les adolescents fréquentent les soins primaires, les soins tertiaires et les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents pour une courte période de temps et ils ont souvent l'impression de recevoir de l'information contradictoire concernant les professionnel(le)s à qui revient le soin de dépister, de diagnostiquer et de traiter les problèmes de santé mentale

Familles

- ont des difficultés avec les professionnel(le)s de soins de santé primaires qui semblent se laver les mains des problèmes de santé mentale en expliquant que ce n'est pas leur rôle
- appréciaient lorsque les professionnel(le)s de soins de santé primaires prenaient la défense de leur enfant et collaborent avec d'autres professionnel(le)s de la santé

Professionnel(le)s de soins de santé primaires

- percevaient leurs rôles et leurs responsabilités envers les problèmes de santé mentale comme étant mal définis, entraînant de grandes disparités de pratique entre professionnel(le)s de soins de santé primaires
- sont intéressés à collaborer et reconnaissent que la collaboration mène à de meilleurs résultats
- veulent que les services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents confirment de manière constante les aiguillages et fassent rapport aux professionnel(le)s de soins de santé primaires

- certains professionnel(le)s de soins de santé primaires ont proposé que l'intégration de systèmes d'information cliniques résoudrait les problèmes de communication et faciliterait les pratiques d'aiguillage

Professionnel(le)s de la santé offrant des services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents

- estimaient que la communication et les relations interpersonnelles sont cruciales au succès du processus d'aiguillage
- reconnaissent que les deux secteurs ont besoin de davantage de connaissances sur la façon de collaborer
- ont de la difficulté à mobiliser les professionnel(le)s de soins de santé primaires en ce qui a trait aux soins de santé mentale et ont de la difficulté à savoir de quelle information les professionnels de la santé spécialisé(e)s en soins primaires ont besoin et comment ils(elles) veulent l'obtenir
- ont rapporté des niveaux d'intérêt variables envers la santé mentale et la collaboration
- ont rapporté que les liens avec les professionnel(le)s de soins de santé primaires sont difficiles à établir et à maintenir
- ont rapporté que certains professionnel(le)s de la santé dans les deux secteurs sont réticent(e)s à changer la façon dont ils(elles) font les choses
- ont rapporté être préoccupé(e)s par le respect de la vie privée et de la confidentialité, en fait certains patients auraient spécifiquement demandé que leurs informations ne soient pas transmises à leur professionnel(le) de la santé spécialisé(e) en soins primaires, ce qui entrave la collaboration
- sont surchargé(e)s, ce qui mène à de longues listes d'attente et laisse peu de temps pour collaborer

OBSTACLES À LA COLLABORATION

Professionnel(le)s de soins de santé primaires

- ont rapporté que le plus grand obstacle à la collaboration est le temps puisqu'ils(elles) ne sont pas remboursé(e)s ou ne reçoivent pas d'incitatifs pour ce faire (les honoraires pour les plus courtes consultations en santé physique sont supérieurs à ceux pour les consultations plus longues en santé mentale)
- ont rapporté une différence frappante entre ce qu'ils(elles) considèrent comme étant d'importantes informations et les informations que les services communautaires en santé mentale des enfants et des adolescents sont prêts à fournir, menant à une communication inefficace
- Certain(e)s professionnel(le)s de la santé spécialité(e)s en soins primaires ont expliqué qu'ils(elles) préfèrent envoyer les enfants et les adolescents au service des urgences puisqu'ils avaient une meilleure chance d'être vus plus rapidement que s'ils étaient aiguillés vers des services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents.

Professionnel(le)s de la santé offrant des services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents

- bien que les services communautaires en santé mentale des enfants et des adolescents réalisent que la plupart des enfants et des adolescents se présentent tout d'abord dans les établissements de soins primaires, ils ont réduit les occasions de collaborer puisque plusieurs de leurs services fonctionnent uniquement par accès direct (sans aiguillage)
- ont rapporté très peu de partenariats formels et ils(elles) ont mentionné qu'une collaboration était possible uniquement avec un(e) professionnel(le) de la santé spécialisé(e) en soins primaires avec le(a)quel(le) ils ont une relation de confiance, ce qui peut prendre un long moment à établir

EXPÉRIENCE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE ET APPEL AU CHANGEMENT

Adolescents

- certains adolescents ont rapporté avoir perdu confiance dans la capacité du système de santé mentale de les traiter

Familles

- ont des difficultés à naviguer entre les différents services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents et elles rencontrent plusieurs obstacles sur la voie vers un traitement tels que des restrictions dues à l'âge, aux régions desservies, au diagnostic, à la longueur des services, etc.
- ont l'impression que les défis de l'accès aux soins étaient uniques à la santé mentale et pas aussi présents lorsqu'ils(elles) voulaient accéder à des services pour d'autres problèmes de santé

- ont souligné les pressions financières qui découlent de l'absence de financement pour les traitements de santé mentale dans la communauté, de la perte de travail, du coût des transports, des frais de garde pour les frères et les sœurs, etc.

Professionnel(le)s de soins de santé primaires

- le manque de services appropriés, les longues listes d'attente et les ressources inadéquates frustraient les professionnel(le)s de soins de santé primaires, menant à l'usure de la compassion et à la perte de confiance dans le système



Annexe C : thèmes de la revue exploratoire de la littérature et de l'analyse du contexte

COMMUNICATION, RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES ET COLLABORATION ENTRE LES PROFESSIONNEL(LE)S DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET CEUX SPÉCIALISÉ(E)S EN SANTÉ MENTALE

La mauvaise communication interprofessionnelle est un fléau qui touche le système de santé mentale et qui contrarie autant les professionnel(le)s de la santé que les clients (Greene et coll., 2015). Le manque de communication mène aussi à l'isolement professionnel et il est considéré comme le plus grand empêchement aux attitudes professionnelles, à la continuité des soins et à la pratique en collaboration (Sayal et coll., 2012). La communication peut prendre la forme d'échanges formels d'information au moyen du processus d'aiguillage, de communications régulières lors de rencontres et d'une intégration complète des services (CPACFH et TFMH, 2009). Cependant, la plupart du temps, les informations cliniques sont échangées de manière occasionnelle et les familles servent de pont de communication (Greene et coll., 2015). Les professionnel(le)s de la santé n'ont pas les mêmes attentes au sujet de la fréquence et du contenu des communications interprofessionnelles (Greene et coll., 2015). Dans le cadre d'une étude, bien que la plupart des professionnel(le)s de la santé connaissaient les services de santé mentale de leur région, moins de la moitié pouvait nommer un(e) professionnel(le) qu'ils(elles) pourraient consulter (Greene et coll., 2015). En fait, les professionnel(le)s de soins de santé primaires étaient moins susceptibles d'établir une relation de confiance avec un spécialiste en santé mentale qu'avec tout autre spécialiste de la santé (Holt et DMA Health Strategies, 2010). De manière encourageante, 85 % ont dit qu'ils(elles) aimeraient établir une telle relation (Greene et coll., 2015). La collaboration entre les professionnel(le)s est ardue, car les relations

interprofessionnelles doivent être initiées, nourries et soutenues malgré le nombre limité de rencontres en personne (Greene et coll., 2015). Pour qu'une collaboration soit fructueuse, la communication doit être bidirectionnelle; les professionnel(le)s de la santé doivent élaborer des ententes formelles pour guider leur communication, de même que leur coordination et leur cogestion (Greene et coll., 2015). Malheureusement, bien que la communication soit considérée comme très importante pour les familles, la collaboration était considérée comme modérément importante (Greene et coll., 2015).

En Ontario, la plupart des médecins sont des travailleurs autonomes dont les pratiques sont indépendantes de tout mandat organisationnel. L'autonomie de la gouvernance et de la gestion des organismes qui prodiguent les soins peut mener à une fragmentation qui complique la communication et la coordination des soins (Baker et Axler, 2015). Différents modèles de soins primaires ont été proposés au fil des années en Ontario en vue d'améliorer la collaboration. En Ontario, 25 pour cent des résidents reçoivent des soins primaires au sein d'équipes Santé familiale (

Glazier, Zagorski et Rayner, 2012). Néanmoins, les enfants et les adolescents sont représentés également dans les modèles de soins primaires (Glazier et coll., 2012). De manière similaire, la composition des organismes communautaires de santé mentale des enfants et des adolescents et le type de professionnel(le)s peuvent varier largement entre les communautés.

PRATIQUES D'AIGUILLAGE EN SOINS PRIMAIRES

La recherche a démontré que lorsque des clients sont aiguillés vers des services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents, un nombre important d'entre eux ne terminent pas le processus (Hacker et coll., 2006; Rushton, Bruckman et Kelleher, 2002) ou la participation et l'engagement restent faibles (Kolko, 2009). Lorsque cela se produit, les professionnel(le)s de soins de santé primaires tendent à surestimer le rôle de la stigmatisation comme obstacle à la faible admission et ils(elles) sous-estiment les facteurs conjoncturels comme le coût des services, les moyens de transport et les complexités du système de santé

mentale (Radovic et coll., 2014). Une étude plus générale portant sur les pratiques d'aiguillage en pédiatrie a démontré qu'une meilleure communication avec les spécialistes en santé mentale entraînait un plus haut taux d'achèvement du processus d'aiguillage de même qu'en une plus grande satisfaction des professionnel(le)s de la santé (Forrest et coll., 1999). Certains ont suggéré que les protocoles d'aiguillage soient élaborés conjointement par les deux secteurs pour en accroître l'efficacité (Madge, Foreman et Baksh, 2008; Greene et coll., 2015)

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Une grande variabilité existe dans le niveau de confiance et de confort des professionnel(le)s de soins de santé primaires en ce qui a trait aux problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents (Horwitz et coll., 2007; Williams, Klinepeter, Palmes, Pulley et Foy, 2004; Roberts, Crosland et Fulton, 2014) et à l'idée qu'ils(elles) se font de leurs rôles et de leurs responsabilités (Hacker et coll., 2013). Certaines études ont démontré qu'alors que 70 pour cent des pédiatres estimaient devoir gérer et traiter le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), seulement de 16 à 30 pour cent estimaient que le TDAH était responsable de l'anxiété, de la dépression ou d'autres problèmes de comportement (Stein et coll., 2008). D'un autre côté, bien que la plupart des professionnel(le)s de soins de santé primaires estiment que les traitements reçus dans les établissements communautaires de santé mentale des enfants et des adolescents amélioreraient probablement les symptômes de leurs clients, ils(elles) rapportent souvent être plus confortables de prescrire des médicaments puisqu'il s'agit du traitement le plus facilement disponible et le plus immédiat (Dempster, 2015). La même variabilité existe dans les croyances et les attitudes des professionnel(le)s de soins de santé primaires à l'égard la santé mentale des enfants et des adolescents. Par exemple, il a été rapporté que certain(e)s professionnel(le)s de soins de santé primaires sont inquiet(ète)s à propos de la surmédicalisation de la détresse normale et qu'ils(elles) sont réticents à étiqueter et à stigmatiser des enfants, ou, à l'autre bout du spectre, ne croient pas que plusieurs problèmes de santé mentale puissent être traités efficacement (Sayal, 2006; O'Regan, Schaffalitzky et Cullen, 2015; Roberts, et coll., 2014).

Lorqu'on les a questionnés, les professionnel(le)s de soins de santé primaires et les psychiatres pour enfants et pour adolescents s'entendent pour dire que c'est la responsabilité des professionnel(le)s de soins de santé primaires de dépister et d'aiguiller les adolescents aux prises avec des problèmes de santé mentale (Heneghan et al., 2008). Ils(elles) sont aussi d'accord pour dire que le traitement ne devrait pas être la responsabilité des professionnel(le)s de soins de santé primaires (mis à part la possible exception du TDAH), malgré le fait que moins de 10 pour cent des deux groupes estimaient qu'il y avait suffisamment de professionnels disponibles dans leur communauté pour traiter leurs patients (Heneghan et coll., 2008). Naturellement, avec une charge de travail déjà écrasante, plusieurs professionnel(le)s de soins de santé primaires ne sont pas très heureux d'assumer de nouvelles tâches qu'ils considèrent être la responsabilité de spécialistes (Madge et coll., 2008).

Lorsqu'il est question de connaître d'autres professionnel(le)s de la santé dans le système de santé mentale, peu comprennent les rôles et les responsabilités des uns et des autres (Greene et coll., 2015). Pour cette raison, une meilleure intégration des spécialistes en santé mentale au sein des soins primaires a été encouragée (Moulding et coll., 2009). Certains ont proposé que des psychologues soient formés pour jouer le rôle de consultants auprès des professionnel(le)s de soins de santé primaires en supervisant l'utilisation d'outils normalisés et les autres professionnel(le)s de la santé spécialisé(e)s en santé mentale travaillant dans des établissements de soins primaires (Kapalka, 2009; Stancin et Perrin, 2014).



FORMATION EN SANTÉ MENTALE POUR LES PROFESSIONNEL(LE)S DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

La formation inadéquate en santé mentale des professionnel(le)s de soins de santé primaires est souvent mentionnée dans la littérature et plusieurs études rapportent leur manque de compétences et de connaissances pour gérer de manière appropriée des problèmes de santé mentale (Olson et coll., 2001). Bien que la plupart des professionnel(le)s de soins de santé primaires mentionnent qu'ils(elles) seraient très intéressé(e)s à recevoir une formation plus complète en santé mentale des enfants et des adolescents (Healy et coll., 2013; Steele, 2012), certain(e)s ajoutent qu'ils(elles) suivraient cette formation supplémentaire uniquement si elle les aidait à s'améliorer dans leur rôle actuel et non parce qu'ils(elles) veulent assumer de nouvelles responsabilités (Madge et coll., 2008). Les professionnel(le)s de soins de santé primaires sont intéressé(e)s à recevoir une formation en TDAH, en santé mentale des enfants et des adolescents et sur son fonctionnement, en interventions, sur les symptômes prédictifs de la santé mentale chez les enfants et les adolescents, sur la classification des maladies mentales et sur les compétences efficaces en matière d'évaluation (Steele et coll., 2012; Madge et coll., 2008). Certain(e)s veulent aussi davantage de formation pour des groupes de population spécifiques qu'ils(elles) pourraient rencontrer dans le cadre de leur pratique, par exemple gérer des troubles de la communication (Madge et coll., 2008).

Les discussions entourant la formation ont porté sur deux niveaux : la résidence et la formation médicale continue (FMC). La recherche documentaire s'attardant à la formation en santé mentale dans le cadre de la résidence pour les médecins de famille et les pédiatres au Canada montre que

la plupart des résident(e)s reçoivent une formation limitée en santé mentale des enfants et des adolescents, malgré les taux élevés de prévalence des troubles de santé mentale chez les adolescents qui fréquentent des professionnel(le)s de soins de santé primaires (Haller, Sancj, Sawyer et Patton, 2009). Il est suggéré que la pratique en collaboration devrait être une exigence centrale, mais le sujet des soins en collaboration dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents est rarement discuté dans les facultés de médecine (CPACFH et TFMH, 2009). Par le passé, des recommandations ont mentionné l'importance qu'un psychiatre ou un autre spécialiste en santé mentale soit impliqué dans la formation des médecins de famille pour créer une culture où l'expérience de formation et le mentorat en santé mentale soient tous deux priorités (CPA et CFPC, 2000; Stancin et Perrin, 2014; Raval et Doupnik, 2017).

La formation des effectifs actuels au moyen de la FMC sur ces questions a été jugée comme un succès par certaines autorités, mais elle continue d'être rare (Vallance et coll., 2011). Bien que les activités de FMC soient les méthodes favorisées par plusieurs médecins (Steele, 2012), un examen des ateliers de formation continue a déterminé que la plupart d'entre eux n'avaient pas évalué le maintien des acquis dans le temps (certains avaient une évaluation avant-après, mais pas à long terme) ni l'impact et la mise en œuvre dans des pratiques réelles des médecins (O'Regan et coll., 2015). Des études démontrent que les médecins sont ouverts aux formations médicales continues lorsqu'elles sont offertes dans leur communauté, sont faciles d'accès, courtes et pertinentes à leur pratique actuelle (Zayed et coll., 2016; Steele et coll., 2012; Madge et coll., 2008).





SYSTÈMES D'INFORMATION CLINIQUE (SIC)

La division qui persiste entre le système de santé physique et le système de santé mentale, de même que le manque de financement général pour les soins en santé mentale a créé une faille dans la capacité de suivre l'information clinique liée aux services de santé mentale reçus dans la communauté. Par conséquent, beaucoup de temps est perdu en efforts multiples pour collecter les renseignements des clients, ce qui est frustrant pour les familles et les adolescents.

Les systèmes d'information cliniques (SIC), aussi appelés dossiers médicaux électroniques (DME) ou dossiers de santé électroniques (DSE), ont été proclamés comme étant des outils cruciaux pour faire de la collaboration une réalité au moyen d'une information clinique intégrée. Les SIC peuvent aider à la communication entre les membres d'une équipe, faciliter le mécanisme d'aiguillage et l'utilisation d'outils normalisés, suivre les changements d'état clinique et agir comme aide-mémoire pour exécuter certaines tâches lors des rencontres avec le client (p. ex. inciter un(e) professionnel(le) de la santé spécialisé(e) en soins primaires à poser une question portant sur la santé mentale).

En fait, un certain nombre d'organismes de soins de santé ont mis en place un SIC pour moderniser leurs processus et pour soutenir la prise de décisions cliniques. En Ontario, 83 pour cent des médecins ont adopté un SIC, ce qui est au-dessus de la moyenne nationale de 75 pour cent (Collier, 2015). On pense que le taux d'adhésion parmi les professionnel(le)s de la santé spécialisé(e)s en santé mentale et les organismes communautaires serait beaucoup plus faible. Par exemple, une étude a montré que seulement 33 pour cent des cliniques de psychologues universitaires utilisaient un SIC (Cellucci, Cellucci, Stanton, Kerrigan et Madrake, 2013). Les différences dans les taux d'adhésion pourraient être dues aux coûts, car certains médecins peuvent recevoir un remboursement par l'intermédiaire de leur association avec Ontario MD. Ontario

MD soutient aussi les médecins dans la sélection (liste de systèmes approuvés pour leur utilisation en Ontario), la mise en oeuvre et l'utilisation de leur SIC.

Actuellement, l'adoption d'un SIC dans l'ensemble du système de soins de santé est un sujet hautement débattu, car la plupart des médecins utilisent leur propre SIC pour entrer et pour récupérer des notes cliniques, et pour saisir des informations relatives à la santé dans un format normalisé. Peu utilisent les outils des SIC à leur pleine capacité. C'est la raison pour laquelle des discussions sont en cours pour une « utilisation signifiante » et une « utilisation augmentée » de ce type de technologie pour maximiser son impact sur les retombées, comme la collaboration (Association médicale Canadienne, 2014). Les avantages de l'adoption d'un SIC comprennent : responsabiliser les professionnel(le)s de la santé au moyen d'aide-mémoire et d'alertes, rendre le processus d'aiguillage auprès des services de santé mentale communautaires pour enfants et adolescents plus facile et normalisé, rendre l'utilisation et l'évaluation des outils plus aisées, suivre les résultats des interventions plus facilement en fournissant des mises à jour en temps opportun sur les progrès des clients aux professionnel(le)s de soins de santé primaires, mieux suivre les rendez-vous et les absences, et faciliter l'accès aux rapports médicaux et psychologiques sans délai (Houston, 2010; Kelleher et Stevens, 2009). Cependant, des critiques et des inconvénients existent, notamment : le coût initial élevé de ces systèmes, la formation requise pour utiliser la technologie de manière optimale, l'utilisation systématique et l'adhésion par toutes les équipes de professionnel(le)s de la santé (c.-à-d. gérer la résistance d'autres employés), les inquiétudes au sujet de la sécurité des données et les problèmes de confidentialité, ainsi que le besoin de fonctions interopérables pour l'intégration entre les secteurs (Houston, 2010).

OUTILS DE DÉPISTAGE ET D'ÉVALUATION NORMALISÉS

Plusieurs chercheurs et cliniciens croient que l'introduction d'outils de dépistage de la santé mentale des enfants et des adolescents dans les établissements de soins primaires augmenterait la reconnaissance des symptômes par les professionnel(le)s de soins de santé primaires. Par exemple, il a été démontré que 80 pour cent des adolescents qui se sont suicidés ont consulté un(e) professionnel(le) de la santé spécialisé(e) en soins primaires au cours de l'année précédant le décès (Bridge, Horowitz, Fontanella, Grupp-Phelan et Campo, 2014), mais moins de la moitié des professionnel(le)s de soins de santé primaires rapporte procéder au dépistage des risques de suicide (Vallance et coll., 2011). Par conséquent, l'utilisation d'instruments normalisés peut aussi plus efficacement encourager et provoquer l'expression des inquiétudes chez les membres de la famille (Sayal, 2006). De plus, des données probantes montrent que l'utilisation d'outils normalisés de manière plus répandue est faisable et qu'elle peut augmenter les taux de reconnaissance et d'aiguillage (Hix-Small, Marks, Squires et Nickel, 2007; Schonwald, Huntington, Chan, Risko et Bridgemohan, 2009).

Cependant, le grand désavantage de l'utilisation de pratiques de dépistage généralisées est le risque de surcharger encore plus le système de santé mentale par une surreconnaissance des troubles (Vallance et al., 2011) et elle est sans valeur ajoutée si la détection n'est pas soutenue par des ressources pratiques additionnelles qui peuvent avoir un impact sur les résultats (Ani et Garralda, 2005; Thombs et coll., 2012; Kelleher et Stevens, 2009). En fait, pour les adultes, les lignes directrices de NICE (2011b) et du Groupe d'études du Canada sur les soins de santé préventifs (2013) ne recommandent pas de procéder au dépistage de tous les clients, mais elles recommandent plutôt de rester à l'affût de certains signes et de dépister les personnes qui présentent ces symptômes clés. Des obstacles à la mise en place d'outils normalisés existent aussi, notamment : l'utilisation inconstante des instruments par les professionnel(le)s de soins de santé primaires (Radecki, Sand-Loud, O'Connor, Sharp et Olson, 2011; Sand et coll., 2005), les désaccords dans l'interprétation des résultats (Hacker et coll., 2013), le manque de temps et les difficultés à obtenir des remboursements (Guevara, 2009; Heneghan et coll., 2008; Olson et coll., 2001).





Centre d'excellence de l'Ontario
**en santé mentale des
enfants et des adolescents**