

# COMPOSANTES CLÉS ET CONDITIONS DE SUCCÈS DE MISE EN ŒUVRE ET D'EFFICACITÉ DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES JEUNES DE 12 À 25 ANS



Naïma Bentayeb  
Jérémy Boisvert-Viens  
Dorian Mouketou

Une publication de l'Institut universitaire SHERPA, une équipe financée par les Fonds de recherche du Québec Société et Culture et par le ministère de la Santé et des Services sociaux, au sein du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

7085 Hutchison

Montréal, Qc., H3N 1Y9

[sherpa.dlm@ssss.gouv.qc.ca](mailto:sherpa.dlm@ssss.gouv.qc.ca)

<https://www.sherpa-recherche.com>

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux, Direction des affaires académiques et de l'éthique de la recherche, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

<https://sherpa-recherche.com/evaluation/etmisss/>

**Titre :** Composantes clés et conditions de succès de mise en œuvre et d'efficacité des réseaux de services intégrés pour les jeunes de 12 à 25 ans

**Éditeur :** Institut universitaire SHERPA

**Auteurs :** Naïma Bentayeb, chercheure d'établissement IU-SHERPA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal; Jérémy Boisvert-Viens, assistant de recherche, École nationale d'administration publique; Dorian Mouketou, agent de recherche, IU-SHERPA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

**Coordination des travaux et des comités :** Naïma Bentayeb

**Gestionnaire UETMISSS :** Serge Maynard

**Révision linguistique :** Révision AM

**Demandeur :** Direction du programme de santé mentale et dépendance, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

**Graphisme et mise en page :** Andréanne Boisjoli

Photo page couverture : [oneinchpunch / Shutterstock.com](https://www.shutterstock.com/oneinchpunch)

La reproduction partielle ou complète de ce document à des fins non commerciales ou personnelles est permise, à condition d'en citer la source.

L'utilisation du genre masculin a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

Citer ce document : Bentayeb, Naïma, Jérémy Boisvert-Viens et Dorian Mouketou (2022). Composantes clés et conditions de succès de mise en œuvre et d'efficacité des réseaux de services intégrés pour les jeunes de 12 à 25 ans. Rapport d'ETMISSS. Montréal : Institut universitaire SHERPA.

ISBN 978-2-9820614-2-2 (en ligne)

Dépôt légal - Bibliothèque et archives du Canada, 2022

Dépôt légal - Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2022

© 2022 Institut universitaire SHERPA

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

# COMPOSANTES CLÉS ET CONDITIONS DE SUCÈS DE MISE EN ŒUVRE ET D'EFFICACITÉ DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES JEUNES DE 12 À 25 ANS

Naïma Bentayeb  
Jérémy Boisvert-Viens  
Dorian Mouketou

### **Conseil d'évaluation scientifique**

- Cécile Rousseau, professeure titulaire, division de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill
- Christine Maltais, responsable scientifique UETMI, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- Claudia Tremblay, coordonnatrice des affaires universitaires, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, CISSS de Laval
- Maggy Wassef, professionnelle scientifique en santé et services sociaux, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMIS-SS) du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Mélanie Couture, chercheure d'établissement, responsable scientifique UETMISSS, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS), CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Nassera Touati, professeure titulaire à l'école nationale d'administration publique et Directrice scientifique de l'Équipe REGARDS
- Quan Nha Hong, chercheure postdoctorale, Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre (EPPI-Centre) et Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

### **Comité de pilotage**

- André Riendeau, coordonnateur Santé mentale jeunesse, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Annie LeBrun, intervenante, pédopsychiatrie, Direction du programme de santé mentale et dépendance, CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île de Montréal.
- Chantal Gélinas, coordonnatrice des services de santé mentale de première et deuxième ligne, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- Émilie Fontenay, directrice adjointe, Direction du programme de santé mentale et dépendance, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Emmanuelle Bolduc, agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), Direction du programme de santé mentale et dépendance, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Guy Bibeau, adjoint à la directrice, Direction du programme de santé mentale et dépendance, CISSS de Laval.
- Janique Johnson-Lafleur, coordonnatrice du projet Soins en collaboration en santé mentale jeunesse, Institut universitaire au regard des communautés ethnoculturelles – IU-SHERPA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Karine Campanelli, spécialiste en procédés administratifs, Présidence – Direction générale, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Louis-Vincent Rail, agent de relations humaines, équipe Santé mentale jeunesse, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Malaliy Akbari, stagiaire, Direction du programme de santé mentale et dépendance, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Marianne Scarfo, spécialiste en activités cliniques, Direction du programme de santé mentale et dépendance du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Marie-Josée Pépin, coordonnatrice des services de santé physique et mentale, spécifiques et spécialisés aux jeunes (13-17 ans), Direction du programme jeunesse, CISSS de Laval.
- Natacha Viens, spécialiste en procédés administratifs, équipe Innovation, Direction de la qualité, innovation, évaluation, performance et éthique (DQIEPE), CIUSSS du Centre-Ouest-

---

de-l'Île-de-Montréal.

- Natalie Zirnhelt, chargée de projet UPI « santé mentale jeunesse 12-25 ans », cheffe d'administration de programme santé mentale jeunesse, CIUSSS du Centre-Ouest-de-L'Île-de-Montréal.
- Serge Maynard, chef d'administration de programmes, direction des Affaires académiques et de l'éthique de la recherche, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Shasini Gamage, jeune patiente partenaire, projet ACCESS Esprits Ouverts, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

### **Comité délibératif**

- Alessandra Devulsky, directrice générale, Corporation de développement communautaire (CDC) de Côte-des-Neiges.
- André Riendeau, coordonnateur Santé mentale jeunesse, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Carmen Lemire, coordonnatrice, Service des ressources éducatives du Centre de services scolaire Marguerite-Bourgeoys.
- Christian Macé, conseiller en santé mentale, Direction des services en santé mentale – volet jeunes, MSSS.
- Émilie Fontenay, directrice adjointe, Direction du programme de santé mentale et dépendance, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Frédéric Gagné, conseiller en promotion et prévention de la santé chez les jeunes adultes, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, Direction générale de la santé publique (DGSP), MSSS.
- Robert Gervais, Directeur adjoint, direction des Services intégrés de première ligne, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Martin Goyette, professeur titulaire à l'École nationale d'administration publique, cotitulaire de la Chaire-réseau de recherche sur la jeunesse du Québec (CRJ), Titulaire de la Chaire de recherche sur l'évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables (CREVAJ) et directeur du Partenariat sur le devenir des jeunes placés (EDJeP).
- Natalie Zirnhelt, coordonnatrice - Enfance-famille-jeunesse, scolaire et maisons bleues, direction des Services intégrés de première ligne, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Sophie Pillarella, spécialiste en activités cliniques, Direction du programme de santé mentale et dépendance, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

### **Comité d'évaluateurs externes**

- Annie Gaulin Beauchesne, Agente de planification, de programmation et de recherche - Chargée de projet, Aire Ouverte-Réseau Services Intégré Jeunesse 12-25 ans, Direction Programme Jeunesse, CISSS de Laval.
- Emmanuelle Khoury, Professeure, École de travail social, Université de Montréal.
- Marie-France David, Psychoéducatrice, psychothérapeute, Santé Mentale Jeunesse, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Sylvie Beauchamp, Chef de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux, Direction des affaires universitaires, de l'enseignement et de la recherche, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

## **REMERCIEMENTS**

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette ETMISSS. Tout d'abord, nous remercions les jeunes et les intervenants qui ont participé à nos ateliers de consultation ainsi que toutes les personnes qui nous ont facilité l'accès à ces derniers. Nous remercions également tous les membres des comités de suivis. Nos remerciements sont adressés à Françoise Vityé, la bibliothécaire qui a mené les travaux de recherche documentaire avec beaucoup d'attention, à Isabelle-Ann Leclair Malette, qui a participé activement aux premières étapes de sélection des écrits, à Melissa Ziani et Julie Rocheleau, qui ont participé à l'évaluation de la qualité des écrits. Finalement, un merci spécial à Christiane Montpetit pour le rôle-conseil qu'elle a joué tout au long de ce processus et aux commentaires fort précieux qu'elle a émis et qui ont grandement amélioré la qualité de ce rapport.

# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PROBLÉMATIQUE	3
Santé mentale des jeunes 12-25 ans	4
Réseaux de services intégrés en santé mentale des jeunes	6
OBJECTIFS DE L'ETMISS	12
Questions d'évaluation	12
Modèle logique	13
Cadre d'analyse	13
MÉTHODE	15
Revue systématique	15
<i>Source de données et stratégies de recherche</i>	16
<i>Sélection des études</i>	17
<i>Évaluation de la qualité</i>	19
<i>Extraction et codification des données</i>	19
<i>Analyse des données</i>	20
Consultation	21

Processus de délibération	22
Validation scientifique	24
Stratégies de mobilisation des connaissances	24
<b>SURVOL DES ÉTUDES</b>	<b>26</b>
<b>RÉSULTATS DE L'ETMISS ET RECOMMANDATIONS</b>	
<b>COMPOSANTES CLÉS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS JEUNES 12-25 ANS :</b>	
<b>CONSTATS DE LA LITTÉRATURE ET DE LA CONSULTATION</b>	<b>33</b>
Composante 1 : services intégrés et espace à l'image des jeunes	33
<i>Services sous le même toit : une philosophie pour les services aux jeunes</i>	33
<i>Services offerts par une équipe multidisciplinaire dédiée au RSIJ</i>	37
Composante 2 : services accessibles et adaptés à la réalité des jeunes	43
<i>Accès sans référence formelle</i>	45
<i>Périodes de services flexibles</i>	45
<i>Réponse immédiate ou rapide aux besoins des jeunes</i>	47
<i>Services accessibles physiquement ou virtuellement</i>	48
<i>Services culturellement sensibles</i>	50
Composante 3 : promotion des services et image de marque	54
Composante 4 : collaboration des partenaires	58
<i>Histoire de collaboration et sa pérennisation</i>	58
<i>Bénéfices et impacts de la collaboration dans les RSIJ</i>	59
<i>Ingrédients pour une collaboration réussie et efficace</i>	60
Composante 5 : trajectoire de services continue	66
Composante 6 : place aux jeunes, aux parents et aux proches dans les RSIJ	69

<i>Participation des jeunes</i>	69
<i>Implication des parents et des proches dans les services</i>	72
Composante 7 : gouvernance intégrée et intersectorielle	76
Composante 8 : financement récurrent et une reddition de comptes réinventée	77
Composante 9 : démarche de recherche/évaluation intégrée	79
<i>Plus-value de l'évaluation des RSIJ</i>	79
<i>Indicateurs de mesure développés</i>	80
<b>COMPOSANTES CLÉS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS JEUNES 12-25 ANS :</b>	
<b>DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS</b>	<b>83</b>
Services intégrés et espace à l'image des jeunes	84
Des services accessibles et adaptés à la réalité des jeunes	86
Promotion des services et de l'image de marque	87
Collaboration des partenaires	88
Une trajectoire de services continue	89
Place aux jeunes, aux parents et aux proches dans les RSIJ	90
Gouvernance intégrée et intersectorielle	92
Financement récurrent et une reddition de comptes réinventée	92
Démarche de recherche/évaluation intégrée	93
<b>EFFICACITÉ DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS JEUNES 12-25 ANS :</b>	
<b>CONSTATS DE LA LITTÉRATURE</b>	<b>94</b>
Effets des réseaux de services intégrés sur l'utilisation des services par les jeunes	94
<i>Effets sur l'utilisation des services selon l'âge des jeunes</i>	95
<i>Effets sur l'utilisation des services selon le genre et la diversité sexuelle</i>	96
<i>Effets sur l'utilisation des services selon la proximité des points de services</i>	96

<i>Effets sur l'utilisation des services selon la situation socio-économique</i>	97
<i>Effets sur l'utilisation des services selon la diversité culturelle ou linguistique</i>	99
Effets des services des réseaux de services intégrés sur la santé et le bien-être des jeunes	99
<i>Effets des services sur une mesure de la détresse psychologique</i>	100
<i>Variables modératrices de l'effet des services sur une mesure de la détresse psychologique</i>	101
<i>Effets des services sur les idées suicidaires autorapportées et de l'automutilation</i>	102
<i>Perception des jeunes de l'effet des services sur la santé mentale</i>	102
Effet des services des réseaux de services intégrés sur le fonctionnement social et occupationnel des jeunes	103
<i>Effets des services sur une mesure du fonctionnement social et occupationnel des jeunes</i>	104
<i>Effets des services sur une mesure de l'incapacité fonctionnelle des jeunes</i>	104
<i>Effets des services sur le sentiment d'inclusion sociale des jeunes</i>	105
<i>Perception des jeunes de l'effet des services sur leur niveau de fonctionnement social et occupationnel</i>	105
Effet des services sur la consommation d'alcool et de drogues des jeunes	106
<i>Effets des services sur une mesure de la consommation d'alcool et de drogues des jeunes</i>	106
<i>Perception des jeunes reliée à l'effet des services sur leur consommation d'alcool et de drogues</i>	107
<b>EFFICACITÉ DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS JEUNES 12-25 ANS :</b>	
<b>DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS</b>	<b>108</b>
<b>EFFICIENCE DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS JEUNES 12-25 ANS :</b>	
<b>CONSTATS DE LA LITTÉRATURE</b>	<b>111</b>
Cas « <i>headspace</i> » : une analyse des coûts	111
Cas « <i>Jigsaw</i> » : une projection coûts-bénéfices	113
<b>EFFICIENCE DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS JEUNES 12-25 ANS :</b>	
<b>DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS</b>	<b>116</b>

CONCLUSION	118
ANNEXES	121
Annexe 1 : Facteurs clés de réussite pour les systèmes de santé intégrés (Suter et al., 2009)	122
Annexe 2 : Facteurs clés et critères de réussite des RSIJ	124
Annexe 3 : Modèle logique des réseaux de services intégrés jeunesse	126
Annexe 4 : Critères picots pour les quatre questions d'évaluation	127
Annexe 5 : Stratégies de recherche par base de données scientifique (20-08-2019)	128
Annexe 6 : Sites de recherche pour l'exploration de la littérature grise	137
Annexe 7 : Critères d'inclusion et d'exclusion	139
Annexe 8 : Textes exclus à la lecture du texte complet et raison d'exclusion	140
Annexe 9 : Résultats de l'évaluation des textes selon le MMAT	147
Annexe 10 : Résultats de l'évaluation du texte exclu selon l'AACODS	149
Annexe 11 : Arbre thématique de codification des textes retenus pour analyse complète	153
Annexe 12 : Liste des questions utilisées en consultation avec les jeunes	160
Annexe 13 : Questionnaire pour la consultation des intervenants	164
Annexe 14 : Infographie synthèse des résultats de la consultation des jeunes	168
Annexe 15 : Infographie synthèse des résultats de la consultation des intervenants	169
Annexe 16 : Résultats des ateliers délibératifs	170
Annexe 17 : Aperçu des études retenues pour analyse complète	182
Annexe 18 : Profil des jeunes participants aux études retenues	199
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	202

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Aperçu des facilitateurs et des barrières rencontrés par les intervenants de réseaux intégrés	11
Figure 2 : Cadre d'analyse des réseaux de services intégrés jeunes 12-25 ans	14
Figure 3 : Processus de sélection des études (PRISMA, Moher et al., 2009)	18
Figure 4 : Aperçu des études pertinentes pour la question d'évaluation 1	27
Figure 5 : Aperçu des études pertinentes pour la question d'évaluation 2	28
Figure 6 : Aperçu des études pertinentes pour la question d'évaluation 3	29
Figure 7 : Aperçu des études pertinentes pour la question d'évaluation 4	30
Figure 8 : Composantes essentielles des réseaux de services intégrés jeunesse	34

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les services intégrés et réseaux intégrés de services identifiés par Hetrick et et ses collègues (2017)	9
Tableau 2 : Bases de données selon la langue et par domaine pour la recherche des écrits scientifiques	16
Tableau 3 : Critères de délibération du Comité délibératif	23
Tableau 4 : Plan de mobilisation des résultats de cette ETMISSS (adapté du Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (n.d))	25

## LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AACODS	Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date and Significance
ASSS	Agence de santé et de services sociaux
ATAPS	Access to Allied Psychological Services
CASP	Critical Appraisal Skills program
CAT	Critical Appraisal Tools
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CODIM	Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
DSMD	Direction de santé mentale et dépendance
EPPIC	Early Psychosis Prevention and Intervention Centre
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
ETMISSS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
ISQ	Institut de la statistique du Québec
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MBS	Medicare Benefits Schedule
MÉES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MMAT	Mixed Methods Appraisal Tool
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la Santé (WHO : World health Organization)
PASM	Plan d'action en santé mentale
PICOTS	Population – Intervention – Comparateur – Outcomes (résultats) – Timing (temporalité) – Settings (contexte)
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PSI	Programme de soutien aux initiatives
RSIJ	Réseaux de services intégrés destinés aux jeunes de 12 à 25 ans

SCÉ	Société canadienne d'évaluation
SOFAS	Social and Occupational Functioning Assessment Scale
SRAP	Stratégie de recherche axée sur le patient
UETMISSS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
UPI	Unité de pratique intégrée
YOSS	Youth One Stop Shops

# GLOSSAIRE

---

## **Composantes clés**

Elles constituent les éléments essentiels et indispensables d'une intervention. Sans ces éléments, l'efficacité de l'intervention serait affectée. Il est à noter qu'à partir de la revue de littérature exploratoire et le travail du CIUSSS, plusieurs éléments d'un RSIJ semblent représenter des composantes essentielles. Nous identifierons dans la littérature ces composantes clés. L'analyse sera autant déductive que basée sur les composantes identifiées au préalable comme inductives pour enrichir, à travers les textes retenus, les composantes clés identifiées.

« [Core components] refer to the essential functions or principles, and associated elements and intervention activities (e.g., active ingredients, behavioral kernels; Embry, 2004) that are judged necessary to produce desired outcomes. Core components are directly related to a program's theory of change, which proposes the mechanisms by which an intervention or program works. The core components are intended to, or have been demonstrated through research to, positively impact the proximal outcomes that address the identified needs and that increase the likelihood that longer-term outcomes will be achieved. In short, the core components are the features that define an effective program. » (Blase et Fixsen, 2013, p. 3)

---

<b>CORE-10- Clinical Outcomes in Routine Evaluation (17 ans et +) et YP-CORE - Young Person-CORE (11 à 16 ans)</b>	<p><b>Source de l'instrument</b> : Barkham, M., Bewick, B., Mullin, T., Gilbody, S., Connell, J., Cahill, J., Mellor-Clark, J., Richards, D., Unsworth, G. &amp; Evans, C. (2012). The CORE-10: A short measure of psychological distress for routine use in the psychological therapies. <i>Counselling and Psychotherapy Research</i>, 1–11. <a href="http://doi.org/10.1080/14733145.2012.729069">http://doi.org/10.1080/14733145.2012.729069</a>.</p> <p><b>RSIJ</b> : <i>Jigsaw</i>, Irlande</p> <p><b>Mesure</b> : Détresse psychologique autorapportée</p> <p><b>Thèmes</b> : Anxiété, dépression, trauma, problèmes physiques, fonctionnement social et risque pour soi.</p> <p><b>Type</b> : Quantitatif, avec 10 items regroupés comme un seul construit dont le score de 0 (<i>healthy</i>) à 30 (<i>Severe psychological distress</i>) interprété à partir de valeurs préétablies dans l'instrument.</p> <p><b>Période visée par la mesure</b> : Dernière semaine</p>
<b>Coût-avantage</b>	<p>« L'analyse coût-avantage mesure l'ensemble des coûts et des avantages sociaux et économiques d'une intervention. Elle implique l'utilisation de prix fictifs qui s'expriment en coût d'opportunité. Le coût d'opportunité se fonde sur la valeur à laquelle on renonce en optant pour cette intervention plutôt que pour une autre. » (Ridde et Dagenais, 2012, p. 432)</p>
<b>Coût-bénéfice</b>	<p>« L'analyse coût-bénéfice mesure l'ensemble des coûts et des effets (connexes, directs et indirects, positifs ou négatifs) d'une intervention, échelonnés dans le temps et exprimés en unité monétaire. Elle permet de hiérarchiser différentes options afin de déterminer celle qui présente le meilleur rapport coût-bénéfice. » (Ridde et Dagenais, 2012, p. 432)</p>
<b>Coût-efficacité</b>	<p>« L'analyse coût-efficacité compare diverses interventions bénéficiant d'un même niveau de ressources (humaines, matérielles, financières). Elle vise à identifier l'intervention la plus satisfaisante pour un coût donné. Les coûts sont exprimés en unité monétaire, et l'effet, en unité naturelle ou physique (jours d'incapacité évités, années de vie gagnées...). » (Ridde et Dagenais, 2012, p. 432)</p>
<b>Coût-utilité</b>	<p>« L'analyse coût-utilité peut porter sur un ou plusieurs effets qui ne sont pas nécessairement communs aux différentes interventions. Elle est basée sur la notion d'utilité, qui s'exprime par la mesure des préférences des individus par rapport à différentes options. Cette analyse est surtout utilisée pour étudier les effets des programmes sur la survie ou la qualité de vie (années de vie pondérées par la qualité de vie). » (Ridde et Dagenais, 2012, p. 432)</p>

---

**Diversité culturelle** Selon l'UNESCO, la culture renvoie à l'ensemble des traits distinctifs spirituels et matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société ou un groupe social. La diversité culturelle se manifeste par la reconnaissance des différentes langues, histoires, religions, traditions, modes de vie ainsi que toutes les particularités attribuées à une culture (UNESCO, 2001).

---

**Efficacité** Comme cette revue systématique porte autant sur des textes écrits en anglais qu'en français, il est important de différencier efficacy et effectiveness.

« Efficacy describes the technical relationship between the technology and its effects (whether it actually works), whereas effectiveness concerns the extent to which application of an efficacious technology brings about desired effects (changes in diagnoses, altered management plans, improvement in health)... » (MacKenzie et Dixon, 1995).

Dans la mesure où la question d'évaluation s'intéresse aux effets d'un RSIJ, il serait question de documenter l'efficacité sous l'angle des effets sur l'état de santé et de bien-être des jeunes. La question 2 aura une double perspective : du point de vue des usagers et du point de vue de la structure (RSIJ et vision du CIUSSS).

---

**Efficience** L'efficience renvoie à l'aspect économique de l'intervention. Quatre types d'évaluation économique sont documentés dans la littérature : minimisation des coûts, coûts-efficacité, coûts-utilité et coûts-bénéfices (Drummond et al., 1998, cité dans Ridde et Dagenais, 2012, p. 28). Comme le précisent MacKenzie et Dixon, l'efficience relie l'efficacité aux ressources utilisées :

« Efficiency is an economic concept which relates efficacy and effectiveness to resource use. Assessment of efficiency is concerned with whether acceptable efficacy and effectiveness are achieved with the most prudent or optimal mix of resources. » (MacKenzie et Dixon, 1995)

---

**Facilitateurs et obstacles de la mise en œuvre** Il s'agit de facteurs environnementaux ou contextuels externes ou internes sur les plans autant institutionnel qu'organisationnel et individuel qui peuvent influencer, positivement ou négativement, la mise en œuvre d'une intervention. (Ridde et Dagenais, 2012)

---

**Foundry**

*Foundry*, initialement *BC Integrated Youth Services Initiative*, a été créé en 2015 en Colombie-Britannique, au Canada. Financé à la fois par le gouvernement et des organisations philanthropiques, ce réseau de services intégrés offre des services en santé mentale, en santé physique, en santé sexuelle, en dépendance ainsi que d'autres services psychosociaux aux jeunes de 12 à 24 ans ainsi qu'à leur famille (*Foundry*, 2021). Si l'évaluation de *Foundry* (Salmon, Fernando et Berger, 2018) répertoriait 6 points de service en 2018, ce réseau de services intégrés comporte désormais plus de 11 points de services à travers la Colombie-Britannique (Canada) en plus d'offrir des services de téléintervention (*Foundry*, 2021).

**headspace**

*headspace* est un organisme à but non lucratif établi en 2006 par le gouvernement australien afin d'offrir des services de première ligne adaptés aux jeunes de 12 à 25 ans (*headspace*, 2021). L'objectif général de *headspace* est d'améliorer le bien-être psychologique, social et émotionnel des jeunes en Australie (Hilferty et al., 2015). Depuis sa fondation, *headspace* a élargi son réseau à plus de 100 points de services à travers les régions urbaines et rurales d'Australie, qui agissent comme guichet unique vers des services en santé mentale, en santé physique, en santé sexuelle, en dépendance ou en insertion socioprofessionnelle (*headspace*, 2021). *headspace* comprend également plusieurs programmes complémentaires, dont un programme de téléintervention *headspace* qui offre des services en ligne et par téléphone, un programme de formation des intervenants et des parents déployé dans les écoles primaires et secondaires et un programme d'intervention précoce pour les jeunes vivant un premier épisode psychotique (*headspace*, 2021).

**Jigsaw**

*Jigsaw*, anciennement *headstrong*, est un organisme à but non lucratif autonome établi en 2006 et soutenu à la fois par des fonds philanthropiques et gouvernementaux. *Jigsaw* offre des services de prévention et d'intervention de première ligne en santé mentale à des jeunes âgés de 12 à 25 ans. Les études présentent la situation de *Jigsaw* en 2013, alors que l'organisme répertoriait 10 points de services à travers la République d'Irlande (O'Keffe et al., 2015), mais désormais, *Jigsaw* comporte 13 points de services et offre également des services en ligne (*Jigsaw*, 2021). Les trois objectifs principaux du modèle *Jigsaw* sont d'assurer l'accès à des services intégrés en santé mentale adaptés aux jeunes, de développer les capacités des travailleurs de première ligne afin de soutenir la santé mentale des jeunes, de faire le lien avec *Jigsaw* et de promouvoir la littéracie des communautés en matière de santé mentale des jeunes (*Jigsaw*, 2021).

<p><b>K10 - Kessler Psychological Distress Scale</b></p>	<p><b>Source de l'instrument :</b> Kessler R. Professor of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, USA.</p> <p><b>RSIJ :</b> <i>headspace</i>, Australie</p> <p><b>Mesure :</b> Détresse psychologique autorapportée</p> <p><b>Thèmes :</b> Symptômes d'anxiété et de dépression</p> <p><b>Type :</b> Quantitatif, avec 10 items regroupés comme un seul construit dont le score varie de 10 (<i>low/likely to be well</i>) à 50 (<i>very high/likely to have a severe mental disorder</i>) interprété à partir de valeurs préétablies dans l'instrument.</p> <p><b>Période visée par la mesure :</b> 30 derniers jours</p>
<p><b>Modèle logique</b></p>	<p>« Le modèle d'analyse logique est un outil visuel visant à décrire un programme dans sa logique (ou sa théorie) fondamentale. Malgré leur diversité, les programmes [en partagent] certains éléments, et le modèle logique est un diagramme de ces éléments communs qui illustre le contenu (quoi?), les destinataires (qui?), et la raison d'être (pourquoi?) du programme. » (Porteous, 2012, p. 87)</p>
<p><b>Prépsy</b></p>	<p>Prépsy est un réseau de services en santé mentale créé en 2002 et déployé dans la région de Paris, en France, qui s'adresse aux jeunes de 18-25 ans atteints de troubles psychotiques émergents (Prépsy SAMSAH, 2021). Depuis 2012, l'organisme s'apparente à un réseau de services intégrés en santé mentale et s'inscrit dans le cadre d'un service d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (SAMSAH). Sa nouvelle mission inclut à la fois la liaison et la coordination des soins et des services avec des partenaires, et la prestation de certains services clés afin de favoriser le rétablissement des usagers (Bartoli et Gozlan, 2014).</p>
<p><b>SOFAS - Social and Occupational Functioning Assessment Scale</b></p>	<p><b>Source de l'instrument :</b> Goldman, H.H. Skodol, A.E., et Lave T.R. (1992). Revising axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning. (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) (special article). <i>American Journal of Psychiatry</i>, 149 (9), p. 1148, 10.1176/ajp.149.9.1148</p> <p><b>RSIJ :</b> <i>headspace</i>, Australie.</p> <p><b>Mesure :</b> Réduction au fonctionnement social et occupationnel dû à la problématique de santé mentale et/ou physique selon un clinicien-évaluateur.</p> <p><b>Type :</b> Quantitatif, avec un seul item scoré de 10 (<i>serious functional impairment</i>) à 100 (<i>optimal functioning</i>) selon l'opinion d'un clinicien.</p> <p><b>Période visée par la mesure :</b> Administrée par le clinicien à chaque rencontre</p>

<b>Trajectoire de soins/ services</b>	Le CIUSSS-CODIM définit la trajectoire de soins et services comme « le parcours [de l'utilisateur] à travers les divers services et installations. Il s'agit d'une succession d'étapes interdépendantes, cliniques ou administratives, à travers des lieux et des installations parcourus par l'utilisateur. Cela peut avoir lieu lors d'un ou de plusieurs épisodes de soins et de services permettant de répondre aux besoins de l'utilisateur. Nous pouvons donc retrouver plusieurs trajectoires à l'intérieur d'un UPI. La trajectoire représente comment l'organisation des services répond aux besoins de l'utilisateur. » (CIUSSS-CODIM, 2017, p. 6)
<b><i>Youth One-Stop Shop</i></b>	Les établissements de type <i>Youth One Stop Shop</i> sont des centres qui offrent des services en santé mentale, en santé physique, en santé sexuelle, en dépendance ainsi que d'autres services psychosociaux aux jeunes de 10 à 25 ans en Nouvelle-Zélande. Chacun des centres de services de type <i>Youth One Stop Shop</i> est un organisme indépendant, avec une gouvernance propre et sans aucune structure centralisée, un modèle d'affaires et des sources de financement différentes (Communio, 2009). Leur caractéristique commune est l'application du modèle de services <i>Wraparound</i> , dont l'objectif est de faciliter l'accès à des services qui couvrent l'ensemble des besoins du jeune de façon coordonnée et intégrée. Au moment de l'évaluation de ce modèle de services par le ministère de la Santé de Nouvelle-Zélande (Communio, 2009), il existait 14 centres qui s'apparentaient à un <i>Youth One Stop Shop</i> en territoire néozélandais, dont le premier datait de 1994.

# INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en Amérique du Nord, 15 à 20 % des enfants et des jeunes souffrent d'une forme de troubles mentaux (Kessler et al., 2007; WHO, 2002, 2005). La santé et le bien-être de ces jeunes sont affectés particulièrement lorsque les soins ne sont pas appropriés. Au Canada, les cas de maladie mentale ont tendance à apparaître avant l'âge de 18 ans et même avant 14 ans (Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants, 2013). Ainsi, conscients de l'importance de la prévention et de l'accompagnement des jeunes dès leur jeune âge, la santé mentale et le bien-être global de ces jeunes est une priorité nationale au Canada (Canada, 2020).

À l'international, les soins intégrés se présentent comme la solution à la situation préoccupante des services en santé mentale

pour les jeunes (Hetrick et al., 2017). Ces derniers sont décrits comme fragmentés et en manque de continuité, d'accessibilité et d'adaptation. Bien qu'il n'y ait pas de modèle intégré universel et que l'adaptation locale constitue la clé du succès (WHO, 2008), certains facteurs s'avèrent indispensables pour réussir l'intégration des services de santé (MSSS, 2018; Suter et al., 2009).

Au Québec, depuis quelques années, un engouement pour les réseaux intégrés de services en santé mentale jeunesse est présent, notamment avec la mise en œuvre d'*ACCESS Esprits Ouverts*<sup>1</sup> et des Aires ouvertes<sup>2</sup>. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a l'intention de disséminer les Aires ouvertes dans tous les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux

---

1 « ACCESS Esprits ouverts est un projet de recherche et d'évaluation visant à mettre en œuvre et à évaluer la transformation du mode d'accès des jeunes Canadiens aux services de santé mentale et leur utilisation concrète. » (Source : <http://accessopenminds.ca/fr/a-propos-daccess/quest-ce-quaccess/>)

2 Aire Ouverte est un réseau intégré de services destinés aux jeunes de 12 à 25 ans. Trois Aires ouvertes sont actuellement mises en œuvre : <https://www.quebec.ca/sante/trouver-une-ressource/aire-ouverte/#c6637>

(CIUSSS) du Québec. Combiné à cette volonté ministérielle, le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-CODIM), qui a déjà accueilli un point de services d'*ACCESS Esprits Ouverts*, travaille depuis 2018 sur la mise en place d'une unité de pratique intégrée<sup>3</sup> (UPI) pour répondre à différentes problématiques, dont la santé mentale des jeunes et, depuis 2020, sur la mise en place d'une Aire ouverte.

L'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISS) mandatée par l'équipe santé mentale et dépendance s'inscrit donc dans ce contexte. Elle vise plus particulièrement à valider les effets d'un réseau de services intégrés jeunesse (RSIJ) sur l'amélioration du bien-être et de la trajectoire de services offerts aux jeunes de 12 à 25 ans.

Le présent rapport se divise en neuf (9) chapitres. Le premier chapitre expose l'état des connaissances concernant la problématique de la santé mentale des jeunes et quelques initiatives de réseaux intégrés sur le plan international qui tentent d'y répondre de façon efficace et efficiente. Dans le second chapitre, nous présentons les questions d'évaluation qui ont guidé la présente ETMISS ainsi qu'un aperçu des principaux concepts qui sont utilisés afin de mieux les situer. Le troisième chapitre est consacré à la méthode adoptée pour la réalisation de l'ETMISS. Il comprend un volet principal consistant en une revue systématique de la littérature ainsi qu'un volet consultatif visant à contextualiser les principaux constats du premier volet. Le quatrième chapitre constitue un portrait des études retenues pour analyse. Le

cinquième chapitre est consacré à la présentation des composantes essentielles au succès du déploiement des RSIJ qui ressortent de l'analyse des études retenues ainsi qu'aux résultats de la consultation visant à contextualiser les résultats de la revue de littérature. Le chapitre est dédié à la présentation des résultats de la revue de littérature relatifs à l'efficacité des réseaux de services intégrés pour améliorer l'état de santé et le bien-être des jeunes et améliorer leur trajectoire de services (chapitre 6), alors que le chapitre 7 présente une synthèse de deux études de cas postant sur l'efficacité des RSIJ. Le chapitre 8 présente la discussion des résultats de recherche. Enfin, le dernier chapitre est consacré au processus de délibération ayant conduit à la formulation des recommandations finales.

---

3 Une unité de pratique intégrée réfère à « l'organisation et livraison d'un continuum complet (Intégration du cycle complet de soins) des services autour d'une condition médicale, d'un groupe d'âge ou d'une population d'usagers. Fournit des soins aux patients/résidents/[usagers]qui sont : accessibles (au bon endroit, au bon moment, par la bonne personne) ; appropriés ; flexibles & adaptables ; coordonnés ; multidisciplinaires). » (CIUSSS-COIM, 2018, p. 14)

# PROBLÉMATIQUE

D'emblée, une définition de la « santé mentale » nous semble nécessaire. Nous adoptons la définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS),

La santé mentale correspond à un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être, sur lesquels reposent nos capacités individuelles et collectives à prendre des décisions, à nouer des relations et à bâtir le monde dans lequel nous vivons. La santé mentale est un droit fondamental de tout être humain. C'est aussi un aspect essentiel du développement personnel, communautaire et socioéconomique. (OMS, 2022)

Le MSSS reprend dans le cadre de son plan d'action en santé mentale (2022-2026) la définition de l'OMS de 1948) (Québec, 2017) : « La santé se définit comme « [...] un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (OMS, 1984, p. 100, cité dans Québec, 2022). Pour le MSSS, « [l]a santé mentale est reconnue comme une composante essentielle de la santé et correspond à un état de bien-être permettant à une personne de surmonter les obstacles de la vie, de se réaliser, d'être productive et de participer à la vie de sa communauté. » (Québec, 2022, p. 3)

Pour ce qui est de la notion de « jeune » et de l'intervalle d'âge au sein duquel est circonscrite cette notion, cela diffère d'un pays à un autre (Gravel et Brouillette, 2006), et même d'un auteur à un autre et d'un secteur à un autre. La Politique québécoise de la jeunesse

2030 vise les 15 à 29 ans, et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) fait de même. Gauthier (2003, cité dans Gravel et Brouillette, 2006) définit cette notion « comme une période transitoire ». Goyette parle de la transition vers la vie adulte ou du passage vers l'autonomie (Goyette et al., 2012a; 2012b; 2012c). En outre, au Québec, les lois et les règlements concernant les jeunes (*Loi sur la protection de la jeunesse, Loi sur la santé et des services sociaux, Loi sur le système de justice pénale*) délimitent différemment cet intervalle d'âge. L'OMS distingue l'adolescence et la jeunesse. La première réfère à « la période de la vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, c'est-à-dire entre 10 et 19 ans. C'est une étape unique du développement humain et un moment important pour poser les fondations d'une bonne santé. » (OMS, 2022). La deuxième quant à elle se situe entre 15 et 24 ans (1989). L'organisation mondiale de la santé considère que « la jeunesse commence avec l'adolescence et couvre tout le groupe des jeunes de 10 à 24 ans. » (1989, p. 5).

## SANTÉ MENTALE DES JEUNES 12-25 ANS

Lorsque nous parlons de jeunes et de santé mentale, on comprend la pertinence de l'intervalle d'âge de 12-25 ans. En effet, selon l'OMS, en Amérique du Nord, 15 à 20 % des enfants et des jeunes souffrent d'une forme de troubles mentaux et 70 % en souffrent avant l'âge de 25 ans (Kessler et al., 2007; WHO, 2002, 2005). Lorsque ces jeunes ne sont pas pris en charge et qu'ils ne reçoivent pas les soins appropriés, leur santé générale et leur bien-être s'en voient affectés. Dans ces cas-ci, les jeunes deviennent plus isolés socialement et ont plus de difficulté à prendre part à la société (McKewan, Waddell et Barker, 2007). Au Canada, selon le plus récent rapport de la commission de la santé men-

tales du Canada au sujet de la santé mentale en milieu scolaire, de 14 % à 25 % des enfants et des adolescents souffrent de problèmes majeurs de santé mentale, la plupart se manifestant avant l'âge de 24 ans et 50 % se manifestant avant l'âge de 14 ans (Commission de la santé mentale du Canada, 2013).

En fait, le passage à la vie adulte peut varier selon le contexte historique, culturel, religieux, socioéconomique, etc. L'adolescence est aussi un concept variable. Pour Malla et ses collègues (2018), les jeunes réfèrent à la période de 12 à 25 ans qui englobe l'adolescence et le passage à la vie adulte. Pour cette raison, dans la présente ETMISS, c'est la tranche d'âge qui est retenue.

Plusieurs obstacles freinent l'accès aux services dont les modalités d'accès, la stigmatisation ainsi qu'une variabilité et une disparité entre l'offre des différents points de services. Malla et ses collègues (2018) déplorent les longs délais avant que ces jeunes reçoivent leur première intervention; dû généralement à la capacité des services dans le réseau. Pourtant, il a été démontré qu'une intervention précoce pour ces jeunes, généralement pour ceux éprouvant des problèmes d'anxiété et de dépression, est plus efficace et efficiente. Les auteurs s'accordent pour souligner que les services sont insuffisants pour répondre aux taux élevés d'incidence et de prévalence, aux longs délais pour des soins inappropriés, aux taux élevés de désengagement même après avoir eu accès aux services, etc. (Malla et al., 2018). Une des lacunes majeures que les auteurs soulèvent est la configuration actuelle des services de santé mentale destinés aux jeunes et adultes. Le fait qu'ils soient considérés comme deux systèmes séparés pose des défis majeurs pour répondre aux problèmes de santé mentale des

jeunes. En effet, parler de la santé mentale des jeunes, c'est aussi parler de la transition vers des services offerts aux adultes (Québec, 2021). À cela s'ajoute la crainte d'être stigmatisé, une des principales causes qui empêchent les jeunes et leurs familles de demander des services (Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants, 2013).

À Montréal, en 2013, l'Agence de santé et de services sociaux a mené une enquête auprès de tous les centres locaux de services communautaires (CLSC) de Montréal (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013). L'objectif était de brosser le portrait des services spécifiques offerts aux jeunes en référant aux critères des meilleures pratiques selon le témoignage d'experts mondiaux consultés par l'OMS (2002a,b). L'enquête a porté sur les services dispensés aux jeunes de 12 à 25 ans, et les données proviennent de 32 questionnaires<sup>1</sup>. À ce moment, le rapport a souligné une variabilité et une disparité entre l'offre des différents CLSC de Montréal. De plus, 22 % des CLSC ne dispensent leurs services qu'aux jeunes de 18 ans et moins contre 78 % des CLSC qui offrent des services jusqu'à l'âge de 25 ans, et même plus. Le rapport a aussi souligné que le lieu de dispensation représente un élément déterminant dans la décision du jeune de venir consulter ou pas. Les salles d'attente dédiées aux jeunes, un membre responsable de leur accueil spécifique et les lieux spécifiquement identifiés constituent des éléments clés pour faciliter le processus de demande et de dispensation des soins aux jeunes en toute confidentialité. Ces derniers ont accès aux services selon plusieurs modalités : sans rendez-vous ou avec rendez-vous. Le rapport sou-

ligne l'importance de considérer l'utilisation des nouvelles technologies à cet effet (ex. site Internet, Facebook). Ces services sont prodigués par des professionnels, et 63 % des CLSC de Montréal comptent au moins trois professions différentes (ex. infirmière, psychologue, médecin, travailleur social). Cependant, leur temps de présence est variable. La formation d'équipe multidisciplinaire offrant une gamme de services élargie est donc recommandée; souvent, les jeunes consultent pour plusieurs motifs lors d'une même visite.

Afin de répondre à plusieurs de ces lacunes et d'améliorer l'offre de services en santé mentale aux jeunes, le Plan d'action en santé mentale (PASM, 2022-2026) du MSSS a mis la personne au cœur du système de santé. Les jeunes sont particulièrement une cible du PASM dans la mesure où l'axe 4 vise à leur assurer des services adaptés à toutes les étapes de vie. En effet, le MSSS est conscient que les premiers signes de troubles mentaux se manifestent tôt dans la vie de nos jeunes. Le plan prévoit des mesures relatives aux périodes clés dans le parcours des jeunes et la trajectoire de services autant à leur jeune âge que lors de leur transition vers la vie adulte. À cet effet, plusieurs mesures sont planifiées, mettant en vedette la collaboration de plusieurs entités gouvernementales, notamment le MSSS, le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MÉES) et le ministère de la Famille. Le MSSS s'engageait entre autres à soutenir la recherche et le déploiement des pratiques innovantes pour une organisation et une offre de services adaptées à la réalité des jeunes, et ce, jusqu'en 2021 (mesure 15). Les orientations du programme jeunes en difficulté (2017-2022) ainsi que celles du

---

1 Les réponses représentent 32 points de services des 29 CLSC de Montréal ainsi que de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles que les enquêteurs ont considérés dans leur échantillon étant donné son mandat de CLSC.

programme national de santé publique (2015-2025) rejoignent les mêmes perspectives en ce qui a trait à l'importance du développement global des enfants et des jeunes, à la continuité des services et des soins prodigués qui doivent être adaptés aux besoins et aux profils divers des jeunes (Québec, 2022).

## RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS EN SANTÉ MENTALE DES JEUNES

En lien avec les services de soins en santé mentale pour les jeunes 12-25 ans, deux perspectives semblent émerger de l'analyse de la situation actuelle. La première limite l'accès à des interventions qui répondent de façon adéquate aux besoins des jeunes et de leur famille. La deuxième, quant à elle, stipule qu'une proportion considérable de jeunes souffrant de troubles mentaux ne vient pas chercher des services. Une des réponses à cette double problématique est l'intégration des services de santé mentale pour les jeunes qui a suscité beaucoup d'intérêt.

Qu'est-ce qu'un réseau intégré? Quels en sont les facteurs déterminants?

Selon le MSSS (2018),

Le réseau de services intégrés constitue l'articulation concrète d'un continuum de services pour une [population] commune coalescent vers un lieu géographique spécifique dans la communauté. Il s'agit de l'ensemble des mécanismes et des processus permettant le développement d'une gamme complète et disponible de soins et de services de qualité, organisée et coordonnée sur un territoire donné par un ensemble d'organisations et d'acteurs interreliés et complémentaires. Ces modalités visent à assurer la mise en place

de conditions et d'un environnement favorables à la prestation d'un continuum de services de manière personnalisée, équitable, efficace et efficiente en réponse aux besoins des personnes, de leur famille et de leurs proches. (p. 2)

Malla et ses collègues (2018) proposent un système de services en santé mentale pour les jeunes qui soit intégré dans le système de santé et de services sociaux, et vers la résolution des contraintes d'accès et d'adéquation avec les besoins des jeunes. Ce réseau intégré mise sur la mise en commun d'expertises différentes et complémentaires destinées aux jeunes de 12 à 25 ans. L'équipe multidisciplinaire assure, en collaboration avec des partenaires du milieu, une prise en charge complète visant l'amélioration de l'état de santé globale et du bien-être des jeunes, tout en évitant les ruptures de services au passage à la vie adulte (MSSS, 2018).

D'autres auteurs proposent une intégration aux services de première ligne. Les raisons évoquées sont, notamment : la détection et l'intervention sont plus précoces, les temps d'attente pour des soins spécialisés peuvent être trop longs et de nombreux usagers peuvent préférer être traités en soins primaires (Wissow et al., 2016). Dès 2008, l'OMS, dans son rapport *Integrating mental health into primary care : A global perspective*, proposait une intégration de la santé mentale dans les services de première ligne. Avec une formation et un soutien adéquats pour les employés de la santé, cette intégration semble la plus abordable, et les investissements dans cette option peuvent apporter des bénéfices importants. Dans ce rapport, on réfère à plusieurs initiatives d'intégration de la santé mentale aux soins et services de première ligne, notamment au Brésil, au Chili, en Arabie saoudite et en Afrique du Sud (WHO,

2008).

Mais quels sont les facteurs déterminants d'un réseau de services intégrés ?

Bien qu'il n'y ait pas de modèle intégré universel et que l'adaptation locale soit la clé du succès (WHO, 2008), certains facteurs s'avèrent indispensables pour réussir l'intégration des services de santé. Suter et ses collègues (2009) ont réalisé une revue systématique qui leur a permis de définir 10 facteurs clés de réussite attribués aux systèmes de santé intégrés. Chacun de ces facteurs clés est décrit en Annexe 1.

Le MSSS (2018) adopte spécifiquement pour les réseaux de services intégrés destinés aux jeunes de 12 à 25 ans (RSIJ) huit facteurs clés de réussite explicités en Annexe 2. Il s'agit de : 1) la participation des jeunes et de leurs parents; 2) la compréhension et l'adhésion des partenaires internes et externes; 3) la gestion du changement et l'adaptation des pratiques; 4) la participation des parties prenantes; 5) la mobilisation des directions; 6) une bonne synchronisation entre le MSSS et le réseau; 7) le leadership et l'imputabilité; 8) la confidentialité et le partage d'informations. Pour le MSSS, à l'instar de plusieurs autres entités gouvernementales à l'international, la participation des jeunes et de leurs parents est au cœur de ce changement de paradigme. Il va de soi que l'appropriation de cette nouvelle pratique par les professionnels et l'adhésion des partenaires constituent des prérequis au succès d'une telle initiative.

En outre, comme discuté au début de ce chapitre, il est important que les modèles intégrés considèrent également la réalité des jeunes qui ne consultent pas. La composante *prévention* et la composante *promotion* sont tout aussi im-

portantes. En effet,

[...] bien que les jeunes risquent davantage d'éprouver un problème de santé mentale, ce sont eux, et particulièrement les jeunes hommes, qui recourent le moins à des soins pour traiter ce type de difficultés. Une enquête sur la santé mentale réalisée à Montréal en 2009 propose entre autres que les jeunes ayant eu au moins un trouble mental au cours d'une période de 12 mois avaient une propension moindre que les personnes plus âgées à utiliser les services professionnels. (Québec, 2017b, p. 1)

Les études auxquelles réfère l'enquête de l'ISQ<sup>2</sup> (Québec (2017b) soulèvent les mêmes caractéristiques communes chez les jeunes qui consultent, « notamment le fait d'être une femme, d'avoir un problème de santé mentale, de présenter un niveau élevé de détresse psychologique ou d'être aux prises avec un problème de santé de longue durée. » (Québec, 2017b, p. 2). Par ailleurs, peu de pistes existent concernant les raisons qui empêchent certains jeunes de demander des soins dont ils ont pourtant besoin. Néanmoins, l'étude de Findlay et Sunderland (2014, citée par Québec, 2017b) montre que le recours à des ressources de type informel est plus fréquent.

Plus d'un jeune Canadien sur 10 a consulté un professionnel et environ le quart des jeunes au pays ont tenté d'obtenir du soutien informel pour un problème de santé mentale au cours de la dernière année. Les pourcentages étaient plus élevés encore chez les personnes exposées à des facteurs de risque multiples. (Findlay et Sunderland, 2014, p. 3)

2 L'enquête porte sur des jeunes de 15 à 29 ans.

Les ressources informelles réfèrent aux membres de la famille, aux amis, à Internet, au groupe d'entraide, à la ligne téléphonique, etc.

Au Canada, Malla et ses collègues (2018) sont témoins des transformations des services de santé mentale, comme c'est le cas avec *Youth-Can Impact* en Ontario ou *Foundry* en Colombie-Britannique, ainsi qu'avec *ACCESS Esprits Ouverts*, mais également de toute cette volonté de connexion de la pratique et de la recherche avec la mise en œuvre de la stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP). Les auteurs soulignent qu'il faut offrir des services aux jeunes de la population en général, mais qu'il convient de prêter une attention particulière aux jeunes présentant des risques plus élevés, notamment les jeunes sans-abris, les jeunes placés ou auparavant placés en centre jeunesse, les jeunes autochtones et les jeunes immigrants et réfugiés. Cependant, les auteurs reconnaissent la difficulté d'avoir un modèle unique qui fonctionnerait sous toutes les conditions et dans tous les contextes. Ils proposent des études pilotes pour pouvoir adapter des modèles importés d'ailleurs. Pour ce faire, ils réfèrent au cadre conceptuel en santé mentale *Evergreen* (Commission de la santé mentale du Canada, 2010) pour construire un plan de travail en vue d'améliorer les services de santé mentale des enfants et des jeunes (promotion, prévention, intervention et recherche et évaluation).

À l'international, les soins intégrés se présentent comme la solution à ces problèmes soulevés en ce qui a trait aux services de santé mentale pour les jeunes (Hetrick et al., 2017). Pour ces auteurs,

*Integrated care has been described in terms of an integrated practice unit with both cli-*

*nical and non-clinical personnel providing multidisciplinary care, ideally in one location, in line with evidence that shows young people may prefer to have all their needs met in one place. (Hetrick et al., 2017, p. s5)*

Ce mouvement marque également le portrait international et les exemples d'intégration à l'échelle internationale sont de plus en plus nombreux, particulièrement en Australie, en Irlande et en Angleterre. McGorry, Bates et Birchwood (2013) ont décrit les initiatives de ces trois pays en soulignant les adaptations et les principaux changements apportés aux structures de services actuels. Il s'agit de *headspace*, *Orygen Youth Health* et d'une mise à niveau nationale du *Early Psychosis Prevention and Intervention Centre* (EPPIC) en Australie, du programme *Jigsaw* en Irlande et du programme *Youth Space* en Angleterre. Ces programmes innovent de différentes façons comparativement aux services offerts traditionnellement. Par exemple, *headspace* est un programme d'intervention précoce où les jeunes ont un accès facilité aux services de plusieurs professionnels se trouvant sous le même toit. *Youth Space*, quant à lui, a sollicité la participation des jeunes pour bâtir son offre de service qui est intensive et touche différentes problématiques, dont la psychose et les troubles alimentaires. *Jigsaw* a aussi sollicité la participation des jeunes dans le développement et l'implantation de son programme qui, en plus d'avoir pour objectif d'aider les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale, vise la sensibilisation du public et le changement des mentalités concernant les problèmes de santé mentale.

Dans leur revue, Hetrick et ses collègues (2017) ont identifié 45 évaluations portant sur 18 services intégrés ou réseaux intégrés de services, dont plusieurs sont offerts à travers divers

**Tableau 1 : Les services intégrés et réseaux intégrés de services identifiés par Hetrick et ses collègues (2017)**

Réseaux intégrés de services	Services uniques
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jigsaw en Irlande</li> <li>• Headspace en Australie</li> <li>• Maison des adolescents en France</li> <li>• Youth One Stop Shops (YOSS) en Nouvelle-Zélande</li> <li>• Foundry au Canada</li> <li>• Irish YOSS</li> <li>• Access Open Mind (Access OM) au Canada</li> <li>• Integrated Collaborative Care Team (ICCT) Services au Canada</li> <li>• Youthspace au Royaume-Uni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Your Choice en Nouvelle-Zélande</li> <li>• Community Health Assessment Team (CHAT) au Singapour</li> <li>• The Well Centre, Youth au Royaume-Uni</li> <li>• Supporting Positive Opportunities with Teens (SPOT) aux États-Unis</li> <li>• Adolescent Health Service en Israël</li> <li>• Rural Clinic for Young People en Australie</li> <li>• Ystop (Youth Stop) en Australie</li> <li>• KYDS Youth Sevelopment Service en Australie</li> </ul>

points de services. Le Tableau 1 énumère ces services.

Ainsi, une volonté ministérielle combinée à une forte orientation stratégique du CIUSSS-CO-DIM justifie l'intérêt pour en apprendre plus sur les réseaux de services intégrés en santé mentale des jeunes de 12 à 25 ans. L'objectif ultime demeure celui de favoriser le succès de la mise en œuvre de ces réseaux et de l'atteinte des résultats escomptés autant sur le plan de l'amélioration du bien-être des jeunes que de la qualité des services qui leur sont offerts.

Nooteboom et ses collègues (2021) ont mené une recension systématique des facilitateurs et des obstacles pour les professionnels dans la pratique au sein d'un réseau de service intégré jeunesse. La Figure 1 décrit les résultats de l'analyse thématique menée par les auteurs.

Les auteurs retiennent que les obstacles et les facilitateurs sont cohérents à travers les études, et que les enjeux relatifs à collaboration interprofessionnelle sont parmi ceux qui s'y retrouvaient le plus régulièrement cités. Les auteurs mettent également de l'avant que l'une des priorités d'implantation vise généralement la structure organisationnelle des RSIJ, alors qu'ils estiment crucial de prioriser également la compréhension ainsi que la prise en compte de ce qui se passe sur le plan des pratiques professionnelles (Nooteboom et al., 2021).

Hugues et ses collègues (2020) posent toutefois un regard plus interprétatif sur la littérature, au moyen d'une revue systématique d'approche herméneutique sur les pratiques intégrées et leurs concepts clés. Dans leurs travaux, ces auteurs identifient des tensions entre

la définition d'un modèle de service intégré et la volonté intrinsèque des acteurs à construire ce modèle et en faire une pratique flexible. Ils constatent également un écart entre les attentes théoriques liées à l'implantation de services intégrés et les données empiriques appuyant ces transformations. En ce sens, ils mettent en garde contre la recherche d'une définition unifiée de l'intégration des services qui serait en mesure d'aborder les expériences

(ou effets), les pratiques (et stratégies organisationnelles) et la théorie. Les auteurs soulignent plutôt que la valeur de l'étude des modèles de services intégrés se trouve beaucoup plus dans la théorie de l'*élaboration* (heuristique), avec l'intégration comprise comme émergeant d'un contexte duquel elle est indissociable, que dans une perspective de prédiction des résultats, à savoir ce qu'est, de façon universelle, ce modèle, et s'il fonctionne ou améliore les soins.

Figure 1: Aperçu des facilitateurs et des barrières rencontrés par les intervenants de réseaux intégrés

(Nooteboom et al., 2021, p. 96), CC BY 4.0 / format et couleurs adaptés



# OBJECTIFS DE L'ETMISSS

L'objectif principal de l'ETMISSS, tel que défini par l'équipe de la direction du programme de santé mentale et dépendance, est d'effectuer une revue systématique des écrits scientifiques pour évaluer l'efficacité du modèle de réseaux de services intégrés pour les jeunes (RSIJ) de 12-25 ans, y compris pour une population appartenant à des minorités culturelles.

## QUESTIONS D'ÉVALUATION

La raison fondamentale de l'ETMISSS est d'évaluer l'efficacité du modèle de RSIJ, notamment en tentant d'identifier les composantes clés et indispensables qui sont responsables de l'efficacité de ce modèle dans l'amélioration du bien-être et de la trajectoire de la population cible. Cette démarche facilitée par l'exploration de la littérature a permis d'articuler quatre

questions d'évaluation au cœur de cet exercice, à savoir :

1. Quels sont les facilitateurs et les obstacles à la mise en œuvre d'un RSIJ?
2. Quelle est l'efficacité d'un RSIJ pour améliorer l'état de santé et le bien-être des jeunes et améliorer leur trajectoire de services?
3. Comment la diversité culturelle influence-t-elle l'efficacité et la mise en œuvre d'un RSIJ<sup>1</sup>?
4. Est-ce qu'un RSIJ est efficace (coûts-bénéfices, coûts-efficacité; coûts-utilité)?

Plusieurs concepts utilisés dans le cadre de nos questions d'évaluation méritent d'être définis afin de mieux situer ces dernières :

---

1 Étant donné que le CIUSSS-CODIM dessert une population provenant en grande partie de la diversité, la question 4 vise à cerner l'efficacité d'un RSIJ en contexte de diversité culturelle de la population en cernant, dans les études retenues, quelle est l'offre de services spécifique pour cette population de la diversité et en documentant les adaptations effectuées pour répondre à cette population lorsque les services sont déployés (pour les autochtones, les immigrants, les demandeurs d'asile, etc.). L'objectif est de vérifier si l'efficacité d'un RSIJ a été démontrée pour une population de jeune de la diversité culturelle, et si des composantes affectent ou influencent la mise en œuvre d'un RSIJ auprès de cette population.

## MODÈLE LOGIQUE

Le modèle logique décrit dans cette sous-section se base principalement sur le travail de l'équipe innovation du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-CODIM, 2017; 2018). Le schéma représentant le modèle logique est repris en Annexe 3.

Comme expliqué à la section précédente, le manque de continuité et d'accessibilité des services en santé mentale offerts aux jeunes de 12 à 25 ans a conduit les décideurs à concevoir des modèles qui répondraient de manière adéquate aux besoins de cette population. Au CIUSSS-CODIM, le président-directeur général a à cœur l'intégration des services pour faciliter l'accès et l'accessibilité des soins diversifiés pour la population du CIUSSS. Ce mandat que se donne l'établissement s'appuie sur les principes de la Loi 10 en matière de gouvernance, d'efficacité et d'efficience.

Un RSIJ en santé mentale vise à offrir des services accessibles, appropriés et multidisciplinaires. Il est conçu afin d'éviter que les jeunes vivent un bris de services lors de la transition à la vie adulte, et d'assurer une meilleure continuité, alors que les structures actuelles distinguent les services offerts aux jeunes et ceux offerts aux adultes. Les services offerts aux jeunes correspondent à leurs attentes et préférences, ils sont flexibles et adaptés. Évidemment, les bénéficiaires directs de cette innovation sont les jeunes de 12 à 25 ans ayant des problèmes de santé mentale ou présentant des facteurs de risque. Cependant, des retombées positives toucheront également les parents et les familles de ces jeunes.

Comme toute intervention ou programme, le RSIJ nécessite la mise en place de ressources humaines, informationnelles, matérielles et

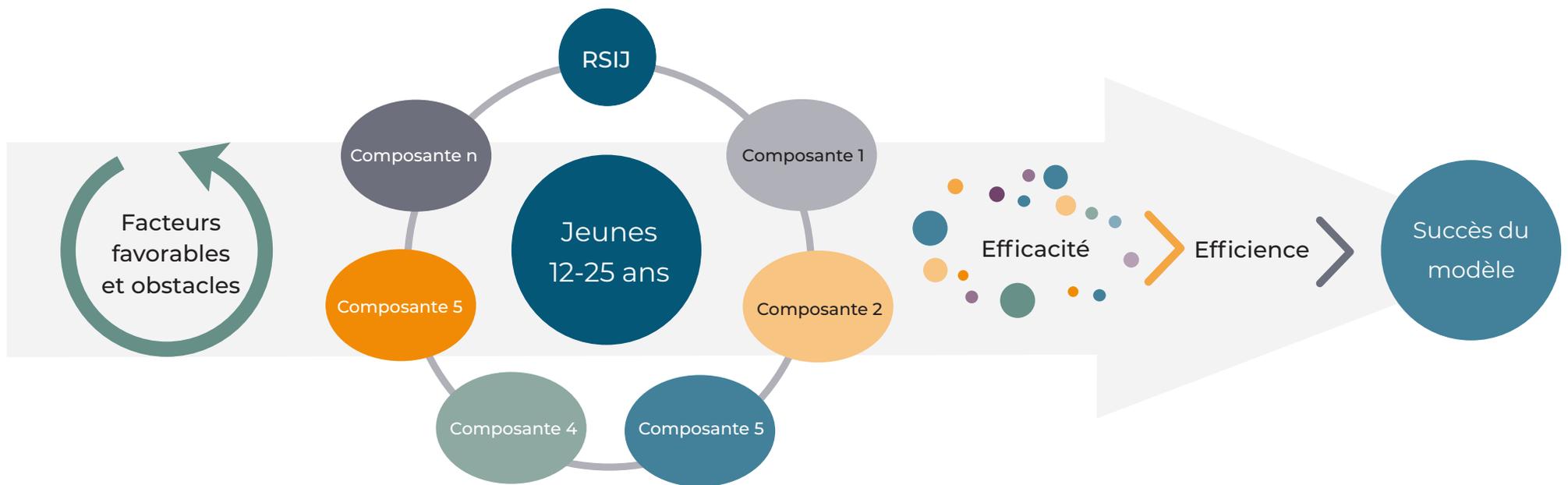
financières. Cela dit, de manière plus précise, cette mise en place repose sur 1) la disponibilité d'une équipe interdisciplinaire dédiée, responsable et imputable des résultats et de l'expérience usager dont les médecins sont partie intégrante, et 2) la participation active des usagers, et ce, à toutes les étapes depuis la conception jusqu'à la mise en œuvre et l'évaluation. Le processus d'activités et de coordination de l'équipe RSIJ amènera, nous l'espérons, un cycle complet de soins et services pour les jeunes de 12-25 ans avec une gamme complète de soins et services adaptés, appropriés, continus, accessibles et coordonnés. Le RSIJ aura des effets à court, moyen et long terme autant pour les usagers et leur famille que pour les équipes de soins et de services, et pour l'organisation de façon générale.

## CADRE D'ANALYSE

À partir des éléments présentés aux sections précédentes, nous avons construit un cadre d'analyse, illustré à la Figure 2, qui nous permet d'orienter la méthode utilisée pour réaliser cette ETMISSS.

En effet, nous nous intéressons aux conditions favorables qui permettent une mise en œuvre optimale et de qualité d'un RSIJ afin de favoriser son succès. L'identification des composantes clés essentielles responsables de l'efficacité et de l'efficience permet de déployer les efforts sur ce qui préserve la nature fondamentale d'un RSIJ. La combinaison parfaite des conditions contextuelles et la mise en œuvre des composantes clés d'un RSIJ favoriseront l'efficacité et l'efficience du modèle, et contribueront ainsi au succès du modèle qui peut être complet et durable.

Figure 2 : Cadre d'analyse des réseaux de services intégrés jeunes 12-25 ans



# MÉTHODE

La méthode est orientée par les éléments du PICOTS développés à l'Annexe 4 à partir des questions d'évaluation présentées à la section précédente.

## REVUE SYSTÉMATIQUE

La revue systématique réalisée dans le cadre de cette ETMISSS est mixte. L'objectif est de mettre à contribution et de tirer profit des résultats des études en utilisant des méthodes quantitatives, qualitatives et mixtes (Creswell et al., 2011). D'une part, les questions d'évaluation portent autant sur des questions de nature qualitative que quantitative. D'autre part, la raison d'être de cette revue systématique nous paraît complexe. En combinant des études utilisant des méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes, la revue systématique permet d'aborder des questions complexes et d'approfondir la compréhension des phénomènes observés (Hong et al., 2017). L'analyse sera plus robuste grâce à la mise en commun de ces résultats.

Pour ce faire, nous adoptons un devis de synthèse convergent avec intégration pour l'interprétation (Hong et al., 2018). Les données quantitatives et qualitatives sont traitées et analysées séparément et en parallèle. La synthèse de l'analyse sera, par ailleurs, présentée en triangulant les deux types de données. L'intégration des deux types de données est encore plus poussée à l'étape de l'interprétation des résultats et des recommandations (Busse et al., 2002) pour chacune des questions. Ce type de devis est recommandé dans le cadre de cette revue systématique, puisqu'il est généralement utilisé pour répondre à plusieurs questions d'évaluation portant sur différentes dimensions d'une technologie de la santé (Hong et al., 2017) :

*This design was observed mainly in health technology assessments (HTA) in which several review questions are asked (e.g., questions related to the effectiveness, cost-effectiveness, acceptability, views, needs). Each review question was addressed separately and no at-*

*tempt to combine the results of each synthesis was performed. Usually, in the discussion, the recommendations will take account of all the findings (Pluye, Hong et Vedel, 2016).*

Ainsi, selon la nature des textes qui répondent à nos quatre questions d'évaluation, nous avons procédé par une analyse distincte de celle présentée dans ces textes, selon la méthode utilisée. Quant à l'interprétation des résultats et la rédaction des recommandations, nous avons intégré tous les éléments, qu'ils soient quantitatifs ou qualitatifs.

### Source de données et stratégies de recherche

Les sources de données qui sont utilisées dans le cadre de cette ETMISSS sont de deux ordres : 1) des écrits scientifiques; 2) de la littérature grise.

Un article scientifique réfère aux textes académiques visant à informer le lecteur qui s'intéresse activement à un domaine en particulier. Les auteurs (chercheurs ou professionnels) sont généralement des spécialistes du domaine. L'article scientifique est publié dans une revue spécialisée du domaine et il est arbitré, évalué et révisé par un comité de lecture (pairs) indépendant, formé d'experts et de spécialistes du domaine.

La recherche des écrits scientifiques s'est basée sur une stratégie de recherche documentaire développée en concertation avec une bibliothécaire du CIUSSS-CODIM et en consultation avec l'équipe demanderesse. L'Annexe 5 présente les stratégies de recherche documentaire utilisées dans les différentes bases de données. Plusieurs combinaisons de concepts ont été utilisées afin de nous assurer de tirer profit de tous les écrits pertinents.

Les écrits scientifiques émanent de plu-

sieurs bases de données. Nous avons sélectionné des bases de données diversifiées selon la langue et par domaine, comme illustré au Tableau 2.

**Tableau 2 : Bases de données selon la langue et par domaine pour la recherche des écrits scientifiques**

Anglais	Français
Medline	Cairn
CINHAL	Érudit
PsychInfo	Persée

Afin de bonifier et de contextualiser les résultats de cette ETMISSS, nous procédons aussi à une analyse de la littérature grise qui répondra aux mêmes questions d'évaluation. La recherche dans la littérature grise est également conseillée afin d'éviter les biais de publication (Zaugg et al., 2014). Nous nous intéressons principalement aux évaluations, études et rapports publiés par des chercheurs et évaluateurs ou des organismes gouvernementaux et à but non lucratif à l'international, au Canada et au Québec et qui sont consacrés aux réseaux de services intégrés en santé mentale des jeunes de 12-25 ans.

Ainsi, plusieurs sites Internet (voir Annexe 6) ont été consultés, et les productions qui répondent à nos critères d'inclusion et d'exclusion ont été analysées. Ces différents sites nous ont proposé des liens pertinents que nous avons également explorés pour obtenir des informations additionnelles. Nos stratégies de recherche ont été adaptées selon le site afin d'extraire les données pertinentes à notre revue. Nous avons également procédé par recherche manuelle dans les différentes rubriques de ces sites Internet et avons effec-

tué des recherches simples par mots clés dans la barre « recherche », l'objectif étant de nous assurer que l'ensemble des documents pertinents dans le cadre de la démarche de cette ETMISSS soient consultés.

Les recherches dans la littérature grise ont pris fin au moment où les évaluateurs ont jugé avoir atteint un niveau de saturation suffisant (ex., lorsque les mêmes documents sont identifiés plus d'une fois ou lorsque les informations colligées sont devenues redondantes).

### Sélection des études

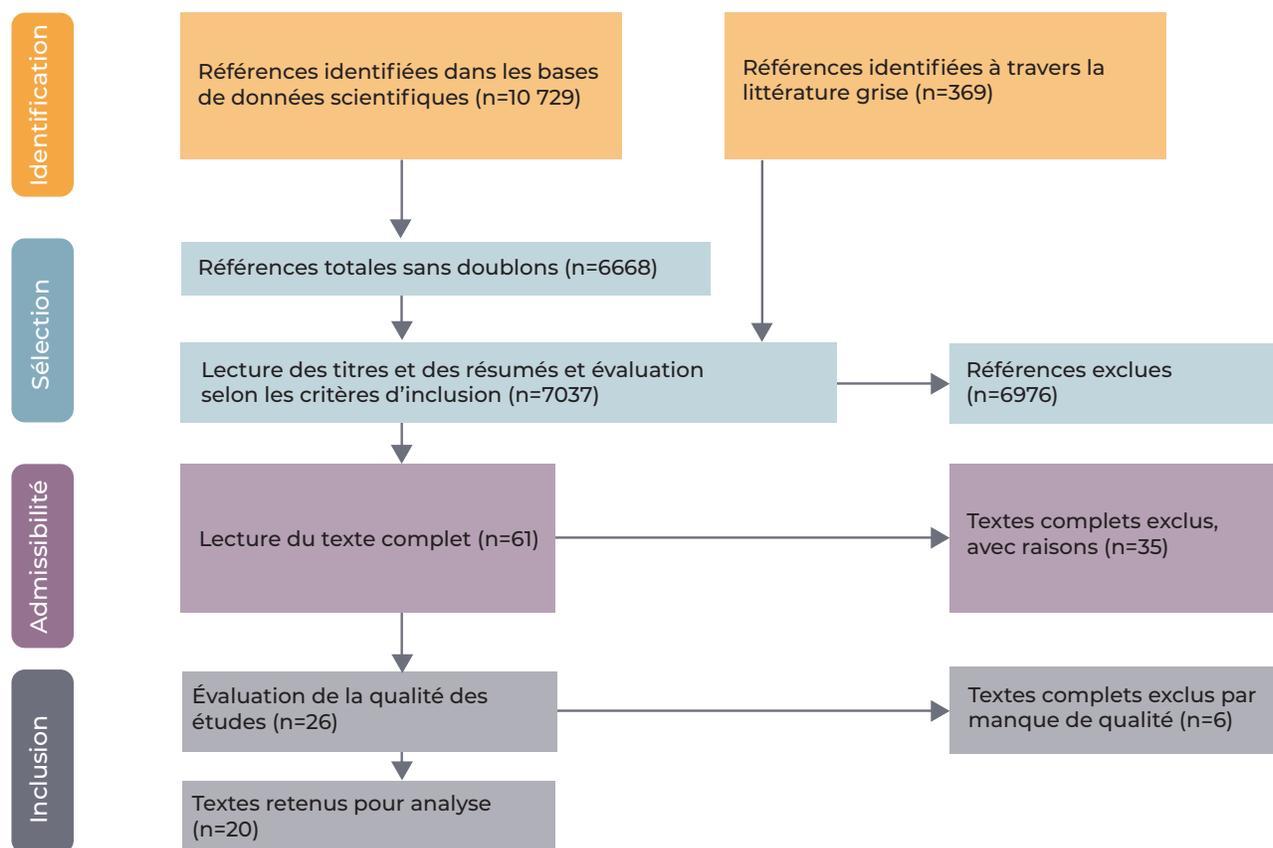
L'étape de la recherche documentaire a été réalisée avec l'assistance d'une bibliothécaire. Tous les résultats de l'ensemble des stratégies de recherche appliquées aux différentes bases de données sont regroupés dans une bibliothèque *End Note* afin de faciliter la gestion des références bibliographiques et des doublons, retirés à cette étape-ci de la sélection. Pour ce faire, nous avons utilisé la méthode de Bramer et ses collègues (2016).

La sélection a été effectuée sur la base de critères d'inclusion préétablis d'avance, présentés en Annexe 7. Nous nous sommes intéressés, à travers cette revue systématique, à tous les résultats possibles des modèles intégrés en santé mentale pour les jeunes 12-25 ans (positifs, négatifs, attendus, non attendus), évitant ainsi un biais de publication sélective des résultats (*selective outcome reporting*) (INESSS, 2013).

Le processus de sélection a été mené par deux évaluateurs. Afin de nous assurer de la viabilité des critères préétablis, nous avons procédé à un essai en utilisant un échantillon de 5 % des articles retenus. Cette étape nous a permis de nous assurer d'une même interprétation des critères de la part des deux évaluateurs. Ensuite, les deux évaluateurs ont procédé en parallèle à l'examen des titres et des résumés afin d'exclure les articles qui ne répondaient pas aux critères préétablis (inclusion et exclusion). Des rencontres régulières pour discuter et s'assurer de la viabilité ont eu lieu au fur et à mesure de l'avancement de la sélection. Les décisions prises à chacune des étapes par chacun des évaluateurs ont été documentées. Tout désaccord a été discuté lors de ces rencontres jusqu'à l'obtention d'un consensus. Les textes complets des articles retenus à cette étape-ci ont été téléchargés et joints aux références bibliographiques sur *End Note*. Ensuite, les deux évaluateurs ont procédé à la lecture et à la sélection des textes complets en fonction des mêmes critères de sélection. De la même façon que l'étape précédente, la sélection a été effectuée par les deux évaluateurs en parallèle, et tout désaccord a été abordé lors des rencontres de travail.

Le processus a été documenté de façon détaillée et rigoureuse, et rapporté sur un diagramme de flux (Moher et al., 2009) présenté à la Figure 3.

Figure 3 : Processus de sélection des études (PRISMA, Moher et al., 2009)



En ce qui concerne la sélection des études, nous nous sommes basés sur les critères d'inclusion et d'exclusion déterminés au point précédent, ainsi que sur les critères PICOTS présentés à l'Annexe 4. Trois bases de données en anglais ont fourni 10 157 références : PsychInfo = 4574; Cinhal = 2443 et Medline = 3140. Les trois bases de données en français ont fourni 572 références : Persée = 97; Cairn = 391 et Érudit = 84. Somme toute, un total de 10 729 références de la littérature scientifique a été recensé. La déduplication (Bramer et al., 2016) a permis d'identifier 6668 références uniques dont 6160 en anglais et 508 en français. 369 références supplémentaires proviennent de la recherche de la littérature grise.

Ainsi, les titres et les résumés (*abstracts*) des 6668 références scientifiques ont été analysés à la lumière des critères d'inclusion et d'exclusion. Pour ce qui est des 369 références de la littérature grise, nous avons procédé en lisant le titre, la table des matières et l'introduction lorsque les auteurs ne fournissaient pas de résumés. Au terme de cette étape, 6976 références ne répondaient pas aux critères d'inclusion et ont été donc exclues de la revue systématique.

Parmi les 61 références retenues pour analyse du texte complet, 41 références provenaient de la littérature scientifique et 20 de la littérature grise. 35 références ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Les raisons précises de

l'exclusion de ces références sont présentées en Annexe 8.

Les 26 références retenues lors de cette phase comprenaient 16 articles scientifiques (Bartoli et Gozlan, 2014; Bassilios et al., 2017; Callaly et al., 2009; Callaly et al., 2011; Dubé, 2019; Garrett et al., 2019; Illback, 2011; Muir et al., 2012; O'Keefe et al., 2015; Patulny et al., 2013; Perera, 2019; Pomare et al., 2018; Rickwood et al., 2015a; Rickwood et al., 2015b; Rickwood, Van Dyke et Telford, 2015; Yap et al., 2012) et 11 textes de la littérature grise (Clayton et al., 2013a; Clayton et al., 2013b; Clayton et al., 2013c; Communio, 2009; *Foundry*, 2018; Hilferly et al., 2015; Salmon et al., 2018; Social Market Research, 2011; Social Market Research, 2017; Youth Coalition, 2013).

Toutes ces étapes ont été réalisées par deux évaluateurs de façon indépendante. Des séances d'arbitrage ont eu lieu en présence d'une troisième personne pour trancher lors de tout désaccord.

### Évaluation de la qualité

De la même façon, l'évaluation de la qualité a été réalisée par deux évaluateurs pour l'évaluation de la qualité des 26 références retenues à l'étape précédente. Afin d'évaluer la qualité de ces textes, nous avons utilisé le *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT)<sup>1</sup> pour les textes dont les études présentées sont basées sur une méthodologie scientifique, et le *Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date and Significance* (AACODS) (INESSS, 2010, traduit de Burls, 2009) pour les autres textes provenant de la littérature grise afin d'en juger la crédibilité et la fiabilité (Tyndall, 2008).

Pour les 22 textes évalués selon le MMAT (16

articles scientifiques et 6 rapports de la littérature grise), et afin de minimiser les biais d'évaluation durant le processus d'évaluation, nous avons convenu en amont de procéder en attribuant une cote de 5 pour chacun des textes répondant à tous les critères. Un point était soustrait pour chacun des critères non respectés. Seuls les textes ayant obtenu la cote de 3,5 et plus, soit 16 textes sur les 22, ont été retenus pour l'extraction des données et l'analyse. L'Annexe 9 présente le détail des pointages et de l'évaluation des textes non retenus.

Pour les 4 textes évalués selon le AACODS, un seul texte n'a pas passé le test de la qualité. L'Annexe 10 présente le détail de l'évaluation du texte non retenu.

Par conséquent, au total, il s'agit de 20 textes retenus à la suite de l'évaluation de la qualité. Les trois textes de Clayton (2013 a,b,c) ont été évalués en tant qu'une seule étude, les trois parties formant un tout. Sur le plan du nombre d'études, la présente systématique porte sur 18 études rapportées à travers 20 textes différents.

### Extraction et codification des données

Les articles retenus à cette étape ont été scrutés en parallèle par les deux professionnelles pour en évaluer la qualité. Tout désaccord a été tranché par la responsable scientifique de l'UETMISSS ou par la chercheuse d'établissement du SHERPA.

À partir des écrits retenus, nous avons procédé à l'extraction des informations pertinentes selon la grille suivante :

1. Information sur la référence : auteur, date, etc.;
2. Information sur les participants (profil,

<sup>1</sup> Disponible sur le Wikitool : <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>

- âge, nombre, etc.);
- 3. Le moment (en quelle année le modèle a été mis en œuvre et en quelle année l'évaluation a été réalisée);
- 4. Méthode de l'article;
- 5. Détails sur les mesures utilisées, méthodes, etc.;
- 6. Contexte de l'intervention (pays, milieu, etc.);
- 7. Caractéristiques de l'intervention (composantes, adaptation, etc.);
- 8. Résultats de l'étude.

Toutes les références retenues après évaluation de la qualité ont été exportées vers NVivo 12. L'extraction et la codification des données ont été réalisées sur le logiciel NVivo 12 par un professionnel et validées à 50 % par une chercheure. L'utilisation de NVivo nous a permis ainsi de systématiser cette étape et d'aller plus loin en ce qui concerne la thématization des données des textes retenus. Nous avons procédé par méthode abductive pour la codification des textes retenus; les variables de la grille d'analyse ont été préprogrammées sur NVivo 12 et de nouvelles thématiques ont également pu être explorées. L'Annexe 11 présente l'arbre thématique détaillé extrait de NVivo 12.

### Analyse des données

**Pour les données qualitatives**, nous avons procédé par *synthèse thématique*, une méthode développée par Thomas et Harden (2008). Cette méthode comprend trois étapes : 1) la codification des résultats des textes; 2) le développement des thématiques descriptives; et 3) la génération des thématiques analytiques. La première étape consiste à créer des codes de façon inductive, alors que la seconde

étape consiste à regrouper sous différentes thématiques descriptives les codes créés à la première étape (Snilsveit et al., 2012). Ces premières étapes restent donc assez près des résultats du texte et, par conséquent, ne fournissent pas une synthèse répondant directement aux questions d'évaluation (Thomas et Harden, 2008). La troisième étape consiste donc à aller « au-delà » des résultats par la création à partir des thématiques descriptives générées à la deuxième étape, de thématiques analytiques qui répondront aux questions d'évaluation concernées.

Comme suggéré par Thomas et Harden (2008), ces trois étapes ont été effectuées par un professionnel et validées par une chercheure. Les deux ont travaillé ensemble dans un deuxième temps pour arriver à un consensus sur les codes et les thématiques générés. En ce qui concerne la troisième étape, les auteurs affirment que c'est l'étape la plus difficile à décrire et qu'elle est la plus controversée, parce qu'elle dépend du jugement des évaluateurs. Par ailleurs, cette étape a permis de susciter une réflexion qui met en lien les diverses thématiques et amène des éléments pour animer les ateliers délibératifs afin de définir de façon participative et efficace les recommandations.

En ce qui concerne les données quantitatives, nous avons procédé par *synthèse descriptive* (Zaugg et al., 2014). Il s'agit de présenter pour chaque étude quantitative retenue la méthode, l'intervention évaluée et les résultats. Il est important, selon Zaugg et ses collègues (2014), de classer les études quantitatives retenues en « catégories logiques » pour faire sens à l'étape des conclusions. Le regroupement selon des catégories logiques peut se faire selon différentes variables en fonction de la question à laquelle on souhaite répondre : le milieu ou le

contexte dans lequel l'intervention est offerte, le groupe auquel il est offert (ex. différents groupes d'âge), le devis de l'étude et la nature des résultats rapportés (par exemple, les différents effets vérifiés) (Popay et al, 2006). Ce type de regroupement a plusieurs mérites, comme le précisent Zaugg et ses collègues (2014) :

un regroupement des études en fonction du type d'intervention ou des résultats permet de déterminer quel type d'intervention semble le plus efficace, un regroupement par population ou contexte permet de juger le cadre qui paraît le plus favorable à l'intervention, un regroupement par méthodologie permet de rassembler les études les plus probantes. (p. 664)

Ainsi, pour les données quantitatives, nous avons inclus lors de la présentation des résultats des informations contextuelles et méthodologiques afin de mieux les situer. Nous avons également synthétisé les données sous format de tableaux afin de faciliter la compréhension et la comparaison entre les différentes études.

Les principaux constats et conclusions des résultats quantitatifs et qualitatifs ont été ensuite intégrés lors de la discussion pour faire sens et apporter des recommandations basées sur les données.

## CONSULTATION

Le second volet de l'ETMISSS, davantage consultatif, visait à contextualiser les principaux constats du premier volet (revue systématique). Nous avons notamment interpellé plusieurs jeunes et intervenants jeunesse afin qu'ils s'expriment sur les résultats de la revue

systématique de la littérature. Il est important de souligner que la consultation a porté spécifiquement sur les résultats en lien avec la question relative à la mise en œuvre. Les résultats concernant l'efficacité et l'efficience s'apprêtaient moins à cet exercice consultatif.

Au total, 12 jeunes provenant du Comité des jeunes de Laval (le CAO) ainsi que du Comité des jeunes ACCESS OM à Parc-Extension ont été consultés au moyen d'un questionnaire en mode virtuel (format quiz)<sup>2</sup> et en présentiel (questionnaire papier). Le contenu du questionnaire soumis aux jeunes est repris en Annexe 13. Les jeunes ont ensuite été appelés à participer à un débat pour discuter de deux questions ouvertes.

De même, 14 intervenants jeunesse du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal ont répondu à un questionnaire en ligne en utilisant la plateforme Survey Monkey. Les questions portaient principalement sur les différentes composantes clés ressortant de la revue systématique et pouvant avoir un effet sur l'amélioration du bien-être et de la trajectoire de services des jeunes de 12 à 25 ans. La consultation a permis d'avoir l'opinion des intervenants jeunesse sur l'importance de chacune de ces composantes dans la mise en œuvre d'un réseau de services intégrés sur notre territoire. Le questionnaire soumis aux intervenants est repris en Annexe 13. Pour chacun des items présentés dans le questionnaire, les intervenants ont été invités à préciser s'ils considéraient ces items comme étant :

- **Critiques** : indispensables pour atteindre les objectifs d'un RSIJ et favoriser le succès de leur mise en œuvre;

<sup>2</sup> Les jeunes ont été rencontrés sur la plateforme Zoom et le questionnaire a été réalisé sur Quizizz.

- **Importants, mais non critiques** : importants pour la mise en œuvre des RSIJ, mais n'influencent pas négativement l'atteinte des objectifs ou le succès de la mise en œuvre;
- **Sans importance** : n'ont aucune influence sur l'atteinte des objectifs et le succès de la mise en œuvre d'un RSIJ.

L'Annexe 14 et l'Annexe 15 présentent respectivement une synthèse des résultats à la suite de la consultation des jeunes et des intervenants.

## PROCESSUS DE DÉLIBÉRATION

Un Comité délibératif — regroupant des décideurs et des gestionnaires en santé mentale et globale des jeunes du CIUSSS, d'organismes communautaires et du MSSS — s'est principalement penché sur les conclusions de l'ETMISSS ainsi que sur les recommandations initiales qui en découlent. Le Comité a tenu deux rencontres de délibération, dont la démarche a consisté à prendre connaissance et à débattre des résultats triangulés de la recherche et des recommandations basées sur ces résultats, à déterminer la qualité de la formulation et à proposer des suggestions d'amélioration, ainsi qu'à juger les recommandations sous la base de trois critères que nous avons développés, à savoir : l'utilité (critique, importante, mais non critique et sans importance), la faisabilité (appropriée, appropriée à un contexte restreint et inappropriée) ainsi que la force (recommandations sans réserve, recommandations avec réserve et non recommandée). Les critères de délibération sont présentés en détail au Tableau 3.

Les membres du Comité ont commenté les recommandations et formulé des suggestions, ce qui a inspiré une reformulation en vue des pro-

positions finales. Seules les recommandations finales approuvées par le Comité délibératif sont présentées dans le rapport. Le détail du processus incluant les formulations initiales est par ailleurs repris à l'Annexe 16.

**Tableau 3 : Critères de délibération du Comité délibératif**

<b>Utilité de la recommandation</b>	<b>Critique</b> – Forte probabilité que la recommandation produise des avantages très significatifs pour le groupe visé.	<b>Importante, mais non-critique</b> – Forte probabilité que la recommandation produise des avantages plus importants que les désavantages pour le groupe visé.	<b>Sans importance</b> – Faible probabilité que la recommandation produise des bienfaits importants pour le groupe visé.
<b>Faisabilité de la recommandation</b>	<b>Appropriée</b> – Forte probabilité que les ressources soient suffisantes pour opérationnaliser et mettre en œuvre la recommandation.	<b>Appropriée à un contexte restreint</b> – Forte probabilité que les ressources soient suffisantes pour opérationnaliser et mettre en œuvre la recommandation, mais uniquement dans un contexte restreint.	<b>Inappropriée</b> – Faible probabilité que les ressources soient suffisantes pour opérationnaliser et mettre en œuvre la recommandation.
<b>Force de la recommandation</b>	<b>Recommandation sans réserve</b> – Les données nous permettent de formuler la recommandation et de l'appliquer à tous les usagers et les contextes.	<b>Recommandation avec réserve</b> – Les données nous permettent de formuler la recommandation et de l'appliquer à des usagers et des contextes spécifiques. Certaines considérations doivent être prises en compte, ou certaines recherches complémentaires seraient pertinentes pour préciser les enjeux.	<b>Non recommandée</b> – Les données ne nous permettent pas de soutenir cette recommandation à l'heure actuelle. Des collectes de données primaires devraient être encouragées à ce sujet pour pouvoir formuler une recommandation.

## VALIDATION SCIENTIFIQUE

Deux comités distincts ont pu soutenir les travaux de cette ETMISS : 1) le Conseil de validation scientifique et 2) l'équipe d'évaluateurs externes.

**Le Conseil de validation scientifique** a suivi dès le début du projet le processus méthodologique, les choix des stratégies et des méthodes ainsi que les outils pour l'évaluation de la qualité. Le Conseil regroupe des chercheurs et des praticiens autour de la thématique de la santé mentale, des modèles intégrés en santé mentale et des processus d'ETMISS. Son rôle consiste à s'assurer que la revue systématique réponde aux questions d'évaluation et qu'elle demeure pertinente en référence aux besoins de l'équipe clinique et de gestion. Le Conseil s'est rencontré 3 fois durant le processus de réalisation de la présente ETMISS. La première rencontre a été planifiée pour discuter du protocole de l'ETMISS. La deuxième a eu lieu à mi-chemin des étapes d'exploration, d'évaluation et d'extraction des textes afin de valider le processus et de présenter un portrait des études retenues et les raisons justifiant cette sélection. La troisième rencontre a eu lieu avant la rencontre du Comité délibératif pour présenter les résultats et discuter des interprétations et des avenues futures qu'offre l'ETMISS.

Afin de renforcer la rigueur scientifique de l'ETMISS, nous avons invité des experts et des spécialistes du domaine de la santé mentale des jeunes, des réseaux intégrés de santé et services sociaux ainsi que des méthodes des ETMISS afin de lire, de commenter et de valider le rapport final de l'ETMISS. Ces experts composent **l'équipe d'évaluateurs externes**. Ils n'ont pas été impliqués durant le processus de réalisation de l'ETMISS afin de garantir

leur objectivité.

## STRATÉGIES DE MOBILISATION DES CONNAISSANCES

Dans le cadre de cette ETMISS, nous avons adopté des stratégies de mobilisation tout au long du processus à travers, notamment, les discussions et le partage des connaissances avec les membres des différents comités ainsi qu'avec les jeunes et les intervenants participant à la consultation.

De plus, des stratégies de mobilisation des connaissances à partir des résultats finaux de cette ETMISS sont également prévues et sont reprises dans le . Notre plan de mobilisation des connaissances des résultats issus de cette ETMISS s'articule autour du : Qui? Quoi? Comment? Pourquoi? Quand?

Ainsi, la mobilisation des connaissances tirées des résultats issus de cette ETMISS vise plusieurs objectifs. Principalement, il s'agit de :

- Transférer des connaissances à appliquer et inspirer l'adaptation des pratiques sur le terrain;
- Faciliter et soutenir la mise en œuvre de meilleures pratiques recensées dans le cadre de cette ETMISS;
- Fournir des outils pratiques développés dans le cadre de cette ETMISS pour les équipes des RSIJ afin de mieux comprendre le contexte local de la mise en œuvre de leur RSIJ.

**Tableau 4 : Plan de mobilisation des résultats de cette ETMISSS (adapté du Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (n.d))**

<b>Public (Qui)</b>	<b>Message (Quoi)</b>	<b>Stratégie (Comment)</b>	<b>Objectif (Pourquoi)</b>
Équipe demanderesse de l'ETMISSS	Tous les résultats	Rapport Webinaire Présentation sur invitation	Informé Soutenir la mise en œuvre des recommandations
Intervenants CODIM	Principaux résultats	Webinaire Affiche interactive Résumé exécutif	Informé Soutenir l'appropriation et la transformation des pratiques
Autres CISSS et CIUSSS	Selon l'intérêt	Rapport Webinaire Présentation sur invitation	Informé
Autres intervenants	Principaux résultats	Affiche interactive	Informé
MSSS	Tous les résultats	Note de politique Affiche interactive Résumé exécutif Rapport	Informé
Organismes communautaires	Selon l'intérêt	Webinaire Affiche interactive Résumé exécutif	Informé
Chercheurs	Revue systématique et consultation	Protocole (PROSPERO) Article scientifique Colloque/congrès	Contribuer à l'avancement des connaissances
Collaborateurs à l'ETMISSS	Tous les résultats	Tous les produits de mobilisation	Informé et inspirer le changement

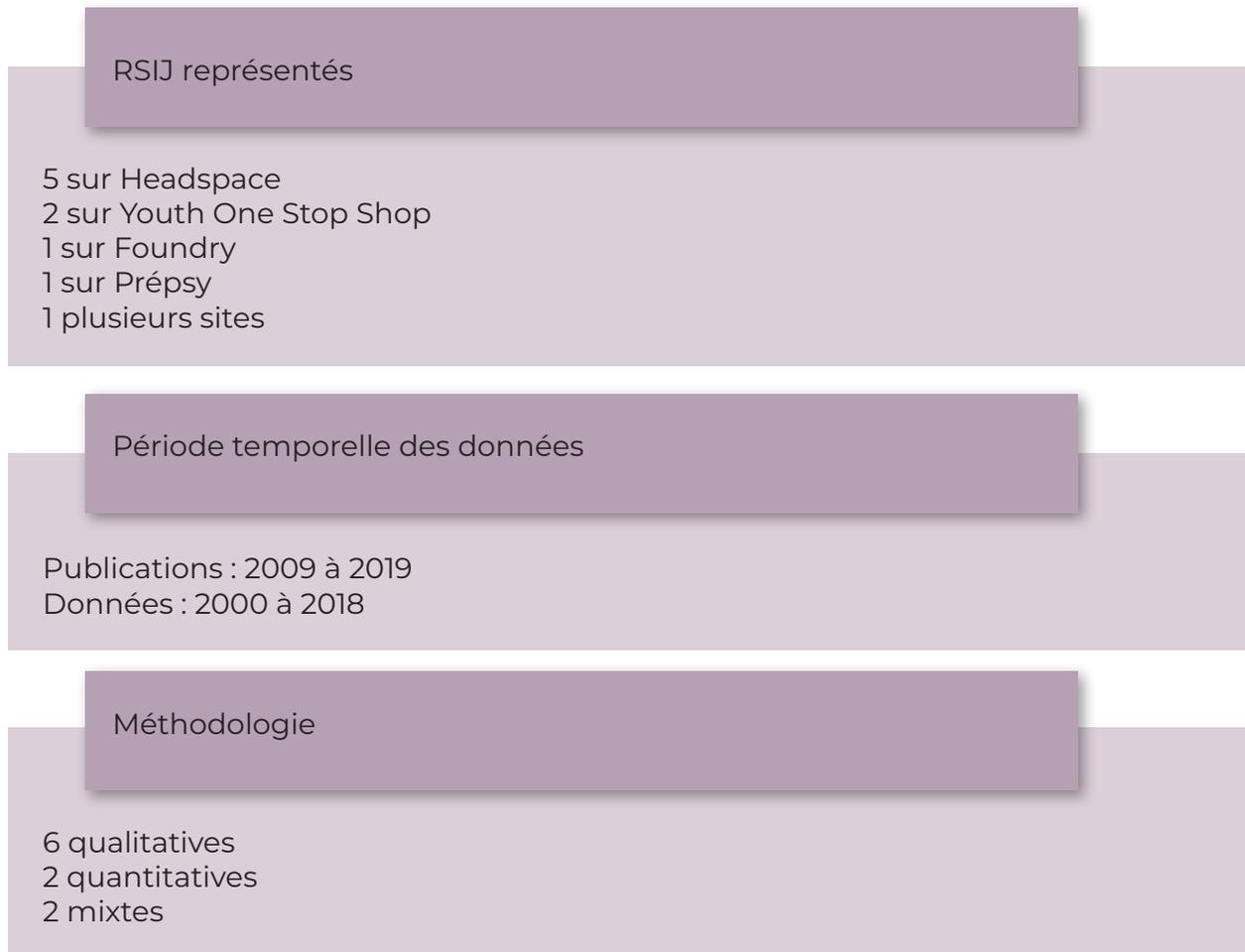
## SURVOL DES ÉTUDES

Dans cette section, les caractéristiques des documents retenus pour chacune des quatre questions de l'ETMISSS sont décrites. En tout, 18 études présentées en 20 textes, dont les dates de publication varient entre 2009 et 2019, ont été retenues. Les études portent sur *heads-pace* en Australie (n = 11), *Youth One Stop Shop* en Nouvelle-Zélande (n = 2), *Jigsaw* en République d'Irlande (n = 2), *Foundry* au Canada (n = 1), *Prépsy* en France (n = 1) et sur plusieurs sites distincts (n = 1). L'Annexe 17 présente une description détaillée des différentes études.

Onze (11) études apportent des réponses au sujet de l'efficacité des RSIJ. Dix (10) s'intéressent à l'étude de leur mise en œuvre, deux (2)

études s'intéressent à l'efficacité et finalement trois (3) traitent de façon indirecte d'aspects en lien avec la diversité culturelle des jeunes bénéficiant des services des RSIJ étudiés. Plus spécifiquement, nous présentons plus bas un portrait des études pour chacune des quatre questions d'évaluation.

Figure 4 : Aperçu des études pertinentes pour la question d'évaluation 1



**Question d'évaluation 1 :** Quels sont les facilitateurs et les obstacles à la mise en œuvre de réseaux de services intégrés en santé mentale des jeunes de 12 à 25 ans ?

Parmi les études retenues, 10 ont satisfait aux critères d'inclusion pour répondre à la question de l'évaluation de la mise en œuvre des réseaux intégrés en santé mentale pour les 12-25 ans. La majorité des études portent sur *headspace* Australie (Callaly et al., 2009; Callaly et al., 2011; Hilferty et al., 2015; Pomare et al., 2018 ; Rickwood, 2015c), bien que deux (2) études portent sur les *Youth One Stop Shops* en

Nouvelle-Zélande (Communio, 2009; Garrett et al., 2019), une sur *Foundry* au Canada (Salmon, Fernando et Berger, 2018), une sur Prépsy en France (Bartoli et Gozlan, 2014) et qu'une autre soit consacrée à plusieurs sites distincts (Youth Coalition, 2013). Les données desquelles sont issues ces études sont tirées de périodes temporelles viables situées entre 2007 et 2018.

Figure 5 : Aperçu des études pertinentes pour la question d'évaluation 2



**Question d'évaluation 2 :** Quelle est l'efficacité des réseaux de services intégrés en santé mentale destinés aux jeunes de 12 à 25 ans pour améliorer leur état de santé, leur bien-être et leur trajectoire ?

Parmi les études retenues, 11 ont satisfait aux critères d'inclusion pour répondre à la question de l'évaluation de l'efficacité. Parmi celles-ci, huit (8) documents présentent des analyses quantitatives sur des données administratives (Bassilios et al., 2017; Callaly et al., 2009; Hilferty et al., 2015; Muir, Powell et McDermott, 2012; O'Keefe, 2015; Patulny et al., 2013; Rickwood, 2015a; Rickwood, 2015b), quatre (4) présentent des analyses quantitatives sur un échantillon (Communio, 2009; Hilferty et al., 2015; Rickwood, 2015a; Yap et al., 2012) et six

(6) présentent des analyses qualitatives (Callaly et al., 2009; Callaly et al., 2011; Communio, 2009; Hilferty et al., 2015; Muir, Powell et McDermott, 2012; Patulny et al., 2013).

La majorité des études sont consacrées à *headspace* Australie (Bassilios et al., 2017; Hilferty et al., 2015; Muir, Powell et McDermott, 2012; Patulny et al., 2013; Rickwood et al., 2015a; Rickwood et al., 2015b; Yap et al., 2012), bien qu'une étude porte sur les *Youth One Stop Shops* en Nouvelle-Zélande (Communio, 2009) et une autre sur *Jigsaw* en République d'Irlande (O'Keefe et al., 2015). Les données desquelles sont issues ces études sont tirées de périodes temporelles variables situées entre 2007 et 2014.

Figure 6 : Aperçu des études pertinentes pour la question d'évaluation 3



**Question d'évaluation 3 :** Comment la diversité culturelle influence-t-elle l'efficacité et la mise en œuvre de réseaux de services intégrés en santé mentale offerts aux jeunes de 12 à 25 ans?

Parmi les études retenues, trois (3) traitent directement de la diversité culturelle dans l'évaluation de la qualité ou de la mise en œuvre d'un réseau de services intégrés (Communio, 2009; Hilferty et al., 2015; Rickwood, Van Dyke et Telford, 2015). D'autres études ont inclus le groupe ethnographique ou le statut d'autochtone comme variable ou considération dans la formation des échantillons (Basilios et al., 2017; Patulny et al., 2013; Muir, Powell et McDermott, 2012; Youth Coalition, 2013). Étant donné 1) le peu de textes qui traitent de la ques-

tion 3 en lien avec les adaptations culturelles et 2) le peu de données disponibles se rapportant principalement à des facteurs à considérer pour la mise en œuvre des RSIJ et pour les fins de concision dans l'analyse des textes, nous allons présenter les résultats se rapportant à la question 3 par thématique en lien avec les résultats des questions 1 et 2 portant sur la mise en œuvre et l'efficacité des RSIJ.

Figure 7 : Aperçu des études pertinentes pour la question d'évaluation 4



**Question d'évaluation 4 :** Est-ce qu'un réseau de services intégrés en santé mentale offerts jeunes de 12 à 25 ans est efficient ?

Parmi les études retenues, deux (2) ont satisfait aux critères d'inclusion pour répondre à la question de l'évaluation de l'efficacité. L'une est une évaluation coûts-bénéfices des programmes en cours et des programmes à venir pour *headspace* Australie (Hilferty et al., 2015), et l'autre est une projection coûts-bénéfices quant à l'adoption nationale de *Jigsaw* comme élément central au système de soins en santé mentale en République d'Irlande (Clayton et Illback., 2013a.b.c).

# Résultats de l'ETMISSS et recommandations

Les résultats de cette ETMISSS seront présentés en trois sections :

- La première section présente les composantes clés et les conditions de succès de la mise en œuvre des RSIJ. Nous y développerons également les résultats en lien avec les particularités, s'il y en a, des RSIJ pour les jeunes de la diversité (questions d'évaluation 1 et 3);
- La deuxième section documente les effets recensés des RSIJ. Nous y développerons également les résultats en lien avec les particularités, s'il y en a, des RSIJ pour les jeunes de la diversité (questions d'évaluation 2 et 3);
- La troisième section synthétise deux analyses des coûts des RSIJ (question d'évaluation 4).

# COMPOSANTES CLÉS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS JEUNES 12-25 ANS : **CONSTATS DE LA LITTÉRATURE ET DE LA CONSULTATION**

L'analyse de ces études nous a permis de faire ressortir les composantes illustrées à la Figure 8 comme essentielles au succès du déploiement des réseaux de services intégrés en santé mentale jeunesse.

Le présent chapitre est consacré à la présentation de ces neuf (9) composantes clés ainsi qu'aux facteurs facilitant ou entravant leur mise en œuvre. Les résultats de la consultation sont présentés au fur et à mesure que nous présentons des résultats de la revue de littérature afin de les contextualiser.

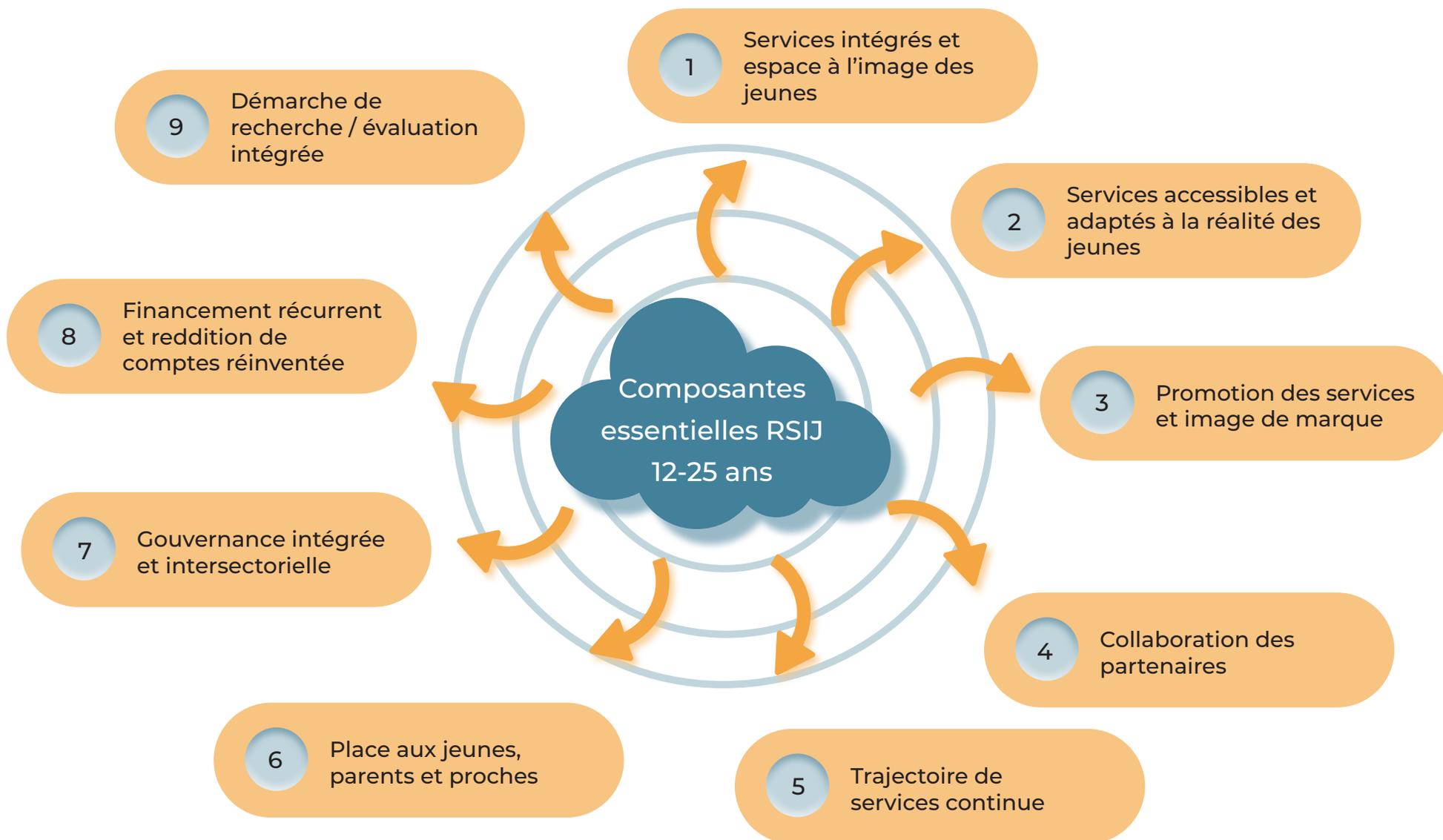
## **COMPOSANTE 1 : SERVICES INTÉGRÉS ET ESPACE À L'IMAGE DES JEUNES**

La possibilité d'accéder à plusieurs types de services différents, idéalement à un même endroit, est relevée comme une composante clé des modèles de services de *headspace* en Australie, des *Youth One Stop Shops* en Nouvelle-Zélande et de *Foundry* au Canada (Communio, 2009; Hilferty et al., 2015; Salmon, Fernando et Berger, 2018). Bien que les services disponibles puissent varier d'un point de service à un autre et selon la phase de développement, l'objectif est généralement d'offrir des services en santé physique, en santé sexuelle, en dépendance et en employabilité en plus d'offrir des services en santé mentale.

### **Services sous le même toit : une philosophie pour les services aux jeunes**

Fait intéressant pour *headspace*, Hilferty et ses collègues (2015) ont mené un sondage auprès de 29 centres *headspace*, et à l'exception de deux d'entre eux, tous étaient colocalisés avec

Figure 8 : Composantes essentielles des réseaux de services intégrés jeunesse



d'autres services destinés aux jeunes.

Cette proximité entre différents services crée un **espace d'échange d'expertises et de connaissances** et favorise les liens entre les professionnels, comme en témoigne ce participant à l'étude de Salmon et ses collègues (2018) :

*And I think that is so important. Um, then I think -- I mean, one of the things that I think has been working really well is just building relationships between people who work in different specialties, people who work for different agencies, and like, just actually being in the same building and being able to see each other and having little conversations, being able to consult with each other, even with just like for a quick moment to like, "Hey, what do you think?" you know, um, there's a lot of learning that can happen, and I also feel like the trust, um, between each other really means -- like that is just so important (Centre E, Centre staff). (p. 59)*

En outre, le *under-one-roof* semble avoir été un facteur positif dans l'amélioration des trajectoires des services aux jeunes de *Foundry* (Salmon, Fernando et Berger, 2018). La présence dans un même point de services de plusieurs types de services différents est relevée comme un facteur facilitant l'**accès et l'engagement** des jeunes dans chacune des études qualitatives menées auprès des jeunes, des professionnels et des acteurs de la communauté (Communio, 2009; Hilferty et al., 2015; Muir, Powell et McDermott, 2012, Patunly, 2013; Salmon, Fernando et Berger, 2018; Youth Coalition, 2013). Pour les *Youth One Stop Shops*, il s'agit là d'un défi important et d'un frein à l'accessibilité des services pour les jeunes. Comme les centres de services n'offrent pas toujours plusieurs services au même endroit,



#### DANS LA CONSULTATION

*Le fait d'avoir plusieurs types de services au même endroit sans impliquer un déplacement pour le jeune est une composante jugée importante pour les intervenants que nous avons consultés. En effet, 64,29 % (9 sur 14) d'entre eux ont indiqué que cette composante est critique, alors que 35,71 % (5 sur 14) la jugent importante, mais non critique.*

les intervenants doivent référer les jeunes à d'autres services situés à d'autres emplacements, ce qui implique des déplacements pour les jeunes, qui se retrouvent souvent « perdus dans le système » (Communio, 2009).



#### DANS LA CONSULTATION

*L'un des groupes de jeunes consultés a également discuté de la stigmatisation liée à la santé mentale, la jugeant comme un frein à la consultation, particulièrement chez les groupes de jeunes dont les parents proviennent d'une culture où la santé mentale représente un tabou.*

De plus, dans les entretiens qualitatifs menés auprès des jeunes et des professionnels, la stigmatisation associée à la santé mentale est considérée comme une barrière importante à

l'utilisation des services en santé mentale chez les jeunes (Communio, 2009; Hilferty et al., 2015; Muir, Powell et McDermott, 2012; Patulny et al., 2013; Salmon, Fernando et Berger, 2018; Youth Coalition, 2013).

Or, la présence de plusieurs services à un même endroit est identifiée par plusieurs des personnes consultées dans chacune de ces études comme une manière de diminuer l'identification des services à des besoins spécifiques liés à la santé mentale. Ainsi, il est relevé qu'en offrant des services diversifiés aux jeunes, **l'action de se présenter dans un point de service devient moins stigmatisante** pour eux. Dans un même ordre d'idées, certaines de ces études soutiennent également que des activités informelles et non cliniques mises en place dans un point de service permettent aux jeunes de se présenter sans pour autant ressentir la pression de devoir aller chercher un service immédiatement (Communio, 2009; Salmon, Fernando et Berger, 2018 ; Youth Coalition, 2013). Certains jeunes consultés à l'international ont insisté sur la pertinence qu'un point de service puisse être un lieu où les jeunes pourraient se rassembler spontanément, sans avoir l'obligation de participer à une activité ou souhaiter immédiatement rencontrer un intervenant (Youth Coalition, 2013). Des jeunes et des professionnels ont souligné la pertinence d'offrir dans les points de service des activités occupationnelles comme les arts, la musique, la danse, les sports, les jeux vidéo ou les jeux de société, ainsi que des activités de développement personnel et de sensibilisation relatives aux enjeux propres aux communautés racisées ou de la diversité ethnoculturelle (Hilferty et al., 2015 ; Youth Coalition, 2013). Dans cette perspective, les milieux ne sont plus réservés qu'aux services, mais deviennent également des endroits ludiques, ce qui per-



#### DANS LA CONSULTATION

*57,14 % (8 sur 14) des intervenants consultés ont statué que les lieux de Drop-in (endroit pour les jeunes avec des activités occupationnelles, de développement personnel, etc. avec des intervenants sur place) étaient une composante importante, mais non critique. 28,57 % (4 sur 14) d'entre eux considèrent que le déploiement des lieux de Drop-in est critique. 14,29 % (2 sur 14) des intervenants ont indiqué sans importance.*

met de diminuer la stigmatisation en lien avec le fait de s'y présenter.

Enfin, dans le cadre de l'évaluation de *headspace* menée par Hilferty et ses collègues (2015), les gestionnaires des centres *headspace* ont soulevé la colocation de leur centre avec d'autres services pour les jeunes comme un facteur contributif favorisant l'identification de *headspace* par les jeunes. En effet, cette colocation avec d'autres services a permis de **rehausser la connaissance des services de headspace**. À cet effet, certains jeunes ont rapporté qu'il était rassurant de rencontrer un nouveau professionnel lorsqu'ils étaient déjà familiers avec l'environnement, et qu'il était plus facile de s'engager dans plusieurs types de services différents lorsqu'ils sont tous situés au même endroit (Muir, Powell et McDermott, 2012). Par ailleurs, l'expérience de certains RSIJ en Australie soutient la pertinence de la colocation des services comme moyen d'assurer un meilleur engagement des jeunes (Youth Coalition, 2013). En effet, la réduction des heures

d'ouverture et les fermetures de certains services constituent un facteur identifié comme pouvant causer des ruptures de services chez les jeunes. Les expériences de colocation des services pourraient être facilitantes afin de permettre le maintien du lien d'un jeune avec certains services jeunesse malgré la fermeture de l'un des partenaires.

Parallèlement, la consultation menée par Youth Coalition (2013) précise que les jeunes estiment que les activités et les services des RSIJ devraient prioriser les besoins des jeunes plus vulnérables. Il est donc important que ceux-ci s'adressent également à l'ensemble des jeunes : « *It should be a mix... otherwise, no one will go because they will be associated as vulnerable* » (p. 61).

En cela, même si les RSIJ étudiés visaient à rejoindre les jeunes plus vulnérables ou désengagés des services traditionnels, les jeunes ont souligné l'importance d'une offre de service diversifiée s'adressant à l'ensemble d'entre eux.

### Services offerts par une équipe multidisciplinaire dédiée au RSIJ

S'appuyant sur des entretiens menés auprès de 168 jeunes utilisateurs des services *headspace* Australie, Muir, Powell et McDermott (2012) ont identifié des bienfaits perçus par les jeunes se prévalant de services diversifiés et offerts sous un même toit par des professionnels multidisciplinaires travaillant en équipe. D'une part, puisque les professionnels travaillent ensemble, **les jeunes sentent qu'ils n'ont pas à répéter leur histoire chaque fois** (Muir, Powell et McDermott, 2012). D'autre part, Garrett et ses collègues (2019) soutiennent que l'interaction entre les membres du personnel, tant pour l'équipe interne qu'avec les partenaires du RSIJ, est diversifiée et dépasse

le partage d'information. En se penchant sur le volume et le type d'interactions dans quatre Youth One Stop Shops sur une période de trois (3) mois, les auteurs ont identifié que 44 % (156/355) des interactions entre membres du personnel se passaient à l'interne et que 22 % (106/473) des interactions avec des partenaires pouvaient être qualifiées de complexes, c'est-à-dire qu'elles impliquaient une planification de l'intervention, du soutien clinique ou la résolution d'un problème ou d'une crise. Les autres types d'interactions visaient majoritairement à partager de l'information (44 % en interne; 58 % en externe), à faciliter l'accès à des services (8 % à l'interne; 8 % à l'externe) et à offrir du soutien social comme le transport du jeune ou aller chercher ses biens dans une autre ressource (3 % à l'interne; 11 % à l'externe).

Par ailleurs, une équipe spécialisée, bien formée et dédiée au RSIJ est une composante clé de celui-ci. Les RSIJ avec une équipe multidisciplinaire regroupant différents professionnels de différentes spécialités sont plus attrayants pour les jeunes. Selon Muir, Powell et McDermott (2012), ceci permet d'offrir **des services avec des références actives entre les intervenants**. Les centres *headspace* dont les équipes présentaient moins de diversité étaient désavantagés dans leur capacité à offrir des services appropriés, efficaces et holistiques pour les jeunes (Muir, Powell et McDermott, 2012). Précisons que la perspective multidisciplinaire permettrait aux intervenants de construire leur pratique au contact de personnes d'autres spécialités. Les données obtenues par l'étude de Pomare et ses collègues (2019) suggèrent que les professionnels de *headspace* qui collaborent avec des acteurs extérieurs à leur rôle professionnel ont une propension plus grande à mener des collaborations avec des groupes professionnels des spécialités différentes

qu'avec un même groupe professionnel. À travers l'étude ayant été menée sur deux centres *headspace*, l'un étant opérationnel depuis plus de dix ans et l'autre depuis environ deux ans, les auteurs ont été en mesure de relever des indicateurs de cohésion plus importants dans le centre plus ancien. Par ailleurs, **cette composante présente autant de défis à surmonter**, notamment avec le développement de carrière limité en santé des jeunes, le manque d'opportunité de formation, d'éducation et de supervision pour l'équipe et la dépendance envers les bénévoles (Communio, 2009). Le rapport propose à cet effet quelques recommandations afin de pallier ces lacunes, notamment en assurant un financement récurrent et stable, des possibilités de développement de carrière avec un programme riche et continu de formation. La nécessité de développer une vaste gamme de compétences complexes et une expérience significative pour œuvrer comme intervenant dans un RSIJ est également mise de l'avant par l'étude de Youth Coalition (2013) :

*In this position, you basically do everything – initial contact and assessment, counselling, mentoring, support and life coaching. You can be a teacher, a facilitator, one who organises and facilitates group work – you need to do all of these, sometimes at the same time. (p. 45)*

En cela, les gestionnaires et intervenants interrogés dans cette étude ont souligné la nécessité de reconnaître et d'encadrer le développement des compétences spécifiques à ce travail d'intervention auprès des jeunes, considérant le roulement de personnel important dans ces emplois.

La **formation continue et la supervision de l'équipe** pour la réalisation de l'évaluation psychosociale chez *headspace* sont des activités

permettant de s'assurer que les besoins des jeunes soient comblés et que les facteurs de risque et de protection soient pris en considération lors de l'évaluation et de l'intervention (Rickwood, Van Dyke et Telford, 2015).

Une **stratégie de développement de la main-d'œuvre** est une composante importante puisque l'approche *headspace* requiert une main-d'œuvre hautement qualifiée (Rickwood, Van Dyke et Telford, 2015). Selon les auteurs, l'activité typique serait d'offrir des opportunités de développement professionnel au personnel de *headspace*. Celle-ci se traduit différemment à travers les centres *headspace*. Elle peut être traduite à travers la mise en œuvre de programmes de développement professionnel spécifiques, l'établissement d'un budget spécifique et séparé pour le développement professionnel, la création de plans individuels de développement professionnel, l'incitation du personnel à chercher des occasions favorables pour s'engager dans son développement professionnel, l'identification des besoins en développement professionnel ou la collaboration avec d'autres organisations pour fournir du développement professionnel.

Dans le cadre de l'évaluation de Hilferty et ses collègues (2015), les médecins généralistes ayant répondu à un sondage étaient nombreux à avoir dirigé des jeunes vers *headspace*. Cependant, ces mêmes médecins ont été beaucoup moins nombreux à exprimer, dans le cadre du même sondage, une préférence à recommander des jeunes à *headspace* pour des problèmes émergents de santé mentale plutôt qu'à un autre fournisseur de soins. Certains de ces médecins ont expliqué dans leurs réponses aux questions ouvertes que **la préférence de diriger les jeunes vers *headspace* est due plutôt à la qualité et à l'accessibilité des services et**

**non à une relation directe entre les médecins et le centre headspace.** Les auteurs se réfèrent aux principales raisons invoquées par les médecins participant à leur étude :

*Only youth mental health provider I know (Survey Response No. 94)*

*headspace more likely to have service in young person's geographic area (Survey Response No. 100)*

*Because it is accessible and no out of pocket expense (Survey Response No. 110)*

*As it is predominantly for that particular age group with specialised services (Survey Response No. 98) (Hilferty et al., 2015, p. 95)*

D'un autre côté, le sondage mené auprès des gestionnaires de centres a démontré une lacune en ce qui a trait à la prestation de services; alors que headspace veut offrir des services de médecine générale dans les centres en se connectant aux médecins généralistes locaux, **le manque de collaboration et de relations effectives avec ces médecins n'a pas permis au modèle de bien fonctionner dans tous les centres.** En définitive, Hilferty et ses collègues (2015) rapportent qu'une bonne partie (40 %) <sup>1</sup> de leurs répondants au sondage ont mis l'accent sur l'importance d'améliorer la collaboration avec les médecins généralistes, notamment à travers un poste de personne-liaison qui aura le rôle de facilitateur. Les auteurs insistent sur l'importance de favoriser cette collaboration, notamment à la lumière des résultats de leur évaluation démontrant que headspace a eu très peu d'impacts sur les pratiques des médecins généralistes, et que la majorité de ceux ayant répondu au sondage déclarent pouvoir recommander leurs usagers à d'autres



#### DANS LA CONSULTATION

*Appuyant les résultats de la littérature, 78,57 % (11 sur 14) des intervenants que nous avons consultés jugent que la présence d'un médecin de famille sur place est importante, mais non critique, 21,43 % (3 sur 14) reconnaissant que cette composante est critique.*

fournisseurs de services en santé mentale qu'à headspace

L'étude de Muir, Powell et McDermott (2012) appuie la nécessité de la présence d'un médecin généraliste sur place. Selon leur étude, **des jeunes ont souligné positivement la présence d'un médecin sur place au sein de l'équipe dédiée au RSIJ ou sous le même toit que celle-ci**, puisque ceux-ci doutaient parfois que leur médecin de famille respecte la confidentialité avec leurs parents, et qu'un médecin généraliste pouvait servir de point d'entrée vers des services plus spécialisés (Muir, Powell et McDermott, 2012).

<sup>1</sup> Les auteurs précisent que les échantillons sont petits, par ailleurs.



#### DANS LA CONSULTATION

*L'engagement clair avec le jeune sur la confidentialité de ses informations s'est avéré être un déterminant dans le lien de confiance avec un intervenant. D'une part, la confidentialité a été identifiée comme troisième critère déterminant pour faire confiance par la moitié des jeunes répondants (6 sur 12) à notre consultation. D'autre part, lorsqu'il s'agit d'être impliqué dans les décisions sur leur propre trajectoire de soins et de services, 66,67 % des jeunes (8 sur 12) ont souligné l'importance de demander leur accord avant qu'un médecin parle avec leurs parents ou leurs proches.*

#### Lien avec l'espace et l'équipe RSIJ

Pour les jeunes, cet espace offre **une place où ils se sentiront « bien » et « connectés »** avec d'autres jeunes, mais aussi où ils auront accès à des professionnels pour répondre à différents besoins :

*a place where youth can go and get connected, and dream, feel safe. And then, whatever it's for, whether it's that primary care or to connect with a psychiatrist, or pre-employment . . . these kinds of things are already starting to happen, and we don't even have it all in one place yet (Centre D, Centre staff). (Salmon, Saranee et Mai, 2018, p. 39)*

Pour les jeunes de *Foundry*, l'espace est très significatif (Salmon, Fernando et Berger, 2018). Les employés soulignent qu'au-delà de l'espace physique, un local permet aux jeunes de rêver



#### DANS LA CONSULTATION

*Selon notre consultation menée auprès des jeunes, la préférence pour un modèle de services qui s'éloigne des environnements cliniques n'est pas partagée par l'ensemble des jeunes, et semble plutôt changer d'un jeune à l'autre en fonction de ses besoins, de ses expériences antérieures, de ce que le jeune connaît et de ce avec quoi il est à l'aise. Ainsi, sur 12 jeunes, 33,33 % (soit 4 jeunes) préfèrent les environnements cliniques traditionnels pour recevoir des services, 41,67 % (soit 5 jeunes) préfèrent les lieux de Drop-in et 16,67 % (soit 2 jeunes) préfèrent les organismes communautaires. Un autre a exprimé une préférence pour les lieux publics extérieurs qu'il connaît, comme les parcs.*

*Néanmoins pour tous ces jeunes, le fait de se sentir à l'aise définit leur préférence pour un point de service par rapport à un autre : « Je crois que pour bien comprendre nos problèmes, nous devons d'abord être à l'aise avec l'endroit » (Un jeune consulté).*

et se sentir en sécurité. Il reflète **un sentiment d'appartenance** et une connexion pour les jeunes.

*Even though I poo-pooed about spending time on chairs and colour and stuff, I will say that when youth enter this building, because it is beautiful and new and, you know, nice. They like it. They like being able to come to a place going wow, this is great! This is really nice! (Centre F, Partner Agency). (Salmon,*

Sarane et Mai, 2018, p. 37)

Précisément, les données issues de plusieurs études à devis qualitatif soulignent l'importance pour les jeunes **que l'environnement physique des points de services soit attrayant** et se distingue des environnements que l'on retrouve traditionnellement dans les services cliniques (Callaly et al., 2009; Communio, 2009; Hilferty et al., 2015 ; Muir, Powell et McDermott, 2012; Patulny et al., 2013). Parmi les composantes de cet **aménagement intérieur adapté aux services jeunesse**, les études mentionnent les couleurs utilisées (Callaly et al., 2009 ; Muir, Powell et McDermott, 2012), la présence d'un mobilier confortable comme des sofas dans les aires d'attente (Communio, 2009 ; Muir, Powell et McDermott, 2012), l'accès libre à des ordinateurs branchés à Internet (Communio, 2009; Muir, Powell et McDermott, 2012), la musique (Communio, 2009) et la présence de matériel à proximité des points de service pour des activités occupationnelles (Communio, 2009).

Spécifiquement pour *headspace* Australie, 89,5 % des 22 614 répondants au sondage de satisfaction durant l'année fiscale 2013-2014 affirment se sentir à l'aise dans les points de service *headspace*, et seulement 1,7 % des répondants rapportent s'y sentir mal à l'aise. Parmi les jeunes consultés en entretien, une minorité a rapporté trouver l'environnement physique trop enfantin (Muir, Powell et McDermott, 2012, Patulny et al., 2013). Il n'existe toutefois aucune étude qui met en lien des caractéristiques de l'environnement physique et le taux de fréquentation des points de services.

Salmon, Fernando et Berger (2018) ont insisté sur l'importance que **ces locaux et cet espace**



#### DANS LA CONSULTATION

*64,29 % (9 sur 14) des intervenants consultés ont répondu que l'aménagement des aires d'attente avec des éléments pratiques comme l'accès à Internet ou à des ordinateurs est une composante importante, mais non critique. 21,43 % d'entre eux (3 sur 14) affirment plutôt que cette composante est critique. Cependant, 14,29 % (2 sur 14) ont répondu que cette composante est sans importance. Par ailleurs, l'aménagement de l'intérieur d'une clinique avec du mobilier confortable et des couleurs différentes était généralement jugé comme une composante importante, mais non critique pour 64,29 % (9 sur 14) des intervenants. 28,57 % (4 sur 14) des intervenants jugeant cette composante comme critique, et un seul la jugeant sans importance.*

*Chez les jeunes consultés, le confort et l'accès à Internet dans la salle d'attente ont été jugés importants par la moitié des jeunes (6 jeunes sur 12).*

#### **offerts aux jeunes soient adaptés aux jeunes<sup>2</sup>.**

Plus encore, cet espace n'est pas simplement un lieu physique, mais le résultat d'un processus participatif auquel les acteurs ont pu prendre part. En effet, pour certains, cette occasion de cocréation d'un nouvel espace physique a permis de résoudre des problèmes structureux qui ont longtemps affecté la prestation de services. Pour d'autres, ce processus a permis de rassembler, d'une nouvelle manière, des

2 Réfère à l'expression anglaise « Youth-Friendly ».

communautés pour **promouvoir une vision commune de l'utilisation de l'espace et de sa signification dans la communauté**, ce qui a eu comme effet de renforcer le sentiment de fierté et d'accomplissement, comme l'illustre cet extrait de l'étude de Salmon, Fernando et Berger (2018) :

*We're proud of how the space turned out and have done a good job of letting other people into that space, making it feel like a community space. We've invited different groups to use our multipurpose room, things like that. There was a lot of attachments to the space before it was renovated. It had been many, many different things and people had really strong attachments to this space. It had been a club at one point, it had been a bar, a restaurant, all kinds of things. It had a stage, it did all these weird things. People used to have dances there, like youth dances and things like that. So it was a big deal for people to let go of that space and have the idea that it would become something else. I think we did a good job of trying to figure out what the best use of that space was, knowing that it had to be different, but still maintaining the pieces that people wanted. We've gotten a lot of positive feedback around that, so that was an accomplishment (Centre B, Centre staff). (p. 39)*

Parallèlement, Salmon, Fernando et Berger (2018) mentionnent que même si l'un des objectifs de *Foundry* est que les jeunes développent un sentiment d'appartenance envers l'organisation comme telle, **plusieurs intervenants reconnaissent que les jeunes s'attachent plutôt aux intervenants**. Dans la littérature consultée, plusieurs thèmes identifiés font référence à la relation de confiance avec l'intervenant et le point de services comme

composante essentielle des réseaux de services intégrés. Avant d'offrir des services à un jeune, les premières rencontres servent à établir un lien de confiance, ce qui demande un environnement sécurisant, selon les intervenants consultés par Youth Coalition (2013). Muir, Powell et McDermott (2012) discutent du rôle des intervenants et du personnel de soutien (ex. : les réceptionnistes). Les membres de l'équipe doivent traiter les jeunes avec respect et dignité en leur laissant assez d'autonomie pour leurs soins. L'équipe doit s'assurer de bien expliquer les processus (l'offre de services, le nombre de visites, les coûts s'il y a lieu, etc.) tout en habilitant les jeunes à poser leurs questions et à prendre des décisions concernant les services qu'ils recevront. Selon les auteurs, *headspace* a largement réussi à implanter cette composante avec succès, bien qu'il y ait toujours place à amélioration.

L'étude qualitative de Salmon, Fernando et Berger (2018) soutient l'importance, selon les jeunes, les familles et les professionnels, du lien de confiance dans la **capacité de recevoir et de prodiguer des soins de qualité**. Ainsi, pour certains répondants, il n'était pas suffisant de se doter des meilleures pratiques, comme des instruments d'évaluation structurée, pour évaluer les besoins d'un jeune; il fallait également que **le jeune se sente suffisamment en confiance pour raconter son histoire** (Salmon, Fernando et Berger, 2018). La perception de ne pas être jugé, le respect de la confidentialité et l'attitude accueillante des membres du personnel figurent parmi les principales raisons nommées par les jeunes de consulter un professionnel dans un réseau de services intégrés, et ce, tant pour *heads-space* en Australie (Muir, Powell et McDermott, 2012; Patulny et al., 2013), pour Youth One Stop Shops en Nouvelle-Zélande (Communio, 2009)

que pour *Foundry* au Canada (Salmon, Fernando et Berger, 2018). Spécifiquement, Patulny et ses collègues (2013) rapportent que les jeunes consultés percevaient ces caractéristiques comme présentes dans les services de *headspace*, mais pas dans les services traditionnels.

Deux études qualitatives considèrent d'ailleurs **les changements d'intervenants comme une barrière importante au développement du lien de confiance et à l'engagement des adolescents et des jeunes adultes dans les services** (Muir, Powell et McDermott, 2012; Youth Coalition, 2013). Des intervenants ont également précisé que les jeunes éprouvent de la difficulté à s'engager avec plusieurs intervenants et services, notamment en raison des démarches requises dans chacune des organisations; le maintien d'un lien fort avec le premier point de contact, qui assure l'accompagnement auprès des partenaires, est primordial (Youth Coalition, 2013). Considérant l'importance de cette relation de confiance avec l'intervenant, des indicateurs pouvant faire référence à la relation de confiance avec l'intervenant ont également été évalués par le sondage de satisfaction de *headspace* Australie durant l'année fiscale 2013-2014. Selon ces données, 93,1 % des jeunes ayant utilisé les services se sont sentis écoutés par le personnel, et 89,8 % se sont sentis pris au sérieux (Hilferty et al., 2015).

## COMPOSANTE 2 : SERVICES ACCESSIBLES ET ADAPTÉS À LA RÉALITÉ DES JEUNES

L'engagement des jeunes dans les services, particulièrement pour les plus vulnérables, représente un objectif important dans l'élaboration d'un RSIJ. Pour Salmon, Fernando et Berger (2018), les services intégrés de *Foundry* se veulent une réponse à des trajectoires de services décrites par les jeunes utilisateurs des services traditionnels comme labyrinthiques, fragmentées, confuses ou en goulot. Ces auteurs avancent que les jeunes peuvent être réticents ou facilement découragés de recourir aux services; il faut alors minimiser les étapes et les enjeux de sorte que lorsque les usagers présentent une demande d'aide, ils se retrouvent devant la bonne porte immédiatement. De plus, les jeunes plus vulnérables sont identifiés comme étant généralement plus isolés, plus réticents à participer aux programmes et plus difficiles à rejoindre, particulièrement ceux ayant décroché du milieu scolaire (Youth Coalition, 2013). Bref, un RSIJ devrait assurer aux jeunes qu'il n'y ait pas de « mauvaise porte » ou de « mauvais moment » pour demander de l'aide. Le modèle de services centré sur l'individu et ses besoins est celui préconisé par les Youth One Stop Shops, dans la mesure où il s'agit d'une caractéristique essentielle d'un service de santé de qualité (Communio, 2009). D'ailleurs, le rapport émet une recommandation afin d'adopter ce modèle où les jeunes sont au centre, et que les services soient organisés et structurés autour d'eux, soutenus par des spécifications de services et un financement. La présente revue de littérature a permis d'identifier certaines caractéristiques qui permettent de rendre les services plus accessibles et adaptés à la réalité des jeunes.



## DANS LA CONSULTATION

*Les déterminants de la confiance identifiés dans la littérature apparaissent tous pertinents pour la confiance des jeunes, particulièrement le lien de confiance avec un seul intervenant significatif (66,67 %, soit 8 jeunes sur 12). Les jeunes ont également cité d'autres critères déterminants dans leur confiance face au système, à savoir : le dévouement de l'intervenant envers son usager, la non-discrimination, la fiabilité et la connaissance du service, le fait d'avoir des amis ou des connaissances qui pourraient leur suggérer un intervenant ou un lieu de consultation, le fait d'avoir un lien plus haut que le travail ou la réunion, le respect et l'absence de jugement. Par ailleurs, le fait de garder un même intervenant pivot durant toute la trajectoire s'avère également crucial selon les jeunes consultés (58,33 %, soit 7 jeunes sur 12).*

*La possibilité pour le jeune de choisir son intervenant n'a pas été jugée critique pour les intervenants jeunesse consultés. Néanmoins, 71,43 % (10 sur 14) d'entre eux sont d'avis que cette composante est importante, mais non critique. Seulement 28,57 % (4 sur 14) d'entre eux ont répondu que c'était sans importance.*

*De même, l'engagement clair envers la confidentialité des informations – tel que discuté dans la littérature – est également évoqué comme étant un critère déterminant de confiance par la moitié des jeunes (6 sur 12). De plus, ces derniers ont particulièrement identifié l'accueil et l'ouverture (58,33 %, soit 7 jeunes sur 12), tant des intervenants que du personnel administratif sur place, comme étant les éléments qui importent le plus lors de leur première visite dans les points de services.*

*Tout comme dans la littérature, il ressort de nos consultations avec les intervenants qu'un engagement clair avec le jeune sur la confidentialité des informations est primordial. En effet, 64,29 % (9 sur 14) des intervenants pensent que cette composante est critique. Le reste du groupe (35,71 %, soit 5 sur 14) juge que c'est une composante importante, mais non critique.*

### Accès sans référence formelle

La possibilité d'**accéder à des services sans avoir une référence formelle** est une caractéristique mise en place dans les modèles de réseaux de services intégrés de *headspace* en Australie, de *Jigsaw* en République d'Irlande, des *Youth One Stop Shops* en Nouvelle-Zélande et de *Foundry* au Canada (Communio, 2009; Hilferty et al., 2015; Muir, Powell et McDermott, 2012; O'Keeffe et al., 2015; Salmon, Fernando et Berger, 2018). Dans cette perspective, des études de *headspace* (Hilferty et al., 2015) et de *Jigsaw* (O'Keeffe et al., 2015) présentent comme indicateurs d'efficacité le nombre de jeunes pouvant accéder aux services sans référence formelle. Les données administratives de *headspace* en Australie et de *Jigsaw* en République d'Irlande tendent à indiquer que ces deux réseaux de services intégrés sont efficaces pour rejoindre plusieurs jeunes sans que ceux-ci n'aient besoin d'une référence formelle. Sur les 45 195 jeunes ayant reçu des services de *headspace* pendant l'année fiscale 2013-2014, 73,6 % ont accédé aux services sans avoir une référence formelle (Hilferty et al., 2015). Si les données de *Jigsaw* Irlande ne précisent pas spécifiquement d'où viennent les références formelles des jeunes, les données administratives sur les 1608 jeunes ayant reçu une intervention brève en santé mentale en 2013 indiquent tout de même que 31,3 % des jeunes se sont autoréférés, 27 % ont été référés par un parent, 1,3 % ont été référés par un pair et 0,7 % ont été référés par un membre de sa fratrie (O'Keeffe et al., 2015). Parmi les jeunes ayant reçu une référence formelle dans ces deux réseaux de services intégrés, les services de première ligne, dont les médecins de famille font partie, ainsi que le milieu scolaire sont les deux principales sources de références identifiées dans les études (Hilferty et

al., 2015; O'Keeffe et al., 2015).



#### DANS LA CONSULTATION

*Fait intéressant, les résultats de notre consultation avec les jeunes corroborent avec les éléments cités ci-haut. En effet, à la question de savoir quelle est la raison principale pouvant les dissuader de consulter, 75 % des jeunes (9 sur 12) évoquent le fait de ne pas savoir où aller et comment s'y prendre pour que l'on réponde à leur besoin. La connaissance d'un service de type « porte d'entrée » permettrait ainsi de faciliter l'accès au service.*

*Des services accessibles directement, sans référence formelle, constituent une composante critique selon 85,71 % (12 sur 14) des intervenants jeunesse que nous avons consultés. 14,29 % d'entre eux (2 sur 14) ont répondu que cette composante était importante, mais non critique.*

### Périodes de services flexibles

La possibilité d'offrir à la fois des services sur rendez-vous et des services sans rendez-vous est également un des critères de succès des modèles de services de *headspace* en Australie, de *Foundry* au Canada ainsi que des *Youth One Stop Shops* en Nouvelle-Zélande (Communio, 2009; Hilferty et al., 2015; Salmon, Fernando et Berger, 2018; Youth Coalition, 2013). Pour les professionnels ayant participé à l'évaluation du développement de *Foundry*, **les services sans rendez-vous sont essentiels pour rejoindre les jeunes qui sont réticents à aller chercher**

**de l'aide**, mais qui se retrouvent dans une situation critique (Salmon, Fernando et Berger, 2018). En effet, selon ces professionnels, le fait qu'un jeune se heurte à un délai d'attente ou qu'il aille à revenir à un moment différent peut suffire à le décourager à aller chercher de l'aide.

De plus, **des heures d'ouverture flexibles sont une caractéristique d'accessibilité** qui permet aux jeunes de se déplacer pour leurs rendez-vous en dehors des heures d'école et de travail. Selon Muir, Powell et McDermott (2012), cette composante est d'autant plus importante pour les services qui promeuvent l'engagement social et professionnel. Plusieurs jeunes et parents consultés ont souligné l'importance d'offrir des heures d'ouverture étendues le soir et la fin de semaine pour faciliter l'accès aux services (Communio, 2009; Hilferty et al., 2015 ; Muir, Powell et McDermott, 2012). Des entretiens qualitatifs menés auprès des jeunes précisent que lorsqu'un point de services *headspace* n'offre pas d'heures d'ouverture étendues, ceux-ci doivent choisir entre accéder aux services ou se présenter à l'école ou au travail (Hilferty et al., 2015 ; Muir, Powell et McDermott, 2012). Quant aux parents sondés, certains ont également mentionné qu'il était plus facile pour eux de conduire ou d'accompagner leur enfant au point de services lorsqu'ils n'avaient pas à manquer le travail pour le faire (Hilferty et al., 2015).



## DANS LA CONSULTATION

*La flexibilité des heures d'offre de services n'est pas sans importance. Les jeunes consultés dans le cadre de la recherche indiquent à forte proportion (66,67 %, soit 8 jeunes sur 12) préférer consulter à la fois avec rendez-vous (préférence pour la planification des consultations) et sans rendez-vous (au besoin et selon la disponibilité). Par ailleurs, la majorité des intervenants consultés (92,88 %, soit 13 sur 14) sont favorables à l'offre de plages horaires de services sans rendez-vous. En effet, la moitié des intervenants ont indiqué que l'offre de plages horaires de services sans rendez-vous est une pratique critique. 42,86 % d'entre eux (6 sur 14) ont jugé la pratique comme étant importante, mais non critique.*

*De plus, offrir des heures d'ouverture étendues (par exemple, une plage horaire de 16h30 à 20h00, des plages horaires le samedi ou le dimanche) est une possibilité qui est jugée critique par la moitié des intervenants consultés. 35,71 % d'entre eux (5 sur 14) ont indiqué que c'est important, mais non critique, alors que 14,29 % (2 sur 14) pensent que c'est sans importance. Chez les jeunes sondés, des plages horaires étendues le soir (16h30-20h00) ainsi que la fin de semaine ont été jugées pertinentes par 58,33 % (7 jeunes sur 12) et 66,67 % (8 jeunes sur 12) respectivement.*

## Réponse immédiate ou rapide aux besoins des jeunes

L'attente avant de recevoir des services constitue une barrière à l'accès et à l'engagement des jeunes dans les services en santé mentale qui se retrouve au cœur des préoccupations d'implantation pour *headspace* en Australie, *Jigsaw* en République d'Irlande et *Foundry* au Canada (Muir, Powell et McDermott, 2012; O'Keeffe et al., 2015; Salmon, Fernando et Berger, 2018). L'évaluation développementale menée sur les sites de démonstration de *Foundry* au Canada est venue définir **la réduction jusqu'à l'élimination du temps d'attente des jeunes comme objectif central à la transformation des services** (Salmon, Fernando et Berger, 2018).

Parmi les études recensées, celles sur *headspace* présentent précisément une opérationnalisation du temps d'attente des jeunes avant de recevoir des services comme indicateur de l'efficacité (Hilferty et al., 2015). Ainsi, sur l'ensemble des 194968 prestations de services répertoriées dans les données administratives de l'année fiscale 2013-2014, 154007 prestations de services comportaient des données relatives aux temps attendus par le jeune avant de recevoir un service (Hilferty et al., 2015). À partir de ces données, il a été possible d'observer que 32,42 % des jeunes ont attendu moins d'une semaine, 47,40 % ont attendu 1 à 2 semaines, 15,28 % ont attendu 3 à 4 semaines et 4,90 % ont attendu plus de 4 semaines. En ce qui concerne le premier rendez-vous uniquement, sur les 33038 jeunes ayant obtenu un premier rendez-vous avec un intervenant chez *headspace* en 2013-2014, 38,9 % des jeunes ont attendu moins d'une semaine, 41,2 % ont attendu 1 à 2 semaines, 14,6 % ont attendu 3 à

4 semaines et 5,3 % ont attendu plus de 4 semaines (Rickwood et al., 2015b). Selon le sondage de satisfaction<sup>1</sup> mené auprès de 22614 jeunes durant la même période, environ 90 % des jeunes ont répondu ne pas avoir attendu trop longtemps (Hilferty et al., 2015; Rickwood et al., 2015b). Cependant, **chez les jeunes ayant attendu plus de 4 semaines pour un premier rendez-vous, près de la moitié ont rapporté avoir attendu trop longtemps** (Rickwood et al., 2015b).

Le temps d'attente trop élevé est également



### DANS LA CONSULTATION

*Ce qui ressort de nos consultations, c'est que le niveau de tolérance à l'attente varie généralement d'un jeune à l'autre. Plus de la moitié des jeunes (58,33 %, soit 7 sur 12) considèrent que le temps d'attente raisonnable avant de recevoir de l'aide est d'une à deux semaines. Aucun d'eux ne tolère plus de quatre semaines d'attente. Exceptionnellement, 25 % des répondants (3 sur 12) indiquent tolérer moins d'une semaine, alors que 16,67 % (2 sur 12) peuvent tolérer de trois à quatre semaines. Ces préférences appuient les résultats des consultations avec les intervenants jeunesse. Le faible temps d'attente avant les services est jugé critique par plus de la moitié (64,29 %, soit 9 sur 14) des intervenants; 35,71 % (5 sur 14) ayant jugé cette composante comme étant importante, mais non critique.*

1 Il s'agit des données du sondage de satisfaction général de *headspace* (données administratives) interprétées par Rickwood (2015a) et par Hilferty (2015). Les questions posées et interprétées sont : combien de temps avez-vous attendu pour recevoir un service? Était-ce trop long?

une barrière relevée dans les entretiens qualitatifs auprès des jeunes recevant des services de *headspace* durant les deux phases d'évaluation, particulièrement lorsque ceux-ci attendent pour **recevoir des services spécialisés d'un psychiatre ou d'un psychologue** (Hilferty et al., 2015; Muir, Powell et McDermott, 2012; Patulny et al., 2013). Cette perception des jeunes d'avoir à attendre plus longtemps pour voir certains professionnels est corroborée par les données administratives de l'année fiscale 2013-2014 qui indiquent un temps d'attente moyen de 18,4 à 19,6 jours pour voir un psychiatre, un psychologue ou un ergothérapeute par rapport à un temps d'attente moyen de 7,6 jours à 12,4 jours pour voir un travailleur social, un délégué à la jeunesse ou un professionnel en employabilité (Hilferty et al., 2015). Les données de 2013-2014 indiquent également **que le temps d'attente est plus élevé dans les points de services situés dans les grands centres urbains** par rapport aux points de services situés en banlieue, en région rurale ou en région éloignée (Rickwood et al., 2015b).



#### DANS LA CONSULTATION

*Certains jeunes consultés ont soulevé les difficultés qu'ils rencontrent concernant l'accès aux services et la longueur des listes d'attente dans lesquelles ils se retrouvent souvent. Pour un de ces jeunes, cette situation « est ridicule, c'est comme si on attend pour aller bien. »*

#### Services accessibles physiquement ou virtuellement

Les jeunes n'étant généralement pas indépendants financièrement, les coûts directs et indirects associés aux services agissent sur l'accessibilité de ceux-ci aux jeunes. **La gratuité ou le faible coût des services reviennent parmi les principaux motifs de consultation des jeunes dans un service** (Communio, 2009; Hilferty et al., 2015; Patulny et al., 2013). Lorsque les services sont gratuits, les points de service doivent non seulement être à proximité du transport public, mais encore faut-il que le coût de transport soit accessible ou s'assurer de prévoir d'autres moyens pour que les jeunes puissent accéder aux services (Muir, Powell et McDermott, 2012). Ainsi, **la proximité d'un point de service et la disponibilité du transport en commun gratuit ou à faible coût sont des facilitateurs de l'accès aux services** identifiés dans plusieurs études qualitatives auprès des jeunes, des parents et des membres du personnel (Communio, 2009; Hilferty et al., 2015; Muir, Powell et McDermott, 2012; Patulny et al., 2013). L'évaluation de *headspace* Australie par Hilferty et ses collègues (2015) soutient quantitativement **l'impact positif de la proximité d'un point de services sur l'utilisation des services par les jeunes**. D'une part, les données administratives pour l'année fiscale 2013-2014 montrent que la majorité des jeunes qui ont utilisé les services *headspace* résidaient à l'intérieur de 10 kilomètres d'un point de services. D'autre part, à partir des données du sondage *Young Minds Matter* (YMM) concernant environ 2,5 % des adolescents de 12 à 17 ans ayant utilisé *headspace* entre mai 2013 et janvier 2015, Hilferty et ses collègues (2015) identifient la proximité d'un centre *headspace* comme étant un prédicteur de l'utilisation des services. En effet, les données montrent un dé-



## DANS LA CONSULTATION

*Il n'en demeure pas moins que parmi les critères les plus déterminants dans la décision des jeunes de consulter ou pas dans un point de services, la mobilité de l'intervenant – c'est-à-dire sa capacité à se déplacer dans différents lieux (école, collège, université, parc, centre de loisirs, etc.) – est le critère qui semble le plus identifié par les jeunes (75 %, soit 9 jeunes sur 12). 58,33 % (7 sur 12) ont souligné en second lieu la proximité du point de services d'un transport en commun. La proximité du point de services avec le lieu d'étude ou de travail a été ciblée comme un troisième facteur, mais seulement par 25 % des jeunes répondants (3 sur 12).*

*La proximité des points de services avec les milieux fréquentés par les jeunes est d'une importance capitale. Cela facilite l'accès aux services et élimine les freins à la consultation. À ce propos, 71,43 % (10 sur 14) des intervenants consultés ont répondu que le déploiement des points de services près des milieux fréquentés par les jeunes et du transport en commun constitue une pratique critique. 28,57 % d'entre eux (quatre sur 14) affirment plutôt que c'est une composante importante, mais non critique.*

*De plus, avoir des intervenants mobiles qui offrent des services dans des milieux déjà fréquentés par les jeunes (ex. : écoles, organismes communautaires) est jugé critique par 78,57 % des intervenants (11 sur 14) qui ont participé à cette recherche, 21,43 % (3 sur 14) sont d'avis que cette composante est importante, mais non critique.*

clin significatif de la proportion des jeunes de 12 à 17 ans ayant accédé à un centre *headspace* en fonction de l'augmentation de la distance entre le point de services *headspace* et le domicile du jeune. Les auteurs identifient également que ce phénomène est beaucoup plus marqué chez les adolescents de 15 à 17 ans. À partir de ces analyses, les auteurs ont identifié les distances de 10 kilomètres et de 30 kilomètres entre le domicile d'un jeune et un point de service *headspace* comme étant deux marqueurs d'une baisse significative de l'utilisation des services chez les jeunes.

Afin de pouvoir offrir des services aux jeunes n'étant pas en mesure de se déplacer ou situés

hors des services habituels, divers RSIJ australiens ont développé une offre de services incluant des intervenants mobiles qui se déplacent dans un véhicule identifiable près des centres commerciaux, lors des événements jeunesse et dans d'autres lieux fréquentés par les jeunes (ex. : *skatepark*, concert) afin d'offrir la possibilité aux jeunes de faire une rencontre sur place (Youth Coalition, 2013). Des collaborations avec les écoles ont également été développées dans le but d'offrir des services directement sur place, de faciliter des trajectoires de référence de l'école vers les services du RSIJ ou de mener des activités à visée informative ou préventive s'adressant à l'ensemble des jeunes plutôt qu'uniquement à ceux présentant un be-

soin immédiat.

Pour l'année fiscale 2013-2014, Hilferty et ses collègues (2015) rapportent qu'**environ 30 % des jeunes qui ont accédé à un point de services headspace ont aussi utilisé les services eheadspace<sup>2</sup> au moins une fois durant l'année.** L'utilisation des services eheadspace est également décrite par plusieurs jeunes comme une étape facilitatrice vers l'utilisation des services en personne dans les entretiens qualitatifs (Hilferty et al., 2015). En plus d'être une source de référence directe vers un point de services pour les jeunes ayant des besoins, les services de eheadspace, selon certains jeunes, permet-



#### DANS LA CONSULTATION

*L'offre de services en ligne – la téléintervention – est un facteur facilitant l'accessibilité des services aux jeunes. Le point de vue des intervenants jeunesse consultés dans le cadre de cette ETMISSS va dans le même sens : en effet, la moitié d'entre eux considère que l'offre de services en ligne est une composante critique. L'autre moitié a indiqué que c'est une composante importante, mais non critique.*

*Du côté des jeunes interrogés à ce sujet, une proportion moins importante (25 %, soit 3 sur 12) des répondants a jugé l'intervention en ligne comme l'un des critères les plus déterminants dans leur décision de consulter ou pas.*

traient à ces derniers de tester les services sans que cela ne représente un engagement trop important (Hilferty et al., 2015).

#### Services culturellement sensibles

Des études d'évaluation recensées relatives à headspace en Australie (Hilferty et al., 2015; Rickwood, Van Dyke et Telford, 2015) et aux *Youth One Stop Shops* en Nouvelle-Zélande (Communio, 2009) présentent la possibilité **d'offrir des services culturellement sensibles comme une préoccupation d'évaluation dans les services.**

À partir d'entretiens avec les membres du personnel de cinq sites headspace, Hilferty et ses collègues (2015) ont constaté que **plusieurs barrières persistent dans les services pour rejoindre et mobiliser les jeunes des communautés autochtones** malgré les taux de fréquentation élevés des points de services. À partir de ces consultations, les auteurs observent un manque de représentativité de ces peuples chez le personnel d'intervenants qualifiés, certaines difficultés nommées par les intervenants non autochtones à intervenir auprès des jeunes autochtones australiens et des éléments dans la structure des services qui ne sont pas adaptés à ces jeunes. Les auteurs rapportent notamment que les services offerts dans un bureau et sur rendez-vous ne sont pas adaptés pour répondre aux besoins des jeunes autochtones.

Deux études identifient les stratégies et les adaptations spécifiques déployées dans les services pour les peuples autochtones ; l'une chez headspace pour les aborigènes d'Australie et les indigènes du détroit de Torrès (Hilferty et al., 2015), et l'autre pour les Rangatahi Maori et les

2 headspace offre ses services aux jeunes de 12 à 25 ans en ligne et par téléphone. Cette ETMISSS n'a pas porté sur les interventions en mode virtuel.

Samoans dans les Youth One Stop Shops (Communio, 2009). Ces deux études présentent des données issues de discussions avec des intervenants et des questionnaires au sujet des adaptations qui ont été mises en place dans un point de services ou des **suggestions d'adaptation à mettre en place dans leur point de services pour favoriser l'accès et l'engagement envers les services**. Dans les deux études, les stratégies sont très similaires et peuvent se regrouper en cinq éléments :

- Embaucher des intervenants issus des peuples autochtones afin d'assurer une représentativité au sein du personnel;
- Former les intervenants sur des pratiques d'intervention culturellement appropriées ou des modèles d'intervention développés par ces peuples (par exemple, l'approche maorie Whare Tapa Wha);
- Développer et entretenir des liens avec des organismes spécialisés qui ont l'habitude d'intervenir auprès de cette population;
- Offrir des services flexibles en termes d'horaire, avec des plages horaires sans rendez-vous;
- Offrir des services mobiles par des intervenants qui se déplacent dans les communautés.

En ce qui concerne les **jeunes issus de l'immigration** ou dont la langue est différente de l'anglais, deux études (Hilferty et al., 2015 ; Patulny et al., 2013) s'intéressent aux **barrières d'accès aux services**, ainsi qu'aux stratégies et aux adaptations possibles pour faciliter l'accès et l'engagement de ces jeunes dans les services. Ces deux études précisent toutefois

que ce groupe de jeunes et les intervenants qui œuvrent auprès de ce groupe sont sous-représentés dans leur échantillon, et qu'une meilleure représentativité est nécessaire pour comprendre les principaux enjeux. Hilferty et ses collègues (2015) rapportent que même si les intervenants reconnaissent le faible niveau de fréquentation de ce groupe de jeunes dans les services comme un problème, très peu ont nommé des barrières à leur engagement ou des stratégies pour favoriser leur accès. **La barrière de la langue apparaît dans l'étude comme l'une des rares barrières relevées, car elle amène les intervenants de headspace à référer les jeunes vers d'autres services.** Parmi les stratégies, un seul intervenant a recommandé de développer et d'entretenir des liens avec des acteurs clés et des organismes communautaires des communautés visées. À partir de leur évaluation des services, Hilferty et ses collègues (2015) recommandent **une meilleure représentativité des jeunes issus de l'immigration ou dont la langue est différente de l'anglais dans les consultations et les études**, en plus de relever les besoins pour les centres de cibler spécifiquement les jeunes des communautés culturelles présentes à proximité dans leurs activités promotionnelles et d'établir des partenariats avec les organismes spécialisés de leur secteur.

Dans le contexte de l'étude de Rickwood, Van Dyke et Telford (2015), **seulement quatre centres headspace avaient des taux assez élevés d'utilisateurs aux profils diversifiés sur le plan culturel et linguistique.** Seulement deux centres, situés en régions éloignées, se sont distingués par un taux très élevé et huit (8) par un taux élevé de population autochtone. Ces centres étaient particulièrement actifs en développement de la main-d'œuvre et en intégration sociale. Les auteurs attribuent ces

constats, d'une part, aux besoins importants liés à la santé de ces populations en Australie et, d'autre part, à la rareté des professionnels détenant une expertise, particulièrement en développement de la main-d'œuvre, les habilitant à travailler avec les jeunes autochtones. Par ailleurs, un constat important de cette évaluation est **le manque d'engagement évident de ces 10 centres dans le développement de partenariats dans la communauté pour favoriser la participation des jeunes et de leur famille**<sup>3</sup>.

Pour ce qui est de la fréquentation de cette population des points de services des réseaux de services intégrés, Rickwood, Van Dyke et Telford (2015) apportent quelques éléments de réponse. Les auteurs rapportent que 10 points de services sur les 30 de *headspace* sont proportionnellement plus fréquentés par des personnes autochtones. Et ces points de services, en plus de répondre aux besoins habituellement comblés dans tous les points de services de *headspace*, se démarquent par leur réponse aux besoins dans les domaines d'activités liés au recrutement, à la formation et à la supervision du personnel ainsi que dans la mise en place de programmes axés sur le rétablissement et l'insertion sociale.

Sur ces mêmes 30 points de service, seulement 4 centres se démarquent des autres avec une plus grande fréquentation de la part de personnes immigrantes ou ayant comme langue parlée à la maison une différente de l'anglais. La majorité des centres (19) classés connaissent une faible fréquentation par cette population (Rickwood, Van Dyke et Telford, 2015). À l'opposé de la constatation faite par les

auteurs concernant les 10 points qui servent des personnes autochtones, ces quatre points de service ne sont pas aussi performants, et ce, particulièrement dans le domaine de la mise en place de programmes axés sur le rétablissement et l'insertion sociale. Pour les auteurs, ces points de services devraient théoriquement être plus performants, comme c'est le cas pour ceux qui œuvrent auprès de la population autochtone.

---

3 Bien que les auteurs fassent l'hypothèse que les rapports d'activités n'aient simplement pas identifié les activités les plus pertinentes pour une population diversifiée culturellement et linguistiquement, ils recommandent d'approfondir ces questions.



## DANS LA CONSULTATION

*Il ressort de la consultation que nous avons menée que 85,71 % des intervenants (12 sur 14) considèrent l'approche d'intervention culturellement adaptée comme étant une composante critique pour les jeunes. Seulement 14,29 % (2 sur 14) d'entre eux la jugent importante, mais non critique. La moitié des intervenants consultés considèrent que la représentation de personnes de la diversité parmi le personnel est critique; elle est cependant importante, mais non critique pour 42,86 % (soit 6 sur 14) d'entre eux; alors qu'un intervenant seulement pense que cette composante est sans importance.*

*64,29 % (9 sur 14) des intervenants jugent critique le développement de liens avec les organismes qui œuvrent déjà auprès des personnes de la diversité, contre 35,71 % (5 sur 14) qui sont d'avis que cette composante est importante, mais non critique. Employer des intervenants mobiles qui se déplacent dans les communautés est jugée comme une composante critique par 64,29 % (9 sur 14) des intervenants, contre 35,71 % (5 sur 20) qui sont d'avis que cette composante est importante, mais non critique.*

*Une perception sur la difficulté de rejoindre les jeunes de la diversité est également partagée entre les jeunes et les intervenants jeunesse que nous avons consultés. Ces derniers sont d'avis que les jeunes de la diversité sont plus difficiles à rejoindre pour diverses raisons : soit qu'ils ont quitté un pays où ils ne faisaient pas confiance aux représentants du gouvernement, soit les parents ne parlent pas les langues d'usage (l'anglais ou le français). Les jeunes consultés sont persuadés que leurs pairs issus de la diversité sont plus difficiles à rejoindre. Ils considèrent qu'il faut développer un lien de confiance plus fort et offrir plus d'informations aux jeunes. Les organismes communautaires peuvent jouer un rôle important pour rejoindre ces jeunes. Ils sont également d'avis qu'il faut promouvoir davantage de diversité dans le profil des intervenants.*

*Une meilleure représentation en ce qui a trait aux intervenants de ces communautés est également citée par les intervenants consultés comme étant une idée ou une stratégie pour mieux rejoindre ces jeunes. Ceux-ci ont identifié, entre autres, la présence d'intervenants dans les milieux fréquentés par les communautés (lieux de culte, organismes communautaires, parcs, etc.), la sensibilisation dans les organismes communautaires, sans pour autant négliger la collaboration avec les organisations des Premières Nations et des Inuits.*

### COMPOSANTE 3 : PROMOTION DES SERVICES ET IMAGE DE MARQUE

Créer des services intégrés pour les jeunes semble être une approche prometteuse pour améliorer leurs trajectoires, encore faut-il que les jeunes prennent connaissance de l'existence de ces services. En effet, **la connaissance des services dans la communauté est primordiale pour la mise en œuvre et le déploiement des RSIJ**. Parmi les études recensées, cinq s'intéressent aux activités de sensibilisation et de promotion des services et (Communio, 2009; Hilferty et al., 2015 ; Rickwood Van Dyke et Telford, 2015 ; Salmon, Fernando et Berger, 2018 ; Yap et al., 2012). Ces activités peuvent avoir pour objectif de faire connaître les services aux jeunes ou aux acteurs de la communauté, mais aussi de conscientiser les jeunes par rapport aux problématiques de santé mentale ou de développer la littéracie en santé mentale des communautés. Plus encore, **la création et la promotion d'une image de marque associée aux services offerts aux jeunes sont une composante du modèle de services intégrés de *headspace* en Australie (Hilferty et al., 2015), de *Jigsaw* en Irlande (Clayton et Illback, 2013a.b.c; O'Keeffe et al., 2015) et de *Foundry* au Canada (Salmon, Fernando et Berger, 2018).**

En 2011, une étude menée par entrevue téléphonique auprès de jeunes australiens âgés de 15 à 25 ans a conclu à la **nécessité de développer la connaissance des services en santé mentale auprès des jeunes**, surtout pour *headspace* (Yap et al., 2012). En effet, parmi les 3021 jeunes sondés, 64 % ont été en mesure d'identifier un service auprès duquel ils pouvaient aller chercher de l'aide s'ils éprouvaient des difficultés sur le plan de leur santé mentale. Les réponses les plus fréquentes faisaient référence à un médecin de famille (24 %), à un

thérapeute (15 %) et à un psychologue (5 %). Par contraste, moins de 1 % des jeunes ont nommé *headspace*. Pour Yap et ses collègues (2012), ces résultats indiquent une **tendance chez les jeunes d'aller chercher, au besoin, des services en santé mentale auprès de professionnels généraux plutôt que dans des services spécifiques pour les jeunes**. Cette étude est la seule parmi la documentation identifiée par la présente revue de littérature qui tente d'évaluer empiriquement la connaissance des services chez les jeunes.

Plus récemment, l'évaluation de Hilferty et ses collègues (2015) a démontré que plus des deux tiers des usagers qui ont visité un centre *headspace* durant l'année financière 2013-2014 ont déclaré avoir entendu parler de *headspace* de la part d'une « connaissance », 32 % ont déclaré en avoir entendu parler grâce à un membre de la famille ou un ami, et 33 % à travers un professionnel de la santé ou un conseiller d'orientation. Les auteurs ont également soulevé le peu de connaissance de *headspace* chez les praticiens généraux. De manière générale, *headspace* était facile à identifier et à accéder dans la communauté.

Quant aux stratégies utilisées par les RSIJ pour faire connaître leurs services, Callaly et ses collègues (2011) soulignent que *Jigsaw* est présent sur **les comités, les forums ainsi que dans les événements et les médias** afin de faire connaître les services. C'est également le cas de *headspace* qui déploie régulièrement des activités dans la communauté afin de faire connaître ses services et d'améliorer la littéracie en santé mentale des jeunes. Selon Hilferty et ses collègues (2015), ces activités visent deux objectifs. Le premier est de favoriser une reconnaissance des centres *headspace* et le deuxième est d'en assurer la pérennité. Le personnel de

*headspace* a soulevé la contribution de deux stratégies dans la reconnaissance de ce RSIJ dans la communauté : **1) les activités d'engagement communautaire**<sup>1</sup>; et **2) la colocation du RSIJ avec d'autres services pour les jeunes** (Hilferty et al., 2015). Spécifiquement, l'étude de Rickwood, Van Dyke et Telford (2015) sur 30 points de services *headspace* montre que les activités d'engagement avec la communauté sont parmi les plus fréquemment réalisées, avec les activités de partenariat avec les autres organismes et les activités d'implication des jeunes et des familles. Ainsi, la majorité des points de service étudiés distribuent des informations sur les services (26/30), ce qu'ils peuvent faire dans les écoles (12/30), lors d'événements communautaires (10/30), dans les organismes locaux (7/30) ou dans les établissements d'enseignement supérieur (4/30). Plusieurs ont également recours à un site Web (18/30), à une page Facebook (5/30), aux journaux, à la télévision ou à la radio (4/30) ou à des circulaires (3/30). D'autres organisent ou participent à des activités à l'extérieur de *headspace*, comme à des événements dédiés aux jeunes (15/30) ou à des événements se déroulant au sein des écoles ou des établissements d'enseignement supérieur (3/30). Des auteurs mentionnent que chaque point de service emploie une personne responsable de l'engagement avec la communauté dont le but est de promouvoir les services et de développer la littéracie en santé mentale (Hilferty et al., 2015), ce qui est aussi prévu dans la structure de *Jigsaw* en Irlande (Clayton et Illback, 2013a,b,c). L'usage des médias sociaux, des activités promotionnelles à l'école et à la télévision, ainsi que l'usage des messages textes sont également des stratégies identifiées par les jeunes dans une consultation (Youth

Coalition, 2013) afin de rejoindre les jeunes à l'écart des réseaux de services traditionnels. Le bouche-à-oreille a aussi été souligné comme un bon moyen de rejoindre les jeunes lors de cette même consultation.

En ce qui a trait à l'efficacité de ces stratégies, les gestionnaires et le personnel interrogés rapportent un haut niveau de satisfaction par rapport à l'efficacité des mesures de sensibilisation mises en place par *headspace* (Hilferty et al., 2015). Les activités mentionnées correspondent notamment à **promouvoir les services dans les écoles** auprès des jeunes et du personnel, organiser **des activités ludiques pour les jeunes** (ex. : théâtre, musique), prévoir des **périodes de Drop-in** ou assurer une présence de représentants des services dans des événements de conscientisation destinés aux jeunes comme la semaine de la santé mentale.

Pour les intervenants interrogés par Hilferty et ses collègues (2015), la participation de *headspace* à ces activités s'adressant à l'ensemble des jeunes répond aux objectifs de l'organisation, car elle les familiarise avec les services disponibles, le personnel et l'ambiance des points de services régionaux et en accentuant **la visée préventive et d'intervention précoce** du modèle de services. Certains intervenants ont également rapporté dans l'étude qualitative qu'à la suite de leur participation à ces événements, ils ont remarqué une hausse des visites de jeunes plus vulnérables dans les points de services, et estiment qu'ils n'auraient pas nécessairement reçu ces visites sans cette visibilité.

Pour le cas de *Foundry*, **la création d'une**

1 Les participants ont nommé plusieurs exemples d'activités, dont les visites dans les écoles et des activités comme les classes de cuisine dans les *Drop-in* de *headspace*.

**image de marque a été déterminante.** Basée sur les modèles d'Australie et d'Irlande, cette « marque *Foundry* » a été la première créée au Canada (Salmon, Fernando et Berger, 2018). Ainsi, s'intéressant spécifiquement au développement de *Foundry* dans le temps, Salmon, Fernando et Berger (2018) considèrent **la phase de cocréation de l'image de marque avec les jeunes et les partenaires comme une période charnière dans l'engagement de tous les acteurs autour d'une vision et de valeurs communes.**

En plus du lieu et l'image de marque des réseaux de services intégrés, le nom semble également être une variable importante dans cette philosophie. Les répondants de l'étude de Salmon, Fernando et Berger (2018) s'accordent sur le fait que le nom « *Foundry* » fait écho pour tous les acteurs de ce RSIJ.

*The name Foundry. I like it. They go around the world and talk about it and I like that youth picked it. I like the word "found", and all the problems are coming into play, and I think that is cool. (Centre D, Youth Advisor)*

*The name has really grown on people. Why Foundry? And then you'd get them, you know it's a place where you can build yourself and create and find yourself, and people were like, oh okay, that's kind of cool. And then for me, I'm 40 and so I know what a Foundry is, but kids at my drop-in? They don't have a clue what a Foundry is and probably never will... So it's like taking ownership of an older word and reinventing it for themselves. So, I think the name has grown on people (Centre B, Partner Agency). (p. 38)*

Pour les auteurs, la création de **cette image de marque présente trois objectifs : 1) créer**

**une identité facilement reconnaissable par les jeunes et leur famille; 2) uniformiser l'apparence de tous les centres et 3) assurer une expérience similaire pour les jeunes et leur famille à travers la province en promouvant une approche du « prendre soin » (care) basée sur les valeurs partagées.** Les deux études qualitatives (Hilferty et al., 2015; Salmon, Fernando et Berger, 2018) soutiennent que, selon les gestionnaires, les professionnels et d'autres acteurs interrogés, une image de marque reconnaissable dans plusieurs points de service à l'échelle nationale peut aider les jeunes à identifier les lieux où ils peuvent recevoir de l'aide et favoriser la recherche d'aide en réduisant la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale. En effet, certains jeunes et professionnels ont fait part que malgré les activités de sensibilisation menées auprès des jeunes et de la population générale, il persiste une stigmatisation liée à la santé mentale beaucoup plus importante que pour la santé physique (Hilferty et al., 2015). L'étiquette négative associée à une consultation en santé mentale demeure pour les jeunes une barrière à l'accès aux services identifiés par Hilferty et ses collègues (2015), tant dans le discours des jeunes que dans celui des intervenants. De plus, une image de marque favoriserait également chez les jeunes des attentes à une expérience similaire dans tous les points de services de *Foundry*, ce qui aiderait au développement d'un lien de confiance avec les services (Salmon, Fernando et Berger, 2018). Néanmoins, certains acteurs du réseau de services intégrés étaient initialement réticents à investir dans la promotion d'une image de marque pour un organisme sans but lucratif<sup>2</sup>.

2 Salmon, Fernando et Berger (2018) ne précisent pas quels sont ces acteurs. Les auteurs réfèrent aux



## DANS LA CONSULTATION

*À la différence de ce qui est fait actuellement, les jeunes que nous avons consultés soulignent l'importance d'utiliser les médias sociaux plutôt qu'uniquement les sites officiels pour les rejoindre et parler des services. En effet, les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, etc.) arrivent en tête – avec 83,33 % des jeunes répondants (10 sur 12) – des médias ou moyens à privilégier pour faire connaître des services en santé mentale et santé globale aux jeunes de 12 à 25, suivis des affiches dans les lieux publics fréquentés par les jeunes (école, organismes, transports en commun) – 66,67 % des répondants (8 sur 12) – et des kiosques d'information dans les écoles lors des journées de sensibilisation – également 66,67 % des répondants. L'utilisation d'intervenants scolaires pour faire connaître les services en santé mentale et en santé globale arrive en troisième position d'ordre de préférence pour la moitié des jeunes. Enfin, seulement 41,67 % des jeunes répondants (5 sur 12) ont désigné les sites Internet.*

*Du côté des intervenants jeunesse, en lien avec la promotion, la sensibilisation et l'image de marque, 85,71 % (soit 12 sur 14) estiment que le partenariat et la présence dans les écoles représentent des composantes critiques. 14,29 % d'entre eux (2 sur 14) sont d'avis qu'ils sont importants, mais non critiques. 92,86 % des intervenants consultés (13 sur 14) ont répondu que le développement de la littéracie en santé mentale auprès des jeunes est soit critique (50 % ou 7 sur 14), soit important, mais non critique chez 42,86 % d'entre eux (6 sur 14). Seulement un intervenant s'est prononcé en sa défaveur, la jugeant sans importance. Enfin, 57,14 % (8 sur 14) des intervenants interrogés sont d'avis que les campagnes de promotion ciblées pour des jeunes plus vulnérables sont une composante critique; 42,86 % (6 sur 14) la jugeant importante, mais non critique.*

## COMPOSANTE 4 : COLLABORATION DES PARTENAIRES

Bartoli et Gozlan (2014) soulignent également **l'importance d'impliquer les partenaires externes à tous les niveaux : stratégique, tactique et opérationnel**. Sur le plan de la **diversité des organisations partenaires**, le cas des *Youth One Stop Shops* (Communio, 2009) présente un exemple intéressant. Le rapport fait état de partenaires très diversifiés : milieux scolaires, police, associations et conseils travaillant sur la question de la jeunesse ou celle de la santé mentale, cliniques de sexologie, services de santé dentaire, plusieurs ministères, centres de santé des femmes, etc. **Les partenariats sont parfois formels, d'autres sont informels et prennent des formes différentes de partenariat** : des collaborations pour le développement de projets, le déploiement de formations, le partage de ressources ou la colocation de services, etc. Pour *Foundry*, la colocation était la forme de collaboration la plus fréquemment discutée par les participants.

### Histoire de collaboration et sa pérennisation

Pour *headspace*, **l'existence préalable de réseaux de partenaires, le renforcement d'un partenariat complémentaire tôt dans le processus et l'implication des partenaires institutionnels et communautaires dans la conception et la mise en œuvre du RSIJ** sont autant de facteurs favorables pour le succès de la composante partenariat pour *headspace*. **Un langage commun, le soutien de leaders de haut niveau dans ces organisations, un partage de pouvoir égal sans domination d'une seule organisation** étaient des facteurs renforçant cette collaboration établie (Callaly et al., 2011).

L'élaboration de relations partenariales est **un processus actif qui requiert une attention continue et un travail ardu nourri par un apprentissage** (Salmon, Fernando et Berger, 2018). Selon ces auteurs, les relations positives et productives de *Foundry* étaient caractérisées par une volonté de trouver en collaboration des approches créatives pour résoudre les problèmes dans un cadre de partage de la responsabilité ainsi que d'identifier et d'aborder les enjeux soulevés et les préoccupations émergentes.

Dans le cas de *Foundry*, bâtir une vision partagée a permis de solidifier les liens avec les partenariats existants. Par ailleurs, « **donner une voix** » **aux partenaires** dans la création même de *Foundry* et **partager la « propriété » de cette création** s'avèrent déterminants. À cet effet, *Foundry* est considéré comme **un mouvement de transformation du système** tant attendu dans le domaine de la santé mentale jeunesse. En particulier, les organismes partenaires du secteur à but non lucratif ont mentionné que **les partenaires ont l'impression qu'ils participent et sont parties prenantes de ce système de transformation** amorcé par *Foundry*, impression qu'ils n'auraient pas eue si le gouvernement avait pris le leadership de cette initiative (Salmon, Fernando et Berger, 2018).

*Whereas a community organization, and certainly for us, any initiative we undertake is usually going to involve some level of partnership... So, to me there's a real difference between it being delivered within that sort of government mandate, and being something that's attached into community. Because what I've seen is that there's an ownership that people have taken on, and certainly people when they talk about Foundry...is*

*that, sort of how you knew it was a community project, is people were saying “well, it’s ours”. And everybody was claiming it, you know, as “ours”. And I’ve never heard anyone say, “well, child and youth mental health is ours” (Centre A, Centre staff). (Salmon, Fernando et Berger, 2018, p. 51)*

En effet, cette appropriation de *Foundry* par les partenaires et son étiquette communautaire ont été soulignées et saluées par les acteurs *Foundry*.

Cette **reconnaissance de l’apport des partenaires** à ce projet porté par la communauté qu’est *Foundry*, selon les acteurs des centres *Foundry*, devrait faire l’objet d’une **mention spéciale de contribution**, particulièrement dans le contexte du financement compétitif des organismes à but non lucratif :

*So, we have a conversation tomorrow about how do we recognize all the other partners because everyone is kind of hurting. Their egos are – well, we’re doing so much for Foundry, but we’re doing so much we don’t get a piece of this accolade, so-called accolade. Where’s our 10%? (Centre A, Centre staff). (Salmon, Fernando et Berger, 2018, p. 52)*

Cela dit, le défi majeur du partenariat pour *Foundry* est le même que pour les autres RSIJ : le temps et l’investissement qu’il est nécessaire d’y consacrer afin **d’éviter un partenariat superficiel**. En effet, les ressources sont un facteur important dans la collaboration, et une utilisation judicieuse de celles-ci, y compris le temps investi dans la collaboration, permet de les optimiser (Salmon, Fernando et Berger, 2018).

**Au-delà de l’établissement de la collaboration en soi, sa pérennisation nécessite d’entretenir les partenariats.** Le travail collabo-

ratif implique que les partenaires investissent des ressources rares et une réelle énergie dans le développement et le maintien des relations, malgré les incertitudes parfois possibles autour des résultats immédiats d’un tel investissement. En fait selon Callaly et ses collègues (2011), **les organisations partenaires devraient s’engager dans un changement de culture organisationnelle**. Salmon, Fernando et Berger (2018) insistent sur l’importance de la consolidation des partenariats pour favoriser l’efficacité de la collaboration lorsque des relations partenariales sont déjà établies entre les organisations.

### Bénéfices et impacts de la collaboration dans les RSIJ

La collaboration n’est pas seulement importante pour l’offre de services et la gouvernance des RSIJ; elle est **un mécanisme utilisé par les RSIJ afin de contrer l’isolement des intervenants et des membres des équipes des RSIJ**. Elle permet aux individus de se développer, d’améliorer leurs services, de partager des ressources et des idées et de se soutenir. Une des recommandations formulées à cet effet dans le rapport d’évaluation des *Youth One Stop Shops* est d’allouer des ressources au réseautage professionnel pour encourager la collaboration, la communication et le partage des ressources à travers les *Youth One Stop Shops* (Communio, 2009).

Parmi les avantages de la collaboration dans *Foundry*, les acteurs mentionnent **le partage de ressources et de connaissances et la complémentarité des expertises**. L’idée est de pouvoir compter sur les compétences de chacun des partenaires, comme le décrit si bien cet acteur de *Foundry* :

*I think one of the things ... is looking at,*

*what are the things that we're good at? And then, what are the things that other people are good at? So, for example, obviously [FOUNDATION], they're experts at fundraising. We're not. So, you take that knowledge of who can do this really well and then you look at opportunity and you put those things together and building a partnership that is of mutual benefit, that's huge (Centre A, Centre staff). (Salmon, Fernando et Berger, 2018, p. 48)*

Un autre avantage est la **diversification des services, autant géographique que démographique, qui permet d'élargir l'étendue des services offerts** aux jeunes par les partenaires.

Des participants à l'évaluation de *Foundry* soulignent l'impact du partenariat dans la transformation des soins et des services destinés aux jeunes, particulièrement aux jeunes placés :

*Then they grow up with a spiritual divide, like they don't really know who they are, and sometimes they have experiences with foster care that are just horrible...I know there are ways for the Ministry to help them, but they don't want anything to do with the Ministry. I think it comes back down to building those relationships that support an outlook. Not everywhere has that (Centre A, Partner Agency). (Salmon, Fernando et Berger, 2018, p. 48)*

L'impact de ces collaborations dans le cadre de *Foundry* concerne aussi une meilleure connaissance des autres services et **plus d'occasions de travail partagé** qui n'auraient pas été possibles autrement. Pour les partenaires, *Foundry* a permis de créer un espace de réflexion à l'extérieur de ses mandats réguliers, ce qui a rendu les services de *Foundry* plus efficaces :

*We now, as well, have so much interest from other community partners and the opportunities for collaboration and creating innovative and new ways of meeting service needs. It's just – I just got goose bumps. This is the stuff, this is why I drank the Kool-Aid, because this has inspired people. And it's inspired people to see Foundry as opposed to [INDIVIDUAL AGENCY] (Centre F, Centre staff). (Salmon, Fernando et Berger, 2018, p. 50)*

### Ingrédients pour une collaboration réussie et efficace

Un niveau important d'engagement – que ce soit à travers des contributions en ressources, en temps ou simplement par la volonté de travailler collectivement – s'avère donc nécessaire et constitue un prérequis pour toute collaboration. Afin de consolider et d'entretenir cette relation collaborative et la pérenniser à moyen et à long terme, les études analysées nous fournissent quelques « ingrédients » indispensables, notamment : 1) la communication; 2) la réciprocité; 3) le leadership; et 4) la confiance.

#### La communication

La communication est un facteur déterminant au cœur des RSIJ recensés dans le cadre de cette revue systématique. Une bonne communication à travers des outils adaptés et appropriés pour le contexte de mise en œuvre permet de créer **une vision commune des objectifs des RSIJ** qui rassemblent tous les acteurs du réseau (Bartoli et Gozlan, 2014). Selon les auteurs, cette vision commune est possible à travers une bonne communication de la part des acteurs des objectifs de la démarche, tant que ces acteurs demeurent centrés sur les besoins des jeunes, sensibles et réactifs aux en-

jeux des différents partenaires. Dans le même sens, Callaly et ses collègues (2011) partagent l'expérience de *headspace* en utilisant le *headspace Barwon model* comme un outil de communication permettant de faire connaître *headspace* et établir **une compréhension commune de ce qu'est un RSIJ**.

De son côté, *Prepsy*, dès son lancement à la phase 1, a utilisé des outils de repérage de soins afin de tracer les services du réseau en utilisant des logiciels de visualisation et des bases de données sur le territoire (Bartoli et Gozlan, 2014). Une **intégration de compétences clés nécessaires pour une approche en réseau** et une **clarification des mandats et des rôles** de chacun de ces réseaux, notamment à travers une bonne communication, étaient des composantes indispensables pour cette configuration (Bartoli et Gozlan, 2014).

Dans un contexte évolutif des RSIJ, la mise en place d'une communication et d'un système de partage d'information efficaces, à travers une approche de communication en équipe, permet de s'assurer que les parties prenantes aient la même compréhension collective et commune des plans et des ressources nécessaires pour optimiser les processus. Pour s'en assurer, les partenaires de *Foundry* se rencontrent chaque semaine afin de se maintenir à jour :

*One thing that helps- The very regular meetings, we are still meeting every week unless in the summer when there was nobody around. Other than that we catch people up on things that are happening. I think having people invested in it and with new people coming on that they immediately catch onto (Centre D, Centre staff). (Salmon, Fernando et Berger, 2018, p. 55)*

### **La réciprocité**

Engager des partenaires dans une relation « gagnant-gagnant » semble avoir été une condition majeure de la pérennité de *Prepsy* (Bartoli et Gozlan, 2014). **La réciprocité est également une condition de succès** soulevée par les acteurs des centres *Foundry*. Le maintien et le renforcement des relations partenariales passent à travers une écoute, mais aussi une disponibilité et un effort de soutenir les partenaires pour concrétiser leurs idées :

*One thing that I work really hard to do is, if a partner has an idea, it's never a no. It's never no, we can't do that. It's kind of along the lines of, okay why do you need that? Can we accomplish that through another method? And so for a lot of times they'll say "well, Foundry Central won't let us do that", and I'm, like, "I've never got a no from them, you're never going to get a no from me, let's figure this out if there's something that you need to accomplish". And so I find our partners have been pretty receptive (Centre D, Centre staff). (Salmon, Fernando et Berger, 2018, p. 50)*

En instaurant un processus de réciprocité, *Foundry* a pu développer **une relation de d'interdépendance avec la communauté et les ressources locales** tout en s'assurant d'offrir des éléments clés pour organiser les soins offerts aux jeunes (Salmon, Fernando et Berger, 2018). *Foundry* est un partenaire qui se concentre sur la capacité communautaire de soutenir les jeunes dans leurs trajectoires. Le processus de réciprocité permet donc à *Foundry* de développer une relation symbiotique avec la communauté :

*I think a community needs to know where it is in relation to this and look at Foundry*

*as a potential resource, but really trying to think ahead about how does this fit in our context of youth services primary care and mental health care in our community and really trying to approach Foundry as a... Making sure it's a partnership, making sure it's a resource that can be accessed to build some things, but that it needs to be a resource that can be accessed to meet the goals of your community, not a resource that's here that's going to solve your problems (Centre B, Centre staff). (Salmon, Fernando et Berger, 2018, p. 42)*

Cependant, Callaly et ses collègues (2011) soulignent, dans le cas de *headspace*, les enjeux importants liés à la collaboration. Les partenaires impliqués ont perdu une partie de leur autonomie et indépendance lorsque les changements de noms et de logos étaient nécessaires (le cas de *Barwon*). La réciprocité devient alors encore plus importante dans ce cas.

Plus tard, dans ce processus collaboratif qui soutient le déploiement et la mise en œuvre de *Foundry*, les répondants de l'étude de Salmon, Fernando et Berger (2018) réfèrent à une transition du « partenariat » vers une « relation » de travail, ce qui leur permet d'avoir des conversations honnêtes au sujet des priorités à accorder aux problèmes et aux processus. Selon les auteurs, *Foundry* a permis de **renforcer les partenariats à travers une vision partagée, une flexibilité et un système de transformation communautaire.**

### ***Le leadership***

Le **leadership ciblé** fait référence pour Salmon, Fernando et Berger (2018) à la manière dont les parties prenantes répondent aux demandes et organisent les efforts pour déve-

opper *Foundry*. Ce leadership ciblé implique de **promouvoir une vision partagée, d'établir des rôles de leadership clairs, de reconnaître l'expertise nécessaire pour la prise de décision et de valoriser la collaboration efficace dans la promotion de la prise de décision partagée.**

Le leadership de l'organisation qui souhaite s'engager dans le partenariat devrait être aligné sur la vision de ce partenariat. Callaly et ses collègues (2011) réfèrent à la théorie moderne du leadership qui promeut **un leadership engagé caractérisé par une ouverture, une intégrité, une volonté à consulter et une confiance pour le leader.** Ce **leadership engagé** favorise également un engagement de l'équipe, une attitude positive envers son organisation et ses valeurs. En contrepartie, les membres de l'équipe bénéficient d'une discrétion et d'une marge de pouvoir dans leurs interventions.

L'évaluation de Salmon, Fernando et Berger (2018) a démontré que le développement d'un site *Foundry* nécessite des efforts collectifs soutenus par des qualités clés de leadership pour maintenir ce niveau d'effort; **un leader devrait être un solutionneur créatif de problème; adaptatif; imputable; bien informé et disponible.** Il devrait également avoir une vision claire et promouvoir un leadership partagé.

La **capacité à résoudre problèmes de façon créative** s'est révélée être une qualité particulièrement pertinente des leaders lors de la phase de démonstration<sup>1</sup> de *Foundry*. Un leader doit posséder cette habileté à **s'adapter à son contexte et à un environnement changeant et évolutif** tout en se concentrant sur les objectifs communs. Ceci est en lien avec une autre qua-

1 La phase de démonstration réfère à la phase où le projet (programme ou modèle) est mis en œuvre à petite

lité, à savoir celle d'avoir une vision claire. En effet, **une vision claire** permet de se concentrer sur ce qui est nécessaire tout en restant ouvert aux changements possibles. S'engager dans le leadership de *Foundry* nécessitait que les parties prenantes en position de leadership soient imputables de leurs mauvaises décisions ou de leurs erreurs. Les leaders doivent être informés des bonnes pratiques et des modèles opérationnels afin de mieux diriger les processus et les décisions en se basant sur les évidences pour augmenter les chances de succès. Évidemment, un leader devrait être toujours disponible pour apporter réponses et conseils à l'équipe de façon soutenue durant le développement de *Foundry*. **Le leadership ne peut être porté par une personne.** Salmon, Fernando et Berger (2018) précisent que les approches réussies de leadership au niveau local et provincial sont celles qui promeuvent **un leadership partagé**. Dans le cas de *Foundry*, le leadership partagé était considéré comme efficace pour la création d'un sentiment d'appartenance et pour le renforcement des relations entre *Foundry* et les partenaires de la communauté.

L'étude de Salmon, Fernando et Berger (2018) s'est également attardée à évaluer **le type d'organisation qui serait la meilleure pour prendre le leadership** d'un futur site *Foundry*, s'il y a lieu. Le profil d'organisation qu'ils ont identifié renvoie à une organisation communautaire à but non lucratif de taille moyenne à grande, possédant une longue expérience en travail intersectoriel avec la communauté et une capacité à tirer profit de son histoire, de ses réalisations et de ses accomplissements.

Elle devrait disposer d'un portefeuille diversifié de programmes, d'une structure solide de gouvernance et d'une approche réflexive de travail. Évidemment, l'organisation devrait détenir les moyens financiers et humains pour un tel projet et se montrer flexible et agile, priorisant des approches collaboratives et démontrant une volonté de trouver et de mettre en œuvre des solutions à l'extérieur de son système ou secteur.

### **La confiance**

La confiance entre les partenaires est la **clé de voute du maintien et de la durabilité des relations partenariales**, notamment à travers cette vision commune et partagée permettant des relations harmonieuses entre les partenaires et l'abolition des hiérarchies.

Lorsque les cultures organisationnelles de deux ou plusieurs organisations qui souhaitent collaborer sont différentes, Callaly et ses collègues (2011) suggèrent que la confiance serait la clé pour aller de l'avant. Pour *headspace*, **le consortium<sup>2</sup> a joué un rôle important dans le développement de cette confiance et d'une culture collaborative**. Cette instance a également constitué un espace où les conflits étaient mis sur la table et discutés pour donner des rétroactions continues sur les forces, les faiblesses et les accomplissements du partenariat.

Cette confiance a aussi été très importante dans le développement de *Foundry* (Salmon, Fernando et Berger, 2018). Pour les auteurs, **bâtir cette confiance assure que les leaders parmi les parties prenantes se dirigent vers**

---

échelle pour démontrer son fonctionnement. Pour ce faire, une démarche de recherche et/ou d'évaluation accompagne la mise en œuvre pour en tirer des apprentissages permettant une mise à l'échelle de ce projet (programme ou modèle) (Rutman, 1974).

2 Il s'agit de la structure de gouvernance de *headspace*.

### un objectif commun :

*And so, you know I think we were pretty well established in that way. I think that the magnitude of this and the way people feel the different agencies feel...I think that just opens the door to trust a lot faster. So, we did the hard work and trust takes a long time to build and a nano second to break so, you have to attend to that. But I do think that we established ourselves as credible partners so, when we, when [NAME] or I come running, or want to come in somebody's door and say, 'hey, let's have a conversation', they're already thinking 'oh, what are those guys up to?' But they're not thinking 'how are they going to screw me over?' (Centre A, Centre Staff). (Salmon, Fernando et Berger, 2018, p. 41)*

Cependant, il est important de prêter une attention particulière, lors du travail en partenariat, à l'effet d'un débalancement de ressources sur le pouvoir ou sa perception de la part des partenaires (Callaly et al., 2011). En effet, dans le cas de *headspace* Barwon, « *Barwon Health* » était le partenaire le plus important, et plusieurs des autres partenaires avaient cette perception qu'il voulait « prendre le pouvoir », ce qui risquait d'influencer la confiance pourtant nécessaire à la collaboration. Cet enjeu serait encore plus important pour les organisations partenaires de plus petite portée. Callaly et ses collègues (2011) recommandent de mettre en place une stratégie positive d'habilitation des partenaires afin de les garder engagés dans *headspace*.



### DANS LA CONSULTATION

Plusieurs dimensions et facteurs associés à la collaboration et au partenariat au sein des RSIJ ont été discutés avec les intervenants jeunesse ayant participé à notre consultation. Quelques observations en ressortent :

57,14 % des intervenants (8 sur 14) considèrent que la connaissance du rôle et des responsabilités des autres professionnels et des partenaires est une composante critique, tandis que 42,86 % (soit 6 sur 14) sont d'avis que cette composante est importante, mais non critique.

La formalisation de relations de travail avec des partenaires du réseau public et communautaire est une composante critique pour 57,14 % des intervenants (8 sur 14), tandis que 35,71 % (5 sur 14) sont d'avis que cette composante est importante, mais non critique.

La planification des services autour d'une vision commune est une composante critique du point de vue de 57,14 % (8 sur 14) des intervenants. 42,86 % (6 sur 14) sont d'avis que cette composante est importante, mais non critique.

57,14 % des intervenants (8 sur 14) jugent important, mais non critique, le partage d'un lieu de travail commun entre les professionnels multidisciplinaires et entre les organismes partenaires, alors que seulement 28,57 % (4 sur 14) le considèrent

comme critique, contre 14,29 % (2 sur 14) qui pensent que cette composante est sans importance.

78,57 % des intervenants (11 sur 14) ont indiqué que des services offerts par des pairs-aidants constituent une composante importante, mais non critique, et seulement 14,29 % (2 sur 14) d'entre eux la jugeant critique.

La moitié des intervenants interrogés pensent que les outils standardisés communs de transfert d'informations entre l'ensemble des partenaires constituent une composante importante, mais non critique. 42,86 % (6 sur 14) ont indiqué que cette composante est critique. Un intervenant est d'avis que cette dernière est sans importance.

L'unification des systèmes informatiques est considérée comme étant critique par 71,43 % (10 sur 14) des intervenants alors que seulement 14,29 % (2 sur 14) d'entre eux pensent que c'est une composante importante, mais non critique, et 2 autres intervenants la considèrent comme étant sans importance.

Enfin, le codéveloppement entre les professionnels multidisciplinaires et entre les organisations partenaires (par exemple, une formation incluant plusieurs organisations et types de professionnels, une officialisation d'une communauté de pratique pour échanger) est considéré comme une composante critique par 57,14 % des intervenants (8 sur 14). 35,71 % (5 sur 14) sont d'avis que cette composante est importante, mais non critique.

## COMPOSANTE 5 : TRAJECTOIRE DE SERVICES CONTINUE

L'importance d'une **trajectoire de services continue, dont les références sont personnalisées**, est une caractéristique du modèle de services de *Foundry* mise de l'avant par Salmon, Fernando et Berger (2018). Ces auteurs avancent que le modèle de services cherche à offrir le plus de services possibles par des intervenants de *Foundry* ou des partenaires avec qui des canaux de communication clairs ont déjà été établis afin d'éviter que les jeunes aient à se déplacer entre des services au fonctionnement et aux mécanismes d'accès différents.

Rickwood, Van Dyke et Telford (2015) soulignent que **les mécanismes de coordination des soins doivent être soutenus par une approche holistique pour les jeunes à travers leurs trajectoires** de soins qui impliquent potentiellement plusieurs professionnels multidisciplinaires et un partenariat entre diverses organisations. **Cette approche est nécessaire pour répondre aux problèmes complexes et interreliés** que rencontrent les jeunes (Communio, 2009). En fait, l'éducation, les relations sociales, l'emploi, la situation financière et le logement sont tous des déterminants sociaux influençant le bien-être physique, social et psychologique des individus.

Tant pour *Jigsaw* en République d'Irlande que pour *headspace* en Australie, très peu de références sont faites vers d'autres services à l'extérieur du ember de services intégrés (Hilferty et al., 2015 ; O'Keeffe et al., 2015). Parmi les 1072 jeunes ayant terminé un épisode de ser-

vices d'intervention brève en santé mentale à *Jigsaw* en 2013, 70,8 % des jeunes n'ont pas été référés vers d'autres services (O'Keeffe et al., 2015). Dans ce même échantillon, la plupart des références ont été faites vers les services publics en santé mentale pour les adolescents (6,7 %), les services publics en santé mentale pour les adultes (4,9 %)¹ ou un médecin généraliste (5,6 %). Quant à *headspace*, pour l'année fiscale 2013-2014, Hilferty et ses collègues (2015) estiment qu'entre 3 % et 5 % des jeunes ont reçu une référence formelle vers d'autres services lors de leur première ou de leur dernière visite à *headspace*. Toutefois, les auteurs spécifient que ces données administratives ne reflètent pas les références informelles des intervenants, et que les entretiens qualitatifs auprès d'eux indiquent que ce type de références est beaucoup plus fréquent. Ces mêmes entretiens soulèvent que les références les plus fréquentes se font vers les services publics en santé mentale pour les adolescents (*CAMHS*), les services publics en santé mentale pour les adultes (*AMHS*) et les institutions de troisième ligne en santé mentale². Ainsi, dans les deux cas, les auteurs concluent que **des références vers des organismes extérieurs sont surtout données vers des services plus spécialisés qui offrent une intervention soutenue lorsque la problématique de santé mentale est sévère** (Hilferty et al., 2015 ; O'Keeffe et al., 2015). Si ces données reflètent pour O'Keeffe et ses collègues (2015) que *Jigsaw* ne dédouble pas les services, les entretiens menés par Hilferty et ses collègues (2015) permettent d'approfondir la question du rôle que prend *headspace* dans l'ensemble des services en santé mentale jeu-

1 Incluant des services de première et de deuxième ligne.

2 La troisième ligne réfère aux centres affiliés universitaires qui offrent des services surspécialisés. Au Québec, on peut, par exemple, citer l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel et l'Hôpital Douglas qui offrent des services de troisième ligne.

nesse en Australie. Précisément, les auteurs affirment que *headspace* et *CAMHS* n'interviennent pas en complémentarité pour un même jeune, mais plutôt que l'une des deux organisations mettrait rapidement fin aux services lorsque l'autre est impliquée. De manière générale, ils rapportent que les relations de travail entre les deux organisations varient beaucoup d'un point de service à un autre. Certains intervenants de *headspace* ont exprimé qu'il existait une certaine confusion dans les rôles, et des mésententes entre les dispensateurs de services persistent malgré les rencontres, notamment parce qu'il est parfois nécessaire de mener une évaluation complète et d'amorcer le traitement avant de réaliser que les besoins du jeune seraient mieux satisfaits dans une autre organisation (Hilferty et al., 2015).

Spécifiquement, la transition vers les services en santé mentale adulte a été abordée dans trois des études recensées (Communio, 2009 ; Hilferty et al., 2015 ; Salmon, Fernando et Berger, 2018). Dans l'évaluation développementale de Salmon, Fernando et Berger (2018), les services de *Foundry* **faciliteraient le passage entre les services jeunesse et les services adultes**, ces deux types de services étant décrits par les intervenants comme deux mondes différents. À cet effet, les philosophies derrière les services de *Foundry* et des *Youth One Stop Shops* se rejoignent en ce qu'elles soulignent l'importance de développer l'autonomie et le pouvoir d'agir des jeunes dans les services qu'ils reçoivent, de sorte qu'ils puissent prendre plus de responsabilités dans leur propre rétablissement avec le temps (Communio, 2009 ; Salmon, Fernando et Berger, 2018).

Les évaluations de *headspace* et des *Youth One Stop Shops* ont tenté de préciser les stratégies les plus fréquemment mises en œuvre par les

intervenants pour faciliter cette transition. Pour *headspace*, les stratégies de transition les plus fréquemment adoptées pour la transition d'un jeune vers les services adultes, selon une consultation menée auprès d'organisations extérieures ayant travaillé en collaboration avec *headspace*, sont d'offrir des soins en simultané durant une certaine période, de faire un suivi avec le personnel de l'organisation et d'accompagner le jeune vers les nouveaux services (Hilferty et al., 2015). Cette même consultation rapporte que 31 organisations sur un échantillon de 38 se sont dites satisfaites ou très satisfaites du niveau du soutien offert. L'évaluation des auteurs ne relève toutefois aucune explication par rapport aux insatisfactions de certaines organisations. En ce qui concerne les *Youth One Stop Shops*, les stratégies de transition rapportées lors de l'évaluation par les intervenants et les gestionnaires recoupent celles de *headspace*, auxquelles s'ajoute **un système informatisé qui identifie les jeunes de 24 ans afin de commencer les interventions pour faciliter la transition**. À ce propos, parmi les jeunes identifiés, on inclut également les jeunes n'ayant pas utilisé les services depuis un certain temps, afin qu'ils soient informés qu'ils n'auront plus accès aux services et qu'ils devront faire appel aux services adultes (Communio, 2009). L'évaluation révèle également que 70 % des 43 jeunes de 20 à 25 ans utilisateurs des *Youth One Stop Shops* affirment que les services offerts pour la transition étaient efficaces ou très efficaces. Un taux similaire de satisfaction a été obtenu auprès des gestionnaires des différents *Youth One Stop Shop* (Communio, 2009). Les groupes de discussion menés auprès des utilisateurs de services ont relevé des difficultés liées à la perte d'une bonne relation thérapeutique et à l'accès à un médecin de famille hors des *Youth*

One Stop Shops (Communio, 2009).



## DANS LA CONSULTATION

*Le suivi du jeune pendant la transition vers d'autres services est important. Des contacts et des suivis continus avec un intervenant durant l'attente d'un service spécialisé sont primordiaux pour les jeunes. Selon la moitié des intervenants consultés, cette composante est critique. De plus, 78,57 % des intervenants (11 sur 14) jugent que le fait d'avoir un même intervenant pivot qui suit un jeune durant toute sa trajectoire est une composante critique; seulement 21,43 % des intervenants (3 sur 14) pensent qu'elle est importante, mais non critique. L'avis des 12 jeunes que nous avons consultés va dans le même sens : 58,33 % (7 sur 12) d'entre eux considèrent que garder un même intervenant pivot qui assure le suivi durant toute la trajectoire est déterminant pour le lien de confiance.*

*De plus, pour les intervenants interrogés, assurer un accompagnement adéquat vers le bon service jusqu'à la prise en charge paraît critique (57,14 %, soit 8 sur 14) – ou importants, mais non critiques (35,75 %, soit 5 sur 14) – pour les jeunes. Seulement un seul intervenant juge cette pratique comme étant sans importance.*

*Enfin, 57,14 % des intervenants (8 sur 14) ont souligné qu'une trajectoire de référence claire, personnalisée avec un accompagnement de sorte à éviter que les transitions entre services et organismes du RSIJ soient difficiles pour le jeune, est une composante critique. 42,86 % d'entre eux (6 sur 14) sont d'avis que cette composante est importante, mais non critique.*

## COMPOSANTE 6 : PLACE AUX JEUNES, AUX PARENTS ET AUX PROCHES DANS LES RSIJ

Pour Rickwood, Van Dyke et Telford (2015), impliquer des jeunes et leur famille dans les centres *headspace* garantit des services offerts centrés sur leurs besoins. En plus de la place accordée aux jeunes, aux proches et aux parents dans la trajectoire de soins, Salmon, Fernando et Berger (2018) soulignent la priorité commune accordée à l'importance d'être à l'écoute des jeunes et de leur famille à travers, notamment, la mise en place de comités consultatifs pour valoriser leur apport.

### Participation des jeunes

Il est important de souligner, de prime abord, que la participation des jeunes dans la littérature réfère à deux formes de participation :

- la participation du jeune à son épisode de soins ;
- la participation du jeune dans la mise sur pied des services.

Dans un cas comme dans l'autre, la participation des jeunes est décrite comme une composante clé dans plusieurs réseaux de services intégrés. Au-delà de la voix que cette implication accorde aux jeunes pour **participer à la prise de décision concernant leur vie et leur communauté**, elle les habilite (*empowerment*) et renforce leur estime de soi et leurs compétences.

Plusieurs documents répertoriés font état d'une volonté d'impliquer les jeunes dans les décisions relatives aux prestations de services qu'ils reçoivent, notamment en ce qui concerne leurs propres **objectifs et la façon dont ils veulent les atteindre** (Communio,

2009, Hilferty et al., 2015 ; Muir, Powell et McDermott, 2012 ; Salmon, Fernando et Berger, 2018). Selon Muir, Powell et McDermott (2012), pour que les jeunes puissent prendre des décisions concernant leurs soins, il faut des intervenants qui s'assurent que ceux-ci soient bien informés et comprennent la situation. Le sentiment de pouvoir décider des services reçus a été inclus à travers plusieurs items dans le sondage de satisfaction de *headspace* pour l'année fiscale 2013-2014. Les résultats montrent que 85 % des jeunes se sont sentis impliqués dans les décisions concernant leurs soins, 85 % des jeunes ont senti qu'ils pouvaient exprimer leurs inquiétudes aux intervenants et 78,5 % ont senti qu'ils recevaient de l'aide en lien avec leurs besoins (Hilferty et al., 2015). S'il n'existe pas de questionnaire quantitatif comparatif, les jeunes ayant participé aux entretiens qualitatifs auraient une opinion plus favorable de leur implication dans les décisions avec *headspace* qu'avec les services traditionnels (Muir, Powell et McDermott, 2012). Cependant, une minorité de jeunes ont également décrit les services de *headspace* comme paternalistes ou ont critiqué le fait de ne pas pouvoir choisir le genre de leur intervenant : *"In particular, there were complaints about practitioners with whom they had built rapport and who subsequently left headspace, or when they were unable to see a practitioner of their preferred gender"* (Muir, Powell et McDermott 2012, p. 185). Inversement, le manque de personnel masculin a été soulevé comme un problème dans un autre RSI par les jeunes, qui précisent qu'il est parfois plus facile de se confier à un intervenant de genre masculin (Youth Coalition, 2013).

Dans le cas de *Foundry* (Salmon, Fernando et Berger, 2018), **les jeunes des comités consultatifs ont surtout été sollicités au début du processus de déploiement, particulièrement**

**en ce concerne le design du bâtiment.** En plus de cette participation formelle à travers les comités consultatifs, ces jeunes ont également été impliqués dans plusieurs activités au niveau local pour promouvoir *Foundry* et inciter leurs pairs à s'engager dans les groupes et les services des centres. Ils ont notamment participé à des activités scolaires, à des événements communautaires, et ont contribué à la création de films et d'initiatives de transfert de connaissances au sujet de la santé mentale. Dans le processus de développement de *Foundry* au Canada, la participation des jeunes et des communautés aux décisions relatives aux couleurs, à l'aménagement intérieur ainsi qu'à l'élaboration de la marque a été identifiée comme une stratégie facilitant l'accès et l'engagement des jeunes dans les services (Salmon, Fernando et Berger, 2018).

Plus tard, **la mise en place de ces comités a propulsé des tables de leadership** pour centrer leur travail en vue de répondre aux besoins des jeunes, ce qui était fortement apprécié par toutes les parties prenantes :

*I think it also comes down to having a leadership table that is putting the youth input first. Every step of the way I would give a bit of my effort and step away because I felt like I was there for a token stamp of approval and nothing would get followed through. But here at the leadership table, all of the different partners, they're like "okay this is what the youth want!" If we have problems later on, "let's check in with the youth". For any of the youth that have been involved, they keep coming back and keep giving feedback. It means they can see that what they are putting in is actually being put into fruition. (Centre E, Parent Advisor). (Salmon, Fernando et Berger, 2018, p. 41)*

*It is like the whole rubber stamp thing, like if a vegan was putting together a meat shop. There's real life issues we have and everyone in this room has some experience. It is our actual community coming together to make a difference. I am only 17 and I see a lot of good happening in our community (Centre C, Youth Advisor). (Salmon, Fernando et Berger, 2018, p. 41)*

Les consultations menées auprès des jeunes entourant diverses RSIJ australiens soutiennent qu'il est important que les jeunes puissent être impliqués dans le choix des programmes et des activités menés par les organismes, mais également dans la conception et l'exécution de ceux-ci (Youth Coalition, 2013). Parallèlement, ces jeunes insistent sur l'importance que ceux qui s'impliquent dans le développement et la mise en œuvre de ces programmes disposent des compétences et des appuis nécessaires pour que les services soient de qualité.



## DANS LA CONSULTATION

*Les résultats de nos consultations vont dans le même sens que la littérature. En effet, la majorité des jeunes ayant participé à la consultation considèrent qu'ils aimeraient être plus impliqués dans les décisions concernant les services qui leur sont offerts (épisode de soins du jeune). Plus particulièrement, 33,33 % (4 sur 12) d'entre eux indiquent être à l'aise avec le fait d'être au « courant des décisions prises », tandis que la moitié (6 sur 12) a souligné vouloir « être plus impliqués dans les décisions par les intervenants ». Seulement un seul jeune indique qu'il est convenable que ce soient les intervenants qui prennent les décisions.*

*Quant aux manières d'impliquer les jeunes dans les décisions relatives à leurs trajectoires de soins et de services, les modalités suivantes ont toutes été jugées pertinentes, soit : le fait de prendre le temps de bien informer le jeune (75 %, soit 9 sur 12); lui donner la possibilité de choisir son intervenant (58,33 %, soit 7 sur 12); lui faire sentir qu'il peut donner son avis sans être jugé ou paternalisé (75 %, soit 9 sur 12); le fait de savoir que son avis sera pris en compte dans les décisions (75 %, soit 9 sur 12); lui laisser la décision finale concernant les objectifs et les moyens pour y arriver (58,33 %, soit 7 sur 12); ou encore, lui demander son accord avant de parler avec ses parents ou ses proches (66,67 %, soit 8 sur 12).*

*L'implication des jeunes en lien avec la planification et la gouvernance a été jugée importante par une majorité de jeunes (58,33 %, soit 7 sur 12), mais seulement en contexte où les jeunes voulaient être impliqués. Quant à la forme d'implication qui intéresserait ceux et celles ayant jugé cette implication primordiale et nécessaire, la possibilité d'organiser des activités ou des ateliers – avec 58,33 % jeunes répondants (7 sur 12), suivis de celle de prendre part au Comité décisionnel des activités – avec 41,67 % des jeunes répondants (5 sur 12), ou encore la pair-aidance (accompagnement par des pairs ayant vécu des situations similaires à la leur) – avec également 41,67 % des jeunes répondants (5 sur 12), ont été les principales formes d'implication identifiées par les jeunes consultés.*

*Il semble ainsi avoir un consensus sur l'importance d'impliquer les jeunes dans la définition et l'orientation de l'offre de services. 100 % des intervenants que nous avons consultés ont répondu que l'implication des jeunes dans la gestion et la planification des services est une composante soit critique (64,29 %, soit 9 sur 14), soit importante, mais non critique chez 35,71 % d'entre eux ( 5 sur 14). De même, 78,57 % des intervenants consultés (11 sur 14) ont affirmé que l'implication du jeune dans les décisions sur les objectifs prioritaires de ses services et sur les moyens à mettre en place constitue une composante critique. 21,43 % (3 sur 14) pensent que cette composante est importante, mais non critique.*

### Implication des parents et des proches dans les services

L'implication de la famille dans les services est considérée comme une composante importante des réseaux de services intégrés, notamment pour *headspace* en Australie (Hilferty et al., 2015), *Jigsaw* en Irlande, les *Youth One Stop Shops* en Nouvelle-Zélande (Garrett et al., 2019) et *Foundry* au Canada (Salmon, Fernando et Berger, 2018).

La littérature consultée établit plusieurs indicateurs soutenant que **l'implication des parents du jeune peut être un facilitateur dans leur accès et leur engagement envers les services**. Selon les données d'O'Keeffe et ses collègues (2015), sur 1608 jeunes ayant accédé aux services de *Jigsaw* en 2013, 434 (27 %) ont fait suite à un premier contact pour une demande de services faite par les parents, ce qui est la deuxième source la plus élevée de demandes de services, après les jeunes eux-mêmes (31,3 %). À partir de leurs données, Hilferty et ses collègues (2015) rapportent que 40 % des jeunes consultent à *headspace* principalement en raison de l'influence de leur famille ou de leurs amis, mais l'échantillon sur lequel se sont appuyés les auteurs pour ce constat précis n'est pas spécifié.

Pour un premier contact avec *headspace*, leurs données d'entretiens qualitatifs menés auprès de 50 jeunes soulignent également **le rôle que peut jouer la famille pour ce qui est de l'accès aux services** de *headspace*, avec six (6) jeunes rapportant que c'est leur mère qui a pris un premier rendez-vous, parfois sans leur accord (Hilferty et al., 2015). À partir d'un sondage auprès de 226 parents de jeunes utilisateurs des services de *headspace*, Hilferty et ses collègues (2015) ont identifié différents moyens employés par les parents pour soutenir les jeunes rece-

vant des services. D'une part, des parents ont apporté un soutien instrumental en conduisant le jeune au point de service (n = 68), en lui rappelant ses rendez-vous à *headspace* (n = 56), en contactant les autres services recommandés par *headspace* (n = 15) ou en payant les coûts associés au déplacement vers un point de service (n = 8). D'autre part, des parents ont apporté du soutien émotionnel en faisant un retour avec le jeune sur ses rendez-vous à *headspace* (n = 63), en encourageant le jeune à mettre en œuvre les recommandations du personnel de *headspace* (n = 53), en discutant avec le jeune des façons dont la famille pouvait être soutenante (n = 46) ou en lisant sur les enjeux vécus par le jeune (n = 39).

De plus, dans le cas de *Foundry*, les parents et les grands-parents étaient impliqués, par exemple, sur le plan de **la programmation d'offre de services culturellement adaptés aux jeunes**, du partage d'informations et à l'intérieur des ateliers d'apprentissage de cuisine et autres (Salmon, Fernando et Berger, 2018).

Même si plusieurs modèles de services mettent de l'avant l'implication des familles comme composante essentielle des RSIJ, deux des études analysées (Hilferty et al., 2015; Salmon, Fernando et Berger, 2018) s'attardent à **certaines des enjeux entourant le rôle que celles-ci prennent dans les modèles de services présentés**. L'évaluation développementale par Salmon, Fernando et Berger (2018) relève que les activités des phases de développement initiales de certains centres *Foundry* au Canada insistaient surtout sur l'engagement des jeunes, mais moins sur l'engagement des parents. Ainsi, des répondants rapportaient avoir l'impression que les jeunes sentaient que les centres accueillaient seulement les jeunes et non les parents ou les familles. En outre,

même si des comités de familles ont été mis en place et que le personnel des centres *Foundry* reconnaît leur apport considérable, ils soulignent les **contraintes en matière de ressources**, notamment le temps nécessaire pour faciliter la communication et les suivis, ce qui fait de la phase d'opérationnalisation des idées de ces comités un défi pour l'équipe (Salmon, Fernando et Berger, 2018).

Du côté de Hilferty et ses collègues (2015), **l'implication des familles est une composante moins bien opérationnalisée** chez *headspace* Australie. Les auteurs soulèvent qu'une **faible connaissance des services chez ce groupe de personnes** ainsi que **l'absence de services d'intervention pour les familles** sont des enjeux à traiter. En effet, Hilferty et ses collègues (2015) concluent qu'il y a une faible connaissance des services de *headspace* chez les parents et les familles des jeunes. Sur les 93 parents consultés dans le cadre d'un plus important sondage mené auprès des acteurs entourant *headspace*, 63 % (n = 58/93) d'entre eux ne connaissaient pas les services offerts par *headspace* ou n'avaient jamais entendu parler de *headspace* avant que leur jeune s'y rende pour une première consultation (Hilferty et al., 2015). Au sein des groupes de discussion composés de 38 parents, plusieurs ont également rapporté avoir dû consulter dans plusieurs autres services avec leur jeune avant d'entendre parler de *headspace* (Hilferty et al., 2015).

La négociation des **enjeux relatifs à la confidentialité** représente un autre enjeu propre à l'implication des parents dans les services (Hilferty et al., 2015 ; Youth Coalition, 2013). Plusieurs études qualitatives rapportent que pour certains jeunes, le fait qu'un professionnel de la santé soit en contact avec les parents peut exacerber les craintes d'un bris de confi-

dentialité, ce qui peut compromettre une demande d'aide (Hilferty et al., 2015; Muir, Powell et McDermott, 2012; Salmon, Fernando et Berger, 2018). Certains des parents ayant participé aux groupes de discussion menés par Hilferty et ses collègues (2015) ont nommé vivre de la frustration de ne pas recevoir de suivi de la part des membres du personnel de *headspace*, d'avoir l'impression de ne pas avoir leur mot à dire ou de ne pas être consultés par rapport aux informations concernant l'historique ou le fonctionnement du jeune.

Hilferty et ses collègues (2015) rapportent également une **des lacunes quant aux services offerts aux parents**. D'une part, plusieurs parents ayant participé aux sondages mentionnent qu'ils ne reçoivent pas, mais aimeraient recevoir, des services de consultation pour des conseils professionnels sur la gestion de la santé mentale de leur jeune (Hilferty et al., 2015). Les parents sont ceux qui utilisent le plus les services pour des conseils ou de l'aide, avec 43,3 % des 829 demandes de consultation enregistrées pour l'année 2013, devant les acteurs des écoles (9,5 %) et les médecins de famille (7,9 %) (O'Keeffe et al., 2015).

D'autre part, les parents ayant participé aux sondages ainsi que ceux dans les groupes de discussion nomment en forte proportion le souhait d'être inclus dans les services par le biais de la thérapie familiale (Hilferty et al., 2015). À partir des récits des participants aux groupes de discussion, les auteurs identifient **des besoins d'intervention chez les parents**, notamment à la lumière des difficultés à composer avec les enjeux vécus par leur jeune ou le fait de vivre un défi sur le plan de la santé mentale similaire à celui vécu par leur jeune. Ceux-ci relèvent également que plusieurs des parents rencontrés ont vécu la même difficulté

que le jeune, puisque celle-ci touchait alors la famille, comme le suicide d'un proche, les dynamiques de violence familiale, la séparation et le deuil. Toutefois, les services s'adressant spécifiquement aux parents ne sont pas financés dans *headspace*, ce qui implique que peu de points de services les offrent.



## DANS LA CONSULTATION

*À l'instar de la littérature, l'implication des parents dans les services offerts aux jeunes pose plusieurs enjeux, tandis que leur niveau d'implication ne fait pas l'unanimité chez les jeunes. Par exemple, la moitié des répondants se disent être favorables à ce que leur parent et/ou un proche significatif reçoivent un accompagnement et de l'information pour leur permettre de mieux les soutenir. 33,33 % (4 sur 12) sont favorables à ce que leur parent et/ou un proche significatif participent à certaines rencontres avec leur intervenant. 33,33 % (4 sur 12) autres sont favorables à ce que leur parent et/ou un proche significatif ne soient pas impliqués dans leurs services. De ce fait, aucun ne souhaite que son parent et/ou un proche significatif soit impliqué dans les décisions concernant les services et les soins dont ils ont besoin.*

*Quant au rôle que pourrait avoir un parent/proche significatif dans la gouvernance des services, la structure des services et l'intervention directe auprès de leurs jeunes, un d'entre eux propose que :*

*« Un comité de parents/proches devrait être présent dans la gouvernance et la structure des services. Pour ce qui est de l'intervention directe auprès de leurs jeunes, si le jeune est majeur, ça devrait être lui qui décide de l'implication de son parent (Jeune consulté). »*

*L'importance de la décision du jeune sur le niveau d'implication des parents n'est donc pas négligeable, en ce sens qu'elle doit dépendre du jeune. Un autre jeune propose également un « comité des parents pour en aider certains à comprendre leur jeune, mais toujours si le jeune impliqué dit [sic] oui, car la décision lui revient selon moi » (Jeune consulté). Il ne faut pas négliger que 66,67 % des jeunes consultés (8 sur 12) ont indiqué vouloir être consultés et pouvoir décider avant qu'un membre du personnel parle avec leurs parents ou leurs proches.*

*Par ailleurs, en conformité avec ce qui ressort dans la littérature, 92,86 % des intervenants consultés (13 sur 14) ont répondu que l'implication des familles dans la gestion et la planification des services est une composante soit critique (42,86 %, soit 6 sur 14) soit importante, mais non critique (50 %, soit 7 sur 14). Seulement un intervenant juge que cette composante est sans importance.*

*Enfin, 71,43 % des intervenants (11 sur 14) ont stipulé qu'il est critique de donner la flexibilité aux intervenants d'offrir des services à la famille du jeune s'ils en évaluent le besoin. 28,57 % (4 sur 14) d'entre eux pensent que cette composante est importante, mais non critique.*

## COMPOSANTE 7 : GOUVERNANCE INTÉGRÉE ET INTERSECTORIELLE

Les services de *headspace* sont fournis par un large réseau de centres administrés et soutenus par l'**Office national headspace** (Hilferty et al., 2015). Selon ces auteurs, les fonctions de soutien offertes par l'Office sont multiples et incluent, entre autres, de fournir conseil et soutien pour les besoins concernant la gestion financière, opérationnelle et clinique; de développer des systèmes et des processus d'information efficaces pour soutenir la qualité et l'évaluation des pratiques; de faciliter la formation du personnel; de développer et de maintenir le site Web et les réseaux sociaux de *headspace*, d'administrer et d'assurer les services en ligne à travers *eheadspace*; et de gérer et de fournir les services dans le cadre du programme du soutien scolaire. Les participants à l'étude de Hilferty et ses collègues ont majoritairement statué sur l'utilité de l'Office national *headspace*; 23 des 29 répondants à un sondage le trouvent utile ou très utile.

En collaboration avec les agences locales, la gouvernance de *headspace* est assurée par un **consortium de prestataires locaux de services** régi par des processus formels et des ententes de partenariat. Le rôle attribué au consortium est la direction stratégique de *headspace*. Il s'assure également de fournir le soutien nécessaire afin d'assurer l'atteinte des objectifs de la communauté, notamment à travers la planification et la contribution des collègues. D'ailleurs, le consortium est considéré comme une structure formelle pour la création et le maintien des partenariats pour assurer la continuité des services *headspace*. **Le consortium regroupe des représentants des domaines de la santé mentale, de la santé physique, des dépendances et de la réa-**

**daptation ainsi que des représentants d'organismes communautaires** (Rickwood et al., 2019). Ainsi, le modèle de consortium utilisé par *headspace* permet à chacun des points de services de bâtir des connexions locales (Hilferty et al., 2015). Par ailleurs, les résultats de l'évaluation ont démontré que certains centres ont réussi à bâtir des réseaux élargis de partenaires, alors que d'autres ont soulevé des tensions avec des organisations locales, non membres du consortium.

De la même manière, Callaly et ses collègues (2011) discutent du consortium de *headspace* Barwon. Ils mettent en garde les organisations de renoncer à des responsabilités existantes, comme cela a été le cas de ce consortium. Pour pallier cette problématique, un **protocole d'entente** a été établi et celui-ci comprenait un engagement pour développer des politiques et des procédures communes concernant les structures de prise de décisions, la gouvernance clinique, la colocation des services, un modèle commun de soins incluant un seul point d'entrée et des trajectoires de services, l'utilisation d'un dossier électronique de santé partagé, les enjeux de l'image de marque, la reddition des comptes de l'équipe, les arrangements de formation ainsi que les modalités d'évaluation et de recherche. Callaly et ses collègues (2011) le définissent comme un système de gouvernance collaborative où les partenaires s'engagent dans une prise de décision axée sur le consensus.

Du côté des *Youth One Stop Shops* (Communio, 2009), les structures et les processus de gouvernance sont ceux des organisations à but non lucratif dont les bénévoles de la communauté et les jeunes se retrouvent au cœur. Les résultats de l'évaluation ont soulevé **quelques lacunes qu'il faudra pallier afin de mieux dé-**

**velopper la gouvernance.** Il s'agit principalement d'une inconsistance dans l'implication des jeunes, des Maoris (peuple autochtone de la Nouvelle-Zélande), d'un manque de clarté du rôle des membres des comités et des habiletés pour la planification stratégique. À cet effet, le rapport recommande de définir clairement les attentes envers les membres afin d'augmenter leur engagement, leur rétention et leur imputabilité.



#### DANS LA CONSULTATION

*Dans le cadre des consultations avec les intervenants jeunesse, il s'est avéré que l'implication d'organismes de la communauté dans la gestion et la planification des services est une composante critique pour 64,29 % des répondants (9 sur 14), et importante, mais non critique pour 35,71 % (5 sur 14) d'entre eux. De plus, une majorité d'intervenants consultés, soit 71,43 % (10 sur 14), ont signifié que l'implication des intervenants dans la gestion et la planification des services est une composante critique pour les jeunes. Les 28,57 % restants (soit 4 sur 14) ont indiqué que cette composante est importante, mais non critique*

## COMPOSANTE 8 : FINANCEMENT RÉCURRENT ET UNE REDDITION DE COMPTES RÉINVENTÉE

**Le financement est un élément important pour les RSIJ,** autant pour se déployer, pour assurer l'offre de services que pour maintenir la collaboration. Dans le cas des *Youth One Stop Shops*, le financement semble provenir de plusieurs sources et les opportunités sont assez courantes et accessibles. Cependant, le rapport de Communio (2009) précise que les compétences de l'équipe sont surtout axées sur l'intervention et moins sur les stratégies de recherche et d'obtention de financement. D'ailleurs, dans ce sens, une des recommandations suggère de **développer, en partenariat, la capacité du RSIJ dans le repérage et la réponse aux opportunités de financement et le développement des services.**

De plus, si elles sont courantes et accessibles, **ces opportunités de financement sont également variables d'un point de services YOSS à un autre,** ce qui entraîne une variabilité dans les services offerts et une iniquité dans l'accessibilité des services. De plus, le financement à courte échéance (de 1 à 3 ans) n'offre pas de stabilité ni ne permettent de mettre en place des planifications stratégiques et des plans de développement de services à moyen et à long terme. Ce type de financement se traduit par une instabilité de l'équipe et une difficulté de rétention des compétences au sein de l'équipe. À cet effet, le rapport de Communio (2009) recommande un financement national permettant un important niveau de certitude, des services équitables et un développement stratégique de ceux-ci. Le rapport recommande également aux décideurs de consulter les équipes YOSS au sujet du financement. À cet effet, Callaly et ses collègues (2011) nomment

un financement national garanti et récurrent comme un facteur facilitant l'intégration des services<sup>1</sup>.

En ce qui concerne le financement, le rapport de Communio (2009) soulève le défi que rencontrent les YOSS en matière de reddition de comptes auprès des bailleurs de fonds et du ministère de la Santé. Selon le rapport, les participants à l'étude rapportent que **la reddition de compte porte sur les extrants et non sur les processus et les résultats des services, des informations jugées non pertinentes et sans valeur ajoutée** par les acteurs. En ce sens, une des recommandations du rapport suggère de consolider la reddition de comptes aux bailleurs de fonds et au ministère de façon à ce qu'elle apporte une information pertinente et cohérente automatiquement liée aux systèmes d'information cliniques. Très essentiel, ce processus devrait prévoir des mécanismes de rétroaction aux équipes leur permettant ainsi d'améliorer l'offre ou la configuration des services ainsi que l'intervention (Communio, 2009). L'étude de Garrett et ses collègues (2019) sur le volume et les types d'interaction dans les Youth One Stop Shops souligne également la présence de plusieurs interactions cachées entre les intervenants, ce qui représente une charge de travail importante, mais non comptabilisée dans la reddition de compte des organisations. Particulièrement, dans le cas des services intégrés, ces auteurs soulignent que la quantité de temps nécessaire à la coordination entre les membres du personnel d'un point de service, mais également avec les partenaires, doit être mesurée et prise en compte dans l'attribution du financement. Ils estiment de plus que les approches de reddition de compte s'appuyant uniquement sur des mesures du

nombre de jeunes rencontrés sont insuffisantes pour bien cerner l'ampleur du travail requis.

Cette situation ne semble pas affecter le modèle de *headspace*. Hilferty et ses collègues (2015) soulignent que **l'expansion rapide des centres *headspace* est la résultante du renhaussement du financement gouvernemental**. D'ailleurs, selon Rickwood et ses collègues (2015b), les services de santé mentale de *headspace* sont financés aux deux tiers par *Medicare Benefits Schedule* (MBS), à moins d'un tiers par le financement de *headspace* et par une petite contribution qui provient du programme *Access to Allied Psychological Services* (ATAPS). Selon Hilferty et ses collègues (2015), cet accroissement démontre également la capacité organisationnelle à promouvoir le modèle, et donc à sécuriser le financement, ce qui leur permettra de conclure que *headspace* n'aura pas de souci à chercher et à obtenir des sources de financement diversifiées.

Par ailleurs, Communio (2009) souligne que **le financement des YOSS est destiné principalement à la prestation de services de santé et sociaux**, alors que le succès de cette prestation de services et le maintien de leur qualité incombent à des fonctions en arrière-plan. Il s'agit notamment du développement des services, de recherche et d'évaluation, du développement de nouvelles interventions ou d'amélioration d'outils. Allouer des ressources rares à ces fonctions pourrait influencer la prestation de services aux usagers. Il est donc important que du financement spécifique soit alloué pour les services de soutien à la prestation des services. C'est par exemple le cas de *headspace*, Rickwood et ses collègues (2015b) rapportent

---

1 Callaly et ses collègues (2011) nomment deux autres facteurs : 1) un engagement fort des partenaires; et 2) une présence importante dans la communauté.

que l'engagement et l'évaluation des services sont financés à 71 % par le fonds *headspace*, et à 21 % par le *Medicare Benefits Schedule (MBS)*<sup>2</sup>.



## COMPOSANTE 9 : DÉMARCHE DE RECHERCHE/ ÉVALUATION INTÉGRÉE

### Plus-value de l'évaluation des RSIJ

Le rapport de Communio (2009) fait état d'une inconsistance à travers les centres des *Youth One Stop Shops* pour ce qui est des activités de gouvernance, d'assurance qualité et d'amélioration de la qualité. Outre le fait qu'il n'y ait **pas de financement attribué à ces activités**, aucune base formelle pour l'assurance qualité, les **activités d'amélioration de la qualité** à évaluer ne sont pas disponibles et prévues. Par ailleurs, les acteurs reconnaissent l'importance de l'amélioration, et certains ont investi dans des audits réguliers. Le rapport recommande également de **mettre en place une mesure des résultats au niveau national** à travers, notamment, une base de données afin de garantir une consistance à travers les centres. La mesure des résultats s'inscrit dans une vision à long terme afin de s'assurer de l'attribution des résultats à l'intervention YOSS, notamment à travers une amélioration du bien-être des jeunes (Communio, 2009). Enfin, le rapport recommande aussi de **mettre en place un cadre d'évaluation qui permettra d'évaluer l'efficacité** des YOSS, en utilisant **des méthodes robustes et valides** permettant de **porter un jugement sur le succès** ou non des interventions.

À l'opposé, la composante *évaluation* semble au cœur du déploiement de *headspace*. Hilferty et ses collègues (2015) la considèrent comme **un facteur protecteur de la pérennisation** de *headspace*. Parmi les indicateurs de cet engagement organisationnel de l'amélioration

<sup>2</sup> Le Medicare Benefits Schedule (MBS) est une liste de services professionnels de santé que le gouvernement australien subventionne, fournissant des prestations aux patients pour un large éventail de services de santé, notamment les consultations, les tests de diagnostic et les chirurgies.

continue de la qualité et des impacts des services, les auteurs nomment : 1) un système informationnel pour la collecte des données sur la prestation des services; 2) des processus continus de monitoring et d'évaluation; et 3) le projet d'innovation de services qui a permis de développer le cadre conceptuel des bonnes pratiques *headspace*. La dissémination des différentes connaissances développées à travers ces initiatives est facilitée par le **réseau national collaboratif d'apprentissage qui agit comme un forum de partage des connaissances** (Hilferty et al., 2015).

Salmon, Fernando et Berger (2018) discutent **des variations en matière d'apprentissage** d'un site *Foundry* à un autre, ce qui nécessite un partage et un **échange des connaissances afin d'informer le développement des meilleures pratiques**. Ceci est particulièrement important et pertinent lors de l'étape de **l'adaptation locale du modèle** et son déploiement où les nouveaux sites demandent une rétroaction transparente et une présence importante de l'office central de *Foundry* (Salmon, Fernando et Berger, 2018). À cet égard, l'évaluation de la mise en œuvre des *headspace* (Hilferty et al., 2015) a montré une **variation de la mise en œuvre à travers les différents sites headspace** attribuables à plusieurs facteurs, dont les besoins locaux des communautés; les ressources disponibles et l'institution qui assure le leadership de mise en œuvre. Cette flexibilité permettant d'adapter le modèle a été d'ailleurs appréciée par certains employés qui ont souligné l'importance de s'éloigner de la rigidité du modèle bureaucratique (Hilferty et al., 2015).

### Indicateurs de mesure développés

Les études de Rickwood, Van Dyke et Telford (2015) et de Communio (2009) ont permis de recenser quelques indicateurs de mesure dé-

veloppés dans le cadre de l'évaluation des *headspace* et des *Youth One Stop Shops* qu'il est possible de regrouper en six catégories : 1) coordination et intégration des services; 2) planification et amélioration des soins; 3) partenariat; 4) engagement communautaire; 5) gouvernance clinique; et 6) atteinte des résultats et satisfaction des jeunes.

### **Coordination et intégration des services**

La coordination et l'intégration des services fournis par *headspace* nécessitent de coordonner et d'intégrer des services multidisciplinaires colocalisés à travers les quatre principaux types de services : santé mentale, consommation et dépendance, santé physique et services professionnels. En ce qui a trait à l'indicateur de performance, une **hausse du nombre ou des types de services ou des intervenants était visée**. Un autre indicateur concerne **l'établissement de trajectoires claires pour les usagers** (Rickwood, Van Dyke et Telford, 2015).

### **Planification et amélioration des soins**

Parmi les principales activités liées aux **indicateurs de performance axés sur la planification et l'amélioration des soins**, les auteurs nomment le monitoring et l'évaluation des mécanismes de coordination des soins (Rickwood, Van Dyke et Telford, 2015). Les activités au sujet de la planification des soins comprennent notamment des études de cas, de monitoring et d'amélioration des trajectoires cliniques, de développement et d'amélioration des plans d'intervention individuelle. Le monitoring, l'amélioration et l'évaluation des mécanismes de coordination des soins incluent l'amélioration ou le changement de processus spécifiques, le développement de guides de pratiques, la réalisation d'audits ou

autres exercices d'assurance qualité ainsi que l'étude et l'amélioration de processus cliniques.

### **Partenariat**

L'étude de Rickwood, Van Dyke et Telford (2015) fait état des indicateurs de performance établis pour la mesure du partenariat local de *headspace*. Les indicateurs portent principalement sur **les activités et les centres engagés dans ces activités**. La principale activité qui semble renforcer le partenariat local, autant sur le plan du nombre d'activités que du nombre de centres engagés dans ces activités, est la participation au sein de comités, de conseils, de forums, etc. Pour *headspace*, il s'agit entre autres de comités consultatifs, de groupes de références, de comités de pilotage, de rencontres interagences, de conseil d'administration, de réseau sectoriel, etc. Pour les centres *headspace*, ces espaces sont une opportunité pour forger des relations et partager des informations au sujet de *headspace* avec diverses organisations.

Parmi les autres activités recensées comme des indicateurs clés de performance dans le cadre de l'étude de Rickwood, Van Dyke et Telford (2015) figurent **les rencontres avec les autres services, agences et institutions et l'identification et/ou la recherche de nouvelles opportunités de partenariat**.

### **Engagement communautaire**

L'engagement communautaire est une priorité essentielle pour *headspace* afin de renforcer une connaissance mutuelle des besoins des communautés et des réponses apportées par les centres *headspace* (Rickwood, Van Dyke et Telford, 2015). Cet engagement communautaire se traduit par une **diffusion des informations au sujet de *headspace* dans les écoles**

**locales, les événements communautaires, les services et les agences au niveau local**, etc. De plus, *headspace* utilise **différents modes de dissémination** : site Web, page Facebook, médias traditionnels (presse, télévision et radio); bulletins d'informations. *headspace* s'engage également dans des activités extérieures à l'organisme, soit en les organisant ou en y participant, notamment dans les écoles et les universités. L'engagement communautaire de *headspace* se traduit également à travers **l'engagement des jeunes et de leur famille**.

### **Gouvernance clinique**

Rickwood, Van Dyke et Telford (2015) mentionnent l'importance de la gouvernance clinique pour *headspace*, particulièrement parce qu'il s'agit d'un modèle multidisciplinaire en colocation. Par ailleurs, il y a moins d'activités liées à cet indicateur. L'activité la plus populaire et typique est **l'organisation de rencontres régulières pour discuter de la gouvernance clinique** : des rencontres de gouvernance clinique; des consortiums; des rencontres cliniques; et des rencontres avec les autres services. Une des activités réalisées par plus du tiers des centres *headspace* évalués était la revue et l'amélioration de leur modèle de gouvernance clinique.

C'est également le cas des *Youth One Stop Shops* où un cadre ou des standards uniformes appliqués à tous les centres pour guider et assurer la qualité de la prestation de services n'existent pas, ce qui affecte aussi l'uniformité de la gouvernance clinique. C'est d'ailleurs dans ce sens que le rapport de Communio (2009) recommande de développer, en partenariat, un ensemble de **standards nationaux de gouvernance et de qualité**.

### **Atteinte des résultats et satisfaction des jeunes**

L'intégration sociale représente un service fondamental pour les jeunes (Rickwood, Van Dyke et Telford, 2015). Il s'agit d'un des indicateurs clés de performance de *headspace*. Une des mesures implantées est la conception et la mise en œuvre d'un programme d'intégration sociale dans le centre *headspace* lui-même ou pour certains centres *headspace* à travers la collaboration avec des partenaires pour aider à combler ce besoin. Cependant, moins de la moitié des centres *headspace* ont évalué **la progression de l'atteinte de l'intégration sociale de leurs usagers**. D'autres centres ont réalisé **des sondages pour avoir une rétroaction de leurs jeunes**.

Pour Rickwood, Van Dyke et Telford (2015), presque tous les centres *headspace* rapportent collecter des données de rétroaction au sujet de leurs services, et souvent à travers plus d'un mode de collecte : des **sondages** à des fins d'intervention au sujet de l'expérience de l'utilisateur; des **audits** et des sondages; des **rétroactions sur le site Web et les médias sociaux**; une **boîte de rétroaction dans la salle d'attente**; des **groupes de discussion** avec les jeunes et les familles, et certains organisent un **forum annuel** pour recueillir des rétroactions.



#### DANS LA CONSULTATION

*Les intervenants jeunesse que nous avons consultés sont majoritairement favorables à la mise en place d'une structure intégrée pour la recherche, l'évaluation et l'amélioration de la qualité afin d'approfondir les connaissances, d'informer et d'améliorer les pratiques. 92,86 % (13 sur 14) ont répondu que cette composante est soit critique (57,14 %, soit 8 sur 14) soit importante, mais non critique (35,71 %, 5 sur 14). Seulement un intervenant s'est prononcé en sa défaveur, la jugeant sans importance.*

# COMPOSANTES CLÉS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS JEUNES 12-25 ANS : **DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS**

Le présent projet d'ETMISS vise à évaluer le modèle de réseaux de services intégrés (RSI) en santé mentale pour les jeunes de 12 à 25 ans, y compris pour une population appartenant à des minorités culturelles, notamment en identifiant les composantes clés qui sont responsables de l'efficacité de ce modèle. Dix-huit études rapportées à travers vingt textes différents ont répondu aux critères d'inclusion. Il est important de prendre en compte que les études recensées ne permettent pas de formuler une relation causale entre les composantes clés d'un modèle de service intégré et l'efficacité ou l'efficience des services. La définition des réseaux de services intégrés et leurs composantes clés varient d'un milieu étudié à un autre. Les données issues de la littérature permettent toutefois de tirer certains constats :

En concordance avec d'autres revues de littérature récente sur les RSIJ (Hugues et al., 2020; Malla et al., 2018; Nootboom et al., 2021), la variété des approches méthodologiques des études, mais également des modèles de services intégrés et leur contexte ne nous per-

mettent pas d'opérationnaliser les composantes clés sous une forme universelle pour tous les RSIJ. Plutôt, l'implantation d'un RSIJ semble être le produit d'une interaction entre une volonté politique d'amélioration de l'accessibilité et de l'adaptabilité des services avec les besoins, les réalités et les acteurs clés des milieux locaux. En réponse à cela, les résultats des consultations auprès des jeunes et des intervenants ont été mobilisées comme pistes afin de préciser la forme et l'importance des différentes composantes clés en contexte des services intégrés pour la jeunesse québécoise. Les discussions entourant chacune des recommandations formulées à partir de la littérature et des consultations avec le Comité délibératif formé de décideurs, de chercheurs, de gestionnaires et de professionnels des milieux de pratique, tant institutionnels que communautaires, ont été utilisées comme stratégies afin de rapprocher les constats de la littérature avec le contexte québécois. Ainsi, la section 9 présente une synthèse des recommandations en lien avec chacune des composantes clés

ainsi qu'une discussion entourant son utilité et sa faisabilité en contexte d'un réseau de services intégrés jeunesse au Québec.

## SERVICES INTÉGRÉS ET ESPACE À L'IMAGE DES JEUNES

La première recommandation rappelle la nécessité d'offrir des services complets et regroupés sous le même toit, en favorisant la colocation des services ainsi que l'établissement d'ententes avec des partenaires offrant des services complémentaires à ceux offerts par l'équipe dédiée. Pour plusieurs membres du Comité, cette recommandation est difficile à appliquer, notamment parce que cela nécessite du temps et des efforts. Il y a également l'enjeu de la surcharge de travail que connaît le milieu communautaire, ce qui fait craindre de perdre la capacité de rejoindre les jeunes par le biais de ces partenariats communautaires. Il y a ainsi une réticence à regrouper les partenaires sous un même lieu.

Le partage de compétences interdisciplinaires par la collaboration, la mise en place de stratégies de rétention d'équipes multidisciplinaires de même que le développement de la collaboration avec des médecins de famille sont des éléments qui ont fait l'objet de discussions au sein du Comité. La collaboration de l'équipe dédiée ne peut se faire sans l'implication des partenaires intersectoriels et l'avis de certains membres. En effet, l'équipe dédiée agit dans un système complexe. Elle doit ainsi être intégrée, entre autres, avec les acteurs intersectoriels du milieu scolaire, du milieu communautaire, etc. De plus, il est important d'aller au-delà d'un objectif unique de rétention de la

main-d'œuvre et plutôt développer une perspective stratégique plus large de planification de la main-d'œuvre à long terme qui tient compte des enjeux territoriaux. Cela signifie de cibler certains profils d'intervenants dans les phases de recrutement et de dotation, de tenir compte de ces profils dans l'élaboration de politiques d'attractivité, et de planifier les besoins de main-d'œuvre à long terme selon le profil des intervenants de l'organisation, mais aussi selon les changements anticipés dans les besoins de l'organisation.

Enfin, les recommandations attribuables en lien avec l'espace et l'intervenant se penchent sur l'implication des jeunes dans le design des lieux du RSJI, une disposition des lieux d'intervention favorisant la proximité et l'accessibilité, ainsi qu'une disposition des salles d'attente qui puisse être confortable et pratique. Les recommandations des membres du Comité sont partagées sur ce sujet. Certains mettent l'accent sur l'importance de l'aspect mobile et virtuel de l'intervention<sup>1</sup> afin que celle-ci colle à leur identité et à leur réalité. D'autres pensent, au contraire, que ces aspects ne sont pas fondamentaux, voire superflus. Le lien avec l'intervenant, de même que les enjeux de pratique des professionnels (ex. : normes de pratiques des ordres) façonnent l'intervention avec le jeune. Plus encore, un des membres juge par ailleurs l'attention portée au design des salles d'attente contradictoire à la philosophie des RSJI qui veulent justement éliminer l'attente.

---

1 Plusieurs membres du comité délibératif ont insisté sur l'importance de répondre au virage virtuel actuel en offrant des services à distance aux jeunes. Dans ce contexte, il serait intéressant de développer des espaces virtuels d'attente également.

À la lumière des commentaires du Comité délibératif en lien avec des services intégrés et un espace à l'image des jeunes, les recommandations suivantes sont proposées :



Veiller à **offrir des services complets** aux jeunes, notamment en favorisant des ententes avec des partenaires offrant des services complémentaires au RSIJ.



Assurer à l'équipe dédiée du RSIJ des **espaces d'échange** afin de favoriser un partage des compétences interdisciplinaires\* et une lecture globale des problématiques des jeunes (\*compétences propres à chaque ordre, par ex. travailleur social, psychologue, infirmier, etc.).



Mettre en place des **stratégies de planification de la main-d'œuvre** afin de favoriser la stabilité et la rétention de l'équipe dédiée du RSIJ.



Développer des **collaborations avec des médecins de famille** pour les jeunes qui n'en ont pas. La collaboration peut prendre différentes formes selon les possibilités et les opportunités dans chaque territoire.



Favoriser la **construction du lien de confiance** entre l'intervenant et le jeune, et s'assurer de l'implication des jeunes dans le design des lieux physiques, s'il y a lieu, du RSIJ afin de créer des lieux à leur image.



Prévoir un lieu offrant des **activités** (Wi-Fi, jeux, musique, etc.) aux jeunes dans le cas où ils doivent attendre durant leur visite à un point de services physique.

## DES SERVICES ACCESSIBLES ET ADAPTÉS À LA RÉALITÉ DES JEUNES

L'importance d'offrir une porte d'entrée aux services pour répondre aux besoins des jeunes tout en favorisant des services accessibles (services étendus, plages horaires sans rendez-vous, intervenants mobiles, services en ligne, etc.) a également été soulignée. En dépit de quelques considérations soulevées sur ce point – l'enjeu du nombre d'heures que les jeunes peuvent passer devant l'ordinateur pour des services en ligne est à considérer, l'attachement du jeune à son premier intervenant peut représenter un défi pour l'intervenant de transition, etc. –, le Comité se prononce gé-

néralement en faveur des recommandations proposées. De plus, il a été recommandé de mettre en place des stratégies d'adaptation qui répondent au mieux aux besoins des jeunes de la diversité grâce à une analyse préalable de leurs besoins. Cela impliquerait, par ailleurs, des services de traduction pour les jeunes ne parlant ni l'anglais ni le français, de même que le développement de partenariats avec des organismes habilités. Le Comité s'entend généralement sur ces aspects jugés critiques et appropriés. Les membres soulignent qu'il s'agit d'un enjeu transversal à tous les services; l'analyse des besoins doit ainsi considérer tous les aspects de la santé globale et de ses déterminants.

À la lumière des commentaires du Comité délibératif en lien avec des services accessibles et adaptés à la réalité des jeunes, les recommandations suivantes sont proposées :



S'assurer que le RSIJ assure un **accompagnement personnalisé** des jeunes vers des services spécialisés pour répondre à leurs besoins.



**Favoriser l'accessibilité** aux services en offrant a) des services sans références; b) des services étendus; c) des plages horaires sans rendez-vous; d) des intervenants mobiles; e) des services en ligne; f) des services sans délai d'attente.



Réaliser régulièrement un **portrait populationnel** des jeunes de la diversité du territoire du RSIJ afin de s'assurer de choisir des stratégies d'adaptation qui répondent au mieux à leurs besoins et à leur réalité.



S'assurer d'avoir, idéalement, un **interprète** formel durant les interventions lorsque le jeune et/ou l'un de ses parents/proches ne maîtrisent ni le français ni l'anglais.



Renforcer ou développer des **partenariats avec des organismes** qui travaillent avec cette population.

## PROMOTION DES SERVICES ET DE L'IMAGE DE MARQUE

L'implication des jeunes dans le développement de l'image de marque et la promotion des services, la diversification des canaux de promotion des services ainsi que la co-organisation des activités de sensibilisation avec les jeunes et les partenaires communautaires sont des recommandations qui ont reçu un accueil favorable. La complémentarité entre les services cliniques et les services offerts dans les milieux scolaires, passant par une sensibilisation sur la santé mentale auprès des adultes

dans le milieu scolaire, est primordiale. Les activités de sensibilisation doivent s'adresser à toute la communauté et porter autant sur la santé mentale que sur la santé globale dans le but de démystifier la question de la santé mentale, de créer des environnements plus sains pour les communautés et de favoriser la participation sociale des jeunes. Enfin, des activités de promotion ciblée auraient avantage à prioriser les jeunes qui vivent des situations de vulnérabilité, d'exclusion ou de marginalisation, et qui sont réticents à aller vers les services.

À la lumière des commentaires du Comité délibératif en lien avec la promotion des services et l'image de marque, les recommandations suivantes sont proposées :



S'assurer de l'**implication des jeunes** dans le développement de l'image de marque et la promotion des services des RSIJ.



**Diversifier les canaux de promotion** des services, incluant les médias sociaux, les écoles, les organismes communautaires et les lieux fréquentés par les jeunes.



Coorganiser avec les jeunes et les partenaires de la communauté des **activités de sensibilisation** :

- De type ludique pour normaliser la question de la santé mentale;
- De type éducatif pour démystifier la question de la santé mentale.

## COLLABORATION DES PARTENAIRES

Les propositions autour de l'implication des partenaires étaient orientées vers des activités et des formations communes, le renforcement de réseaux existants, la création de canaux de communication convenus avec les partenaires et la mise en place d'infrastructures de données partagées; toutes jugées majoritairement critiques et appropriées par les membres du Comité. Celui-ci reconnaît toutefois que la fai-

sabilité de telles recommandations peut dépendre de la capacité et de la volonté des partenaires. Au-delà de l'enjeu du budget, celui du temps à consacrer à ces collaborations n'est pas négligeable. Le partage de données soulève toutefois l'enjeu de la confidentialité, mais doit aussi tenir compte de l'utilité clinique. Somme toute, les réserves ont surtout été exprimées en lien avec la dernière recommandation, notamment en ce qui a trait à la faisabilité.

En lien avec la collaboration des partenaires, les recommandations initiales ont été maintenues, à savoir :



**Donner une voix** et un pouvoir aux partenaires.



**Prévoir un budget** pour les collaborations (temps de libération, activités, etc.).



**Offrir des activités et des formations communes** à l'ensemble des acteurs du RSIJ (équipe et partenaires).



Bâtir un RSIJ fort en **misant sur des réseaux existants** dans la communauté.



Créer et utiliser des **canaux de communication** convenus avec les partenaires.



Développer et mettre en place des **infrastructures de données** partagées avec les partenaires.

## UNE TRAJECTOIRE DE SERVICES CONTINUE

Le maintien du même intervenant dans l'accompagnement du jeune dans sa trajectoire de soins et la planification de la transition vers des services adultes assez tôt dans la trajectoire du jeune sont jugés critiques par les membres du Comité délibératif. Il est important en ce sens de penser la continuité et la stabilité des services autour d'une équipe, plutôt que d'un seul intervenant, ce qui favoriserait justement des

interventions multidisciplinaires et interdisciplinaires, et éviterait les bris de services liés au roulement des intervenants. Les autres recommandations relatives aux références personnalisées vers les autres services et canaux de communication, dans le but d'éviter le dédoublement, ont également reçu un accueil favorable. Il a toutefois été suggéré que les canaux de communications devraient aussi favoriser un changement de pratiques auprès des autres services.

À la lumière des commentaires du Comité délibératif en lien avec la trajectoire continue de services, les recommandations suivantes sont proposées :



Favoriser le **maintien d'une équipe d'intervenants** pour accompagner les jeunes dans leur trajectoire de soins (\*favoriser une continuité relationnelle et introduire des intervenants partenaires dans la trajectoire à travers l'équipe dédiée).



Assurer des **références personnalisées et un accompagnement durant la transition** vers les autres services.



**Créer des canaux de communication avec les autres services** dont les jeunes bénéficient afin d'éviter le dédoublement et favoriser un changement de pratiques auprès des autres services.



**Penser la transition vers les services adultes assez tôt** dans la trajectoire des jeunes (\*favoriser, lorsque possible, de terminer l'épisode de soins pour éviter la transition).

## **PLACE AUX JEUNES, AUX PARENTS ET AUX PROCHES DANS LES RSIJ**

En ce qui concerne la participation des jeunes, les différents éléments soulignés dans la littérature ainsi que lors des consultations – accorder un pouvoir décisionnel aux jeunes sur les services qu'ils ou elles reçoivent; impliquer les jeunes dans l'organisation des services; impliquer les jeunes dans divers événements et activités en lien avec le RSIJ – ont généralement été jugés critiques et appropriés à un contexte restreint, avec quelques réserves soulevées par le Comité délibératif. L'adhésion à la notion du « pouvoir décisionnel » est partagée : elle soulève quelques questionnements chez certains membres consultés tout en étant appuyés par d'autres. D'une part, on s'interroge sur la faisabilité d'un tel pouvoir décisionnel dans un contexte du RSSS; d'autre part, celle-ci renvoie à « la vision que le jeune est au centre des services ». Somme toute, il semble avoir un consensus sur la nuance du pouvoir décisionnel du jeune, qui ne porterait pas sur l'organisation des services en soi, mais plutôt sur les services individuels que le jeune reçoit et planifie avec l'intervenant pour ses propres besoins. Les jeunes ont un pouvoir, de plus en plus reconnu et valorisé, sur leur champ d'expertise -être un jeune-. En ce qui a trait à l'organisation des services, les jeunes ont un pouvoir partagé avec la gouvernance et ce pouvoir varie selon les acteurs en place et dans le temps.

Les recommandations relatives à l'implication des parents et des proches dans les services sont généralement jugées importantes, critiques et appropriées (sauf celle en lien avec l'accès aux services pour les parents et les proches). Par rapport à la dernière recommandation spécifiquement, il est important de reconnaître les parents comme des partenaires dans la prestation de services aux jeunes, ce

qui permet de s'éloigner de l'approche purement individuelle. En effet, les parents peuvent contribuer à développer des environnements plus favorables à la santé des communautés recevant des services.

À la lumière des commentaires du Comité délibératif en lien avec la participation des jeunes et l'implication des parents et des proches, les recommandations suivantes sont proposées :



Accorder un **pouvoir décisionnel aux jeunes** pour définir les objectifs et les moyens de les atteindre, et décider qui impliquer dans leur propre trajectoire de soins.



Impliquer activement les jeunes sur le plan de l'**organisation globale des services** dans une perspective de cocréation d'une offre de services à leur image.



Offrir la possibilité aux jeunes qui le souhaitent de s'impliquer dans **divers événements et activités** en lien avec le RSIJ.



Actualiser de façon continue le choix du jeune quant au **rôle que les parents ou les proches peuvent jouer** dans sa trajectoire de soins.



Lorsque les parents ou les proches du jeune sont parties prenantes de la situation problématique vécue par celui-ci, s'assurer qu'ils puissent avoir **accès à des services appropriés**.



**Créer des espaces de parole pour les parents et les proches** (comité, table, club de discussion, etc.) afin de mieux saisir leur réalité et la prendre en compte.

## GOVERNANCE INTÉGRÉE ET INTERSECTORIELLE

La mise en place d'une instance de coordination à l'échelle nationale a reçu un accueil favorable unanime au sein du Comité délibératif qui a émis quelques réserves au sujet des

recommandations touchant à la gouvernance par et pour les jeunes, et par les partenaires communautaires ainsi qu'à la mise en place d'une reddition de compte attribuable à toutes les parties prenantes. Une distinction doit être établie entre le RSIJ et l'équipe dédiée.

Les recommandations suivantes reflètent les réserves soulevées :



Mettre en place une **instance de coordination à l'échelle nationale** pour soutenir les différents RSIJ du territoire sur des aspects comme la formation du personnel, la gestion budgétaire, la recherche et l'amélioration continue des services.



Cheminer vers la **mise en place d'une gouvernance par et pour les jeunes**, et par les partenaires de la communauté.

## FINANCEMENT RÉCURRENT ET UNE REDDITION DE COMPTES RÉINVENTÉE

Les membres du Comité reconnaissant l'importance du financement continu et durable

dans le déploiement et la prestation des services du RSIJ. Une instance de coordination nationale de financement pourrait justement faciliter ce besoin de sécurisation du financement.

À la lumière des commentaires du Comité délibératif en lien avec le financement et la reddition de comptes, les recommandations suivantes ont été retenues :



Assurer un **financement continu et durable** des activités du RSIJ, autant celles assurées par l'équipe dédiée que celles assurées par les partenaires.



Mettre en place une **reddition de compte** qui fait état autant des processus que des résultats attribuables à toutes les parties prenantes du RSIJ (équipe dédiée et partenaires).

## DÉMARCHE DE RECHERCHE/ ÉVALUATION INTÉGRÉE

La dernière composante discutée avec le Comité délibératif n'a pas fait l'objet de plusieurs commentaires, les recommandations ci-dessous ayant été appréciées sans réserve et jugées critiques et appropriées. Néanmoins, un

membre du Comité a réitéré l'importance de mettre « l'accent sur l'implication des jeunes et des partenaires dans le processus de mise en place, car le processus d'évaluation peut être très lourd et avoir un effet négatif sur l'adhésion et la participation des jeunes et des intervenants ».

Les recommandations suivantes ont été retenues :



Planifier une **démarche d'évaluation** en même temps que le développement du RSIJ;



Mettre en place un **protocole d'évaluation nationale** pour évaluer la mise en œuvre (ce qui a fonctionné et moins bien fonctionné et dans quel contexte);



Mettre en place une **infrastructure commune** pour la collecte de données clinico-administratives;



Mettre en place des **démarches évaluatives locales**;



**Contextualiser** les résultats de l'évaluation;



Analyser le **niveau de fidélité/d'adaptation** aux composantes essentielles du RSIJ;



**Codévelopper** des démarches évaluatives participatives et développementales avec l'équipe RSIJ, les jeunes, les familles et les organismes communautaires.

# EFFICACITÉ DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS JEUNES 12-25 ANS : CONSTATS DE LA LITTÉRATURE

Une des questions auxquelles cette ETMISS espérait pouvoir répondre porte sur l'efficacité des réseaux de services intégrés pour améliorer l'état de santé et le bien-être des jeunes et améliorer leur trajectoire de services.

Parmi les études retenues, 11 ont satisfait aux critères d'inclusion pour répondre à la question de l'évaluation de l'efficacité (Bassilios et al., 2017; Callaly et al., 2009; Callaly et al., 2011; Communio, 2009; Hilferty et al., 2015; Muir, Powell et McDermott, 2012; O'Keefe, 2015; Patulny et al., 2013; Rickwood et al., 2015a; Rickwood et al., 2015b; Yap et al., 2012). Ces études comportent des devis quantitatifs et qualitatifs et sont consacrées à *headspace*, à *Youth One Stop Shop* et à *Jigsaw*. Les données desquelles sont issues ces études portent sur des périodes temporelles variables situées entre 2007 et 2014. L'Annexe 18 présente le profil des jeunes participants à ces études.

Malgré la diversité de ces études, il est important de souligner que **celles-ci ne répondent pas directement à notre question d'évalua-**

**tion, et l'efficacité ne rend pas compte de relations causales entre les réseaux de services intégrés et l'amélioration observée dans le cadre de ces études.** De plus, les études recensées discutent spécifiquement de certains effets concernant les services et les jeunes, notamment en ce qui concerne : 1) l'utilisation des services; 2) la détresse psychologique, les idées suicidaires et les comportements d'automutilation; 3) le fonctionnement social et occupationnel; et 3) la consommation d'alcool et de drogues.

## EFFETS DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS SUR L'UTILISATION DES SERVICES PAR LES JEUNES

**Le profil des jeunes utilisateurs de services a été identifié dans la littérature comme un indicateur afin de rendre compte de l'impact d'une structure de services intégrés sur l'accès et l'engagement des jeunes dans les services.** La présente revue de littérature a permis d'identifier huit études traitant du pro-

fil des jeunes accédant aux services dans un réseau de services intégrés, cinq pour *headspace* (Bassilios et al., 2017; Callaly et al., 2009; Hilferty et al., 2015; Rickwood et al., 2015a; Rickwood et al., 2015b; Patulny et al., 2013), une pour *Jigsaw* (O’Keeffe et al., 2015), une pour les Youth One Stop Shops (Communio, 2009) et une pour *Foundry* (Salmon, Fernando et Berger, 2018). Parmi celles-ci, cinq études présentent des données administratives (Bassilios et al., 2017; Callaly et al., 2009; Hilferty et al., 2015; O’Keeffe et al., 2015; Patulny et al., 2013; Rickwood et al., 2015a), dont trois avec au moins un groupe de comparaison (Bassilios et al., 2017; Hilferty et al., 2015; Patulny et al., 2013), et deux présentent des estimations faites par les gestionnaires des points de services (Communio, 2009; Salmon, Fernando et Berger, 2018).

Généralement, on constate que **la mise en place de réseaux de services intégrés jeunesse coïncide avec une augmentation de l’utilisation des services en santé mentale par les jeunes**. Parmi les études recensées, deux études (Callaly et al., 2009; Patulny et al., 2013) rapportent une augmentation significative de l’utilisation des services en santé mentale par les jeunes dans les deux années suivant l’établissement des premiers points de services *headspace* par rapport aux deux années précédentes.

#### Effets sur l’utilisation des services selon l’âge des jeunes

Alors que les réseaux de services intégrés pris en compte dans la présente revue de littérature offrent des services aux jeunes de 12 à 25 ans, **les services semblent particulièrement efficaces pour rejoindre le groupe des 15-20 ans**, tant pour *headspace* (Bassilios et al., 2017; Hilferty et al., 2015; Patulny et al., 2013;

Rickwood et al., 2015a) pour *Jigsaw* (O’Keeffe et al., 2015), que pour les Youth One Stop Shops (Communio, 2009). En examinant les données administratives du régime public d’assurance maladie d’Australie (Medicare), Patulny et ses collègues (2013) ont observé une augmentation de l’accès aux services en santé mentale chez les jeunes de 15-24 ans de 241 % entre novembre 2006 et mai 2008, ce qui correspond à la période d’ouverture des 22 premiers centres *headspace*. Cette croissance est significativement plus importante que celle de 126 % observée chez les 25 ans et plus (Patulny et al., 2013). Bien qu’il soit impossible de tirer une relation causale entre cette croissance de l’utilisation des services chez les jeunes et l’ouverture des 22 premiers centres *headspace*, les auteurs mentionnent qu’il s’agit du changement le plus important en ce qui concerne les politiques publiques en santé des jeunes durant cette période (Patulny et al., 2013). Une croissance du nombre de jeunes recevant des services dans la région du North Geelong en Australie a également été observée durant les deux années suivant l’ouverture d’un point de service intégré qui deviendra plus tard un centre affilié à *headspace* (Callaly et al., 2009).

Toutefois, **une sous-utilisation des services de *headspace* par les jeunes adultes plus âgés** est identifiée par certains auteurs lorsque comparée avec une population générale de jeunes utilisant les services en santé mentale (Bassilios et al., 2017; Patulny et al., 2013). Par exemple, Bassilios et ses collègues (2017) rapportent que 14,7 % des 17 337 jeunes ayant utilisé les services de *headspace* entre 2009 et 2012 étaient âgés de 22-25 ans, contre 30,3 % des 20 156 jeunes ayant utilisé les services du programme en santé mentale Allied Psychological Services. Ces auteurs expliquent ce constat par la visée d’intervention précoce de *headspace*,

qui serait plus efficace pour intervenir auprès de jeunes avant que ceux-ci ne développent un trouble de santé mentale chronique, alors qu'un programme comme Allied Psychological Services vise plutôt le traitement de la maladie mentale après une référence d'un professionnel de la santé. S'il est également possible d'observer une faible proportion de l'utilisation des services chez les jeunes de 12 à 14 ans dans l'ensemble des données présentées (Bassilios et al., 2017; Communio, 2009; Hilferty et al., 2015; O'Keeffe et al., 2015; Patulny et al., 2013; Rickwood et al., 2015a), aucun auteur n'aborde directement ce constat. Salmon, Fernando et Berger (2018) relèvent toutefois que l'élargissement des services de *Foundry* à la tranche d'âge des 12-15 ans a nécessité certains ajustements, notamment le fait d'offrir la possibilité d'être accompagné par un parent sur place ou d'inclure celui-ci dans le processus d'intervention.

### Effets sur l'utilisation des services selon le genre et la diversité sexuelle

Le genre semblerait avoir une incidence sur l'utilisation des services par les jeunes. En effet, l'ensemble des études recensées soutiennent **une plus grande utilisation des services par les femmes que par les hommes** (Bassilios et al., 2017; Communio, 2009; Hilferty et al., 2015; Rickwood et al., 2015a; Rickwood et al., 2015b; Patulny et al., 2013; O'Keeffe et al., 2015). Les données administratives rapportées pour *headspace* indiquent une proportion d'hommes de 42,6 % pour l'année fiscale 2008-2009 (Patulny et al., 2013), de 38,9 % entre 2009 et 2012 (Bassilios et al., 2017) et de 36,9 % pour l'année fiscale 2013-2014 (Hilferty et al., 2015; Rickwood et al., 2015a). Une proportion similaire de 43,5 % d'hommes est observée dans les services de *Jigsaw* en Irlande pour l'année 2013 (O'Keeffe et al., 2015), alors que les ges-

tionnaires des *Youth One Stop Shops* en Nouvelle-Zélande estiment plutôt une proportion de 20 à 25 % d'hommes dans leurs services (Communio, 2009). Bien que les hommes utilisent moins les services que les femmes, tant pour les évaluations des services de *headspace* que ceux de *Jigsaw*, ces proportions sont interprétées comme des indicateurs de réussite dans la capacité des programmes à rejoindre les hommes lorsque comparée avec leur utilisation des services en santé mentale générale (Bassilios et al., 2017; O'Keeffe et al., 2015; Patulny et al., 2013) ou lorsque comparée avec les taux de troubles mentaux dans une population générale de jeunes (Hilferty et al., 2015). Précisément, Bassilios et ses collègues (2017) rapportent que 38,9 % des 17 337 jeunes ayant utilisé les services *headspace* entre 2009 et 2012 étaient des hommes contre 31 % des 20 156 jeunes ayant utilisé les services du programme en santé mentale *Allied Psychological Services*.

Au chapitre de la diversité sexuelle, *headspace* et les *Youth One Stop Shop* en Nouvelle-Zélande mettent de l'avant des stratégies spécifiquement pour rejoindre les jeunes de cette diversité en les ciblant spécifiquement dans les campagnes publicitaires (Hilferty et al., 2015) et en organisant des ateliers portant sur la diversité sexuelle (Communio, 2009; Hilferty et al., 2015). La seule étude prenant en compte les jeunes s'identifiant à un groupe LGBTQAI+ dans ses analyses (Hilferty et al., 2015) conclut à **la réussite de *headspace* à rejoindre ces jeunes, avec un jeune sur cinq utilisant les services qui s'identifie comme lesbienne, gay, bisexuel, transgenre ou intersexe.**

### Effets sur l'utilisation des services selon la proximité des points de services

D'un point de vue conceptuel, Salmon, Fernando et Berger (2018) s'interrogent sur l'efficaci-

té du modèle de services intégrés pour offrir des services aux jeunes des régions pour qui la distance avec les points de services représente une barrière importante. Pour ces auteurs, **le fait de concentrer les services dans un milieu suffisamment peuplé pour justifier la présence d'autant de services différents pourrait au contraire réduire l'accès aux jeunes situés en régions éloignées.**

À partir de données administratives comparables, Bassilios et ses collègues (2017) observent que les utilisateurs du programme Access to Allied Psychological Services (ATAPS) en Australie ont légèrement plus de chance de résider en région par rapport aux utilisateurs des services *headspace* (17 vs 14 %,  $p < 0.0001$ ), et ont moins de chance de résider dans une grande ville (51 vs 62 %,  $p < 0.0001$ ). Les auteurs expliquent ce constat par l'orientation particulière du programme ATAPS qui cible spécifiquement les groupes vulnérables et les personnes difficiles à rejoindre comme les populations rurales ou les autochtones australiens. Ils attribuent également ce phénomène à leur stratégie d'échantillonnage qui n'inclut que les points de services pleinement opérationnels alors que le développement initial du modèle *headspace* est surtout concentré autour de centres urbains. En effet, Hilferty et ses collègues (2015) observent dans un échantillon plus large de points de services une **sur-représentation des jeunes qui résident en région par rapport à la population générale des jeunes australiens.** Pour les auteurs, cela représente un indicateur d'un certain succès du modèle de *headspace* Australie à rejoindre les jeunes des régions pour offrir des services. Certaines stratégies mises en place ou suggérées par les intervenants afin de répondre aux enjeux de distance des points de services et faciliter l'accès pour les jeunes en région ont éga-

lement été identifiées dans cette étude. La littérature consultée rapporte la mise en place de **services mobiles ou de locaux satellites** dans des lieux clés des régions ou lors d'événements pour les jeunes (Hilferty et al., 2015; Salmon, Fernando et Berger, 2018), l'organisation de **transport par navette gratuit** entre un milieu éloigné et un point de services (Muir, Powell et McDermott, 2012), la possibilité que **l'intervenant aille à la rencontre du jeune** pour un premier contact (Hilferty et al., 2015) et le déploiement de **plateformes d'intervention en ligne ou de services virtuels par visioconférence** (Hilferty et al., 2015; Salmon, Fernando et Berger, 2018). Les effets de ces stratégies n'ont toutefois pas été spécifiquement évalués dans le cadre des études analysées.

#### Effets sur l'utilisation des services selon la situation socio-économique

La situation socio-économique serait un facteur de l'utilisation des services par les jeunes, notamment selon qu'ils occupent un emploi ou soient à l'école, selon qu'ils habitent dans un quartier défavorisé ou favorisé, selon qu'ils vivent une instabilité de logement ou non, ou encore selon qu'ils soient isolés de leur famille ou non. À titre d'illustration, les études sur *headspace* (Bassilios, 2018 ; Hilferty et al., 2015; Patulny et al., 2013) soutiennent une **bonne capacité à engager les jeunes n'étant ni sur le marché du travail ni à l'école.** À partir des données administratives de l'année fiscale 2013-2014, Hilferty et ses collègues (2015) rapportent que 20,2 % des jeunes ayant reçu des services de *headspace* ne vont ni à l'école ni au travail, contre 10,7 % des jeunes du même groupe d'âge recensés en Australie. Les auteurs spécifient que les jeunes de 18-25 ans consultant chez *headspace* sont beaucoup plus à risque de désengagement socio-économique,

avec un tiers qui ne serait ni à l'école ni à l'emploi. Selon l'étude de Patulny et ses collègues (2013), il y aurait également un taux significativement plus grand de jeunes qui ne seraient ni à l'école ni à l'emploi parmi ceux fréquentant *headspace* (26,2 %) que parmi ceux du même âge ayant utilisé des services en santé mentale dans les 12 derniers mois (15,6 %) ou ayant utilisé des services en santé mentale au cours de leur vie (17,5 %). Pour ces comparaisons, les auteurs rapportent un niveau de signification statistique de 99 % et de 98 %, respectivement. Les auteurs ne précisent pas de piste d'explication directe du phénomène observé.

À partir d'une analyse combinant les codes postaux des jeunes utilisant *headspace* et un indice de défavorisation matérielle et sociale des quartiers (*Socio-Economic Indexes for Areas*; SEIFA), Hilferty et ses collègues (2015) observent que les jeunes dont les adresses sont situées dans les quartiers les plus favorisés, s'une part et les plus défavorisés, d'autre part, forment une plus faible proportion de la population des jeunes utilisant les services de *headspace*. Les auteurs considèrent la **sous-représentation des jeunes originaires des quartiers les plus défavorisés** comme surprenante considérant que les points de services sont construits en priorité dans ces quartiers, mais ne peuvent fournir aucune explication de cette observation. Bassilios et ses collègues (2018) observent également une plus grande fréquentation de jeunes à faible revenu ou provenant d'une famille à faible revenu parmi les usagers du programme ATAPS que pour *headspace*. Ceux-ci expliquent majoritairement ce phénomène par la différence d'âge importante entre les jeunes des deux programmes, les jeunes de ATAPS étant proportionnellement plus vieux et donc indépendants financièrement alors que les jeunes de *headspace* sont proportion-

nnellement plus jeunes, ce qui veut dire que le revenu familial est pris en compte.

Bien qu'ils n'aient pas de données comparatives pour la stabilité du logement, Hilferty et ses collègues (2015) rapportent que 11,7 % des jeunes ayant utilisé les services de *headspace* durant l'année fiscale 2013-2014 étaient en **situation d'itinérance ou d'instabilité domiciliaire**, c'est-à-dire qu'ils résidaient dans des refuges, des hôtels ou une habitation de type pension de famille. Ces taux étaient plus élevés pour les jeunes adultes de 18 à 25 ans, avec 16,7 % en situation d'instabilité domiciliaire pour ce groupe, ainsi que pour les jeunes qui avaient visité les services *headspace* une seule fois, avec 15,2 % en situation d'instabilité domiciliaire.

128 des 168 jeunes utilisateurs des services *headspace* (76,1 %) de l'échantillon de Patulny et ses collègues (2013) affirment avoir des contacts sociaux soutenant avec des amis ou des membres de la famille. En comparant ce nombre avec les résultats du sondage ABS 2007 Survey of Mental Health and Wellbeing, young people chez les 16-25 ans, ils estiment qu'un nombre plus élevé de jeunes fréquentant *headspace* seraient **isolés socialement de leur famille et de leurs amis**, par rapport aux jeunes de la population générale avec un trouble mental. En effet, ce sondage révèle que sur 184 jeunes de 16 à 25 ans ayant accédé à des services en santé mentale dans les 12 derniers mois, 80,4 % recevraient du soutien quotidien de leurs amis ou de leur famille. En cela, les auteurs considèrent *headspace* comme efficace pour rejoindre les jeunes plus isolés socialement.

### Effets sur l'utilisation des services selon la diversité culturelle ou linguistique

Les études recensées soutiennent que certains réseaux de services intégrés destinés aux jeunes de 12 à 25 ans parviennent à rejoindre des personnes autochtones. Cela est particulièrement le cas pour *headspace* en Australie (Basilios, 2018 ; Hiflerty, 2015 ; Patulny et al., 2013) et les *Youth One Stop Shops* en Nouvelle-Zélande (Communio, 2009). Si l'évaluation de *Foundry* porte une attention particulière à la fréquentation des services par les peuples autochtones du Canada, l'état d'avancement des services au moment de la production des documents ne permet pas de brosser un portrait de la fréquentation des services.

Les données administratives de *headspace* dévoilent une **surreprésentation de près du double des jeunes des peuples autochtones australiens**<sup>1</sup> dans les services de *headspace* comparativement à leur représentation dans la population générale (Hiflerty, 2015). Dans leurs analyses, Hiflerty et ses collègues (2015) précisent que ce taux de fréquentation varie d'un point de services à l'autre, en fonction de la représentativité populationnelle, mais aussi en fonction de l'âge, les plus jeunes étant généralement plus représentés que les plus vieux dans les services. Les données de Basilios et ses collègues (2018) révèlent également que lorsqu'ils sont comparés avec le programme ATAPS, qui cible spécifiquement des groupes plus difficiles à rejoindre dont les autochtones et les personnes habitant en région éloignée, les taux de fréquentation sont similaires. Pour ce qui est des *Youth One Stop Shops* en Nouvelle-Zélande, les questionnaires des services contactés par les auteurs estiment à 33 % le

taux de fréquentation des services par des personnes des peuples autochtones<sup>2</sup>, soit environ le double du taux populationnel de comparaison en Nouvelle-Zélande (Communio, 2009).

Les études concluent toutefois que les services de *headspace* en Australie rencontrent des **difficultés à rejoindre les jeunes de l'immigration ou dont la langue est différente de l'anglais** (Hiflerty et al., 2015 ; Patulny et al., 2013). Comparativement aux 18 % des jeunes de la population australienne qui sont nés à l'extérieur du pays, Hiflerty et ses collègues (2015) rapportent que ce groupe forme uniquement 7,2 % des jeunes qui ont utilisé les services de *headspace* durant l'année fiscale 2013-2014. De façon plus marquée, alors que 15,4 % des jeunes en Australie parlent une langue différente de l'anglais à la maison, cela ne représente que 2,4 % des jeunes dans les services de *headspace* durant l'année à l'étude (Hiflerty et al., 2015).

### EFFETS DES SERVICES DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES JEUNES

La présente revue de littérature a permis d'identifier cinq documents traitant des effets des services sur la santé mentale des jeunes, trois pour *headspace* (Basilios et al., 2017; Hiflerty et al., 2015; Rickwood et al., 2015a), un pour *Jigsaw* (O'Keeffe et al., 2015) et un pour les *Youth One Stop Shop* (Communio, 2009). Parmi ceux-ci, quatre documents présentent des données issues d'au moins une étude quantitative à devis longitudinal (Basilios et al., 2017; Hiflerty et al., 2015; O'Keeffe et al., 2015; Rickwood, 2015a), dont deux avec un ou plu-

1 Inclut à la fois les aborigènes d'Australie et les indigènes du détroit de Torrès.

2 Inclut à la fois les Rangatahi Maori et les Samoans.

sieurs groupes témoins (Bassilios et al., 2017; Hilferty et al., 2015), deux documents présentent des données issues d'un sondage de satisfaction réalisé auprès des jeunes ou des acteurs impliqués (Communio, 2009; Hilferty et al., 2015) et un document présente des données qualitatives basées sur des entretiens (Hilferty et al., 2015).

### Effets des services sur une mesure de la détresse psychologique

Les trois études quantitatives sur *headspace* (Bassilios et al., 2017; Hilferty et al., 2015; Rickwood et al., 2015a) concluent à **l'efficacité des traitements de *headspace* pour diminuer la détresse psychologique selon un instrument de mesure standardisé (K10<sup>3</sup>)**. Parmi ces trois études, deux ont été menées à partir de données administratives de *headspace* pour l'année fiscale 2013-2014; ainsi, il y a un croisement important entre les données utilisées dans les deux documents, la différence étant que Rickwood et ses collègues (2015a) s'intéressent uniquement aux jeunes ayant reçu des services en santé mentale alors que Hilferty et ses collègues (2015) s'appuient sur les données de l'ensemble des services offerts par *headspace*. L'étude quantitative (O'Keeffe et al., 2015) conclut également à **l'efficacité des traitements de Jigsaw pour diminuer la détresse psychologique, selon un instrument de mesure standardisé (CORE-10 ou YP-CORE<sup>4</sup>)**. Toutes les études de l'efficacité des RSIJ retenues dans le cadre de cette revue concluent à l'efficacité des services évalués afin de diminuer la détresse psychologique. Chacune des

quatre études recensées rapporte **une faible diminution du score moyen de l'échantillon sur un instrument standardisé évaluant la détresse psychologique après le suivi d'un traitement**.

Deux des études quantitatives (Hilferty et al., 2015; Rickwood et al., 2015a) ont tenté **d'évaluer dans quelle proportion le traitement entraîne un changement au score de détresse psychologique (K10) qui est statistiquement significatif, et dans quelle proportion le traitement entraîne un changement au score de détresse psychologique (K10) cliniquement significatif** en employant la méthode de Jacobson et Truax (1991) pour fixer ces deux seuils. Selon cette méthode, Hilferty et ses collègues (2015) rapportent que pour la majorité des jeunes ayant reçu des services de *headspace* durant l'année fiscale 2013-2014 (n = 26 058), le changement au score de détresse psychologique au K10 est non-significatif (67,9 %, n = 17 693). Pour 22,7 % (n = 5 908) des jeunes, la diminution de leur score de détresse psychologique post-traitement était significative à un seuil de 5 %, alors que pour 13,3 % (n = 3 455) de ces jeunes, cette diminution a été jugée cliniquement significative. À partir des scores au K10, les auteurs ont également observé une augmentation de la détresse psychologique statistiquement significative à un seuil de 5 % chez 9,4 % des jeunes (n = 2 457) et une augmentation cliniquement significative dans 4,5 % des cas (n = 1 183). Des taux similaires ont été rapportés par Rickwood et ses collègues (2015a) sur un échantillon composé à partir des mêmes données administratives.

---

3 L'échelle de détresse psychologique de Kessler (Kessler et al., 2002) est un questionnaire d'auto-évaluation en 10 items à mesure unidimensionnelle de la détresse psychologique. Plus de détails sont disponibles dans le glossaire au début du rapport.

4 Le *Clinical Outcomes in Routine Evaluation* (CORE-10; Barkham et al., 2012) et sa version pour les 11-17 ans (YP-CORE; Twigg et al., 2009) sont des questionnaires d'auto-évaluation en 10 items à mesure unidimensionnelle de la détresse psychologique.

Deux études quantitatives (Bassilios et al., 2017; Hilferty et al., 2015) ont spécifiquement comparé **l'efficacité des services de *headspace* afin de diminuer la détresse psychologique comparativement à celle d'autres services en santé mentale ou à l'absence de services**. Hilferty et ses collègues (2015) ont comparé un groupe traitement *headspace* (n = 631) avec un groupe témoin apparié de jeunes n'ayant reçu aucun traitement (n = 631) et un groupe témoin apparié de jeunes ayant reçu un traitement différent de *headspace* (n = 631). Une réduction des scores de détresse psychologique (K10) a été observée dans les trois groupes sur une période d'environ 9 mois entre les deux temps de mesure, et ces changements avaient un niveau de signification statistique de 99 %. La taille de l'effet du changement mesuré selon le coefficient d de Cohen<sup>5</sup> est plus importante pour le groupe traitement *headspace* (-0,34) que pour le groupe de jeunes n'ayant reçu aucun traitement (-0,21) ou le groupe de jeunes ayant reçu un traitement différent de *headspace* (-0,24). Lorsque comparé avec la méthode statistique des doubles différences, le groupe traitement *headspace* montre une plus grande réduction de la détresse psychologique dans le temps, lorsque comparé avec le groupe sans traitement et le groupe autre traitement, avec un seuil de signification statistique de 95 %. Cependant, les tailles d'effets selon le coefficient d de Cohen pour cette comparaison sont faibles (d = -0,16, d = -0,11, respectivement). Quant à Bassilios et ses collègues (2017), ils ont comparé un groupe traitement *headspace* (n = 1 326) avec un groupe traitement de *Access to Allied Psychological Services* (n = 1 303), qui n'est pas un réseau de services intégrés. Les auteurs relèvent une réduction des scores de détresse psychologique (K10) dans les deux groupes

entre l'évaluation initiale et l'évaluation à la fin du traitement, et ces changements ont un niveau de signification statistique de 99,9 %. Par ailleurs, les auteurs ne présentent pas la taille de l'effet du changement mesuré et ne concluent pas que l'un des programmes est plus efficace que l'autre (Bassilios et al., 2017).

### Variables modératrices de l'effet des services sur une mesure de la détresse psychologique

Des auteurs ont également testé l'influence des variables « nombre de séances d'intervention » (Hilferty et al., 2015; Rickwood et al., 2015a), âge (Hilferty et al., 2015; Rickwood et al., 2015a; O'Keeffe et al., 2015), genre (Hilferty et al., 2015; O'Keeffe et al., 2015 ; Rickwood et al., 2015a), « motif principal de consultation » (Hilferty et al., 2015; Rickwood et al., 2015a), « identification à un statut LGBTI » (Hilferty et al., 2015), « statut socio-économique » (Hilferty et al., 2015) et « éloignement d'un centre urbain » (Hilferty et al., 2015) sur l'efficacité du traitement à diminuer la détresse psychologique des jeunes. Globalement, il n'est pas possible de constater de façon indubitable que ces variables auraient des effets sur l'efficacité du traitement.

De façon générale, **indépendamment du genre, les auteurs observent une diminution de la détresse psychologique avec l'augmentation du nombre de visites dans les services** (Hilferty et al., 2015; Rickwood et al., 2015a). Deux études concluent que l'âge et le genre n'ont pas d'effet statistiquement significatif sur l'efficacité du traitement (O'Keeffe et al., 2015 ; Rickwood et al., 2015a). Hilferty et ses collègues (2015) décrivent de légères différences selon le genre et l'âge à partir de leurs données brutes, sans toutefois présenter de test d'hy-

5 Type de taille d'effet standardisé entre deux moyennes.

pothèse. Ils soulignent que les hommes ont un niveau de détresse psychologique moyen moins élevé que celui des femmes à leur entrée dans les services, et que cela est plus visible chez les moins de 14 ans et chez les 15 à 17 ans. Ils soulignent également que l'efficacité du traitement ne varie pas selon l'âge pour les hommes, mais que chez les femmes, il y a une diminution plus importante du score moyen au K10 dans les groupes de femmes plus âgées que dans les groupes de femmes plus jeunes. Les auteurs ne présentent aucune explication pour ces observations.

Deux études (Hilferty et al., 2015; Rickwood et al., 2015a) examinent l'influence du motif principal de consultation sur l'efficacité du traitement à diminuer la détresse psychologique. Hilferty et ses collègues (2015) soutiennent que **le motif principal de consultation à headspace influence l'évolution du niveau de détresse psychologique (K10) dans le temps**. Pour les jeunes dont le principal motif de consultation est la santé mentale, les auteurs identifient une trajectoire générale de diminution du niveau de détresse psychologique avec le nombre de visites. Toutefois, pour ceux dont le principal motif de consultation est la santé sexuelle et la santé physique, la trajectoire générale du score de détresse psychologique (K10) paraît augmenter avec le nombre de visites. Les auteurs ne formulent aucune observation spécifique pour les jeunes se présentant pour un motif en lien avec la consommation de drogues et d'alcool, l'employabilité ou l'aide situationnelle. De plus, ces résultats s'appuient sur des observations des données, et non sur des tests d'hypothèses statistiques. Spécifiquement pour les jeunes se présentant pour recevoir des services de *headspace* en santé mentale, Rickwood et ses collègues (2015a) identifient que le motif de consultation en san-

té mentale (ex. : symptôme dépressif, anxiété, trouble du comportement alimentaire) n'est pas un prédicteur de l'effet du traitement de la détresse psychologique dans le temps.

Les analyses menées par Hilferty et ses collègues (2015) ne permettent pas d'identifier des différences significatives quant à l'efficacité du traitement en fonction de l'identification à un statut LGBTQAI+, du statut socio-économique ou de l'éloignement d'un centre urbain.

#### Effets des services sur les idées suicidaires autorapportées et de l'automutilation

Une étude (Hilferty et al., 2015) conclut à la diminution des idées suicidaires autorapportées et de l'automutilation sur une période d'environ 9 mois dans un échantillon de jeunes utilisateurs des services *headspace* (n = 1 364). Dans l'échantillon, cette diminution des idées suicidaires et de l'automutilation est observée chez les jeunes ayant connu également une diminution de leur score de détresse psychologique (K10), mais aussi chez ceux pour qui le changement au score de détresse psychologique est non significatif à un seuil de 5 %. Pour les auteurs, cela indique que **les services de headspace peuvent avoir un effet bénéfique sur la santé mentale des jeunes, même si leur niveau de détresse psychologique ne diminue pas** (Hilferty et al., 2015).

#### Perception des jeunes de l'effet des services sur la santé mentale

Deux études (Communio, 2009 ; Hilferty et al., 2015) présentent des résultats de sondages menés auprès de jeunes sur leur perception de l'effet du traitement sur leur santé mentale. Selon ces études, **une majorité des participants perçoivent que les services évalués ont un effet positif sur la santé des jeunes**. Sur les 22 614 jeunes ayant répondu au sondage de

satisfaction de *headspace*, 57,8 % sont d'accord avec l'affirmation que *headspace* a amélioré leur santé mentale, contre 38,1 % qui se disent neutres et 4,3 % qui sont en désaccord avec l'affirmation (Hilferty et al., 2015). Ce même sondage rapporte que 62,7 % des répondants affirment que *headspace* les a aidés à mieux connaître leur santé mentale, contre 32,8 % qui se disent neutres et 4,6 % qui sont en désaccord. Sur un plus petit échantillon (n = 252), 94 % des jeunes ayant participé à un sondage de satisfaction estiment que les *Youth One Stop Shops* aident à améliorer la santé et le bien-être de leurs usagers (Communio, 2009). Ces documents présentent aussi **une perception positive des acteurs impliqués (Communio, 2009) et des parents (Hilferty et al., 2015) par rapport à l'efficacité des services à améliorer la santé mentale des jeunes**. Cependant, ces données sont incomplètes, puisque la composition du groupe des acteurs impliqués n'est pas présentée (Communio, 2009) et les taux de réponse ne sont pas disponibles dans le document (Hilferty et al., 2015).

Une seule étude (Hilferty et al., 2015) dévoile des résultats qualitatifs sur l'effet du traitement sur la santé mentale des jeunes. Sur les 50 jeunes utilisateurs des services de *headspace* ayant participé aux entretiens semi-structurés de Hilferty et ses collègues (2015), 48 ont rapporté une amélioration de leur santé mentale due à leur implication dans les services.

*They helped me a lot... I don't think I would have been able to get through last year without them. I was that bad that I wouldn't even move off my bedroom floor to get up on my bed and go to sleep, I just laid there (Female, 15 years). (p. 66)*

Selon la perspective des jeunes rapportés par ces auteurs, **l'amélioration de la santé men-**

**talement se manifeste par une amélioration de la capacité de gestion des émotions et des symptômes de leur trouble de santé mentale, une diminution de la fréquence des épisodes dépressifs, une amélioration de la confiance en soi, une diminution des idées suicidaires et de l'automutilation ainsi qu'une meilleure capacité à surmonter les symptômes du trouble mental qui les empêchent de participer à certains aspects importants de leur vie.**

Parmi les contributions directes de *headspace* nommées par les jeunes, les auteurs ont relevé les apprentissages sur la reconnaissance des symptômes de santé mentale et des façons de mieux les gérer, l'opportunité de parler de ses difficultés et de se sentir compris dans son vécu et le développement de stratégie de gestion des émotions.

*Well they just kind of let me talk about it and they kind of just let me know that that's not normal stuff. And they don't tell me to ignore it – I mean, they just kind of give me strategies, like they say, ignore it, but then they give me strategies to do it, like go to your room or read or something like that (Female, 15 years). (p. 67)*

## **EFFET DES SERVICES DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS SUR LE FONCTIONNEMENT SOCIAL ET OCCUPATIONNEL DES JEUNES**

La présente revue de littérature a permis d'identifier deux documents traitant des effets des services sur le fonctionnement social des jeunes de *headspace* (Hilferty et al., 2015; Rickwood et al., 2015a). Ces deux documents présentent des données issues d'au moins une étude quantitative à devis longitudinal. De plus, un document (Hilferty et al., 2015) présente également des données issues de sondages de

satisfaction réalisés auprès des jeunes ou des acteurs impliqués et des données qualitatives basées sur des entretiens.

### Effets des services sur une mesure du fonctionnement social et occupationnel des jeunes

Les deux études (Hilferty et al., 2015; Rickwood et al., 2015a) concluent à l'efficacité des traitements de *headspace* pour améliorer le fonctionnement social et occupationnel des jeunes selon un instrument de mesure standardisé (*Social and Occupational Functioning Assessment Scale*; SOFAS). Ces deux études ont été menées à partir des données administratives de *headspace* pour l'année fiscale 2013-2014. Il y a ainsi un croisement important entre les données utilisées dans les deux documents, la différence étant que Rickwood et ses collègues (2015a) s'intéressent uniquement aux jeunes ayant reçu des services en santé mentale, tandis que Hilferty et ses collègues s'appuient sur les données de l'ensemble des services offerts par *headspace*.

Les deux études ont tenté d'évaluer dans quelle proportion le traitement entraîne un changement au score de fonctionnement social et occupationnel (SOFAS) dans le temps. L'une des études (Hilferty et al., 2015) a divisé les jeunes en cinq classes selon leur score brut sur 100 à l'instrument SOFAS, où chaque classe représente un intervalle de score de 20 points (1-20; 21-40; etc.). Selon cette méthode, 54 % des 28 284 jeunes de l'échantillon n'ont pas changé de classe entre leur première et leur dernière visite à *headspace*, 29 % ont amélioré leur fonctionnement social et occupationnel d'au moins une classe, et 16,6 % ont réduit leur fonctionnement social et occupationnel d'au moins une classe. L'autre étude (Rickwood et al., 2015a) a plutôt employé la méthode Jacobson et Truax (1991) pour identifier les chan-

gements qui sont statistiquement significatifs selon l'indice de changement fiable. Rickwood et ses collègues (2015a) rapportent que pour la majorité des jeunes ayant reçu des services en santé mentale de *headspace* de leur échantillon (n = 15 496), le changement au score de fonctionnement social et occupationnel (SOFAS) n'est pas significatif (53,6 %). Pour 30,9 % des jeunes, l'augmentation de leur score de fonctionnement social et occupationnel (SOFAS) post-traitement était significative à un seuil de 5 %, alors que pour 15,5 % de ces jeunes, la diminution de ce score était statistiquement significative.

Enfin, le genre (Hilferty et al., 2015; Rickwood et al., 2015a), l'âge (Hilferty et al., 2015; Rickwood et al., 2015a) et l'identification à un statut LGBTQAI+ (Hilferty et al., 2015) n'ont pas été identifiés comme prédicateurs des effets des services sur le fonctionnement social des jeunes de *headspace* dans les études, mais **l'augmentation du nombre de visites dans les services était indicative de l'augmentation du score de fonctionnement social et occupationnel au SOFAS** (Hilferty et al., 2015; Rickwood et al., 2015a).

### Effets des services sur une mesure de l'incapacité fonctionnelle des jeunes

L'étude de Hilferty et ses collègues (2015) a spécifiquement **comparé l'efficacité des services de *headspace* à augmenter le fonctionnement social et occupationnel comparativement à celle d'autres services en santé mentale ou à l'absence de services**. Pour ce faire, Hilferty et ses collègues (2015) ont comparé un groupe traitement *headspace* (n = 631) avec un groupe témoin apparié de jeunes n'ayant reçu aucun traitement (n = 631) et un groupe témoin apparié de jeunes ayant reçu un traitement différent de *headspace* (n = 631). Les jours d'incapa-

cité fonctionnelle et le sentiment d'inclusion sociale ont été évalués à deux moments sur une période de 9 mois pour les trois groupes.

Pour évaluer l'incapacité fonctionnelle, les auteurs ont interrogé les répondants sur le nombre de jours durant lesquels ils étaient complètement incapables de travailler, d'étudier ou d'accomplir leurs activités de la vie quotidienne en raison de leur détresse psychologique dans les 30 derniers jours. Ils ont également invité les répondants à estimer le nombre de jours où ils étaient en mesure de travailler, d'étudier ou d'accomplir leurs activités de la vie quotidienne, mais de façon réduite en raison de la détresse psychologique dans les 30 derniers jours. Une amélioration entre les deux temps de mesure a été relevée par les auteurs dans le groupe traitement *headspace* pour les deux indicateurs, avec un seuil de signifiante statistique de 99 % et des coefficients de Cohen autour de -0,3, ce qui correspond à de petites tailles d'effet. Concrètement, cela se traduit par une diminution sur 30 jours de 0,4 jour pour le premier indicateur et de 2 jours pour le second indicateur. **Lorsque comparé à chacun des deux groupes témoins appariés avec la méthode des doubles différences, le groupe traitement *headspace* performe légèrement mieux, avec un seuil de signifiante statistique de 99 %.**

#### Effets des services sur le sentiment d'inclusion sociale<sup>6</sup> des jeunes

Pour évaluer l'effet du traitement sur le sentiment d'inclusion sociale, le taux de jeunes qui sentent que les gens sont présents pour eux à chacun des deux temps de mesure a été comparé (Hilferty et al., 2015). Pour le groupe traitement *headspace*, ce taux est passé de 42 % au

temps 1 à 47,4 % au temps 2, ce qui indique une augmentation de 5,45 %, mais le résultat n'est pas statistiquement significatif avec un seuil de signification statistique fixé à 95 %. En outre, une augmentation plus importante du sentiment d'inclusion sociale est observée pour le groupe de jeunes n'ayant reçu aucun traitement et pour le groupe de jeunes ayant reçu un traitement différent de ceux fournis chez *headspace*, avec des résultats statistiquement significatifs dans les deux cas selon un seuil de signification statistique de 95 %.

#### Perception des jeunes de l'effet des services sur leur niveau de fonctionnement social et occupationnel

Le sondage de satisfaction réalisé auprès de 22 614 jeunes utilisateurs des services de *headspace* (Hilferty et al., 2015) ne comporte aucune donnée spécifique au fonctionnement social, mais deux questions peuvent s'y rapporter. D'une part, 56 % des répondants perçoivent que, mis à part la santé mentale, *headspace* a amélioré d'autres aspects de leur vie (ex. : assiduité à l'école ou au travail, relations sociales), contre 38,8 % des jeunes qui se disent neutres, et 4,3 % qui se disent en désaccord. D'autre part, 60,2 % des répondants perçoivent que *headspace* leur a permis d'être mieux outillés pour intervenir efficacement sur leur problème, contre 35,6 % des jeunes qui se disent neutres et 4,2 % qui se disent en désaccord.

Des effets positifs des services *headspace* sur le fonctionnement social sont également observés dans le volet qualitatif de cette étude. Hilferty et ses collègues (2015) rapportent que sur les 50 jeunes utilisateurs des services ayant participé aux entretiens qualitatifs, environ **la moitié affirment avoir amélioré leur**

6 L'inclusion sociale ici a une conceptualisation très restreinte et l'évaluation du sentiment d'inclusion sociale des jeunes est très limitée.

**relation sociale à l'école, avec leurs amis ou avec leur famille depuis qu'ils reçoivent des services de *headspace* Australie.** Certains de ces jeunes ont lié directement l'amélioration de leurs liens sociaux à l'amélioration de leur santé mentale, au développement d'une meilleure capacité de gestion des émotions ou du stress, à une plus grande confiance en eux ou à de meilleures habiletés à s'engager dans des relations sociales.

*They've helped me build up my confidence. A lot of my confidence went down a lot. Not only did they help me build up my confidence, they also helped me and supported me with a lot of things I needed, like Centrelink... He's helped me with filling out forms, to see doctors and organise appointments, to help me start studying again and to look for jobs.... Because of [my headspace counsellor] I've got my own place now. Yeah, I've got my full driver's licence because of [my headspace counsellor], helped me with my confidence, where before I couldn't do that (Male, 20 years). (p. 67)*

D'autres n'ont toutefois pas été en mesure d'expliquer concrètement pourquoi ils percevaient une amélioration de leurs relations sociales depuis leur participation aux services de *headspace*. À partir de ces entretiens, Hilferty et ses collègues (2015) soutiennent également qu'il faut en faire davantage pour intervenir auprès des familles et des jeunes à risque d'itinérance dans les services de *headspace*.

## **EFFET DES SERVICES SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES DES JEUNES**

La présente revue de littérature a permis de trouver une seule étude (Hilferty et al., 2015) traitant des effets des services sur la réduction

de la consommation d'alcool et de drogues des jeunes de *headspace*. Cette étude comporte des données issues d'une étude quantitative à devis longitudinal avec plusieurs groupes témoins et des données qualitatives basées sur des entretiens auprès des jeunes. Toutefois, les données ne sont pas spécifiques aux jeunes se présentant à *headspace* pour recevoir un traitement en lien avec la consommation d'alcool ou de drogues, et seulement 3 % des jeunes se présentant à *headspace* ont comme motif de consultation principal la consommation de drogues ou d'alcool.

### **Effets des services sur une mesure de la consommation d'alcool et de drogues des jeunes**

**Les données quantitatives de Hilferty et ses collègues (2015) ne permettent pas de conclure à l'efficacité du traitement de *headspace* pour diminuer la consommation d'alcool et de drogues des jeunes de *headspace*.** Leur étude a comparé les changements dans la consommation abusive d'alcool et les changements dans la consommation de cannabis des jeunes recevant des services de *headspace* par rapport à ceux ne recevant pas de services en santé mentale et ceux recevant d'autres services en santé mentale. Pour ce faire, un groupe traitement *headspace* (n = 631) a été comparé avec un groupe témoin apparié de jeunes n'ayant reçu aucun traitement (n = 631) et un groupe témoin apparié de jeunes ayant reçu un traitement différent de *headspace* (n = 631). L'effet du traitement sur la consommation d'alcool a été évalué à partir de l'indicateur autorapporté « nombre moyen de jours de consommation d'alcool abusive dans les 30 derniers jours », mesuré à deux moments sur un intervalle d'environ 9 mois. Sur cet indicateur, **les jeunes du groupe traitement**

**headspace ont connu une augmentation de la consommation entre les deux temps de mesures, mais les résultats ne sont pas statistiquement significatifs selon un seuil de signification statistique de 95 %.** En comparaison, une diminution du nombre moyen de jours de consommation d'alcool abusive dans les 30 derniers jours a été observée dans les deux groupes témoins, et ces résultats étaient statistiquement significatifs selon un seuil de signification statistique de 99 %. Lorsque comparés à chacun des deux groupes témoins appariés sur cet indicateur avec la méthode des doubles différences, les deux groupes témoins appariés performant mieux pour réduire la consommation abusive d'alcool que le groupe traitement *headspace*, avec un seuil de signification statistique de 99 %. Quant à la consommation de drogues, le taux de consommation autorapporté de cannabis dans les 30 derniers jours, mesuré en deux temps sur un intervalle d'environ 9 mois, a été utilisé pour évaluer les effets du traitement. Sur cet indicateur, aucun changement statistiquement significatif avec un seuil de signification statistique de 95 % n'a été observé, et ce, pour les trois groupes.

#### Perception des jeunes reliée à l'effet des services sur leur consommation d'alcool et de drogues

Les données qualitatives des entretiens semi-structurés auprès de 50 jeunes utilisateurs des services de *headspace* ont également été mobilisées par Hilferty et ses collègues (2015) dans leur évaluation des services. Les auteurs rapportent que 11 des 50 jeunes de leur échantillon ont rapporté des difficultés en lien avec la consommation de drogues et d'alcool. Parmi ces 11 jeunes, 10 ont attribué les améliorations dans ce domaine aux services qu'ils ont reçus à *headspace*.

*[My headspace counsellor] told me you know, don't try and give it up straightaway if you don't want to, but gave me a whole heap of pamphlets, which I read. She was like maybe just try one day on and one day off and I think it was about a day or two after that I was just sitting there and I had a cone and I thought you know, I don't want to do this anymore.... A lot of the stuff she said really sunk in. So the next day I went cold turkey and I haven't smoked anything since (Female, 20 years). (p. 69)*

Les auteurs constatent dans le discours des jeunes que **les services leur ont permis de réduire la fréquence ou la quantité d'alcool ou de drogues consommée, d'arrêter la consommation de drogues, de diminuer les dépendances d'alcool et de développer une meilleure compréhension de leurs habitudes de consommation et des déclencheurs.**

# EFFICACITÉ DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS JEUNES 12-25 ANS : DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Les données sur l'utilisation des services par les jeunes ainsi que le profil des jeunes utilisant ces services sont des indicateurs utilisés de manière récurrente dans la littérature pour évaluer l'efficacité d'une structure de services intégrés à faciliter l'accès et l'engagement des jeunes envers les services. En ce sens, les données montrent une augmentation de l'utilisation des services en santé mentale par les jeunes après l'implantation des services (Callaly et al., 2009; Patulny et al., 2013). L'analyse des profils des jeunes utilisateurs des services indique que ce type de service serait en mesure de rejoindre des profils de jeunes plus éloignés des services traditionnels, notamment les 15-20 ans (Bassilios et al., 2017; Communio, 2009; Hilferty et al., 2015; O'Keeffe et al., 2015; Patulny et al., 2013), les jeunes s'identifiant à un groupe LGBTQAI+ (Hilferty et al., 2015), les jeunes n'étant ni sur le marché du travail ni à l'école (Bassilios, 2018; Hilferty et al., 2015; Patulny et al., 2013) et les hommes, bien que ces derniers demeurent sous-représentés par rapport aux femmes dans les services (Bassilios et

al., 2017; Communio, 2009; Hilferty et al., 2015; O'Keeffe et al., 2015; Patulny et al., 2013). Les RSIJ présentaient également une sous-représentation des jeunes adultes plus vieux (Bassilios et al., 2017; Patulny et al., 2013). Les jeunes des régions seraient également surreprésentés dans les services par rapport à la population générale (Bassilios et al., 2017; Hilferty et al., 2015), mais parallèlement, la structure du modèle de services intégrés est remise en question lorsque vient le temps de rejoindre les jeunes hors des centres urbains, notamment parce qu'il est difficile de justifier la concentration d'autant de services différents en milieu peu densément peuplé (Salmon, Fernando et Berger, 2018). Par ailleurs, les données modèles de services intégrés développés en Australie (*headspace*) et en Nouvelle-Zélande (*Youth One Stop Shop*) révèlent une surreprésentation des jeunes des peuples autochtones comparative-ment à la population générale (Communio, 2009; Hilferty et al., 2015), mais également une sous-représentation des jeunes immigrants ou dont la langue parlée à la maison est différente

de l'anglais (Hilferty et al., 2015 ; Patulny et al., 2013). Malgré ces constats statistiques, le profil de fréquentation des jeunes de la diversité n'est pas approfondi dans la littérature.

Des données concernant les effets du traitement sur des mesures standardisées sont également régulièrement mobilisées pour évaluer l'efficacité d'une structure de services intégrés à améliorer la santé et le bien-être des jeunes. Les études concluent à l'efficacité des services à apporter des effets bénéfiques significatifs sur plusieurs indicateurs, notamment sur le niveau de détresse psychologique (Bassilios et al., 2017; Hilferty et al., 2015; O'Keeffe et al., 2015 ; Rickwood et al., 2015a), la diminution des idées suicidaires (Hilferty et al., 2015), le niveau de fonctionnement social et occupationnel (Hilferty et al., 2015; Rickwood et al., 2015a), et la mesure de l'incapacité fonctionnelle (Hilferty et al., 2015). Les études concluent également que les jeunes, les parents et les acteurs impliqués perçoivent les effets positifs du traitement sur leur santé ou celle des jeunes (Communio, 2009; Hilferty et al., 2015). Des études à devis qualitatifs soutiennent également l'efficacité du traitement dans les services, notamment en ce qui concerne l'amélioration de la santé mentale des jeunes (Communio, 2009 ; Hilferty et al., 2015; Muir, Powell et McDermott, 2012). Cependant, si les différents réseaux de services intégrés se veulent d'approche holistique quant à la santé, et offrent généralement des services en santé mentale, en santé physique et sexuelle, en employabilité et en dépendance, les évaluations se consacrent majoritairement aux indicateurs de la santé mentale, de sorte qu'il est impossible de conclure en l'efficacité de l'intervention à affecter les autres domaines. De plus, certaines études présentent des résultats contradictoires, exposant par exemple

les bénéfices qualitatifs du traitement sur la consommation selon les jeunes, mais aussi des données quantitatives indiquant l'absence d'effets du traitement sur la consommation d'alcool et de drogues des jeunes (Hilferty; 2015). Par ailleurs, une seule étude s'intéresse à l'efficacité du traitement en fonction du profil des jeunes et conclut à l'absence de différence significative relative à l'identification à un statut LGBTQAI+, du statut socio-économique ou de l'éloignement d'un centre urbain (Hilferty et al., 2015). L'étude recensée n'aborde pas l'efficacité du traitement pour les jeunes appartenant à une nation autochtone, les jeunes immigrants ou ceux dont la langue parlée à la maison est différente de l'anglais.

Deux éléments principaux sont considérés comme critiques et appropriés en lien avec l'efficacité des RSIJ. Le premier concerne l'importance du développement de devis mixtes d'évaluation de l'efficacité méthodologiquement robustes et valides, avec une approche longitudinale et expérimentale. Ce type d'évaluation permet réellement de rendre compte des effets des RSIJ à court, moyen et long terme. Le deuxième se préoccupe de la qualité des données administratives collectées durant le continuum de services des jeunes. On s'interroge par ailleurs à savoir si la qualité des données (administratives et cliniques) permet de mesurer réellement l'efficacité et donc les effets. Il a été recommandé notamment d'inclure une proposition sur la nature des données qui permettraient de réaliser cette évaluation de l'efficacité. Une diversité des types de données (qualitatives et quantitatives) permettrait de renforcer la validité de ces dernières.

Les recommandations suivantes reflètent les propositions formulées par le Comité délibératif :



**Développer des devis mixtes d'évaluation** (qualitative et quantitative) de l'efficacité méthodologiquement robustes et valides avec une approche longitudinale et expérimentale;



**S'assurer, en amont, de la qualité des données administratives collectées** durant le continuum de services offerts aux jeunes autant par l'équipe dédiée RSIJ que par ses partenaires ainsi que des données populationnelles.

# EFFICIENCE DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS JEUNES 12-25 ANS : CONSTATS DE LA LITTÉRATURE

## CAS « HEADSPACE » : UNE ANALYSE DES COÛTS<sup>1</sup>

Hilferty et ses collègues (2015) ont mené, au profit du gouvernement, une analyse des coûts de *headspace* sur une année fiscale, en plus de proposer des pistes d'analyse de l'efficacité de ce RSIJ.

**Les auteurs estiment le coût moyen d'un point de service *headspace* à 1058000\$ par année** (Hilferty et al., 2015). Les auteurs évaluent également un coût par prestation de service offerte à un jeune durant l'année fiscale 2014-2015 d'environ 332.22\$. Ils précisent que ce montant s'appuie uniquement sur les données des 56 points de services pleinement opérationnels, excluant 10 points de services toujours en phase d'implantation. Ce montant est qualifié de comparable au coût estimé de 296.94\$ par prestation de service pour les services en santé mentale ambulatoires australiens pour l'année fiscale 2012-2013 (Hilferty et

al., 2015, citant SCRGSP, 2015).

En tout, pour l'année fiscale 2013-2014, *headspace* a offert 194968 prestations de services à travers l'ensemble de ses points de services. Les auteurs rapportent qu'en moyenne, un jeune consulte pour cinq occasions, et que la demande initiale est majoritairement en réponse à des besoins en santé mentale (80 %) ou situationnels (12,1 %), notamment l'intimidation, les conflits familiaux et le risque d'itinérance. Ils considèrent que pour l'année fiscale 2013-2014, au moins 89,9 % des prestations de services pour *headspace* ont été financées par des fonds provenant du gouvernement australien, par le biais de divers programmes. Les auteurs rapportent que l'investissement du gouvernement australien passe majoritairement par **trois (3) sources de financement principales** :

- 75 % de l'investissement du gouvernement australien dans *headspace* passe

---

<sup>1</sup> Tous les montants ont été convertis en dollar canadien selon le taux de change en 2013 pour les données *headspace*. Au 13 mars 2015, un (1) dollar australien valait 0,98 dollar canadien.

par une **entente de service indépendante** pour chaque point de services, associée à un montant fixe par année renégociable chaque 3 ou 4 ans. Ce montant couvre à la fois les frais d'exploitation des centres (infrastructure, salaire du personnel administratif, etc.) et des frais de services directs (salaire de certains intervenants). Les auteurs rapportent que ce montant varie de 588 000\$ à 1 078 000\$ selon le point de services, pour une moyenne de 825 160\$ calculée à partir des 66 points de services analysés durant l'année fiscale 2013-2014 (Hilferty et al., 2015).

- Pour chaque point de services *headspace*, **un montant annuel est également accordé à l'Office national de headspace**. Les fonds de l'Office national servent notamment à financer les systèmes informatiques, les services en ligne *headspace*, la formation des intervenants, la recherche, les programmes de sensibilisation, l'intervention dans les écoles et le soutien dans la gestion de chacun des points de services. Pour l'année fiscale 2013-2014, cela représentait 6 209 280\$, soit 94 080\$ accordés pour chacun des 66 points de services (Hilferty et al., 2015).
- **Le régime d'assurance publique australien Medicare couvre les honoraires de plusieurs professionnels de la santé œuvrant à headspace** (ex. : psychologues, médecins généralistes, psychiatres, travailleurs sociaux, infirmières en santé mentale). Pour l'année fiscale 2013-2014, les auteurs estiment le montant couvert pour les services reçus chez *headspace* à 7 814 115,26\$, soit

en moyenne 117 600\$ par point de services (Hilferty et al., 2015).

Hilferty et ses collègues (2015) mentionnent également que *headspace* perçoit **une faible partie de son financement à travers d'autres programmes gouvernementaux complémentaires comme Access to Allied Psychological Services (ATAPS), Mental Health Nurse Incentive Program (MHNIP) et Rural Primary Health Services (RPHS)**, mais rapportent que les données spécifiques à ces programmes ne sont pas accessibles. Néanmoins, ils soulignent que si, à l'échelle nationale, la part de financement provenant de ces programmes gouvernementaux complémentaires est faible, le financement de certains points de services pris individuellement dépend de ces subventions et leur retrait pourrait compromettre les opérations.

Dans leur évaluation de l'efficacité, Hilferty et ses collègues (2015) soulignent pour certains **indicateurs un manque d'efficacité dans les services de headspace**. D'une part, ils relèvent que plusieurs points de services affichent des **surplus budgétaires significatifs**. D'autre part, si le coût moyen par prestation de service de l'ensemble des centres étudiés est estimé à 332,22\$, ils remarquent une **variation importante** de celui-ci d'un point de services à un autre, avec des montants qui varient entre 133,28\$ et plus de 980\$ pour une seule prestation de service (Hilferty et al., 2015). **Pour les auteurs, cela pourrait représenter des indicateurs d'inefficacité pour certains points de service, bien qu'ils estiment nécessaire de mener des évaluations plus approfondies des sites pour comprendre les facteurs explicatifs**. Pour ce faire, ils recommandent de mettre en place rapidement certaines mesures pour identifier et améliorer les points de services les moins efficaces (Hilferty et al., 2015) :

- Identifier les points de services avec le coût par prestation de services le plus élevé, et y conduire une évaluation pour relever les facteurs qui peuvent réduire leurs efficiences opérationnelles afin d'intervenir par la suite lorsque cela est possible pour optimiser les coûts;
- Réviser le système d'attribution du financement pour les ententes de services entre le gouvernement et chaque point de services pour qu'il soit plus proche d'une prédiction des besoins de services de la population. Hilferty et ses collègues (2015) précisent dans leur évaluation du modèle d'attribution du financement que celui-ci considère plusieurs facteurs, mais n'accorde pas un poids assez important à la population couverte et à l'achalandage du point de services, ce qui entraîne un sous-financement de certains des points de services les plus achalandés dans les régions métropolitaines, ce qui diminue la capacité d'offrir des services aux jeunes et augmente leur temps d'attente (Hilferty et al., 2015);
- Identifier des indicateurs de performance mesurables qui soient liés à l'attribution du financement gouvernemental de chacun des points de services.

### CAS « JIGSAW » : UNE PROJECTION COÛTS-BÉNÉFICES<sup>2</sup>

Clayton et Illback proposent quatre rapports complémentaires publiés en 2013 dont l'objectif est de justifier la pertinence, d'un point

de vue économique, de l'implantation du RSIJ *Jigsaw* à l'échelle nationale pour la République d'Irlande. Les données portent sur les années 2011-2013. Ces rapports présentent (1) une analyse des besoins en santé mentale des jeunes et une description de *Jigsaw*, (2) une analyse des coûts des problématiques de santé mentale chez les jeunes pour le gouvernement, (3) une analyse des coûts de *Jigsaw* et (4) une analyse de projection coûts-bénéfices de l'adoption nationale de *Jigsaw*. Dans le cadre de cette ET-MISSS, seuls les trois derniers rapports ont été retenus pour analyse. Les trois rapports ont été considérés comme une seule étude, mais seules les données des rapports 3 et 4 se rapportant à l'analyse de l'efficacité de *Jigsaw* sont présentées dans cette section.

Dans *Cost Analysis of the Jigsaw Program* (3), Clayton et Illback (2013b) estiment **le coût annuel pour le gouvernement d'un site *Jigsaw* à environ 1 156 000\$ par année**. Cette estimation est faite en contexte **d'une implantation nationale d'au moins 30 sites**, où chaque site emploie sept professionnels équivalents temps plein, soit un gestionnaire de programme, un spécialiste en activité clinique, trois intervenants professionnels, un agent administratif et un agent de planification et d'engagement. Dans ce contexte, les auteurs estiment un montant de 612 000\$ par année pour le salaire des membres du personnel ainsi que les honoraires d'un médecin de famille à temps partiel, un montant de 74 800\$ par année pour couvrir les frais associés aux locaux, un montant de 61 200\$ pour le déploiement de programmes de promotion et de sensibilisation, un montant de 204 000\$ pour le soutien opérationnel et clinique ainsi qu'un montant de 204 000\$ par site pour les opérations de l'Office national.

<sup>2</sup> Tous les montants ont été convertis en dollar canadien selon le taux de change en 2015 pour les données de *Jigsaw*. Au 13 mars 2013, un (1) euro valait 1,36 dollar canadien.

En plus de ces 1 156 000\$ par année estimés en coûts directs, Clayton et Illback (2013b) estiment également **la contribution en temps des organismes et des partenaires locaux à une valeur de 204 000\$** pour leur participation aux activités de gouvernance et de formation des intervenants partenaires. Sur ce deuxième élément, le modèle *Jigsaw* est présenté comme complémentaire aux autres services pour les jeunes déjà en place en Irlande, et nécessite que des intervenants d'organismes partenaires soient libérés pour recevoir une formation offerte par *Jigsaw* sur la santé mentale des jeunes, puis dédie une part de leur temps à l'intervention en santé mentale dans leur milieu.

Pour en arriver à cette estimation, **les coûts d'implantation et de pérennisation de points de services *Jigsaw* sont extrapolés à partir des coûts des sites de démonstration** (Clayton et Illback, 2013b). Les auteurs soulignent que la précision de leurs estimations des coûts pour un site typique est limitée par l'unicité de chacun des onze sites en développement en 2013 qui sont à des phases de développement différentes et l'importante variation des sources de financement d'un site à l'autre, qui ne sont pas toutes pérennes au moment de l'évaluation.

Après un processus d'implantation d'environ 3 ans, les auteurs estiment qu'un point de services entièrement opérationnel de *Jigsaw* permettra **d'offrir des interventions brèves et précoces à environ 750 jeunes par année et de faciliter l'accès aux services spécialisés hors *Jigsaw* à environ 50 autres jeunes ayant des besoins plus importants par année** (Clayton et Illback, 2013b). Les auteurs considèrent aussi qu'un point de services *Jigsaw* sera en mesure d'offrir de la formation en santé mentale et de la supervision clinique directe à 30

intervenants dans les organismes partenaires qui rejoindront ensemble 750 autres jeunes par année. En complémentarité aux services directs, Clayton et Illback (2013b) évaluent que **les activités de promotion et de sensibilisation sur la santé mentale dans les écoles, les communautés et sur les médias sociaux permettront de rejoindre environ 8 000 jeunes par année pour chaque point de service *Jigsaw* opérationnel.**

Dans *Cost Benefit Analysis* (4), Clayton et Illback (2013c) mentionnent que l'implantation de 30 points de services *Jigsaw* pourrait permettre une réduction des coûts pour le gouvernement de 16 656 600\$ ou d'environ 555 220\$ par point de services. Considérant que *Jigsaw* se veut complémentaire aux autres services et ne vise donc pas à remplacer d'autres programmes ou services, **les auteurs estiment que la réduction des coûts proviendrait d'une amélioration de l'efficacité générale du système de soins en santé mentale** (Clayton et Illback, 2013c). Ainsi, les auteurs lient ces réductions de coûts à certains facteurs comme la réduction des hospitalisations, la réduction des interventions de crises, la réduction des demandes de services aux médecins de famille, la réduction des prescriptions de médication psychiatrique, la réduction des listes d'attente et de la pression sur les intervenants du réseau, une meilleure utilisation des services spécialisés et la réduction des problèmes sociaux chez les jeunes (criminalité, consommation, absentéisme scolaire, violence dirigée contre soi-même, etc.). **Les estimations présentées quant à la réduction des coûts pour chacun de ces facteurs reposent majoritairement sur des hypothèses, bien que les auteurs qualifient celles-ci de conservatrices.**

Tenant compte à la fois des coûts d'implanta-

tion et de pérennisation estimés à 34 680 000\$ par année pour 30 points de services et d'une réduction des coûts estimés à 16 656 600\$ par année, les auteurs avancent que **l'implantation nationale du programme *Jigsaw* coûterait au gouvernement approximativement 17 952 000\$ par année ou 598 400\$ par année pour chaque site** (Clayton et Illback, 2013c).

# EFFICIENCE DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS JEUNES 12-25 ANS : **DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS**

En ce qui concerne l'efficacité des RSIJ, seulement deux études de cas ont pu être mobilisées. Dans les deux cas, les analyses ont été faites dans le cadre d'une implantation nationale du modèle de service. Dans le cas de *headspace*, où l'analyse porte sur l'année fiscale 2014-2015, le coût moyen d'un point de service est de 1 036 840\$, et le coût moyen d'une prestation de service est estimé à 332.22\$, ce qui est jugé par les auteurs comme comparable au coût d'une prestation de service en santé mentale ambulatoire. Durant l'année d'évaluation, 194 968 prestations de services ont été rendues à 45 195 jeunes à travers l'ensemble de ses 56 points de services, ce qui signifie qu'un jeune consulte à cinq occasions en moyenne. Hilferty et ses collègues (2015) ont toutefois relevé certains indicateurs d'inefficacité dans le RSIJ *headspace*, notamment des variations importantes entre les points de service en ce qui concerne le coût moyen pour une prestation de service, ainsi que dans la gestion des budgets, avec des surplus budgétaires significatifs observés dans certains points de service. Les calculs de projection de *Jigsaw* situent le

coût d'un point de service à environ 1 132 880\$ par année, en contexte d'une implantation nationale d'au moins 30 sites. Selon ces projections, un site aurait la capacité d'offrir des interventions brèves et précoces à environ 750 jeunes par année, en plus de faciliter l'accès aux services spécialisés hors *Jigsaw* à environ 50 autres jeunes ayant des besoins plus importants, et ce, par année. En cela, les projections des auteurs pour les services directs offerts par *Jigsaw* sont comparables à l'analyse des coûts menée sur *headspace*. Les bénéfices projetés pour l'implantation de 30 points de services sont calculés à partir d'une estimation de la réduction des coûts du système de soins en santé mentale générale par l'amélioration de son efficacité grâce à l'ajout des services *Jigsaw*. La réduction des autres interventions et de la pression sur le réseau, la prise en charge précoce des enjeux et la réduction des problématiques sociales chez les jeunes feraient économiser environ 16 656 600\$ par année à l'État, ou 555 220\$ par point de services. Cette analyse par Clayton et Illback (2013c) repose toutefois principalement sur une méthode de déduction

et d'hypothèses et non sur des données réelles.

Les recommandations relatives à l'efficacité des RSIJ font notamment allusion à la réalisation d'une analyse des coûts comparant les estimations gouvernementales aux coûts réels d'un site RSIJ ainsi qu'à l'attribution d'un financement équitable en fonction des besoins

de services de la population du point de services financé. Le seul commentaire soulevé ici concerne l'opérationnalisation de la première recommandation qui a fait l'objet d'une reformulation sans toutefois avoir soulevé de réserves.

Les recommandations suivantes sont proposées :



Réaliser une **analyse des coûts réels** d'un site RSIJ (sites pilotes ou de démonstration) sur quelques années de fonctionnement;



Prévoir une **attribution du financement qui soit équitable** en fonction des besoins de services de la population du point de services financé.

## CONCLUSION

La présente ETMISSS visait à répondre à quatre questions d'évaluation en lien avec les réseaux de services intégrés pour les jeunes (RSIJ) de 12-25 ans. La première question s'intéressait aux facilitateurs et aux obstacles à la mise en œuvre d'un RSIJ. La deuxième portait sur l'efficacité d'un RSIJ pour améliorer l'état de santé, le bien-être des jeunes et leur trajectoire des services. La troisième explorait la manière dont la mise en œuvre ou l'efficacité pourraient varier pour des jeunes de 12 à 25 ans de la diversité. Et finalement, la quatrième question portait sur l'efficacité des RSIJ.

À travers une revue systématique de la littérature et une démarche consultative de jeunes et d'intervenants, cette démarche a permis d'identifier des composantes clés nécessaires au succès de la mise en œuvre des RSIJ. Ce succès est variable d'un RSIJ à un autre, voire d'un point de services de RSIJ à un autre, selon des facteurs contextuels qui pourraient soit faciliter ou entraver la mise en œuvre des RSIJ. En matière d'efficacité, l'ETMISSS a permis de

brosser un portrait des variables qui ont fait l'objet d'une évaluation ou d'une recherche. Les particularités d'une mise en œuvre d'un RSIJ lorsqu'il s'agit de jeunes de la diversité sont néanmoins moins documentées dans la littérature. Enfin, l'ETMISSS présente une synthèse de deux analyses de coûts d'implantation de RSIJ, respectivement *headspace* et *Jigsaw*.

En définitive, bien que la revue de littérature systématique ait montré des variations quant à la définition des RSIJ et leurs composantes clés d'un milieu étudié à un autre, les résultats de cette ETMISSS auront un apport non négligeable dans la réflexion actuelle autour de l'implantation au niveau provincial et national de réseaux de services intégrés pour les jeunes de 12 à 25 ans. Les particularités contextuelles locales rendent sans doute périlleuse l'opérationnalisation des composantes clés sous une forme universelle. Néanmoins, l'identification des composantes clés faciliterait l'évaluation des conditions de succès dans le déploiement et la mise en œuvre des RSIJ adaptées à un

contexte québécois. Cela permet de cerner les différents enjeux liés à la structure et à l'accessibilité des services, aux rôles des acteurs impliqués, aux systèmes de gouvernance, à la promotion des services, à leur évaluation, etc. Les composantes identifiées avec les facteurs facilitants et les facteurs faisant obstacle permettront aux milieux de mieux planifier la mise en œuvre locale de leur RSIJ. Déjà, en amont, ces réseaux peuvent analyser leur propre situation en repérant leurs forces et les éléments à améliorer ou à renforcer afin d'optimiser la mise en œuvre. À d'autres égards, nous convenons que l'échantillon utilisé dans le cadre des consultations demeure relativement petit : seulement 14 intervenants jeunesse d'un seul CIUSSS à Montréal y ont participé, alors que seulement 12 jeunes de deux territoires ont été rencontrés. Ces points de vue ne pourraient, de fait, être généralisés à tous les contextes ou réalités d'autres territoires. Par ailleurs, les enjeux de la consultation ne touchent pas aux résultats relatifs à l'efficacité et l'efficience des RSIJ. Par ailleurs, les outils développés lors de la consultation (questionnaires pour les jeunes et les intervenants) sont reproductibles afin que chaque milieu puisse prioriser localement les éléments qui font consensus auprès des acteurs concernés.

Bien que les études portant sur l'efficacité de RSIJ présentent des résultats prometteurs quant à leur effet sur l'utilisation des services en santé mentale par les jeunes et les effets du traitement sur la santé et le bien-être des jeunes, ces résultats doivent être interprétés à la lumière des limites de la littérature actuelle. Sur la question de l'efficacité des services compris pour une population appartenant à des minorités culturelles, aucune étude ne s'intéresse directement à l'effet du traitement et à ses adaptations pour ces populations. De plus,

bien que des auteurs (Patulny et al., 2013) soutiennent qu'il faudrait s'intéresser à la raison pour laquelle les jeunes qui appartiennent à une minorité culturelle ou dont la langue parlée à la maison n'est pas l'anglais fréquentent moins les services, aucune étude spécifique à ce sujet n'a été développée depuis. Concernant la définition de la santé mentale, les infrastructures de données présentées dans les études s'appuient généralement sur un seul instrument d'évaluation standardisé pour cerner l'efficacité des services à travers uniquement un score de détresse psychologique sur l'instrument (Hilferty et al., 2015; O'Keeffe et al., 2015). Certains auteurs reconnaissent que cela est insuffisant pour cerner la complexité de la santé mentale, et ont donc mobilisé plusieurs autres variables complémentaires pour répondre à cette limite (Hilferty et al., 2015). Cependant, ces données sont issues d'un échantillon beaucoup plus petit et sur une moins longue période. Certaines études soulignent également comme limite l'absence ou la difficulté à mettre en place un groupe témoin ou des conditions expérimentales (Hilferty et al., 2015; O'Keeffe et al., 2015). Parallèlement, la faible durée de la collecte de données longitudinale est relevée directement comme une limite par certains auteurs (Hilferty et al., 2015; O'Keeffe et al., 2015) qui recommandent d'utiliser une perspective d'une durée plus longue qu'une année pour évaluer les trajectoires de services et l'effet des services sur les jeunes. Des suivis post-épisodes exploratoires qualitatifs sur les causes du désengagement, ou la passation d'instrument standardisé après avoir reçu un service pour voir si l'effet du traitement se maintient dans le temps permettraient également de préciser certaines réalités qui échappent aux données administratives (Hilferty et al., 2015; Rickwood et al., 2015a).

Finalement, ces limites importantes sur le plan des études de l'efficacité des RSIJ nous indiquent l'importance de bien planifier et d'investir les ressources nécessaires pour que ces évaluations puissent mieux nourrir l'apprentissage collectif et l'amélioration continue des RSIJ. D'une part, la littérature soulève l'enjeu lié à la comparabilité des données causé principalement par la disparité des façons dont chaque point de service collecte les données (Hilferty et al., 2015; Rickwood, Van Dyke et Telford., 2015). Comme les évaluations de programme sont réalisées à l'échelle nationale, des différences importantes (dans les pratiques, la localisation, les collaborations avec les organismes locaux et les effets des services) d'un point de service à un autre sont observées, mais leur effet sur les services est dilué dans l'évaluation globale. D'ailleurs, à cet effet, nous n'étions pas en mesure d'établir de liens de causalité entre une ou plusieurs des composantes clés identifiées et l'efficacité observée du RSIJ selon les variables documentées.

En conclusion, les réseaux de services intégrés pour les jeunes de 12 à 25 ans constituent un modèle de services prometteur. Cette ETMISSS a pu mettre en lumière les composantes clés, les conditions de mise en œuvre, l'efficacité et l'efficience de ces ETMISSS. Néanmoins, d'autres recherches et évaluations dont les approches et les méthodes sont inspirées des recommandations formulées dans ce rapport sont nécessaires afin d'enrichir les connaissances existantes.

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : FACTEURS CLÉS DE RÉUSSITE POUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ INTÉGRÉS (SUTER ET AL., 2009)

Facteurs clés	Principes
<b>Couverture de l'ensemble des services cliniques et de santé</b>	Ceci concerne les services de première ligne, les services spécialisés ainsi que la coopération entre les services de santé et de services sociaux.
<b>Focalisation sur l'utilisateur</b>	La raison d'être des systèmes intégrés est de répondre aux besoins des usagers et non aux besoins des fournisseurs des services. Cet élément se reflète par une analyse des besoins de la population et une volonté et un désir de changer les processus afin d'améliorer la satisfaction des usagers et les effets des services sur eux.
<b>Couverture géographique et médecins de famille</b>	Le but est de maximiser l'accessibilité et de minimiser la duplication.
<b>Standardisation des soins à travers les équipes interprofessionnelles</b>	Créer des équipes avec les mêmes standards de performance et d'efficacité permet aux usagers de transiter de façon harmonieuse d'une équipe à une autre. Cependant, à l'intérieur des équipes de travail, des défis de collaboration se posent, particulièrement la communication. Pour ce faire, la littérature propose des espaces de travail collectifs, l'utilisation des systèmes d'information, des rencontres d'équipes fréquentes.
<b>Gestion de la performance</b>	Le succès des modèles intégrés nécessite des systèmes de suivi de performance bien développés et incluant les indicateurs de résultats à différents niveaux. Ces systèmes ne doivent pas se centrer uniquement sur les coûts, mais aussi sur les résultats et la qualité des processus.
<b>Système d'information</b>	Permet de gérer l'information, suivre de façon effective et efficace l'utilisation et les résultats. Il facilite également la communication (voir plus haut). Le système devra être accessible à partir de tous les points de services. Des systèmes mal construits et implantés dans des conditions inadéquates (manque de formation, manque de standards communs, etc.) contribuent plutôt à l'échec de l'intégration de l'information.

<b>Culture organisationnelle et leadership</b>	La culture organisationnelle devra être cohérente avec la vision du système intégré. Les différences culturelles au sein du personnel de tous les niveaux, engagé dans le système, mènent à l'échec. Le leadership est donc important à ce niveau : il permet de ramener toutes ces cultures ensemble dans un processus de communication clair.
<b>Intégration des médecins</b>	Les médecins doivent être intégrés à tous les niveaux et doivent prendre du leadership sur le plan de la conception, de la mise en œuvre et de l'opérationnalisation du système intégré de santé. Des systèmes d'incitatifs et de rétention sont importants dans ce contexte où généralement les médecins sont plutôt réticents.
<b>Structure de gouvernance</b>	Rassembler des organisations et des services dans un système intégré nécessite le développement de structure de gouvernance pour assurer la coordination. Il faut qu'elle soit diversifiée et représentative des parties prenantes, y compris les médecins et les membres de la communauté.
<b>Gestion financière</b>	Le financement des services de modèles intégrés est d'une grande importance. En effet, avant d'obtenir des bénéfices économiques grâce aux économies d'échelle et la réduction des coûts, les coûts associés aux modèles intégrés sont plutôt élevés.

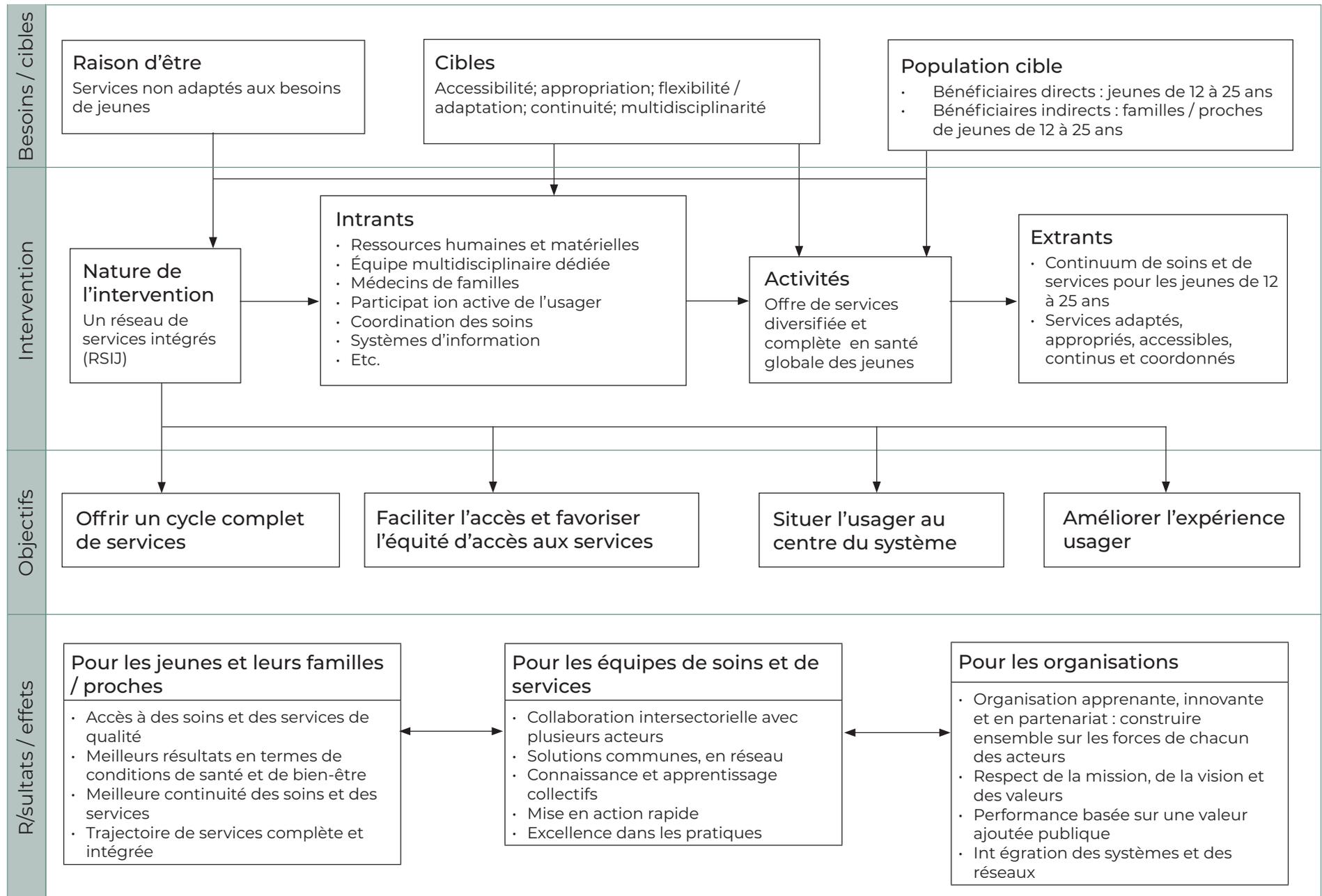
## ANNEXE 2 : FACTEURS CLÉS ET CRITÈRES DE RÉUSSITE DES RSIJ

(adapté du MSSS, 2018, p. 13-14)

Facteurs clés de réussite	Critères de réussite
<b>Participation des jeunes et de leurs parents</b>	Définition des services Modalités de prestations Pairs-aidants au sein de l'équipe d'intervenants Usager partenaire Représentation dans la structure de gouvernance et à tous les niveaux du processus de gestion Conception des sites, décors, ameublement, outils de communication
<b>Compréhension et adhésion des partenaires internes et externes</b>	Engagement formel des autres partenaires Mise en place d'un comité de suivi à l'interne Implication active de chacun dans les rencontres des partenaires Rigueur et respect dans la réponse aux livrables Présence aux différentes rencontres Promotion du projet par les partenaires Acceptation d'un leadership de projet interdirections
<b>Gestion du changement et adaptation des pratiques</b>	Soutien à la transformation Formation des intervenants et différents professionnels Séances d'informations auprès des instances concernées
<b>Participation des parties prenantes</b>	Comités d'experts qui effectuent de la veille scientifique en continu Personnes-ressources bien identifiées Faciliter la concertation Rôle consultatif
<b>Mobilisation des directions</b>	Rencontres de l'équipe de projet en fonction des besoins Rencontres du Comité directeur en fonction des besoins Mise en place d'un Comité de projet

<b>Bonne synchronisation MSSS- réseau</b>	Rencontres de suivi fréquentes lors de l'implantation Rencontres statutaires avec les responsables du MSSS Dégager les ressources requises au projet
<b>Leadership et imputabilité</b>	Adhésion des présidents-directeurs généraux (PDG) Inscription du projet à la salle de pilotage du comité de direction Imputabilité des directions
<b>Confidentialité et partage d'informations</b>	Définir les modalités de consentement et de partage de l'information

## ANNEXE 3 : MODÈLE LOGIQUE DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS JEUNESSE



## ANNEXE 4 : CRITÈRES PICOTS POUR LES QUATRE QUESTIONS D'ÉVALUATION

### PICOTS

	Q1	Q2	Q3	Q4
<b>Population</b>	Jeunes de 12 à 25 ans ayant des problèmes de santé mentale ou ayant des facteurs de risque en santé mentale <ul style="list-style-type: none"> <li>y compris des jeunes de 12 à 25 ans appartenant à des minorités culturelles</li> </ul>			
<b>Intervention</b>	Unité de pratique intégrée (UPI)			
<b>Comparateurs (Comparisons)</b>	N/A	N/A	N/A	N/A
<b>Résultats (Outcomes)</b>	Discerner les composantes essentielles des UPI responsables de l'amélioration du bien-être et des trajectoires des usagers  Évaluer les résultats positifs et négatifs et le niveau d'atteinte des objectifs des UPI  Évaluer l'amélioration des conditions de santé et de bien-être des usagers et leurs trajectoires ( <i>patient outcomes</i> )	Évaluer les conditions contextuelles en matière de facteurs favorables ou obstacles à la mise en œuvre des UPI	Analyser l'efficacité des UPI	Décrire les interventions culturellement sensibles  Décrire les adaptations faites pour offrir des services qui répondent spécifiquement à une population appartenant à des minorités culturelles (immigrants, demandeurs d'asile, autochtones, etc.)  Évaluer l'influence, s'il y a lieu, de cette diversité sur l'efficacité et la mise en œuvre de l'UPI
<b>Temporalités (Timing)</b>	Tout le long des trajectoires de soins et de services en santé mentale pour les jeunes de 12-25 ans			
<b>Contexte (setting)</b>	Milieu de santé et de services sociaux diversifié culturellement  Organismes communautaires partenaires			

**ANNEXE 5 : STRATÉGIES DE RECHERCHE PAR BASE DE DONNÉES SCIENTIFIQUE (20-08-2019)**

Bases de données	Équation de recherche	Nbre résultats obtenus	Date de recherche
<b>PsychInfo</b>		4574	30-07-19 à 23-08-2019
<b>Programmes</b>	<p>(((ALL : Pre-adolescent* OR pre-teen* OR “young people*” OR “young person*” OR tween* OR teen* OR adolescent* OR youth* OR “young adult*” OR pube*) AND (ALL: “mental health” OR ALL: “behavi?ral health”) AND (ALL: “well centre” OR headstrong OR “KYDS youth development service” OR “youth stop” OR YSTOP OR “rural clinic for young people” OR “adolescent health service” OR “supporting positive opportunities with teens” OR “the junction” OR “adolescent well centre*” OR “youths well centre” OR “community health assessment team” OR “Your choice” OR “youth health model” OR youthspace OR “integrated collaborative care team” OR ICCT OR “Access Open Mind” OR “Access OM” OR Foundry OR “Youth One stop Shops” OR Yoss OR headspace OR “Maison des adolescents” OR Jigsaw OR “youth center” OR “one stop shop*” OR wraparound))) (LIMITE: Find all my search terms) (LIMITE: Langue : français OU anglais)( LIMITE: Peer reviewed)</p>	380	
<b>Mots clés TI</b>	<p>[TI – Find all my search terms (((ALL: comprehensive OR pathway* OR path* OR integrat* OR network* OR « stepped care » OR coordinat* OR multidisciplinary OR « patient centered » OR patient-centered OR system* OR wraparound OR wrap-around OR “one-stop shop*” OR “one stop shop” OR “low stigma” OR “no stigma” OR “stigma free” OR co?locat* OR outreach OR youth-friendl* OR adolescent-friendl* OR teen-friendl* OR “young people-friendl*” OR “young person-friendl*” OR tween-friendl* OR intensity OR level OR team) AND ( ALL: Pre-adolescent* OR pre-teen* OR ALL: (young people*) OR ALL: (young person*) OR ALL: tween* OR ALL: adolescent* OR ALL:youth* OR ALL:teen* OR ALL: (young adult*) OR pube*) AND (ALL: “mental health” N5 service* OR “mental health” N5 program* OR “mental health” N5 intervention* OR “mental health” N5 model* OR “mental health” N5 care OR “mental health” N5 center* OR “mental health” N5 centre* OR “mental health” N5 hub* OR “mental health” N5 clinic* OR “mental health” N5 setting* OR “mental health” N5 outreach OR “mental health” N5 drop-in OR “mental health” N5 (drop in) OR “behavi?ral health” N5 service* OR “behavi?ral health” N5 programs* OR “behavi?ral health” N5 intervention* OR “behavi?ral health” N5 model* OR “behavi?ral health” N5 care OR “behavi?ral health” N5 center* OR “behavi?ral health” N5 centre* OR “behavi?ral health” N5 hub*OR “behavi?ral health” N5 clinic* OR “behavi?ral health” N5 setting* OR “behavi?ral health” N5 outreach OR “behavi?ral health” N5 drop-in OR “behavi?ral health” N5 (drop in)))) NOT (ALL: obes* OR overweight OR diabet* OR autis*OR epilep*OR ethanol OR HIV OR AIDS OR cancer* OR cystic OR smokefree OR dematitis OR neonat* OR childbirth OR midwife OR intensive care OR surgery OR enuresis OR diagnostic error* OR palliative OR prematurity OR dental OR " OR coronary OR myocar</p>	175	

Bases de données	Équation de recherche	Nbre résultats obtenus	Date de recherche
<b>Mots clés TI (suite)</b>	<i>dial OR cardiovascular OR congenital OR organ donation OR dyslipidemia OR low back pain OR encephalitis OR icu OR inflammation OR cerebellar OR fecal OR hypertension OR older patient OR dementia Or necrotising OR brain injury OR medical errors OR hepatitis c OR speech-sound disorders OR ketone OR transplant OR spina bifida OR organ failure OR fertility OR sickle cell disease OR orthopoedic OR bus OR hep c OR neonate OR stroke OR sclerosis OR intellectual disabilit* OR liver OR disabilit*)) J (LIMITE: Peer reviewed) (LIMITE: Langue: français, anglais) (LIMITE: Find all my search terms)</i>		
<b>Mots clés AB</b>	<i>[AB – Find all my search terms (((ALL: ; comprehensive OR pathway* OR path* OR integrat* OR network* OR « stepped care » OR coordinat* OR multidisciplinary OR « patient centered » OR patient-centered OR system* OR wraparound OR wrap-around OR “one-stop shop*” OR “one stop shop” OR “low stigma” OR “no stigma” OR “stigma free” OR co?locat* OR outreach OR youth-friendl* OR adolescent-friendl* OR teen-friendl* OR “young people-friendl*” OR “young person-friendl*” OR tween-friendl* OR intensity OR level OR team) AND ( ALL: Pre-adolescent* OR pre-teen* OR ALL: (young people*) OR ALL: (young person*) OR ALL: tween* OR ALL: adolescent* OR ALL:youth* OR ALL:teen* OR ALL: (young adult*) OR pube*) AND (ALL: “mental health” N5 service* OR “mental health” N5 program* OR “mental health” N5 intervention* OR “mental health” N5 model* OR “mental health” N5 care OR “mental health” N5 center* OR “mental health” N5 centre* OR “mental health” N5 hub* OR “mental health” N5 clinic* OR “mental health” N5 setting* OR “mental health” N5 outreach OR “mental health” N5 drop-in OR “mental health” N5 (drop in) OR “behavi?ral health” N5 service* OR “behavi?ral health” N5 programs* OR “behavi?ral health” N5 intervention* OR “behavi?ral health” N5 model* OR “behavi?ral health” N5 care OR “behavi?ral health” N5 center* OR “behavi?ral health” N5 centre* OR “behavi?ral health” N5 hub*OR “behavi?ral health” N5 clinic* OR “behavi?ral health” N5 setting* OR “behavi?ral health” N5 outreach OR “behavi?ral health” N5 drop-in OR “behavi?ral health” N5 (drop in))) NOT (ALL: obes* OR overweight OR diabet* OR autis*OR epilep*OR ethanol OR HIV OR AIDS OR cancer* OR cystic OR smokefree OR dematitis OR neonat* OR childbirth OR midwife OR intensive care OR surgery OR enuresis OR diagnostic error* OR palliative OR prematurity OR dental OR " OR coronary OR myocardial OR cardiovascular OR congenital OR organ donation OR dyslipidemia OR low back pain OR encephalitis OR icu OR inflammation OR cerebellar OR fecal OR hypertension OR older patient OR dementia Or necrotising OR brain injury OR medical errors OR hepatitis c OR speech-sound disorders OR ketone OR transplant OR spina bifida OR organ failure OR fertility OR sickle cell disease OR orthopoedic OR bus OR hep c OR neonate OR stroke OR sclerosis OR intellectual disabilit* OR liver OR disabilit*)) J [LIMITE: Peer reviewed; français, Anglais; find all my search terms]</i>	4019	

Bases de données	Équation de recherche	Nbre résultats obtenus	Date de recherche
<b>Cinhal<sup>1</sup></b>		2443	21-05-2019 à 23-08-2019
<b>Programmes</b>	<p><i>[(ALL : Pre-adolescent* OR ALL: pre-teen* OR ALL: (young people*) OR ALL: (young person*) OR ALL: tween* OR ALL: adolescent* OR ALL: youth* OR ALL: (young adult*) OR ALL: tween* OR ALL: pube*) AND (ALL: “mental health” OR ALL: “behavi?ral health”) AND (ALL: “well centre” ALL: headstrong OR ALL: “KYDS youth development service” OR ALL: “youth stop” OR YSTOP OR ALL: “ rural clinic for young people” OR ALL: “adolescent health service” OR ALL: “supporting positive opportunities with teens” OR ALL: “the junction” OR ALL: “adolescent well centre*” OR ALL: “youths well centre*” OR ALL: “community health assessment teams” OR ALL: “Your choice” OR ALL: “youth health model” OR ALL: youthspace OR ALL: “integrated collaborative care team” OR ICCT OR ALL: “Access Open Mind” OR “Access OM” OR ALL: “Foundry” OR ALL: “Youth One Stop Shops” OR Yoss OR ALL: “Maison des adolescents” OR ALL: headspace OR ALL: Jigsaw OR Youth Center*) OR ALL: One Stop Shop OR ALL: Wraparound] ( LIMITE: Peer reviewed; Langue : français et anglais)</i></p>	88	

1 Il est difficile de faire des équations de recherche trop complexes. Il s'avère impossible de soustraire certaines lignes de résultats avec le NOT. Une seule recherche par mots-clés et une seule recherche par programmes. Pour la recherche par programmes, aucune exclusion n'a été utilisée car peu de résultats. Pour la recherche par mots-clés, le fait de faire la recherche dans AB et TI aurait éliminé des résultats pertinents (test fait avec des auteurs-cibles).

Bases de données	Équation de recherche	Nbre résultats obtenus	Date de recherche
<b>Mots clés ALL</b>	<p>[(<i>ALL : Pre-adolescent* OR ALL: pre-teen* OR ALL: (young people*) OR ALL: (young person*) OR ALL: teen* OR ALL: adolescent* OR ALL: youth* OR ALL: (young adult*) OR ALL: tween* OR ALL: pube*</i>) AND (<i>ALL: comprehensive OR ALL: pathway* OR ALL: path* OR ALL: integrat* OR ALL: network* OR ALL: « stepped care » OR ALL: coordinat* OR ALL: multidisciplinary OR ALL: « patient centered » OR ALL: patient-centered OR ALL: system* OR ALL: wraparound OR wrap-around OR ALL: “one-stop shop*” OR “one stop shop” OR ALL: “low stigma” OR “no stigma” OR “stigma free” OR ALL: co?locat* OR ALL: outreach OR ALL: youth-friendl* OR ALL: adolescent-friendl* OR ALL: teen-friendl* OR ALL: “young people-friendl*” OR ALL: “young person-friendl*” OR ALL: tween-friendl* OR ALL: intensity OR ALL: level* OR ALL: team*</i>) AND (“<i>mental health</i>” N5 <i>service* OR ALL: “mental health” N5 program* OR ALL: “mental health” N5 intervention* OR ALL: (mental health) N5 model* OR ALL: “mental health” N5 care OR ALL: “mental health” N5 center OR ALL: “mental health” N5 centre* OR ALL: “mental health” N5 hub* OR ALL: “mental health” N5 clinic* OR ALL: “mental health” N5 setting* OR ALL: “mental health” N5 outreach OR ALL: “mental health” N5 drop-in OR ALL: “mental health” N5 “drop in” OR ALL: “behavi?ral health” N5 service* OR ALL: “behavi?ral health” N5 program* OR ALL: “behavi?ral health” N5 intervention* OR ALL: “behavi?ral health” N5 model* OR ALL: “behavi?ral health” N5 care OR ALL: “behavi?ral health” N5 center OR ALL: “behavi?ral health” N5 centre* OR ALL: “behavi?ral health” N5 hub*</i>)</p>	2355	
<b>Mots clés ALL (suite)</b>	<p><i>OR ALL: “behavi?ral health” N5 clinic* OR ALL: “behavi?ral health” N5 setting* OR ALL: “behavi?ral health” N5 outreach OR ALL: “behavi?ral health” N5 drop-in OR ALL: “behavi?ral health” N5 “drop in”)) NOT (ALL:obes* OR ALL: overweight OR ALL: diabet* OR ALL: autis* OR ALL: epilep* OR ALL: ethanol OR ALL: HIV OR ALL: AIDS OR ALL: ( cancer* OR cystic OR smokefree OR autis* OR dematitis OR neonat* OR childbirth OR midwife OR intensive care OR surgery OR enuresis OR diagnostic error* OR palliative OR prematurity OR dental OR « OR coronary OR myocardial OR cardiovascular OR congenital OR organ donation OR dyslipidemia OR low back pain OR encephalitis OR icu OR inflammation OR cerebellar OR fecal OR hypertension OR older patient OR dementia Or necrotising OR brain injury OR medical errors OR hepatitis c OR speech-sound disorders OR ketone OR transplant OR spina bifida OR organ failure OR fertility OR sickle cell disease OR orthopoedic OR bus OR hep c OR neonate OR stroke OR sclerosis OR intellectual disabilit* OR liver OR disabilit*))]</i> (LIMITE: Peer reviewed) (Limite: Langue: français, Anglais)</p>		

Bases de données	Équation de recherche	Nbre résultats obtenus	Date de recherche
<b>Medline</b>		3140	12-06-2019 à 23-08-2019
<b>Programmes AB</b>	[AB ((ALL : Pre-adolescent* OR pre-teen* OR “young people*” OR “young person*” OR tween* OR adolescent* OR teen* OR youth* OR “young adult*” OR pube*) AND (ALL: “mental health” OR ALL: “behavi?ral health”) AND (ALL: “KYDS youth development service” OR “youth stop” OR YSTOP OR “rural clinic for young people” OR “adolescent health service” OR “supporting positive opportunities with teens” OR “the junction” OR “adolescent well centre*” OR “youths well centre” OR “community health assessment team” OR “Your choice” OR “youth health model” OR youthspace OR “integrated collaborative care team” OR ICCT OR “Access Open Mind” OR “Access OM” OR Foundry OR “Youth One stop Shops” OR Yoss OR headspace OR Jigsaw OR “one-stop shop*” OR wraparound OR “youth center” OR headstrong OR “well centre” OR “maison des adolescents”))] [ (LIMITE: Find all my search terms)] [(Limite: Langue : français OU Anglais)]	151	
<b>Programmes TI</b>	[TI ((ALL : Pre-adolescent* OR pre-teen* OR “young people*” OR “young person*” OR tween* OR adolescent* OR teen* OR youth* OR “young adult*” OR pube*) AND (ALL: “mental health” OR ALL: “behavi?ral health”) AND (ALL: “KYDS youth development service” OR “youth stop” OR YSTOP OR “rural clinic for young people” OR “adolescent health service” OR “supporting positive opportunities with teens” OR “the junction” OR “adolescent well centre*” OR “youths well centre” OR “community health assessment team” OR “Your choice” OR “youth health model” OR youthspace OR “integrated collaborative care team” OR ICCT OR “Access Open Mind” OR “Access OM” OR Foundry OR “Youth One stop Shops” OR Yoss OR headspace OR Jigsaw OR “one-stop shop*” OR wraparound OR “youth center” OR headstrong OR “well centre” OR “maison des adolescents”))] [ (LIMITE: Find all my search terms)] [(Limite: Langue : français OU Anglais)]	59	

Bases de données	Équation de recherche	Nbre résultats obtenus	Date de recherche
<b>Mots clés TI</b>	<p>[TI – Find all my search terms (((ALL: comprehensive OR pathway* OR path* OR integrat* OR network* OR « stepped care » OR coordinat* OR multidisciplinary OR « patient centered » OR patient-centered OR system* OR wraparound OR wrap-around OR “one-stop shop*” OR “one stop shop” OR “low stigma” OR “no stigma” OR “stigma free” OR co?locat* OR outreach OR youth-friendl* OR adolescent-friendl* OR teen-friendl* OR “young people-friendl*” OR “young person-friendl*” OR tween-friendl* OR intensity OR level OR team) AND ( ALL: Pre-adolescent* OR pre-teen* OR young people* OR young person* OR tween* OR teen* OR adolescent* OR youth* OR young adult* OR pube*) AND (ALL: “mental health” N5 service* OR “mental health” N5 program* OR “mental health” N5 intervention* OR “mental health” N5 care* OR “mental health” N5 center OR “mental health” N5 centre* OR “mental health” N5 hub* OR “mental health” N5 clinic* OR “mental health” N5 setting* OR “mental health” N5 outreach OR “mental health” N5 drop-in OR “mental health” N5 “drop in” OR “behavi?ral health” N5 service* OR “behavi?ral health” N5 programs* OR “behavi?ral health” N5 intervention* OR “behavi?ral health” N5 care OR “behavi?ral health” N5 center OR “behavi?ral health” N5 centre* OR “behavi?ral health” N5 hub*OR “behavi?ral health” N5 clinic* OR “behavi?ral health” N5 setting* OR “behavi?ral health” N5 outreach OR “behavi?ral health” N5 drop-in OR “behavi?ral health” N5 “drop in”)) NOT (ALL: obes* OR overweight OR diabet* OR autis*OR epilep*OR ethanol OR HIV OR AIDS OR cancer* OR cystic OR smokefree OR dermatitis OR neonat* OR childbirth OR midwife OR intensive care OR surgery OR enuresis OR diagnostic error* OR palliative OR prematurity OR dental OR " OR coronary OR myocardial OR cardiovascular OR congenital OR organ donation OR dyslipidemia OR low back pain OR encephalitis OR icu OR inflammation OR cerebellar OR fecal OR hypertension OR older patient OR dementia Or necrotising OR brain injury OR medical errors OR hepatitis c OR speech-sound disorders OR ketone OR transplant OR spina bifida OR organ failure OR fertility OR sickle cell disease OR orthopoedic OR bus OR hep c OR neonate OR stroke OR sclerosis OR intellectual disabilit* OR liver OR disabilit*)))] [Limite: français, anglais; find all my search terms]</p>	168	

Bases de données	Équation de recherche	Nbre résultats obtenus	Date de recherche
<b>Mots clés AB</b>	<p>[AB – Find all my search terms (((ALL: comprehensive OR pathway* OR path* OR integrat* OR network* OR « stepped care » OR coordinat* OR multidisciplinary OR « patient centered » OR patient-centered OR system* OR wraparound OR wrap-around OR “one-stop shop*” OR “one stop shop” OR “low stigma” OR “no stigma” OR “stigma free” OR co?locat* OR outreach OR youth-friendl* OR adolescent-friendl* OR teen-friendl* OR “young people-friendl*” OR “young person-friendl*” OR tween-friendl* OR intensity OR level OR team) AND ( ALL: Pre-adolescent* OR pre-teen* OR young people* OR young person* OR tween* OR teen* OR adolescent* OR youth* OR young adult* OR pube*) AND (ALL: “mental health” N5 service* OR “mental health” N5 program* OR “mental health” N5 intervention* OR “mental health” N5 care* OR “mental health” N5 center OR “mental health” N5 centre* OR “mental health” N5 hub* OR “mental health” N5 clinic* OR “mental health” N5 setting* OR “mental health” N5 outreach OR “mental health” N5 drop-in OR “mental health” N5 “drop in” OR “behavi?ral health” N5 service* OR “behavi?ral health” N5 programs* OR “behavi?ral health” N5 intervention* OR “behavi?ral health” N5 care OR “behavi?ral health” N5 center OR “behavi?ral health” N5 centre* OR “behavi?ral health” N5 hub*OR “behavi?ral health” N5 clinic* OR “behavi?ral health” N5 setting* OR “behavi?ral health” N5 outreach OR “behavi?ral health” N5 drop-in OR “behavi?ral health” N5 “drop in”)) NOT (ALL: obes* OR overweight OR diabet* OR autis*OR epilep*OR ethanol OR HIV OR AIDS OR cancer* OR cystic OR smokefree OR dematitis OR neonat* OR childbirth OR midwife OR intensive care OR surgery OR enuresis OR diagnostic error* OR palliative OR prematurity OR dental OR " OR coronary OR myocardial OR cardiovascular OR congenital OR organ donation OR dyslipidemia OR low back pain OR encephalitis OR icu OR inflammation OR cerebellar OR fecal OR hypertension OR older patient OR dementia Or necrotising OR brain injury OR medical errors OR hepatitis c OR speech-sound disorders OR ketone OR transplant OR spina bifida OR organ failure OR fertility OR sickle cell disease OR orthopoedic OR bus OR hep c OR neonate OR stroke OR sclerosis OR intellectual disabilit* OR liver OR disabilit*)) ]</p> <p>[Limite: français, anglais; find all my search terms]</p>	2762	
<b>CAIRN<sup>2</sup></b>		<b>391</b>	<b>09-08-2019 à 19-08-2019</b>
<b>Programmes</b>	<b>[RECHERCHE AVANCÉE: RÉSUMÉ: “maison des adolescents”]</b>	116	

Bases de données	Équation de recherche	Nbre résultats obtenus	Date de recherche
Mots clés	[(RECHERCHE AVANCÉE : TEXTE INTÉGRAL; EXPRESSION EXACTE : santé mentale) ET (RECHERCHE AVANCÉE : TEXTE INTÉGRAL; EXPRESSION EXACTE : service* intégr*) ET (RECHERCHE AVANCÉE : TEXTE INTÉGRAL; <b>EXPRESSION EXACTE</b> : jeune*)]	65	
Mots clés	[(RECHERCHE AVANCÉE : TEXTE INTÉGRAL; EXPRESSION EXACTE : santé mentale) ET (RECHERCHE AVANCÉE : TEXTE INTÉGRAL; EXPRESSION EXACTE : réseau*) ET (RECHERCHE AVANCÉE : RÉSUMÉ: jeune*) SAUF (TEXTE INTÉGRAL : nourrisson) SAUF (texte intégral : handicap)]	147	
Mots clés	[(RECHERCHE AVANCÉE : TEXTE INTÉGRAL; EXPRESSION EXACTE : santé mentale) ET (RECHERCHE AVANCÉE : TEXTE INTÉGRAL; EXPRESSION EXACTE : coordin*) ET (RECHERCHE AVANCÉE : RÉSUMÉ: jeune) SAUF (TEXTE INTÉGRAL : nourrisson) SAUF (texte intégral : handicap)]	63	
<b>Érudit<sup>3</sup></b>		<b>84</b>	<b>12-08-2019 à 13-08-2019</b>
Mots clés	[(Titre, résumé, mots-clés : (adolescent* ET "santé mentale" ET intégr*)) OU (Titre, résumé, mots-clés : (jeune* ET "santé mentale" ET intégr*)) OU (Titre, résumé, mots-clés : (pré-adolescent* ET "santé mentale" ET intégr*))] [Filtre : Articles savants]	11	
Mots clés	[(Titre, résumé, mots-clés : (adolescent* ET "santé mentale" ET multidisciplin*)) OU (Titre, résumé, mots-clés : (jeune* ET "santé mentale" ET multidisciplin*)) OU (Titre, résumé, mots-clés : (pré-adolescent* ET "santé mentale" ET multidisciplin*))] Limite : articles savants	2	
Mots clés	[(Titre, résumé, mots-clés : (adolescent* ET "santé mentale" ET équipe*)) OU (Titre, résumé, mots-clés : (jeune* ET "santé mentale" ET équipe*)) OU (Titre, résumé, mots-clés : (pré-adolescent* ET "santé mentale" ET équipe*))] Filtre : articles savants	4	
Mots clés	[(TITRE, RÉSUMÉ, MOTS-CLÉS : (adolescent* ET "santé mentale" ET coord?n*)) OU (TITRE, RÉSUMÉ, MOTS-CLÉS : (jeune* ET "santé mentale" ET coord?n*)) OU (TITRE, RÉSUMÉ, MOTS-CLÉS : (pré-adolescent* ET "santé mentale" ET coord?n*))] FILTRE : articles savants	3	

3 La recherche booléenne présente des contraintes.

Bases de données	Équation de recherche	Nbre résultats obtenus	Date de recherche
<b>Mots clés</b>	[(Titre, résumé, mots-clés (adolescent* ET "santé mentale" ET modèle*)) OU (Titre, résumé, mots-clés: (jeune* ET "santé mentale" ET modèle*)) OU (Titre, résumé, mots-clés: (pré-adolescent* ET "santé mentale" ET modèle*))] [Filtre : articles savants]	10	
	[(Titre, résumé, mots-clés: (adolescent* ET "santé mentale" ET étape*)) OU (Titre, résumé, mots-clés: (jeune* ET "santé mentale" ET étape*)) OU (Titre, résumé, mots-clés: (pré-adolescent* ET "santé mentale" ET étape*))] filtre : articles savants	1	
	[(Titre, résumé, mots-clés: (adolescent* ET "santé mentale" ET intervention*)) OU (Titre, résumé, mots-clés: (jeune* ET "santé mentale" ET intervention*)) OU (Titre, résumé, mots-clés: (pré-adolescent* ET "santé mentale" ET intervention*))] filtre : articles savants	24	
	[(Titre, résumé, mots-clés : (adolescent* ET "santé mentale" ET centré*)) OU (Titre, résumé, mots-clés : (jeune* ET "santé mentale" ET centré*)) OU (Titre, résumé, mots-clés : (pré-adolescent* ET "santé mentale" ET centré*))] filtre : articles savants	11	
	[(Titre, résumé, mots-clés: (adolescent* ET "santé mentale" ET syst?m*)) OU (Titre, résumé, mots-clés : (jeune* ET "santé mentale" ET syst?m*)) OU (Titre, résumé, mots-clés: (pré-adolescent* ET "santé mentale" ET syst?m*))] filtre : articles savants	18	
<b>Persee</b>		<b>97</b>	<b>15-08-2019 à 20-08-2019</b>
<b>Programmes</b>	[« Services de santé mentale »] LIMITE : article	97	

## ANNEXE 6 : SITES DE RECHERCHE POUR L'EXPLORATION DE LA LITTÉRATURE GRISE

### Sites spécialisés en littérature grise

Site de l'Institut de l'information scientifique et technique (INIST) (Europe) : [OpenGrey](#)

Site géré par l'Académie de médecine de New York (NYAM) : [The Grey Literature Report](#) (1999-2016)

Site du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) : <https://www.nice.org.uk/>

### Sites spécialisés en santé mentale (intervention et recherche)

Centre national d'excellence en santé mentale : <https://www.cnesm.org/>

Mouvement santé mentale Québec : <http://www.mouvementsmq.ca/trucs-et-astuces/jeunes>

Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale (AGIDD-SMQ) : <http://www.agidd.org/naissance-du-mouvement-jeunes-et-sante-mentale/>

Commission de la santé mentale du Canada : <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/focus-areas/enfants-et-jeunes>

Institut canadien d'information sur la santé : <https://www.cihi.ca/fr/la-sante-mentale-des-enfants-et-des-jeunes-au-canada-infographie>

Statistiques Éclair \_ comparaison par régions (2015) : [https://apps.cihi.ca/mstrapp/asp/Main.aspx?Server=apmstxtpd\\_i&project=Quick%20Stats&uid=pce\\_pub\\_fr&pwd=&evt=2048001&visualizationMode=0&documentID=B0372D3611DF454300100080663420A0<](https://apps.cihi.ca/mstrapp/asp/Main.aspx?Server=apmstxtpd_i&project=Quick%20Stats&uid=pce_pub_fr&pwd=&evt=2048001&visualizationMode=0&documentID=B0372D3611DF454300100080663420A0<)

Groupe d'entraide en santé mentale de Laval : <http://www.ropphl.org/teva/pdf/cafgraf.pdf>

Commission de la santé mentale du Canada : <https://www.mentalhealthcommission.ca/English/major-mhcc-documents-2007-2017>

Chaire de recherche interdisciplinaire sur la santé mentale des enfants et des jeunes : [http://professeur.umoncton.ca/umcm-bourque\\_jimmy/node/12](http://professeur.umoncton.ca/umcm-bourque_jimmy/node/12)

A global community of mental health innovators (MHN) : [https://www.mhinnovation.net/innovations/developing-integrated-practice-units-mental-health-services-pakistan?qt-content\\_innovation=2#qt-content\\_innovation](https://www.mhinnovation.net/innovations/developing-integrated-practice-units-mental-health-services-pakistan?qt-content_innovation=2#qt-content_innovation)

Institute for strategy and competitiveness, Université Harvard : <https://www.isc.hbs.edu/health-care/vbhcd/Pages/integrated-practice-units.aspx>

SantéPsy Tous concernés : <http://www.santepsy.ch/fr/>

Réseau Qualaxia : <https://qualaxia.org/>

American Psychological Association (PsychInfo) : <https://www.apa.org/pubs/databases/psychinfo>

### Sites d'organismes ou de programmes offrant des services en santé mentale

Table du continuum santé mentale des jeunes – Santé Montérégie : <http://extranet.sante-monteregie.qc.ca/programmes-services/sante-mentale/sante-mentale-jeunes.fr.html?mode=content>

Access Esprits ouverts (Canada) : <http://accessopenminds.ca/fr/>

Youth Wellness Hubs (Ontario) : <https://youthhubs.ca/en/>

Jigsaw (Irlande) : <https://www.Jigsaw.ie/>

YouthCan IMPACT (Toronto) : <http://www.youthcanimpact.com/>

The Sandbox Project (Canada): <http://grahamboeckhfoundation.org/the-sandbox/>

Youth One Stop Shops (YOSS) (Nouvelle-Zélande) : <http://www.yoss.org.nz/>

Foundry (Colombie-Britannique) : <https://Foundrybc.ca/who-we-are/>

headspace (Australie) : <https://headspace.org.au>

## ANNEXE 7 : CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

### Critères d'inclusion

- L'étude porte sur les jeunes âgés de 12 à 25 ans. Les études portant sur des jeunes dans des tranches d'âges autres que 12-25 ans ou celles qui incluent un sous-échantillon des 12-25 ans doivent avoir identifié et avoir présenté les résultats séparément pour l'intervalle d'âge qui nous intéresse, c.-à-d. 12-25 ans.
- L'étude porte sur les soins et les services de santé mentale.
- L'étude porte sur des modèles de soins et de services intégrés.
- L'étude porte sur l'efficacité et/ou l'implantation et/ou l'efficience.
- L'étude rapporte des données primaires et originales, les rapports/articles portant sur la même étude « *companion papers* » seront inclus. L'unité d'analyse est l'étude et non l'écrit.
- L'étude est publiée en français ou en anglais.
- L'étude est scientifique.
- L'étude utilise un devis quantitatif, qualitatif ou aux méthodes mixtes.
- Le texte complet de l'article est accessible.
- Aucune restriction sur la date de publication.

### Critères d'exclusion

- Les revues limitées à une analyse bibliométrique.
- Les revues effectuant une analyse secondaire d'études provenant de revues systématiques.
- Les protocoles.
- Les présentations sur invitation, les communications dans le cadre de colloques, congrès ou séminaires.
- Les éditoriaux.
- Les thèses et les mémoires.

## ANNEXE 8 : TEXTES EXCLUS À LA LECTURE DU TEXTE COMPLET ET RAISON D'EXCLUSION

Références	Commentaires
<b>Abba-Aji et al. (2019)</b>	<p>L'article décrit les composantes clés d'ACCESS OM. Les auteurs décrivent les obstacles majeurs rencontrés.</p> <p>Critères : l'article n'évalue ni la mise en œuvre ni l'efficacité. Il ne contient pas de devis méthodologique et ne constitue pas une étude scientifique.</p>
<b>ACCESS Esprits ouverts Open Minds. (2017)</b>	<p>Le document décrit brièvement les cinq (5) domaines de transformation proposés par ACCESS OM, ainsi que des éléments au sujet de la structure de gouvernance.</p> <p>Critères : l'article n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité, ni l'efficience. Il ne contient pas de devis méthodologique et ne constitue pas une étude scientifique.</p>
<b>ACCESS Esprits ouverts Open Minds. (2018)</b>	<p>Le document fait état du contexte de la mise en œuvre d'ACCESS OM à Eskasoni, des composantes du modèle, des ressources mises en place (humaines, budget, etc.) ainsi que des approches d'intervention pour y arriver.</p> <p>Critères : l'article n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité et l'efficience. Il ne contient pas de devis méthodologique et ne constitue pas une étude scientifique.</p>
<b>ACCESS Esprits ouverts Open Minds. (2019)</b>	<p>Le format est identique au précédent document, mais au Nunavik.</p> <p>Critères : l'article n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité et l'efficience. Il ne contient pas de devis méthodologique et ne constitue pas une étude scientifique.</p>
<b>ACCESS Esprits ouverts Open Minds. (2019)</b>	<p>Le format est identique au précédent document, mais à Chatam-Kent.</p> <p>Critères : l'article n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité et l'efficience. Il ne contient pas de devis méthodologique et ne constitue pas une étude scientifique.</p>
<b>Acri et al. (2016)</b>	<p>L'article fait état de la mise en œuvre d'un modèle intégré à NY, mais ne fournit aucune méthode ni des résultats concrets en lien avec l'étude. Les auteurs réfèrent à un autre article « en cours de préparation ».</p> <p>Critères : l'article n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité, ni l'efficience. Il ne contient pas de devis méthodologique et ne constitue pas une étude scientifique.</p>

Références	Commentaires
<b>Allison et al. (2007)</b>	<p>Il s'agit d'un article descriptif du développement d'un modèle intégré selon un cadre présentant plusieurs niveaux d'intégration (titre de l'article : « personal reflections... »)</p> <p>Critères : l'article n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité, ni l'efficience. Il ne contient pas de devis méthodologique et ne constitue pas une étude scientifique.</p>
<b>Amara, F., &amp; Naves, P. (2013)</b>	<p>Il s'agit d'un document à caractère légal, administratif et structurel. Les auteurs expliquent en profondeur le mécanisme des maisons des adolescents, les acteurs, les partenariats, etc. Critères : l'étude n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité, ni l'efficience.</p> <p>Critères : le document n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité, ni l'efficience. Aucun devis méthodologique n'y est présenté. Il ne constitue pas une étude scientifique.</p>
<b>Anderson et al. (2002)</b>	<p>L'article présente le cas du projet Dawn et illustre l'approche collaborative prônée par ce projet. L'accent est mis sur la collaboration dans la communauté pour prévenir que les problèmes de santé mentale chez les jeunes conduisant à un taux élevé de placements de ces jeunes.</p> <p>Critères : l'article n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité, ni l'efficience. Le projet n'est toutefois pas un RSIJ.</p>
<b>Anderson et al. (2008)</b>	<p>Idem que le précédent.</p> <p>Critères : l'article n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité, ni l'efficience. Le projet n'est toutefois pas un RSIJ.</p>
<b>Anderson et al. (2003)</b>	<p>Idem que les deux précédents.</p> <p>Critères : l'article n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité, ni l'efficience. Le projet n'est toutefois pas un RSIJ.</p>
<b>Appleton &amp; Hammond-Rowley (2000)</b>	<p>Les auteurs décrivent un modèle intégré au niveau de la première ligne. Les composantes s'apparentent à un modèle intégré en SM tel que nous l'avons défini dans le protocole. Cependant, le texte reste descriptif et ne traite ni de la mise en œuvre, ni de l'efficacité, ni de l'efficience.</p> <p>Critères : le document n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité, ni l'efficience. Aucun devis méthodologique n'y est présenté. Il ne constitue pas une étude scientifique.</p>

Références	Commentaires
<b>Armstrong, L. L. (2009)</b>	<p>L'étude porte sur le programme Youth Net/Réseau Ado, basé sur l'engagement des jeunes dans des activités sportives ou artistiques. L'article met davantage l'accent sur le modèle d'évaluation axée sur l'utilisation (« utilization-focused evaluation ») de Patton pour décrire le processus d'évaluation formative que les auteurs ont utilisé en plus d'impliquer les jeunes eux-mêmes dans l'évaluation (méthode, collecte et interprétation des données).</p> <p>Critères : l'article n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité, ni l'efficacité. Le programme n'est toutefois pas un RSIJ.</p>
<b>Auclair &amp; Sappa (2012)</b>	<p>Ce court texte décrit l'organisation des services au Nunavik pour répondre aux particularités contextuelles et transculturelles.</p> <p>Critères : le document n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité, ni l'efficacité. Aucun devis méthodologique n'y est présenté. Il ne constitue pas une étude scientifique. Le programme n'est toutefois pas un RSIJ.</p>
<b>Bassilios, Nicholas et al. (2017)</b>	<p>L'article est très intéressant. Cependant, il ne s'agit pas d'un réseau intégré comme on le définit dans le protocole. Il s'agit d'une restructuration de la première ligne. L'article présente le point de vue des professionnels qui travaillent avec les jeunes (les compétences requises, les qualifications, la formation, les impacts perçus sur les usagers, l'engagement des parties prenantes, etc.).</p> <p>Critères : l'article n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité, ni l'efficacité. Le programme n'est toutefois pas un RSIJ.</p>
<b>Bavdaž (2011)</b>	<p>Le PDF est non disponible, et même si une demande a été faite sur ResearchGate à l'auteur, nous n'avons eu aucune réponse, et ce, depuis le 11 mai 2020.</p>
<b>Behar et al. (1993)</b>	<p>L'article focalise sur le continuum de services pour les enfants et les adolescents en santé mentale. Les auteurs comparent l'efficacité et l'efficacité d'un système externe à l'hôpital (soins en communauté et à la maison) VS le système « actuel » dont les services sont fournis à l'hôpital.</p> <p>Critères : le document n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité, ni l'efficacité. Aucun devis méthodologique n'y est présenté. Il ne constitue pas une étude scientifique. Le programme n'est toutefois pas un RSIJ.</p>
<b>Benoit et al. (2011)</b>	<p>L'étude présente une description du dispositif « maison des jeunes » mise en œuvre en France durant les années 2000. Sans présenter leur méthode, les auteurs présentent l'apport de ce dispositif dans les liens avec les jeunes, l'accessibilité des soins et l'espace thérapeutique que ce dispositif offre aux jeunes, etc.</p> <p>Critères : le document n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité, ni l'efficacité. Aucun devis méthodologique n'y est présenté. Il ne constitue pas une étude scientifique. Le dispositif n'est pas un RSIJ non plus.</p>

Références	Commentaires
<b>Bickman (1996)</b>	<p>Les auteurs réfèrent à un système intégré de soins pour les jeunes. Il s'agit d'intégration de structures. «A key aspect of such a system is the availability of a full range of mental health services tailored to the needs of children. This range of services has been termed a continuum of care (Behar, 1985; Stroul &amp; Friedman, 1986) and includes residential, intermediate, and non-residential services. The continuum of care aims to deliver coordinated services on an individualized basis using case management and interdisciplinary treatment teams to integrate and facilitate transition between services. The continuum is designed to be community-based, involving various agencies pertinent to children's needs.» (p. 689). Tout comme l'étude de Behar plus haut, nous sommes plutôt dans une réforme du système pour optimiser un continuum de services permettant d'atteindre une efficience des coûts.</p> <p>Critères : le dispositif n'est pas un RSIJ.</p>
<b>Bickman (1999)</b>	<p>La perspective est identique à celles de Bickman et Behar présentées précédemment. L'étude porte sur le projet Fort Bragg Child and Adolescent Mental Health Demonstration et rapporte l'évaluation d'un continuum de services en santé mentale : «The continuum included a combination of several levels of services including outpatient treatment, day treatment, in-home services, and group home placement as well as the more traditional outpatient and inpatient services.» (p. 186). Il s'agit d'une intégration structurelle de plusieurs services afin d'assurer une meilleure continuité des services.</p> <p>Critères : le dispositif n'est pas un RSIJ.</p>

Références	Commentaires
<b>Carbone et al. (2011)</b>	<p>L'article court de cinq pages n'a pas de méthode. Les éléments rapportés sont très contextualisés. Il s'agit de la situation vécue en Australie pour chacune des professions impliquées dans les réseaux intégrés en santé mentale. Cela dit, certains éléments restent pertinents comme facteurs favorisant la réussite de la mise en œuvre en lien avec l'équipe multidisciplinaire. Les auteurs résument les initiatives de rétention par exemple, ce qui est extrêmement problématique pour les RSIJ : « Over recent times health workforce recruitment and retention initiatives have included:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• an increase in funding for graduate and post-graduate places, including bonded places that require a period of employment in regional and rural areas;</li> <li>• development of scholarships programs for students (recruitment) and existing clinicians (retention);</li> <li>• recruitment of overseas trained health professionals;</li> <li>• workload reduction initiatives such as the development of team care arrangements to 'free-up' GP time;</li> <li>• worker 'substitution' initiatives such as the development of the nurse practitioner role; and</li> <li>• workforce re-distribution initiatives such as relocation incentives, relocation support programs, and increased rebates for some services tied to location and rural rotation schemes (KPMG, 2009; Productivity Commission, 2005). » (p. 96).</li> </ul> <p>Critères : l'article ne présente aucun devis méthodologique.</p>
<b>Cottin &amp; Dujardin (2010)</b>	<p>L'article décrit la logique et le fonctionnement des maisons de jeunes en France, notamment dans une dynamique de mise en réseau et de partenariat.</p> <p>Critères : le dispositif n'est pas un RSIJ.</p>
<b>Etter et al. (2019)</b>	<p>Il s'agit d'une analyse sans méthode de l'atteinte des objectifs d'ACCESS OM dans les Territoire du Nord du Canada. Un accent est mis sur l'adaptation du modèle à la culture des Inuits.</p> <p>Critères : l'article ne présente aucun devis méthodologique.</p>
<b>Freeman &amp; Peck (2006)</b>	<p>L'article s'intéresse à l'analyse des partenariats entre les fournisseurs de soins en santé mentale pour des soins intégrés, particulièrement à la perception de la clarté de rôles et la satisfaction au travail.</p> <p>Critères : il ne s'agit pas vraiment d'un RSIJ.</p>

Références	Commentaires
<b>Great Britain Department of Health. (2014)</b>	<p>Il s'agit d'un texte descriptif du continuum de services offerts dans le domaine de la santé publique et la santé mentale.</p> <p>Critères : le document n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité, ni l'efficience. Aucun devis méthodologique n'y est présenté. Il ne constitue pas une étude scientifique. Le dispositif n'est pas un RSIJ.</p>
<b>Hutt-MacLeod et al. (2019)</b>	<p>Il s'agit d'une analyse sans méthode de l'atteinte des objectifs d'ACCESS OM chez les Premières Nations. Un accent est mis sur l'adaptation du modèle à la culture.</p> <p>Critères : l'article ne présente aucun devis méthodologique.</p>
<b>Malla et al. (2019)</b>	<p>Il s'agit d'une analyse descriptive des composantes d'ACCESS OM (le développement, la gouvernance, etc.). Aucune méthode n'est présentée. En discussion, quelques obstacles et facilitateurs de mise en œuvre sont cités.</p> <p>Critères : l'étude n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité, ni l'efficience et ne présente aucun devis méthodologique.</p>
<b>Nadeau et al. (2017)</b>	<p>Si l'on considère que les <i>community-based YMH</i> collaborative care sont des modèles intégrés, c'est un super bel article, bien construit avec plusieurs éléments intéressants, et qui surtout documente la situation des immigrants et nouveaux arrivants.</p> <p>Critères : il ne s'agit pas vraiment d'un RSIJ.</p>
<b>Nebot et al. (2016)</b>	Exclusion = il s'agit d'un résumé de conférence.
<b>O'FEE Next Level Accounting Inc. (2018)</b>	<p>Il s'agit d'un rapport administratif de performance.</p> <p>Critères : le document n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité, ni l'efficience. Aucun devis méthodologique n'y est présenté. Il ne constitue pas une étude scientifique.</p>
<b>Orygen (2019)</b>	<p>Il s'agit de littérature grise, n'ayant aucune méthode et sans processus « scientifique ». Cela dit, le texte est construit à la base de plusieurs recommandations bâties à travers plusieurs expériences de modèles de soins en santé mentale des jeunes 12-25 ans.</p> <p>Critères : l'étude n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité et l'efficience.</p>

Références	Commentaires
<b>Reaume-Zimmer et al. (2019)</b>	<p>La structure est la même que la plupart des articles portant sur ACCESS. Il s'agit d'un article descriptif des composantes du modèle avec quelques apprentissages en discussion, qui présente les défis et une conclusion.</p> <p>Critères : le document ne présente aucun devis méthodologique.</p>
<b>Rice et al. (2018)</b>	<p>Le texte est focalisé sur les facilitateurs et les obstacles de l'accessibilité des soins pour les jeunes. Le terrain de recherche est les centres headspace. Les résultats ne sont toutefois pas lus dans le contexte d'un modèle intégré.</p> <p>Critères : l'étude n'évalue ni la mise en œuvre, ni l'efficacité, ni l'efficience.</p>
<b>Rickwood et al. (2019)</b>	<p>Le texte décrit les composantes du modèle intégré headspace, mais ne présente aucun devis méthodologique.</p> <p>Critères : le document ne présente aucun devis méthodologique.</p>
<b>Wilson et al. (2018)</b>	<p>Il s'agit d'un article descriptif d'un modèle intégré en Angleterre.</p> <p>Critères : le document ne présente aucun devis méthodologique.</p>

## ANNEXE 9 : RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DES TEXTES SELON LE MMAT

Références	Méthode de l'article	Cote (5 pts)	Commentaires
Dubé, A., Iancu, P., Tranchant, C. C., Doucet, D., Joachin, A., Malchow, J., . . . Beaton, A. M. (2019). Transforming child and youth mental health care: ACCESS Open Minds New Brunswick in the rural Francophone region of the Acadian Peninsula. <i>Early Intervention In Psychiatry, 13 Suppl 1</i> , 29-34. à	Qualitative	2	Le document vise à décrire comment la transformation des services de santé mentale pour les jeunes dans la Péninsule acadienne répond aux cinq objectifs d'ACCESS Open Mind. Les résultats sont présentés en fonctions de ces objectifs.  Les résultats n'émanent que partiellement des données : seulement des résultats relatifs à deux objectifs émanent des données.
Illback, R. J., & Bates, T. (2011). Transforming youth mental health services and supports in Ireland. <i>Early Intervention in Psychiatry, 5 Suppl 1</i> , 22-27.	Qualitative	2	Le document fournit une description des cinq sites de démonstration <i>Jigsaw</i> et de l'avancement des sites.
Perera, S., Hetrick, S., Cotton, S., Parker, A., Rickwood, D., Davenport, T., . . . McGorry, P. (2019). Awareness of headspace youth mental health service centres across Australian communities between 2008 and 2015. <i>Journal of Mental Health (Abingdon, England)</i> , 1-8.	Quantitative (descriptive)	2,5	Bien que la stratégie d'échantillonnage paraisse pertinente pour répondre à l'objectif de recherche, l'échantillon n'est toutefois pas représentatif et aucune comparaison n'est présentée.  Les enquêtes comportaient des questions de base et des questions démographiques portant sur la connaissance de <i>headspace</i> par les participants. Le risque de biais de non-réponse paraît élevé, avec des taux de réponse de 23 % pour l'enquête de 2028 et 29 % pour celle de 2015. L'analyse statistique n'est pas tout à fait appropriée. Les auteurs évaluent les différences statistiques en utilisant le test de chi carré ainsi que des rapports de côtes et des résidus normalisés (z). Des coefficients de corrélation pour explorer les relations entre les variables ont également été effectués.

Références	Méthode de l'article	Cote (5 pts)	Commentaires
Foundry (2018). <i>Foundry Early Learnings Proof of Concept Evaluation Report</i> : 83.	Mixte (Étude descriptive quantitative)	1,5	<p>Les questions de recherche sont claires et les données collectées permettent d'y répondre.</p> <p>Toutefois, le texte ne contient pas d'information sur la stratégie d'échantillonnage. L'échantillon n'est pas représentatif; il n'y a pas d'indicateurs de représentativité (pas de comparaison). Les mesures ne sont pas décrites. L'analyse statistique paraît cependant appropriée pour répondre à la question de recherche.</p>
Social Market Research (2011). <i>Evaluation of Pilot One Stop Shop Programme Final Report</i> : 211	Mixte	2	<p>Les questions de recherche portent sur les expériences des sites pilotes dans la livraison du modèle convenu ainsi que sur l'adéquation et la faisabilité du modèle actuel de guichet unique. Les résultats sont présentés par technique de collecte de données et ensuite par question. Il n'y a pas eu de réponses à toutes les questions par plus qu'une source de données. Les données de questionnaire ont été analysées de façon descriptive et les données qualitatives de façon thématique.</p> <p>La résultante de l'intégration des composantes quantitatives et qualitatives n'est pas adéquatement interprétée (résultats présentés par modalité de collecte de données). L'intégration des données a uniquement lieu dans la conclusion. Les divergences et les contradictions entre les résultats quantitatifs et qualitatifs ne sont pas abordées de façon adéquate, car les aspects qualitatifs et les aspects quantitatifs ne mesurent pas vraiment les mêmes éléments.</p>
Social Market Research (2017). <i>Public Health Agency: Evaluation of One-Stop-Shops (2017)</i> , Public Health Agency: 143.	Mixte	1,5	<p>L'objectif général de cette évaluation était de réaliser une analyse de l'initiative pilote du modèle <i>One Stop Shop</i> pour documenter les expériences des sites ainsi que la pertinence et la faisabilité du modèle.</p> <p>L'étude utilise les méthodes mixtes pour répondre à la question de recherche. Cependant, les résultats sont présentés par modalité de collecte de données. L'intégration des données a uniquement eu lieu dans la conclusion et c'est plutôt l'intégration des conclusions. Les aspects qualitatifs et les aspects quantitatifs ne mesurent pas les mêmes éléments.</p>

## ANNEXE 10 : RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DU TEXTE EXCLU SELON L'AACODS

Youth Coalition (2013) Youth engagement in the ACT: Exploring integrated service delivery for youth people through structured youth centres and youth participation. Retrieved from <https://www.yacwa.org.au/wp-content/uploads/2016/09/Youth-engagement-in-the-ACT.pdf>

AACODS				
Compétence	Déterminer qui est responsable du contenu intellectuel.			
	<b>Un seul auteur</b>			
	Associé à une organisation réputée ?			X
	Détenant des compétences professionnelles ou une expérience considérable ?			X
	Ayant produit ou publié d'autres travaux (littérature grise/noire) dans le domaine ?			X
	Étant un expert reconnu, nommé dans d'autres sources ?			X
	Étant cité par d'autres (utiliser Google Scholar pour une vérification rapide) ?			X
	Étant étudiant à un cycle supérieur, sous la supervision d'« experts » ?			X
	<b>Une organisation ou un groupe</b>			
	L'organisation est-elle réputée (ex., l'Organisation mondiale de la Santé) ?	X		
	L'organisation est-elle une autorité dans le domaine ?	X		
	<b>Dans tous les cas :</b>			
	Le document présente-t-il une liste de références détaillée ou une bibliographie ?	X		
<b>Commentaires</b>				
<p><b>Families ACT et Youth Coalition of the ACT sont des organisations de défense d'intérêts (advocacy) pour les jeunes, leurs familles et leurs communautés. Il y a donc un biais de la posture idéologique dans la publication. En effet, l'organisation présente une posture idéologique claire qui précède le document, et semble mobiliser la démarche scientifique pour la défendre. Il ne s'agit pas d'une évaluation indépendante.</b></p>				

AACODS				
Exactitude	L'objectif ou le résumé du document est-il clairement énoncé ?	X		
	Le cas échéant, le document répond-il à l'objectif ou le résumé correspond-il au contenu du document ?	X		
	La méthodologie est-elle précisée ?		X	
	Le cas échéant, est-elle respectée ?			X
	Le document a-t-il fait l'objet d'une revue par les pairs ?		X	
	A-t-il été édité par une autorité réputée ?	X		
	A-t-il été soutenu par des références documentées et faisant autorité ou des sources fiables ?	X		
	Est-il représentatif des travaux dans le domaine ?		X	
	Si ce n'est pas le cas, le document constitue-t-il une contrepartie valide ?	X		
	Toutes les collectes de données sont-elles explicites et répondent-elles aux besoins de la recherche ?		X	
	Si le document est de source secondaire (ex., orientation en matière de politiques d'un rapport technique), se reporter à l'original.			X
	L'interprétation ou l'analyse est-elle exacte et objective ?		X	
<p><b>Commentaires</b></p> <p><b>Ce document constitue un « scoping paper » (note de cadrage) avec une démarche exploratoire visant à évaluer les variations dans la façon dont l'engagement des jeunes est compris par les prestataires de services, et comment les services d'engagement des jeunes sont mis en œuvre.</b></p> <p><b>Bien que la méthode ne soit pas précisée, le recours aux entrevues et aux groupes de discussion pourrait signifier qu'il s'agit d'un devis de recherche qualitatif. Quant à l'évaluation de la réputation de l'éditeur, il est indiqué que les services évalués sont financés par la protection de la jeunesse australienne; il s'agit d'une demande gouvernementale.</b></p> <p><b>On remarque une très forte proportion de références provenant d'autres agences nationales en Australie ou ailleurs dans le monde.</b></p>				

AACODS				
<b>Exactitude (suite)</b>	<b>Bref, aucune méthode d'analyse qualitative rigoureuse n'est présentée dans le document et les structures de preuve (surtout celle des entrevues professionnelles/jeunes) présentent peu d'extraits. Ainsi, la perspective de l'auteur n'est pas distincte de celle des participants.</b>			
<b>Étendue</b>	<p>Tous les documents ont des paramètres qui définissent l'étendue de leur contenu.</p> <p>Ces limites pourraient signifier qu'un travail fait référence à un groupe populationnel en particulier ou qu'il exclut certains types de publications. Un rapport peut être conçu pour répondre à une question précise ou s'appuyer sur des statistiques issues d'une étude particulière.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les limites sont-elles clairement énoncées?</li> </ul>		X	
<b>Objectivité</b>	<p>Il est important de déceler les biais, en particulier s'ils ne sont pas énoncés ou reconnus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Une opinion, qu'elle vienne d'un expert ou non, demeure une opinion : la perspective de l'auteur est-elle claire?</li> </ul>	X		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>La présentation du travail semble-t-elle équilibrée?</li> </ul>		X	
	<p><b>Commentaires</b></p> <p><b>Il est intéressant de spécifier qu'à la fin de la présentation des quatre (4) cas, il y a un commentaire. À notre sens, il s'agit plutôt d'une explication complémentaire pour le lecteur qu'une interprétation subjective.</b></p>			
<b>Date</b>	<p>Pour que l'étude éclaire votre recherche, elle doit être datée afin de confirmer sa pertinence.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le document indique-t-il précisément une date relativement à son contenu? L'absence de date (qui devrait pouvoir être trouvée facilement) est fortement préoccupante.</li> </ul>	X		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si le document n'est pas daté, mais que sa date peut être vérifiée avec précision, existe-t-il une raison valide qui justifie l'absence de date?</li> </ul>			X
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vérification de la bibliographie : des références contemporaines clés ont-elles été incluses?</li> </ul>	X		
	<p><b>Commentaires</b></p> <p><b>La majorité des références utilisées ont été publiées dans la décennie précédant la publication (2003-2013).</b></p>			

AACODS				
Portée	C'est une évaluation de la valeur du document, dans le domaine de recherche pertinent.	X		
	• Le document est-il significatif (ce qui comprend la faisabilité, l'utilité et la pertinence)?	X		
	• Met-il la recherche en contexte?	X		
	• Enrichit-il la recherche ou y ajoute-t-il quelque chose d'unique?	X		
	• Renforce-t-il ou réfute-t-il une position actuelle?			X
	• Le domaine de recherche serait-il moins riche sans ce document?	X		
	• Est-il intégral, représentatif, caractéristique?		X	
	• A-t-il une incidence (dans le sens d'influence sur le travail ou le comportement d'autrui)?	X		
<b>Commentaires</b> <b>Recherche exploratoire effectuée auprès des acteurs du milieu (jeunes, professionnels). Si l'échantillon est faible et la méthode peu claire/rigoureuse, la triangulation des données entre la littérature, la structure de programme et la perspective des acteurs demeure pertinente et le document permet de soulever des avenues pour aller plus loin dans une démarche scientifique plus rigoureuse.</b>				

## ANNEXE 11 : ARBRE THÉMATIQUE DE CODIFICATION DES TEXTES RETENUS POUR ANALYSE COMPLÈTE

Nom	Fichiers	Références
1. Caractéristiques de l'étude	0	0
1.1 Objectifs et questions de la recherche	20	30
1.2 Moment de la recherche	16	19
1.3 Contexte de l'intervention (milieu, pays)	0	0
<i>Foundry</i> (BC, Canada)	1	1
headspace (Australia)	10	21
Histoire du développement des RSI	1	3
<i>Jigsaw</i> (Irlande)	2	10
Prépsy (France)	1	8
Youth One Stop Shops (Nouvelle-Zélande)	2	6
1.4 Caractéristiques de l'intervention (composantes, adaptations...)	0	0
ATAPS Australia (pas un RSIJ, mais utilisé en comparaison avec Headspace)	1	3
Définition générale RSI	1	1
Avantages et barrières	1	5
Caractéristiques RSI (Bond)	1	1
Étapes pour atteindre RSI	1	1
Modèles de RSI (Brechman-Toussaint)	1	6
<i>Foundry</i> (BC, Canada)	1	5
headspace (Australia)	8	39
<i>Jigsaw</i> (Irlande)	3	15
Prépsy (France)	1	8
Youth friendly (general)	1	2
Youth One Stop Shops (Nouvelle-Zélande)	2	5
1.5 Conception de l'étude	2	5
1.6 Sources de financement	9	10
2 Méthode de l'étude	0	0

Nom	Fichiers	Références
2.1 Collecte de données	0	0
2.1.1 Nature des données - primaires ou secondaires	13	24
2.1.2 Procédures de recrutement et critère d'inclusion exclusion	10	20
2.1.3 Stratégie de collecte de données	14	50
2.2 Mesures	0	0
2.2.1 Mesures non standardisées	0	0
Connaissance du service	1	3
Contact entre les membres du personnel	1	4
Données démographiques	3	6
Données sur l'utilisation des services	4	12
Inclusion sociale	1	1
Jours d'incapacité dus à la détresse psychologique	1	1
Pensées suicidaires	1	1
Problème de consommation	1	1
Problème de santé physique causant la détresse psychologique	1	1
Relation de travail	1	1
Satisfaction	1	1
Source du financement de l'intervention	1	3
Temps d'attente	1	1
Thèmes qualitatifs	5	6
2.2.2 Mesure standardisée	0	0
Détresse psychologique (CORE-10 - YP-CORE)	1	1
Détresse psychologique (K6 et K10)	4	5
Fonctionnement psychosocial (SOFAS)	2	2
Partenariat (VicHealth Partnership Analysis Tool)	1	1
2.3 Stratégies d'analyse	0	0
2.3.1 Analyse quantitative	6	14

Nom	Fichiers	Références
2.3.2 Analyse qualitative	7	12
3. Caractéristiques des participants	0	0
3.1 Caractéristiques au début de l'étude	12	26
3.2 Caractéristiques à la fin de l'étude	2	6
4. Résultats de l'étude	0	0
4.1 Résultats descriptifs ou hors ETMISS	0	0
4.2 Résultats confirmés des hypothèses initiales	0	0
4.2.1 Q1 Efficacité des RSIJ	0	0
Accès et engagement dans les services	10	104
Approche d'intervention	5	16
Aucune évaluation empirique réalisée	1	1
Confidentialité et confiance	6	14
Connaissance des services	3	15
Coût des services	3	5
Déplacement vers les services	5	12
Environnement physique des services	5	12
Flexibilité des services	6	25
Genre	4	5
Hétérogénéité de la population	2	3
Implication du jeune dans les décisions	4	15
Intervention interculturelle (Q4)	2	9
Mode de communication	4	5
Mouvement de personnel	1	1
Personnalisation des services selon les besoins du jeune	3	4
Reaching-out de groupes spécifiques	2	9
Satisfaction	2	8
Services en ligne	1	3
Stigmas et réticence	5	9

Nom	Fichiers	Références
Soutien des proches	3	13
Temps d'attente avant les services	6	12
Trajectoire et références	6	37
Types de services offerts	6	20
Effet des services sur les jeunes	5	51
Détresse psychologique (CORE-10)	1	4
Détresse psychologique (K10)	3	36
Détresse psychologique (K10) + statut autochtone	1	3
Enjeux d'évaluation	1	2
Fonctionnement social (SOFAS)	2	13
Idées suicidaires et automutilation	1	3
Impressions et opinions des effets des services	2	29
Jour de participation socioéconomique perdu à cause de la SM	1	4
Sentiment d'inclusion sociale	1	3
Effet sur le travail des intervenants	1	12
Profil des jeunes et des trajectoires de services	8	110
Âge	7	20
Détresse et fonctionnement social pré-traitement	3	16
Diagnostic et historique dans les services	4	10
École, travail et stabilité domiciliaire	2	12
Genre et diversité sexuelle	7	24
Groupe ethnoculturel (Q4)	4	16
Motif de consultation	4	27
Références	1	6
Région	2	5
Service reçu dans les RSI	4	14
Utilisation globale des services	3	9
4.2.2 Q2 Mise en œuvre des RSIJ	0	0

Nom	Fichiers	Références
Facilitateurs et recommandations	0	0
Activité en fonction des besoins des populations autochtones et racisées (Q4)	2	6
Collaboration et embauche de médecins généralistes	1	3
Co-location des centres avec plusieurs organismes	3	6
Connaissance des services dans les communautés	5	11
Financement	4	11
Flexibilité et meilleures pratiques	2	6
Implication des jeunes et d'acteurs de la communauté	3	7
Leadership et gouvernance (Q4)	4	27
Activités en lien avec la gouvernance et les partenariats	1	10
Modèle de service	5	8
Office central	1	2
Partenariat et collaboration	5	30
Recherches, évaluations et meilleures pratiques	2	4
Activité d'évaluation et d'amélioration de la qualité des services	1	9
Ressources humaines	3	4
Obstacles	0	0
Besoins de services non comblés	2	9
Collaboration et embauche de médecins généralistes	1	9
Collaborations et partenariats avec les organismes	5	11
<i>Empowerment</i> et stigma en lien avec la santé mentale	2	4
Financement des services	5	10

Nom	Fichiers	Références
Implication des jeunes dans les services (Gouvernance)	2	2
Inertie structurelle et peur du changement	3	7
Leadership, gouvernance et enjeux de pouvoir	5	9
Modèle de services	3	4
Office central	1	5
Partage d'information	3	4
Recherches, évaluations et meilleures pratiques	4	6
Ressources humaines	7	26
Services aux jeunes racisées et autochtones	1	1
Services en région éloignée et hétérogénéité des sites	5	6
Hétérogénéité des activités entre les sites	1	3
4.2.3 Q3 Efficience des RSIJ	0	0
headspace (Australie)	0	0
Estimation des coûts totaux, coûts par centre et coûts par épisode de service pour headspace	1	20
Mesures recommandées pour augmenter l'efficience de headspace	1	1
Projections vers une couverture nationale (analyse de 4 modèles)	1	6
<i>Jigsaw</i> (Irlande)	0	0
Estimation des coûts par centre <i>Jigsaw</i>	1	8
Estimation du coût des problèmes de santé mentale chez les jeunes Irlandais	1	8
Implantation d'un site <i>Jigsaw</i> Irlande	1	2
Limites des stratégies de financement actuelles	1	2
Projection des bénéfices financiers d'une implantation nationale de <i>Jigsaw</i>	1	17
Projection d'une couverture nationale par <i>Jigsaw</i>	1	8

---

Nom	Fichiers	Références
4.3 Limites de l'étude	11	42
4.4 Résultats inattendus	1	1

## ANNEXE 12 : LISTE DES QUESTIONS UTILISÉES EN CONSULTATION AVEC LES JEUNES

Pour chaque question, encerclez les lettres qui correspondent le mieux à votre réponse. Si vous le souhaitez, vous pouvez toujours répondre plus d'une réponse par question.

### 1. Parmi les choix suivants, encerclez vos préférences pour recevoir un service :

- a) Un lieu dédié aux services professionnels (CLSC, clinique, etc.)
- b) Dans un organisme communautaire
- c) Un lieu de *Drop-in* (endroit pour les jeunes avec des activités occupationnelles, de développement personnel, etc.) avec des intervenant.e.s sur place
- d) Aucune préférence
- e) Autre : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. Quelle est la raison principale qui pourrait vous empêcher de consulter, même si vous en avez besoin ?

- a) Vous n'avez pas de médecin de famille
- b) Vous avez besoin d'un spécialiste, mais vous n'avez pas de référence
- c) Vous n'avez pas connaissance d'un service « porte d'entrée » vous permettant d'avoir accès au service
- d) Autre : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. Préférez-vous aller consulter ?

- a) Avec rendez-vous, pour planifier vos consultations
- b) Sans rendez-vous, dès que vous ressentez le besoin et que vous êtes disponibles

- c) Les deux possibilités

### 4. Quel est votre niveau de tolérance pour attendre de recevoir de l'aide après en avoir fait la demande ?

- a) Moins d'une semaine
- b) 1 à 2 semaines
- c) 3 à 4 semaines
- d) Plus de 4 semaines

### 5. En semaine, quelles plages horaires pour vous rendre au point de services vous conviennent le mieux ?

- a) En avant-midi (8h30-12h00)
- b) En après-midi (13h00-16h30)
- c) Peu importe
- d) Aucune de ces plages horaires

### 6. Quelles plages horaires étendues pour vous rendre au point de services conviennent le mieux à la réalité de votre quotidien ?

- a) Une plage horaire le matin très tôt (5h00-8h30)
- b) Une plage horaire le soir (16h30-20h00)
- c) Une plage horaire le samedi ou le dimanche
- d) Aucune de ces plages horaires

### 7. Quels services sont à prioriser pour les jeunes selon vous :

- a) Bien-être psychologique et santé mentale

- b) Médecine familiale et santé physique
- c) Santé sexuelle
- d) Consommation et dépendance
- e) Recherche d'emploi et formation professionnelle
- f) Soutien pour la vie domestique (cuisine, budget, impôt, etc.)
- g) Autre : \_\_\_\_\_

**8. Quels critères sont les plus importants pour faire confiance ?**

- 1) Le lien avec l'intervenant.e
- 2) Le lien avec l'organisme qui donne des services
- 3) L'engagement clair de la confidentialité de vos informations
- 4) Garder un.e même intervenant.e pivot qui me suit durant toute ma trajectoire
- 5) Autre :
- 6) \_\_\_\_\_

**9. Qu'est-ce qui importe le plus lors de votre visite du point de services ?**

- a) Des gens à la réception ouverts et accueillants
- b) L'accueil et l'ouverture de l'intervenant.e
- c) La discrétion du personnel
- d) Salle d'attente confortable offrant des choses à faire (ordinateur, connexion à internet/wifi, lecture, etc.)
- e) Autre : \_\_\_\_\_

**10. En termes d'accessibilité, quels critères sont les plus déterminants dans votre décision de consulter ou pas ?**

- a) Proche du transport en commun
- b) Proche du lieu d'étude/de travail
- c) Intervenant.e mobile, se déplace dans différents lieux (école, collège, université, parc, centre de loisirs, etc.)
- d) Intervention en ligne
- e) Autre : \_\_\_\_\_

**11. Quels éléments de l'apparence et du design des locaux du point de service sont importants pour votre choix de consulter et y revenir au besoin ?**

- a) Ce n'est pas important pour moi
- b) Bâtiment extérieur facilement identifiable
- c) Lieu non clinique : Décors, couleur, mobilier qui n'ont pas l'air d'un hôpital
- d) Choix du lieu, des meubles, etc., faits par des jeunes
- e) Ambiance : ex. musique
- f) Autre : \_\_\_\_\_

**12. Quels médias/moyens sont les plus efficaces, selon vous, pour faire connaître des services en santé mentale et santé globale des jeunes de 12 à 25 ans ?**

- a) Réseaux sociaux (Facebook, Instagram, etc.)
- b) Site internet

- c) Affiches dans les écoles et les lieux publics
- d) À travers des intervenant.e.s scolaires
- e) Kiosques d'information dans les écoles
- f) Autre : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**13. Comment percevez-vous votre implication actuelle dans vos soins et services ?**

- a) Je suis au cœur des décisions prises et je suis à l'aise avec ça
- b) J'aimerais être plus impliqué.e dans les décisions par les intervenant.e.s
- c) Les intervenant.e.s prennent les décisions, et ça me convient
- d) Je ne reçois pas de service

**14. Qu'est-ce qui doit être fait pour que vous vous sentiez impliqué.e dans les décisions sur vos propres soins et services ?**

- a) Prendre le temps de bien m'informer
- b) Me donner la possibilité de choisir mon intervenant.e
- c) Sentir que je peux donner mon avis sans être jugé.e ou paternalisé.e
- d) Savoir que mon avis sera pris en compte dans les décisions
- e) Toujours avoir la décision finale concernant les objectifs et les moyens pour y arriver
- f) Me demander mon accord avant de parler avec mes parents ou mes proches
- g) Autre :
- h) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**15. L'implication des jeunes dans la gestion et la planification des services (comités consultatifs de jeunes, présence dans les comités décisionnels) est :**

- a) Obligatoire
- b) Non-nécessaire
- c) Cela dépend de : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**16. Si vous avez à vous impliquer, quelle forme vous intéresserait le plus ?**

- a) Branding de l'organisme (logo, couleur, etc.)
- b) Représenter l'organisme dans les événements
- c) Comité pour décider des activités
- d) Organiser/animer des activités/ateliers
- e) Pair-aidance (accompagnement par des pairs ayant vécu des situations similaires à la nôtre)
- f) Autre : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**17. Je serais favorable à ce que mon parent et/ou un proche significatif :**

- a) Ne soit pas impliqué dans mes services
- b) Soit informé sur ma situation par mon intervenant.e
- c) Discute avec mon intervenant.e pour donner de l'information sur ma situation
- d) Reçoive l'accompagnement et de l'information pour permettre de mieux me soutenir
- e) Participe à certaines rencontres avec mon intervenant.e
- f) Soit impliqué dans les décisions concer-

nant les services et les soins dont j'ai besoin

- g) Reçoive des services directs d'un.e intervenant.e de l'organisme
- h) Reçoive des services directs de mon intervenant.e

**Questions ouvertes pour la discussion avec les jeunes après le questionnaire :**

- Quel est, selon vous, le rôle qu'un parent/proche significatif pourrait jouer dans les services et l'intervention directe auprès de leurs jeunes?
- Croyez-vous qu'il y ait certains groupes de jeunes qui sont plus difficiles à rejoindre, même s'ils ont des besoins?
  - Avez-vous des idées ou des stratégies pour mieux rejoindre ces jeunes?
- Si vous aviez une chose que vous aimeriez faire ressortir comme très importante pour les services aux jeunes, ce serait quoi? Pourquoi cette chose plutôt qu'une autre?

## ANNEXE 13 : QUESTIONNAIRE POUR LA CONSULTATION DES INTERVENANTS

Consultation intervenant.e.s \_ Réseaux de services intégrés santé mentale jeunes 12-25 ans

Vous êtes un.e intervenant.e qui travaille avec des jeunes de 12 à 25 ans, votre avis nous intéresse.

**À partir d'une revue systématique de la littérature sur les réseaux de services intégrés jeunesse (RSIJ) en santé mentale, certaines composantes clefs qui pourraient avoir un effet sur l'amélioration du bien-être et de la trajectoire de services des jeunes de 12 à 25 ont été relevées. Nous vous consultons afin d'avoir votre opinion sur l'importance de chacune de ces composantes dans la mise en œuvre d'un réseau de services intégrés sur notre territoire. Cet exercice nous permettra de proposer des recommandations basées sur les données probantes qui tiennent compte du contexte local.**

<b>1. En lien avec la porte d'entrée vers les services, veuillez indiquer l'importance que vous accordez à ces composantes</b>			
	<b>Sans importance</b>	<b>Importante, mais non critique</b>	<b>Critique</b>
Services gratuits ou à faible coût			
Plusieurs types de services au même endroit, sans déplacement pour le jeune			
Présence d'un médecin de famille sur place			
Services accessibles directement, sans référence formelle			
Peu de critères d'admissibilité et accompagnement vers le bon service jusqu'à prise en charge			
Plage horaire de services sans rendez- vous			
Faible temps d'attente avant les services			
Contacts et suivis avec un intervenant.e durant l'attente d'un service spécialisé			

Heures d'ouverture étendues (Ex. : plage horaire de 16h30 à 20h00, plage horaire le samedi ou le dimanche)			
Lieu de <i>Drop-in</i> (Endroit pour les jeunes avec des activités occupationnelles, de développement personnel, etc., avec des intervenants sur place)			
Offre de services en ligne (téléintervention)			
<b>2. En lien avec le point de services, veuillez indiquer l'importance que vous accordez à ces composantes</b>			
	<b>Sans importance</b>	<b>Importante, mais non critique</b>	<b>Critique</b>
Aménagement de l'intérieur avec du mobilier et des couleurs différents d'une clinique			
Aménagement des aires d'attente avec des éléments pratiques comme l'accès à internet ou des ordinateurs			
Déploiement des points de services près des milieux fréquentés par les jeunes et du transport en commun			
Intervenant.e.s mobiles qui offrent des services dans des milieux déjà fréquentés par les jeunes (ex. : écoles, organismes communautaires)			
<b>3. En lien avec la relation entre les jeunes et les intervenant.e.s, quelle importance accordez-vous à ces composantes ?</b>			
	<b>Sans importance</b>	<b>Importante, mais non critique</b>	<b>Critique</b>
Donner le temps nécessaire pour construire le lien de confiance			
Le jeune garde un même intervenant.e pivot qui le suit durant toute sa trajectoire			
Possibilité au jeune de choisir son intervenant.e			
Engagement clair avec le jeune sur la confidentialité des informations			
Implication du jeune dans les décisions sur les objectifs prioritaires de ses services et les moyens à mettre en place			
Flexibilité aux intervenant.e.s d'offrir des services à la famille du jeune s'ils en évaluent le besoin			

<b>4. En lien avec la structure de gouvernance, quelle importance accordez-vous à ces composantes ?</b>			
	<b>Sans importance</b>	<b>Importante, mais non critique</b>	<b>Critique</b>
Implication des jeunes dans la gestion et la planification des services (Ex. : comités consultatifs, jeunes dans les comités décisionnels)			
Implication des familles dans la gestion et la planification des services (Ex. : comités consultatifs, parents dans les comités décisionnels)			
Implication d'organismes de la communauté dans la gestion et la planification des services (Ex. : comités consultatifs, représentant.e.s d'organismes partenaires dans les comités décisionnels)			
Implication des intervenant.e.s dans la gestion et la planification des services (Ex. : comités consultatifs, représentant.e.s dans les comités décisionnels)			
Structure intégrée pour la recherche, l'évaluation et l'amélioration de la qualité afin d'approfondir les connaissances, d'informer et d'améliorer les pratiques			
<b>5. En lien avec le partenariat et le partage d'expertise, quelle importance accordez-vous à ces composantes</b>			
	<b>Sans importance</b>	<b>Importante, mais non critique</b>	<b>Critique</b>
Connaissance du rôle et des responsabilités des autres professionnel.le.s et des partenaires			
Planification des services autour d'une vision commune			
Formalisation de relations de travail avec des partenaires du réseau public et communautaire			
Partage d'un lieu de travail commun entre les professionnel.le.s multidisciplinaires et entre les organismes partenaires			
Services offerts par des pairs-aidants			
Trajectoire de référence claire, personnalisée avec un accompagnement de sorte qu'il ne soit pas ressenti par le jeune			
Outils standardisés communs de transfert d'information entre l'ensemble des partenaires			

Unification des systèmes informatiques			
Co-développement entre les professionnels multidisciplinaires et entre les organisations partenaires (Ex. : formation incluant plusieurs organisations et types de professionnels, officialisation d'une communauté de pratique pour échanger)			
<b>6. En lien avec la promotion des services et la sensibilisation, quelle importance accordez-vous à ces composantes ?</b>			
	<b>Sans importance</b>	<b>Importante, mais non critique</b>	<b>Critique</b>
Partenariat et présence dans les écoles			
Développement de la littéracie en santé mentale auprès des jeunes			
Campagnes de promotion ciblées pour des jeunes plus vulnérables			
<b>7. En lien avec la diversité culturelle, quelle importance accordez-vous à ces composantes ?</b>			
	<b>Sans importance</b>	<b>Importante, mais non critique</b>	<b>Critique</b>
Approche d'intervention culturellement adaptée			
Représentation de personnes de la diversité parmi le personnel			
Développer des liens avec les organismes qui œuvrent déjà auprès des personnes de la diversité			
Employer des intervenants mobiles qui se déplacent dans les communautés			
<b>8. Croyez-vous qu'il y ait certains groupes de jeunes qui sont plus difficiles à rejoindre, même s'ils ont des besoins ?</b>			
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	
Quels sont ces groupes de jeunes ?			
Avez-vous des idées ou des stratégies pour mieux rejoindre ces jeunes ?			
Si vous aviez à décider personnellement d'UNE chose (composante, service, etc.) que vous aimeriez faire ressortir comme très importante pour les services aux jeunes, ce serait quoi ? Pourquoi celle-ci plutôt qu'une autre ?			

## ANNEXE 14 : INFOGRAPHIE SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE LA CONSULTATION DES JEUNES

# À retenir de notre consultation avec les jeunes

Dans le cadre du déploiement de l'Unité de pratique intégré en santé mentale des jeunes de 12-25 ans et de l'arrivée imminente d'Aire-Ouverte au CIUSSS du Centre-Ouest-de-L'île-de-Montréal, l'IU-SHERPA mène actuellement une évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISS) pour tirer des apprentissages des expériences des autres réseaux de services intégrés jeunesse (RSIJ) à l'international. Afin de nous assurer d'adapter ces apprentissages au contexte de nos jeunes au Québec, nous avons consulté deux groupes de six jeunes en mai 2021 pour avoir leur avis sur les points saillants de la littérature. Voici ce qu'elles et ils avaient à dire...

### Choisir ses services

Que ce soit dans une clinique, au CLSC, dans un organisme communautaire ou dans un lieu de Drop-In, les préférences varient d'une personne à l'autre, selon leurs expériences antérieures. Cependant, pour tous.tes, le point de service influence le choix de consulter.

« Je crois que pour bien comprendre nos problèmes nous devons d'abord être à l'aise avec l'endroit »



### Trouver la bonne porte

La raison principale qui peut dissuader un.e jeune de consulter, c'est de ne pas savoir où aller et comment s'y prendre pour que l'on réponde à son besoin. Il est nécessaire que la « porte d'entrée » soit connue et accessible.



### Lien avec l'intervenant

Pour se sentir bien dans un service et suffisamment en confiance pour s'ouvrir, le lien qui se noue entre un.e jeune et son intervenant.e est ce qu'il y a de plus déterminant. Garder un même intervenant pivot durant toute la trajectoire est cruciale selon les jeunes consulté.e.s.

« Les intervenants ont un don. Ils valent tout notre méchant »



### Au cœur des décisions

La majorité des jeunes aimeraient être plus impliqués dans les décisions sur leurs services par les intervenant.e.s.

Plusieurs considèrent également primordiales d'impliquer des jeunes dans la gestion et la planification des services, par exemple via des comités consultatifs et la présence de jeunes dans les comités décisionnels.



### Impliquer les parents ?

Pour les jeunes consulté.e.s, la décision d'impliquer un parent devrait revenir en tout temps au jeune. Si pour certain.e.s, l'implication des parents est positive, pour d'autres, les parents nuisent à l'intervention en étant porteur de certains tabous pour la santé mentale, en niant ou minimisant ce que le jeune ressent ou en monopolisant l'intervenant.e.

Ce respect de la confidentialité est déterminant dans la confiance qu'un.e jeune accorde à son intervenant.e.



### Réduire l'attente

Un temps d'attente de une à deux semaines au maximum convient à la majorité des jeunes, alors qu'un temps de plus de quatre semaines est inacceptable.

« C'est ridicule, c'est comme si on attend pour aller bien »



## ANNEXE 15 : INFOGRAPHIE SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE LA CONSULTATION DES INTERVENANTS

# À retenir de notre consultation avec les intervenant.e.s

Dans le cadre du déploiement de l'Unité de pratique intégré en santé mentale des jeunes de 12-25 ans et de l'arrivée imminente d'Aire-Ouverte au CIUSSS du Centre-Ouest-de-L'île-de-Montréal, l'U-SHERPA mène actuellement une évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) pour tirer des apprentissages des expériences des autres réseaux de services intégrés jeunesse (RSIJ) à l'international. Afin de nous assurer d'adapter ces apprentissages au contexte local, nous avons consulté des intervenant.e.s jeunesse du CIUSSS du Centre-Ouest-de-L'île-de-Montréal en juin 2021 pour avoir leur avis sur les points saillants de la littérature. Quatorze (14) intervenant.e.s ont répondu à un questionnaire en ligne. Voici ce qu'elles et ils avaient à dire...

### Services intégrés

Les intervenant.e.s sont majoritairement favorables à l'accès à des services offerts sous un même toit, aux lieux de Drop-in, à la présence d'un médecin de famille sur place, à la mise en place d'aires d'attente avec accès à internet et ordinateurs ainsi qu'à des espaces avec du mobilier et des couleurs différentes d'une clinique.

Ils sont également favorables à la possibilité du jeune de choisir son intervenant ainsi qu'à un engagement clair avec elle/lui sur la confidentialité.



### Services adaptés et accessibles

L'accessibilité des services sans référence formelle et avec une diminution du temps d'attente, la proximité des points de services des milieux fréquentés par les jeunes avec un accès à des intervenants mobiles, ainsi que la télé-intervention, font consensus auprès des intervenant.e.s consultés.

Elles et ils sont également majoritairement favorables à une approche d'intervention culturellement adaptée, au développement de liens avec les organismes qui œuvrent déjà auprès des personnes de la diversité et à l'emploi d'intervenant.e.s mobiles aptes à se déplacer dans les communautés.



### Image de marque

En lien avec l'image de marque, les intervenant.e.s conviennent sur l'importance du partenariat et de la présence des services dans les écoles, du développement de la littéracie en santé mentale auprès des jeunes, ainsi que des campagnes de promotion ciblées pour des jeunes plus vulnérables.



### Gouvernance, financement et reddition de comptes

Il semble avoir un consensus sur l'importance d'impliquer les jeunes, leurs familles, les organismes de la communauté et les intervenant.e.s dans la gestion et la planification des services, tout en donnant une flexibilité aux intervenant.e.s d'offrir des services à la famille du jeune si elles ou ils en évaluent le besoin. Les jeunes doivent pouvoir également s'impliquer dans les décisions sur les objectifs prioritaires de leurs services et les moyens à mettre en place.



### Place des acteurs

L'importance de la connaissance du rôle et des responsabilités des autres professionnels et des partenaires, de la planification des services autour d'une vision commune, de l'unification des systèmes informatiques et du co-développement entre les professionnels multidisciplinaires et entre les organisations partenaires sont autant d'éléments qui font consensus auprès des intervenant.e.s. La majorité des intervenant.e.s sont également favorables à la formalisation de relations de travail avec des partenaires du réseau public et communautaire, au partage d'un lieu de travail commun entre les professionnel.le.s multidisciplinaires et entre les organismes partenaires, ainsi qu'aux services offerts par des pairs-aidants.



### Évaluation/recherche

La majorité des intervenant.e.s sont favorables à la mise en place d'une structure intégrée pour la recherche, l'évaluation et l'amélioration de la qualité afin d'approfondir les connaissances, d'informer et d'améliorer les pratiques.



## ANNEXE 16 : RÉSULTATS DES ATELIERS DÉLIBÉRATIFS

Composantes clés	Recommandations proposées	Utilité	Faisabilité	Force	À reformuler	Propositions de reformulations basées sur les suggestions/commentaires du comité de pilotage
Des services regroupés sous le même toit	1.1- Veiller à offrir des services complets aux jeunes sous le même toit : - Favoriser la localisation des services du RSIJ dans un même lieu physique - Établir des ententes avec des partenaires offrant des services complémentaires au RSIJ pour se déplacer dans les locaux du RSIJ	Importante, mais non critique	Inappropriée	Avec réserve	Oui	1.1- Veiller à offrir des services complets aux jeunes notamment en favorisant des ententes avec des partenaires offrant des services complémentaires au RSIJ. * cela englobera : 1) des services en présence ou virtuels; 2) les partenaires peuvent offrir leurs services dans les locaux du RSIJ comme les membres de l'équipe RSIJ peuvent en offrir dans les locaux des partenaires.
Un lien avec l'espace et les intervenant.e.s	2.1- S'assurer de l'implication des jeunes dans le design des lieux du RSIJ afin de favoriser des lieux à l'image des jeunes et renforcer le lien d'attachement	Importante, mais non critique	Appropriée à un contexte restreint	Avec réserve	Non	2.1- Favoriser la construction du lien de confiance entre l'intervenant et le jeune et s'assurer de l'implication des jeunes dans le design des lieux physique, s'il y a lieu, du RSIJ afin de favoriser des lieux à leur image
	2.2- Favoriser des dispositions des lieux d'intervention/d'attente de façon à favoriser une proximité et une accessibilité aux intervenant.e.s qui saura les rassurer	Importante, mais non critique	Inappropriée	Avec réserve	Oui	Non pertinent étant donné la discussion autour de l'importance des interventions virtuelles.
	2.3- Prévoir une salle d'attente confortable et pratique (Wifi, musique, etc.)	Importante, mais non critique	Inappropriée	Sans réserve	Oui	2.3- Prévoir un lieu offrant des activités (Wi-Fi, jeux, musique, etc.) aux jeunes dans le cas où ils doivent attendre durant leurs visites à un point de service physique

Composantes clés	Recommandations proposées	Utilité	Faisabilité	Force	À reformuler	Propositions de reformulations basées sur les suggestions/commentaires du comité de pilotage
Des services accessibles et adaptés à la réalité des jeunes	3.1- S'assurer que le RSIJ offre une porte d'entrée* aux services pour répondre aux besoins des jeunes *Porte d'entrée = sans références et possibilité de référer les jeunes vers des services spécialisés (Ex. : psychiatrie)	Importante, mais non critique	Inappropriée	Non recommandé	Oui	3.1- S'assurer que le RSIJ assure un accompagnement personnalisé des jeunes vers des services spécialisés pour répondre à leurs besoins.
	3.2- Favoriser l'accessibilité aux services en offrant : Des services étendus Des plages horaires sans rendez-vous Des intervenant.e.s mobiles Des services en ligne Des services sans délai d'attente ou avec accès à un intervenant de transition	Critique	Appropriée	Sans réserve	Non	3.2- Favoriser l'accessibilité aux services en offrant a) des services sans références; b) des services étendus; c) des plages horaires sans rendez-vous; d) des intervenant.e.s mobiles; e) des services en ligne; f) des services sans délai d'attente

Composantes clés	Recommandations proposées	Utilité	Faisabilité	Force	À reformuler	Propositions de reformulations basées sur les suggestions/commentaires du comité de pilotage
Offre de services culturellement sensibles	4.1- Réaliser une analyse préalable des besoins des jeunes de la diversité afin de s'assurer de choisir les stratégies d'adaptation qui répondent au mieux à ces besoins	Critique	Appropriée	Sans réserve	Oui	4.1- Réaliser régulièrement un portrait populationnel des jeunes de la diversité du territoire du RSIJ afin de s'assurer de choisir des stratégies d'adaptation qui répondent au mieux à leurs besoins et leurs réalités
	4.2- S'assurer d'avoir un.e interprète formel.le* durant les interventions lorsque le jeune ne maîtrise ni le français ni l'anglais  *à moins que le ou la jeune préfère être accompagné.e d'un ami.e ou un membre de la famille	Critique	Appropriée à un contexte restreint	Sans réserve	Non	4.2- S'assurer d'avoir, idéalement, un.e interprète formel.le* durant les interventions lorsque le jeune ou l'un de ses parents/proches ne maîtrisent ni le français ni l'anglais *à moins que le ou la jeune préfère être accompagné.e d'un ami.e ou un membre de la famille.
	4.3- Renforcer ou développer des partenariats avec des organismes qui travaillent avec cette population	Critique	Appropriée	Sans réserve	Non	

Composantes clés	Recommandations proposées	Utilité	Faisabilité	Force	À reformuler	Propositions de reformulations basées sur les suggestions/commentaires du comité de pilotage
Une trajectoire de service continue	5.1- Favoriser le maintien du même intervenant.e pour accompagner le ou la jeune dans sa trajectoire de soins	Critique	Appropriée à un contexte restreint	Sans réserve	Oui	5.1- Favoriser le maintien d'une équipe d'intervenant.e.s pour accompagner le ou la jeune dans sa trajectoire de soins *favoriser une continuité relationnelle + introduire des intervenant.e.s partenaires dans la trajectoire à travers l'équipe dédiée.
	5.2- Planifier la transition vers les services adultes assez tôt dans la trajectoire du jeune	Critique	Appropriée	Avec réserve	Oui	5.2- Selon la trajectoire du jeune, penser la transition vers les services adultes assez tôt dans la trajectoire du jeune *favoriser, lorsque possible, de terminer l'épisode de soins pour éviter la transition.
	5.3- Assurer des références personnalisées et un accompagnement durant la transition vers les autres services	Critique	Appropriée	Sans réserve	Non	
	5.4- Créer des canaux de communication avec les autres services dont le ou la jeune bénéficie afin d'éviter le dédoubleage	Critique	Appropriée	Sans réserve	Oui	5.3- Créer des canaux de communication avec les autres services dont le ou la jeune bénéficie afin d'éviter le dédoubleage et favoriser un changement de pratiques auprès des autres services

Composantes clés	Recommandations proposées	Utilité	Faisabilité	Force	À reformuler	Propositions de reformulations basées sur les suggestions/commentaires du comité de pilotage
Une équipe multidisciplinaire, professionnelle et compétente	6.1- S'assurer que les membres de l'équipe RSIJ aient le temps et l'opportunité de travailler et de collaborer afin de favoriser un partage des compétences interdisciplinaires	Importante, mais non critique	Inappropriée	Avec réserve	Oui	6.1- Assurer des espaces d'échange à l'équipe dédiée du RSIJ afin de favoriser un partage des compétences interdisciplinaires* et une lecture globale des problématiques des jeunes *compétences propres à chaque ordre, par ex. travailleur social, psychologue, infirmier, etc.
	6.2- Mettre en place des stratégies de rétention de l'équipe multidisciplinaire	Critique	Appropriée	Sans réserve	Oui	6.2- Mettre en place des stratégies de planification de la main-d'œuvre afin de favoriser la stabilité et la rétention de l'équipe dédiée du RSIJ
	6.3- Développer des collaborations avec des médecins de famille	Critique	Appropriée à un contexte restreint	Sans réserve	Oui	6.3- Développer des collaborations avec des médecins de famille pour les jeunes qui n'en ont pas. La collaboration peut prendre différentes formes selon les possibilités et les opportunités dans chaque territoire.

Composantes clés	Recommandations proposées	Utilité	Faisabilité	Force	À reformuler	Propositions de reformulations basées sur les suggestions/commentaires du comité de pilotage
Promotion des services, sensibilisation et image de marque	7.1- S'assurer de l'implication des jeunes dans le développement de l'image de marque et la promotion des services des RSIJ	Critique	Appropriée	Sans réserve	Non	
	7.2- Diversifier les canaux de promotion des services, y compris les médias sociaux, les écoles, les organismes communautaires et les lieux fréquentés par les jeunes	Critique	Appropriée	Sans réserve	Non	
	7.3- Co-organiser avec les jeunes et les partenaires de la communauté des activités de sensibilisation : - De type ludique pour normaliser la question de la santé mentale - De type éducatif pour démystifier la question de la santé mentale	Critique	Appropriée	Sans réserve	Non	

Composantes clés	Recommandations proposées	Utilité	Faisabilité	Force	À reformuler	Propositions de reformulations basées sur les suggestions/commentaires du comité de pilotage
Participation des jeunes	8.1- Accorder un pouvoir décisionnel aux jeunes sur les services qu'ils ou elles reçoivent : - Définir les objectifs et les moyens de les atteindre - Décider qui impliquer dans sa trajectoire de soins	Critique	Appropriée	Sans réserve	Oui	8.1- Accorder un pouvoir décisionnel aux jeunes pour définir les objectifs et les moyens de les atteindre et de décider qui impliquer dans leur propre trajectoire de soins
	8.2- Codévelopper avec des jeunes des comités avec un pouvoir sur l'organisation des services (offre de services, collaboration, heures d'ouverture, etc.) en assurant un suivi avec ces jeunes au sujet des décisions finales prises	Critique	Appropriée à un contexte restreint	Sans réserve	Oui	8.2- Impliquer activement les jeunes sur le plan de l'organisation globale des services dans une perspective de cocréation d'une offre de service à leur image
	8.3- Offrir la possibilité aux jeunes de s'impliquer dans divers activités et événements en lien avec le RSIJ (pair-aidance, sensibilisation, programmation d'activités, etc.)	Importante, mais non critique	Appropriée à un contexte restreint	Sans réserve	Oui	8.3- Offrir la possibilité aux jeunes qui le souhaitent de s'impliquer dans divers activités et événements en lien avec le RSIJ (voir recommandation 7.3)

Composantes clés	Recommandations proposées	Utilité	Faisabilité	Force	À reformuler	Propositions de reformulations basées sur les suggestions/commentaires du comité de pilotage
Implication des parents et des proches dans les services	9.1- Veiller à bien expliquer et à informer les jeunes du rôle que les parents* peuvent jouer *Négocier la place des parents avec les jeunes impliqués dans le RSIJ	Importante, mais non critique	Inappropriée	Avec réserve	Oui	9.1- Je suggère de l'enlever (voir recommandation 8.1 reformulée permet aux jeunes éventuellement de décider d'impliquer les parents et/ou proches ou pas)
	9.2- S'assurer (l'équipe) en continu que le jeune est à l'aise avec l'implication des parents dans sa trajectoire de services	Critique	Appropriée	Sans réserve	Oui	9.2- Actualiser de façon continue le choix du jeune quant au rôle que les parents ou les proches du jeune peuvent jouer dans sa trajectoire de soins
	9.3- Accompagner les parents impliqués dans la situation du jeune vers des services appropriés	Critique	Inappropriée	Avec réserve	Oui	9.3- Lorsque les parents ou les proches du jeune sont partie prenante de la situation problématique que vit le jeune, s'assurer qu'ils puissent avoir accès à des services appropriés *selon l'étendue de l'offre de services du RSIJ et les possibilités qu'offrent les collaborations internes avec des services adultes
	9.4- Développer des comités consultatifs de parents pour mieux comprendre leurs réalités et la prendre en compte	Importante, mais non critique	Appropriée	Avec réserve	Oui	9.4- Créer des espaces de paroles pour les parents et les proches (comité, table, club de discussion, etc.) afin de mieux saisir leur réalité et la prendre en compte

<b>Composantes clés</b>	<b>Recommandations proposées</b>	<b>Utilité</b>	<b>Faisabilité</b>	<b>Force</b>	<b>À reformuler</b>	<b>Propositions de reformulations basées sur les suggestions/commentaires du comité de pilotage</b>
Collaboration des partenaires	10.1- Donner une voix et un pouvoir aux partenaires	Critique	Appropriée	Sans réserve	Non	
	10.2- Prévoir un budget pour les collaborations (temps de libération, activités, etc.)	Critique	Appropriée	Sans réserve	Non	
	10.3- Offrir des activités et des formations communes à l'ensemble des acteurs du RSIJ (équipe et partenaires)	Critique	Appropriée	Sans réserve	Non	
	10.4- Bâtir sur des réseaux existants dans la communauté	Importante, mais non critique	Appropriée à un contexte restreint	Sans réserve	Non	
	10.5- Créer et utiliser des canaux de communication convenus avec les partenaires	Critique	Appropriée	Sans réserve	Non	
	10.6- Développer et mettre en place des infrastructures de données partagées avec les partenaires	Critique	Appropriée à un contexte restreint	Avec réserve	Non	

Composantes clés	Recommandations proposées	Utilité	Faisabilité	Force	À reformuler	Propositions de reformulations basées sur les suggestions/commentaires du comité de pilotage
Gouvernance intégrée et intersectorielle	11.1- Mettre en place une instance de coordination à l'échelle nationale pour soutenir les différents RSIJ du territoire sur des aspects comme la formation du personnel, la gestion budgétaire, la recherche et l'amélioration continue des services	Critique	Appropriée	Sans réserve	Non	
	11.2- S'assurer de mettre en place une gouvernance par et pour les jeunes et les partenaires de la communauté	Critique	Appropriée à un contexte restreint	Avec réserve	Oui	11.2- Cheminer vers la mise en place d'une gouvernance par et pour les jeunes et les partenaires de la communauté
	11.3- Assurer un financement continu et durable des RSIJ	Critique	Appropriée	Avec réserve	Oui	11.3- Assurer un financement continu et durable des activités du RSIJ autant celles assurées par l'équipe dédiée que celles assurées par les partenaires
	11.4- Mettre en place une reddition de compte (processus et résultats) attribuable à toutes les parties prenantes du RSIJ	Importante, mais non critique	Appropriée à un contexte restreint	Avec réserve	Oui	11.4- Mettre en place une réédition de compte qui fait état autant des processus que des résultats attribuables à toutes les parties prenantes du RSIJ (équipe dédiée et partenaires)

Composantes clés	Recommandations proposées	Utilité	Faisabilité	Force	À reformuler	Propositions de reformulations basées sur les suggestions/commentaires du comité de pilotage
Démarche de recherche/évaluation intégrée	12.1- Planifier une démarche d'évaluation en même temps que le développement du RSIJ	Critique	Appropriée	Sans réserve	Non	
	12.2- Mettre en place un protocole d'évaluation nationale pour : - Évaluer la mise en œuvre (ce qui a fonctionné et moins bien fonctionné et dans quel contexte) - Mettre en place une infrastructure commune pour la collecte de données clinico-administratives	Critique	Appropriée	Sans réserve	Non	
	12.3- Mettre en place des démarches évaluatives locales : - Contextualiser les résultats de l'évaluation - Analyser le niveau de fidélité/adaptation aux composantes essentielles du RSIJ	Critique	Appropriée	Sans réserve	Non	
	12.4- Codévelopper des démarches évaluatives participatives et développementales avec l'équipe RSIJ, des jeunes, des familles et des organismes communautaires	Critique	Appropriée à un contexte restreint	Sans réserve	Non	

Thématiques	Recommandations	Utilité	Faisabilité	Force	À reformuler	Propositions de reformulations basées sur les suggestions/commentaires du comité de pilotage
Efficacité	13.1- Développer des devis mixtes d'évaluation de l'efficacité méthodologiquement robustes et valides avec une approche longitudinale et expérimentale	Critique	Appropriée	Sans réserve	Oui	13.1- Développer des devis mixtes d'évaluation (qualitative et quantitative) de l'efficacité méthodologiquement robustes et valides avec une approche longitudinale et expérimentale
	13.2- S'assurer, en amont, de la qualité des données administratives collectées durant le continuum de services des jeunes autant par l'équipe RSIJ que ses partenaires	Critique	Appropriée	Sans réserve	Oui	13.2- S'assurer, en amont, de la qualité des données administratives collectées durant le continuum de services des jeunes autant par l'équipe RSIJ que ses partenaires ainsi que des données populationnelles
Efficience	14.1- Réaliser une analyse des coûts comparant les estimations gouvernementales aux coûts réels d'un site RSIJ (sites pilotes ou de démonstration)	Critique	Appropriée	Sans réserve	Oui	14.1- Réaliser une analyse des coûts réels d'un site RSIJ (sites pilotes ou de démonstration) sur quelques années de fonctionnement
	14.2- Prévoir une attribution des financements qui soit équitable en fonction des besoins de services de la population du point de services financé	Critique	Appropriée	Sans réserve	Non	

## ANNEXE 17 : APERÇU DES ÉTUDES RETENUES POUR ANALYSE COMPLÈTE

*headspace, Australie*

Référence	Types de données <sup>1</sup>	Échantillon/ Population	Source et année des données	Mesures/Thèmes	Objectif du document ou question d'évaluation
<b>Muir, Powell et McDermott (2012)</b>	Entretiens semi-structurés (Qual)	168 jeunes de 12-25 ans ayant reçu des services	10/30 centres <i>headspace</i> , 2008-2009	Données démographiques (genre, âge, milieu de vie (urbain/rural), statut d'autochtone (oui/non), pays de naissance (Australie/autre), langue principale (anglais/autre), Lieu de résidence (famille/ Autre)).  Thèmes : Services accessibles, services acceptables, Services appropriés.	Comparer le modèle <i>headspace</i> et le modèle théorique de services <i>Youth-friendly</i> de l'Organisation mondiale de la Santé afin d'en tirer des leçons pratiques.
	Données administratives (Quant)*	Population de jeunes de 12-25 ans ayant reçu des services  (n = 7 022)	24/30 centres <i>headspace</i> , 2008-2009	Données démographiques (genre, âge, milieu de vie (urbain/rural), statut d'autochtone (oui/non), pays de naissance (Australie/autre), langue principale (anglais/autre), Lieu de résidence (famille/ Autre)).	
<b>Patulny et al. (2013)</b>	Données administratives (Quant)*	Population de jeunes de 12-25 ans ayant reçu des services  (n = 7 022)	24/30 centres <i>headspace</i> , 2008-2009	Données démographiques (genre, âge, milieu de vie (urbain/rural), statut d'autochtone (oui/non), pays de naissance (Australie/autre), langue principale (anglais/autre), Lieu de résidence (famille/ Autre)).	Évaluer si l'implantation de <i>headspace</i> a augmenté l'utilisation des services en santé mentale chez les 12-25 ans, et parmi ceux-ci, chez certaines tranches de population plus vulnérables.

1 L'étoile signifie que les données décrites proviennent de sources secondaires. Il ne s'agit donc pas de données primaires développées ou collectées pour les fins de l'étude par les auteurs.

Référence	Types de données <sup>1</sup>	Échantillon/ Population	Source et année des données	Mesures/Thèmes	Objectif du document ou question d'évaluation
<b>Patulny et al. (2013) (suite)</b>	Entretiens semi-structurés (Qual)*	168 jeunes de 12-25 ans ayant reçu des services	10/30 centres headspace, 2008-2009	Données démographiques (genre, âge, engagement école/travail (oui/non), redoublé une année (Oui/Non), contact hebdomadaire avec famille/amis (Oui/Non), milieu de vie (urbain/rural), statut d'autochtone (oui/non), pays de naissance (Australie/autre), langue principale (anglais/autre), Lieu de résidence (famille/Autre)).	
	Données administratives (Quant)*	1552 répondants australiens de 16 à 25 ans	ABS National Survey of Mental Health and Wellbeing (SMHWB), 2007	Données démographiques (genre, âge, engagement école/travail (oui/non), redoublé une année (Oui/Non), contact hebdomadaire avec famille/amis (Oui/Non), milieu de vie (urbain/rural), statut d'autochtone (oui/non), pays de naissance (Australie/autre), langue principale (anglais/autre), Lieu de résidence (famille/Autre)).	
	Données administratives (Quant)*	Population de jeunes de 15-24 ans utilisant des services en santé mentale en Australie	Medicare Benefits Scheme (MBS), 2006-2008	Utilisation totale des services en santé mentale par les jeunes de 15-24 ans	

Référence	Types de données <sup>1</sup>	Échantillon/ Population	Source et année des données	Mesures/Thèmes	Objectif du document ou question d'évaluation
<b>Basilios et al. (2017)</b>	Données administratives (Quant)*	Population des jeunes ayant utilisé plus de 1 service psychologique de headspace  (n = 17 337)	30/40 centres headspace, juillet 2009 – juin 2012	Données démographiques (genre, âge, milieu de vie (urbain/rural/éloigné), statut d'autochtone (oui/non), Faible revenu (oui/non)), Services en santé mentale antérieure (oui/non), Détresse psychologique pré-traitement (K10), Nombre de sessions de traitement, Traitement CBT (oui/non).	Décrire l'utilisation des services psychologiques chez les jeunes de 12 à 25 ans pour headspace et ATAPS, leurs caractéristiques, les types de services reçus et les effets du traitement sur leur détresse psychologique.
	Données administratives (Quant)*	1326 jeunes ayant utilisé plus de 1 service psychologique de headspace avec des données pré-traitement et post-traitement	30/40 centres headspace, juillet 2009 – juin 2012	Effet sur la détresse psychologique (K10 avant/après)	
	Données administratives (Quant)*	Population de jeunes ayant utilisé plus de 1 service psychologique de ATAPS  (n = 20 156)	juillet 2009 – juin 2012	Données démographiques (genre, âge, milieu de vie (urbain/rural/éloigné), statut d'autochtone (oui/non), Faible revenu (oui/non)), Services en santé mentale antérieure (oui/non), Détresse psychologique pré-traitement (K10), Nombre de sessions de traitement, Traitement CBT (oui/non).	
	Données administratives (Quant)*	1303 jeunes ayant utilisés plus de 1 service psychologique de ATAPS avec des données pré-traitement et post-traitement	juillet 2009 – juin 2012	Effet sur la détresse psychologique (K10 avant/après)	

Référence	Types de données <sup>1</sup>	Échantillon/ Population	Source et année des données	Mesures/Thèmes	Objectif du document ou question d'évaluation
<b>Hilferty et al. (2015)</b>	Données administratives (Quant)*	Population de jeunes ayant utilisé les services de <i>headspace</i>  (n = 44 195)	56/56 centres, 1er avril 2013 - 31 mars 2014	Données démographiques (genre, âge, orientation sexuelle, pays de naissance (Australie/autre), statut d'autochtone (Torres Strait Islander/Non), Langue autre que l'anglais (Oui/Non), Lieu de résidence (Sécuritaire/itinérant ou dangereux), État de résidence, SEIFA (quintiles), milieu de vie (urbain/banlieue/rural/éloigné/très éloigné), participation (École/Étude), Détresse psychologique (K10), Fonctionnement social (SOFAS), Motif de la première visite à headspace, émotion à la première visite, type de problème relationnel autorapporté, distance du déplacement vers le centre, Temps d'attente avant la rencontre, Jours de travail perdu en raison de problèmes psychologiques,	Évaluer les enjeux d'accès et d'engagement des jeunes avec les programmes, incluant les demandes de services, les facilitateurs et les barrières à l'utilisation des services.  Évaluer l'effet des services sur les jeunes afin d'en déterminer l'efficacité.  Évaluer les composantes du modèle de services afin d'identifier les aspects les plus efficaces et les moins efficaces dans l'atteinte des objectifs.
	Recensement (Quant)*	Population de jeunes australiens de 12-25 ans  (n = 3 992 042)	2011	Données démographiques (genre, âge, pays de naissance (Australie/autre), statut d'autochtone (Torres Strait Islander/Non), langue autre que l'anglais (Oui/Non), État de résidence, SEIFA (quintiles), milieu de vie (urbain/banlieue/rural/éloigné/très éloigné), participation (École/Étude)), détresse psychologique (K10)	

Référence	Types de données <sup>1</sup>	Échantillon/ Population	Source et année des données	Mesures/Thèmes	Objectif du document ou question d'évaluation
<b>Hilferty et al. (2015) (suite)</b>	Sondage (Mixte)	29 questionnaires de <i>headspace</i>	29/40 centres <i>headspace</i> ont répondu, 2013	Thèmes : Les types de praticiens œuvrant dans leur centre <i>headspace</i> , les effectifs du personnel, nombre et type de services offerts, niveau de satisfaction par rapport à l'aide reçue par le centre <i>headspace</i> pour son opération, opinion du gestionnaire sur l'efficacité du centre, système de gouvernance du centre, satisfaction du gestionnaire sur la gestion de l'agence centrale <i>headspace</i> et sur le consortium de partenaire, perception du gestionnaire sur la capacité de pérenniser le fonctionnement de <i>headspace</i> et les facteurs nécessaires à cet accomplissement.	
	Sondage (Mixte)	207 questionnaires, professionnels affiliés à <i>headspace</i> et partenaires	2014	Thèmes : Les types et la nature des collaborations et les liens entre les centres <i>headspace</i> , les autres programmes financés par le gouvernement et le système de santé et de services sociaux; les facilitateurs et les barrières à une pratique collaborative efficace et efficiente; Les impacts de la pratique collaborative sur les autres organismes donneurs de services; La trajectoire des usagers entre <i>headspace</i> et les autres organisations; si et comment <i>headspace</i> aide à améliorer les compétences et la confiance des médecins généralistes en santé mentale jeunesse.	
	Sondage (Quant)	226 parents et tuteurs de jeunes bénéficiaires des services <i>headspace</i>	2014	Rôle du parent comme facilitateur et barrière aux services (accès et engagement), perception des parents de l'impact de <i>headspace</i> sur le jeune, comment améliorer les services pour répondre aux	

Référence	Types de données <sup>1</sup>	Échantillon/ Population	Source et année des données	Mesures/Thèmes	Objectif du document ou question d'évaluation
	Sondage (Quant) (suite)			enjeux et besoins vécus par les parents, comment l'expérience de parents faisant affaire avec headspace se compare avec celle des parents dans d'autres types de services	
<b>Hilferty et al. (2015) (suite)</b>	Entrevues semi-dirigées (Qual)	50 jeunes bénéficiaires des services <i>headspace</i>	2013	Données démographiques (genre, âge, pays de naissance (Australie/autre), statut d'autochtone (Torres Strait Islander/Non), langue autre que l'anglais (Oui/Non), lieu de résidence (sécuritaire/itinérant ou dangereux), État de résidence, milieu de vie (urbain/banlieue/rural/éloigné/très éloigné), participation (École/Étude), niveau scolaire, sources de revenus, durée de fréquentation de headspace)	
	Entrevues semi-dirigées (Qual)	5 gestionnaires et 20 membres du personnel de headspace	2013	Thèmes : Non spécifiés.	
	Entrevues semi-dirigées (Qual)	38 parents et tuteurs de jeunes bénéficiaires des services headspace	2014	Thèmes : Rôle du parent comme facilitateur et barrière aux services (accès et engagement), perception des parents de l'impact de headspace sur le jeune, comment améliorer les services pour répondre aux enjeux et besoins vécus par les parents, comment l'expérience de parents faisant affaire avec headspace se compare avec celle des parents dans d'autres types de services.	

Référence	Types de données <sup>1</sup>	Échantillon/ Population	Source et année des données	Mesures/Thèmes	Objectif du document ou question d'évaluation
<b>Hilferty et al. (2015) (suite)</b>	Analyse documentaire*	Données administratives 2013-2014, données financières de chaque centre <i>headspace</i> , données financières nationales de <i>headspace</i> , données administratives sur l'utilisation des services en santé mentale par les jeunes en Australie (Medicare Benefits Scheme), sondage mené auprès de 1364 jeunes bénéficiaires des services <i>headspace</i> présenté dans ce rapport.	1er avril 2013 - 31 mars 2014 (principalement)	Composante de l'analyse : Évaluation du coût général de <i>headspace</i> , et du coût pour chaque composante, sources de financement, coût par service donné par <i>headspace</i> , projection des coûts selon la croissance de <i>headspace</i> (nombre de centres) avec proposition de 3 modèles de croissance alternatifs.	Conduire une évaluation coût-bénéfices des programmes en opération et des programmes à venir.  Analyse du modèle de croissance et d'allocation actuel des centres <i>headspace</i> , ainsi que 3 modèles alternatifs.
<b>Rickwood et al. (2015a)</b>	Données administratives (Quant)*	Population de jeunes ayant reçu des services de <i>headspace</i> en santé mentale  (n = 24 034)	55/56 centres, 1er avril 2013 - 31 mars 2014	Données démographiques (genre, âge), motif de consultation, nombre de sessions totales, type de service reçu, détresse psychologique (K-10), fonctionnement social (SOFAS).	Évaluer le changement dans la détresse psychologique et le fonctionnement social des jeunes qui reçoivent une intervention <i>headspace</i> , et le maintien dans le temps de ces changements sur 90 jours.
	Sondage (Quant)	651 jeunes ayant reçu des services de <i>headspace</i> , ayant répondu au suivi après 90 jours	Juin 2013 à août 2014	Données démographiques (genre, âge), motif de consultation, nombre de sessions totales, type de service reçu, détresse psychologique (K-10), fonctionnement social (SOFAS).	

Référence	Types de données <sup>1</sup>	Échantillon/ Population	Source et année des données	Mesures/Thèmes	Objectif du document ou question d'évaluation
<b>Rickwood et al. (2015b)</b>	Données administratives (Quant)*	Population de jeunes ayant entamé un épisode de services de <i>headspace</i> (n = 33 038)	55/56 centres, 1er avril 2013 - 31 mars 2014	Données démographiques (genre, âge), motif de consultation, nombre de sessions totales, la personne n'a pas attendu trop longtemps (oui ou non), type de service reçu, professionnel principalement consulté, type de financement pour le service.	Décrire les services donnés aux jeunes par <i>headspace</i> , et la façon dont les services sont donnés.
<b>Rickwood Van Dyke Telford (2015)</b>	Analyse documentaire (Qual)	120 rapports d'activité de <i>headspace</i>	30/30 centres <i>headspace</i> , 2010-2011	Thèmes : partenariats locaux et liens, activité d'engagement avec la communauté, gouvernance clinique et structure, environnement Youth friendly, services coordonnés et intégrés, mécanismes de continuité des soins, évaluation globale, implication des jeunes et des familles, stratégies de développement du personnel, rétablissement social.	Examiner les activités des premiers centres <i>headspace</i> afin de déterminer les caractéristiques communes et uniques des pratiques à travers les centres <i>headspace</i> dans cette nouvelle approche de prestation des services en santé mentale.
<b>Yap et al. (2012)</b>	Sondage (Mixte)	3021 jeunes australiens de 15 à 25 ans	2011	Données démographiques (âge, genre, localisation à proximité d'un centre <i>headspace</i> (oui ou non)), Connaissance spontanée de <i>headspace</i> , rappel de <i>headspace</i> , détresse psychologique (K6)	Évaluer la connaissance des services en santé mentale chez les jeunes de 15 à 25 ans, particulièrement <i>headspace</i> .

Référence	Types de données <sup>1</sup>	Échantillon/ Population	Source et année des données	Mesures/Thèmes	Objectif du document ou question d'évaluation
<b>Pomare et al. (2018)</b>	Questionnaire (Quant)	13 professionnels du centre <i>headspace</i> A, 10 professionnels du centre <i>headspace</i> B	2/100 centres, Juillet 2017	Données démographiques (genre, statut d'emploi, année d'expérience à <i>headspace</i> , titre professionnel), fréquence et force des relations avec chacun de ses collègues en cas de 1) travail de routine, 2) questionnement sur son rôle professionnel, 3) incertitude dans les décisions à prendre	Évaluer les patrons de collaborations interprofessionnelles dans les centres <i>headspace</i> afin de déterminer si les réseaux de services intégrés favorisent les soins à travers les barrières liées aux rôles professionnels.

**Jigsaw (headspace), Australie**

Référence	Types de données	Échantillon/ Population	Source et année des données	Mesures/Thèmes	Objectif du document ou question d'évaluation
<b>Callaly et al. (2009)</b>	Entretiens semi-directifs (Qual)	7 gestionnaires, 9 cliniciens et 13 gestionnaires d'organismes qui acceptent ou recommandent les gens vers le centre <i>Jigsaw</i>	Centre <i>Jigsaw</i> , North Geelong, Australie, Mai 2007 à juin 2007	Thèmes : efficience et efficacité du modèle de services <i>Jigsaw</i> , expérience des jeunes, accessibilité et recommandation d'amélioration des services	Décrire le processus d'établissement du centre <i>Jigsaw</i> , et les problèmes rencontrés durant les 2 années suivant son établissement.
	Sondage (Qual)	13 jeunes bénéficiaires de services	Centre <i>Jigsaw</i> , North Geelong, Australie, Mai 2007 à juin 2007	Outil maison sur le niveau de satisfaction par rapport aux services	
	Questionnaire	3 gestionnaires d'organisations partenaires	Centre <i>Jigsaw</i> , North Geelong, Australie, Mai 2007 à juin 2007	Instrument sur l'évaluation de la qualité des partenariats ( <i>VicHealth Partnerships Analysis Tool</i> )	
	Observation directe (Qual)	Séances de rencontres d'équipe du centre <i>Jigsaw</i>	Centre <i>Jigsaw</i> , North Geelong, Australie, Mai 2007 à juin 2007	Thèmes non spécifiés.	
	Données administratives (Quant)*	Population de jeunes de 16-25 ans ayant utilisé les services de <i>Jigsaw</i>  (n = 346)	Centre <i>Jigsaw</i> , North Geelong, Australie, 1 <sup>er</sup> avril 2006 - 31 mars 2007	Nombre de jeunes ayant utilisé les services de <i>Jigsaw</i>	
	Données administratives (Quant)*	Population de jeunes de 16-25 ans ayant utilisé les services en santé mentale dans la région de <i>North Geelong</i>	Base de données nationale (RAPID), North Geelong, Australie, 2003 - 2007	Nombre de jeunes ayant utilisé les services en santé mentale 2 ans avant et 2 ans après la mise en place du centre <i>Jigsaw</i> .	

Référence	Types de données	Échantillon/ Population	Source et année des données	Mesures/Thèmes	Objectif du document ou question d'évaluation
<b>Callaly et al. (2011)</b>	Groupes de discussion et entrevues individuelles (Qual)	4 groupes de discussion et 12 entrevues individuelles auprès de parties prenantes (caractéristiques de l'échantillon non spécifié)	Centre <i>heads-pace (Jigsaw)</i> , North Geelong, Australie, 2009	Thèmes : Facilitateurs et obstacles à l'établissement d'un réseau de services intégré	Discuter les principales considérations à avoir pour la formation et le maintien de partenariats entre agences dans le but de construire un réseau intégré de services pour les jeunes.

## Australie/Nouvelle-Zélande

Référence	Types de données	Échantillon/ Population	Source et année des données	Mesures/Thèmes	Objectif du document ou question d'évaluation
<b>Youth Coalition (2013)</b>	Étude de cas documentaire (Qual)*	<i>Frontyard Youth services</i> (Australie, Victoria), <i>Youth One Stop Shops</i> (Nouvelle-Zélande), <i>Glebes Youth Services</i> (Australie, New South Wales), <i>Brisbane Youth Services</i> (Australie, Queensland)	N/A	Historique du RSI, type et nature des services offerts et modèles de RSI correspondant, population cible, principales organisations impliquées dans le RSI, sources de financement, gouvernance et structure légale, niveau de succès, commentaire de l'auteur.	Comprendre l'engagement des jeunes dans les services et les modèles de services favorisant cet engagement dans le Territoire de la capitale australienne.
	Entretiens semi-dirigés (Qual)	13 représentants d'organismes offrant des services d'engagement aux jeunes	Australie, janvier 2013 – juin 2013	Thème : Perspective sur l'engagement des jeunes, modèle de services en engagement des jeunes, activités de <i>reaching-out</i> et résultats attendus, liens avec les familles et les autres services, forces et limites des services d'engagement des jeunes.	
	3 Groupes de discussion (Qual)	28 jeunes de 16 – 21 ans recevant des services d'organisation en engagement jeunesse de 3 organismes différents	Territoire de la Capitale australienne, janvier 2013 – juin 2013	Thèmes : perception et attentes liées à la participation, bénéfices et barrières liés à la participation, stratégies efficaces pour augmenter la participation des jeunes marginalisées.	

**Youth One-Stop-Shops**

Référence	Types de données	Échantillon/ Population	Source et année des données	Mesures/Thèmes	Objectif du document ou question d'évaluation
<b>Communio (2009)</b>	Sondage (Mixte)	12 questionnaires de <i>Youth One Stop Shops</i> , un pour chaque centre.	12 centres, mai à juillet 2009	Items en lien avec les thèmes de recherche  *Questionnaire complet disponible	Évaluer les services des <i>Youth One Stop Shops</i> à partir de 11 thèmes spécifiques :  1) Game de services offerts, 2) caractéristiques de la population utilisatrice de services et des sous-populations, 3) spécificités des Rangatahi Maori, 4) implantation des documents stratégiques clefs, 5) liens entre les Youth One Stop Shops et les autres services, 6) place des Youth One Stop Shops dans le réseau de services pour les jeunes, 7a) efficacité des Youth One Stop Shops pour augmenter l'accès aux services, 7b) efficacité pour augmenter la santé des jeunes,
	Sondage (Mixte)	252 bénéficiaires des services, dont 74 Maori	12 centres, mai à juillet 2009	Données démographiques (genre, âge, groupes ethniques d'appartenance, statut d'immigration), médecin de famille, source de connaissance des services, centres et services utilisés, date de la dernière utilisation des services, motif de consultation, raisons de choisir YOSS plutôt qu'un autre service, autres services utilisés hors YOSS, satisfaction par rapport aux services YOSS, satisfaction par rapport à la transition vers les services adultes, éléments favorisés de YOSS, suggestions d'amélioration pour YOSS.  *Questionnaire complet disponible	
	Sondage (Mixte)	106 acteurs du milieu (personnes représentant le ministère de la Santé, des partenaires, des bénéficiaires de services ou d'autres organismes offrant des soins)	12 centres, mai à juillet 2009	Items en lien avec les thèmes de recherche  *Questionnaire complet disponible	
	Observation directe (Qual)	Chacun des 12 centres	12 centres, mai à juillet 2009	N/A	

Référence	Types de données	Échantillon/ Population	Source et année des données	Mesures/Thèmes	Objectif du document ou question d'évaluation
<b>Communio (2009) (suite)</b>	Groupes focalisés non mixtes (Qual)	50 gestionnaires et membres du personnel, 63 bénéficiaires des services, 60 acteurs du milieu	12 centres, mai à juillet 2009	Items décrits comme en lien avec les thèmes de recherche  *Canevas d'entrevue non disponible	7c) efficacité pour augmenter la transition entre les services, 8) structure de gouvernance et modèle d'affaires, 9) structure de financement et pérennisation, 10) effectifs du personnel, 11) effet global sur la santé des jeunes et capacité de recherche
	2 ateliers de vérification (Qual)	26 personnes	2 centres, mai à juillet 2009	Révision de documents comprenant les constats préliminaires	
<b>Garrett et al. (2019)</b>	Étude de cas (Quant)	31 professionnels de 4 centres différents (2 au centre-ville, 1 en banlieue, 1 en milieu rural)	2015-2017	Nombre d'interactions entre les membres du personnel afin d'offrir des services, motif de l'interaction, moyen d'interagir entre les membres du personnel afin d'offrir des services, titre et organisation d'appartenance des membres du personnel interagissant	Décrire le volume et le type d'interaction interne et interagence entre les membres du personnel afin de comprendre les éléments de collaboration dans les pratiques quotidiennes.

**Jigsaw, Irlande**

Référence	Types de données	Échantillon/ Population	Source et année des données	Mesures/Thèmes	Objectif du document ou question d'évaluation
<b>O'Keeffe et al. (2015)</b>	Données administratives (Quant)*	Population des jeunes ayant reçu des services de <i>Jigsaw</i> (n = 2 420)	<i>Jigsaw</i> Irlande, 2013	Données démographiques (genre, âge), motif de consultation, source de la référence d'un jeune, personne consultant <i>Jigsaw</i> pour des services (hors des jeunes), service vers lequel le jeune est référé	Décrire les caractéristiques des jeunes qui utilisent les services <i>Jigsaw</i> et l'effet de ces services sur leur détresse psychologique.
	Données administratives (Quant)*	709 jeunes ayant reçu des services de <i>Jigsaw</i> (pré-intervention), 315 jeunes ayant reçu des services de <i>Jigsaw</i> (post-intervention)	<i>Jigsaw</i> Irlande, septembre 2013 à décembre 2013	Détresse psychologique ( <i>Clinical Outcome Routine Evaluation</i> –CORE- questionnaires)	
<b>Clayton et Illback (2013a,b,c)</b>	Analyse documentaire*	Revue de littérature et analyse de documents financiers (non précisé) et projection coût-bénéfice sur 5 ans	11 sites <i>Jigsaw</i> Irlande, 2013	Analyse des coûts financiers pour les gouvernements des problèmes de santé mentale chez les jeunes, analyse des coûts de <i>Jigsaw</i> , analyse coût-bénéfice de <i>Jigsaw</i>	Préciser les coûts et bénéfices présumés de l'adoption de <i>Jigsaw</i> comme élément central au système de soins en santé mentale – jeunesse.

## Foundry, Canada (BC)

Référence	Types de données	Échantillon/ Population	Source et année des données	Mesures/Thèmes	Objectif du document ou question d'évaluation
<b>Salmon, Fernando et Berger (2018)</b>	Données ethnographiques (Qual)	Agence centrale et 3 projets pilotes inaugurés.	février 2016 à avril 2018	Contexte, priorités, croyances, attitudes, intentions, assomptions et préoccupations émergentes durant le processus de formation de l'office central de <i>Foundry</i> , ses rôles et fonctions ainsi que le développement de la structure de <i>Foundry</i> comme système.	Conceptualiser les questions d'évaluation de façon itérative
	Entretiens individuels ou groupes focalisés (Qual)	150 participants, incluant des membres du personnel, des administrateurs, des représentants du conseil d'administration, des représentants d'organismes partenaires, des représentants de concertation locale, des jeunes et des familles appartenant au comité aviseur	6 centres <i>Foundry</i> (projets-pilotes) et agence centrale, février 2016 à avril 2018	Composantes principales d'un centre <i>Foundry</i> , aspects du leadership et de la culture de leadership, partenariat et développement de relation entre organismes, processus de développement de collaborations vers un réseau de service intégré	1) Comment <i>Foundry</i> encourage-t-il les transformations d'ordre systémique afin d'améliorer le mieux-être des jeunes sur le plan populationnel, et facilite le changement dans les politiques et les pratiques parmi les acteurs du réseau ?

**Prépsy, France**

Référence	Types de données	Échantillon/ Population	Source et année des données	Mesures/Thèmes	Objectif du document ou question d'évaluation
<b>Bartoli (2014)</b>	Entretiens semi-directifs (Qual)	10 acteurs du réseau	2007 - 2012	Thèmes : Origines et évolutions ; mission et stratégie ; acteurs internes et parties prenantes externes ; choix et processus organisationnels ; modalités de coordination et de gouvernance; facteurs de freins et leviers.	Décrire les caractéristiques et les besoins de coordination en santé mentale, ainsi que les apports des réseaux de services intégrés à ce domaine.
	Observation participante (Qual)	L'un des auteurs était responsable du projet Prépsy professionnelle-ment.	2007 -2012		
	Analyse documentaire (Qual) *	Documents internes à Prépsy et un mémoire de master	2002 -2012		

## ANNEXE 18 : PROFIL DES JEUNES PARTICIPANTS AUX ÉTUDES RETENUES

		Australie				Irlande	Nouvelle-Zélande	
		Jeunes <i>headspace</i>			Jeunes ATAPS	Population (12-25 ans)	Usagers Jigsaw	Usagers YOSS
		(Hilferty et al., 2015)	(Bassilios et al., 2017)	(Patulny et al., 2013)	(Bassilios et al., 2017)	(Hilferty et al., 2015)	(O’Keeffe et al., 2015)	(Communio, 2009)
Âge	N	37 030	17 337	7022	20 156	-	2420	Estimation
	12-14	16,9 %	19,4 %	52,9	13,9 %	N/A	18 %	9 %
	15-17	35,4 %	36,9 %		23,1 %	N/A	42 %	52.5 %
	18-20	25,7 %	29,0 %	47,1	32,7 %	N/A	23 %	
	21-25	22,1 %	14,7 %		30,3 %	N/A	17 %	32 %
Genre	N	39 838	17 337	7022	20 156	3 992 042	2420	Estimation
	Homme	37,2 %	38,9 %	42,6	31,0 %	51,1 %	43,5 %	20-25 %
	Femme	62,8 %	61,1 %	57,4	69,0 %	48,9 %	56,5 %	75-80 %
Diversité sexuelle et de genre	N	39 815	-	-	-	20 093	-	-
	LGBTQAI+ homme	5,9 %	N/A	N/A	N/A	3,3*	N/A	N/A
	LGBTQAI+ Femme	14,3 %	N/A	N/A	N/A	3,6*	N/A	N/A
	Non- LGBTQAI+ homme	31,3 %	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	Non- LGBTQAI+ Femme	48,5 %	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Statut autochtone	N	40 374	15 098	7022	16 783	3 992 042	-	Estimation
	Oui	8,2 %	5,9 %	9,5	5,7 %	4 %	N/A	33 %
	Non	91,9 %	94,1 %	90,5	94,3 %	96,0 %	N/A	64 %

		Australie				Irlande	Nouvelle-Zélande	
		Jeunes <i>headspace</i>			Jeunes ATAPS	Population (12-25 ans)	Usagers Jigsaw	Usagers YOSS
		(Hilferty et al., 2015)	(Bassilios et al., 2017)	(Patulny et al., 2013)	(Bassilios et al., 2017)	(Hilferty et al., 2015)	(O'Keeffe et al., 2015)	(Communio, 2009)
Nationalité	N	40 036	N/A	7022	N/A	3 992 042	-	Estimation
	Natif	92,8 %	N/A	89,6	N/A	82 %	N/A	97 %
	Immigrant	7,2 %	N/A	10,4	N/A	18 %	N/A	3 %
Source de référence	N	44 889	-	-	-	-	1608	-
	Aucune	73,6 %	N/A	N/A	N/A	N/A	60,3 %	N/A
	Médecin de famille	22,2 %	N/A	N/A	N/A	N/A	11,6 %	N/A
	Autre	4,2 %	N/A	N/A	N/A	N/A	28,1 %	N/A
Milieu de vie	N	44 889	17 264	-	19 096	3 992 042	-	-
	Grande ville	58,8 %	61,6 %	N/A	53,4 %	71,6 %	N/A	N/A
	Région	29,3 %	23,5 %	N/A	27,6 %	17,7 %	N/A	N/A
	Milieu éloigné <sup>1</sup>	11,9 %	14,5 %	N/A	19 %	10,7 %	N/A	N/A
Situation domiciliaire	N	40 200	-	-	-	-	-	-
	Sécuré	88,3 %	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	Instable ou itinérance	11,7 %	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Participation sociale	N	36 990	-	7022	-	3 992 042	-	-
	École seulement	48,1 %	N/A	73,8	N/A	30,5 %	N/A	N/A
	Travail seulement	10,6 %	N/A		N/A	34,5 %	N/A	N/A
	École et travail	21,1 %	N/A		N/A	24,3 %	N/A	N/A
	Ni école ni travail	20,2 %	N/A	26,2	N/A	10,7 %	N/A	N/A

1 Les auteurs se basent sur une mesure statistique spécifique pour distinguer région et milieu éloigné : <https://www.abs.gov.au/websitedbs/d3310114.nsf/home/remoteness+structure>

		Australie			Jeunes ATAPS (Basilios et al., 2017)	Population (12-25 ans) (Hilferty et al., 2015)	Irlande	Nouvelle-Zélande
		Jeunes <i>headspace</i>					Usagers Jigsaw (O'Keeffe et al., 2015)	Usagers YOSS (Communio, 2009)
		(Hilferty et al., 2015)	(Basilios et al., 2017)	(Patulny et al., 2013)			(O'Keeffe et al., 2015)	(Communio, 2009)
<b>Détresse psychologique (K10)</b>	<b>N</b>	<b>40 200</b>	<b>8235</b>	-	<b>6125</b>	<b>4774</b>	-	-
	Faible	10,9 %	8,9 %	N/A	4 %	36,4 %	N/A	N/A
	Modéré	14,8 %	15,5 %	N/A	9,6 %	29,2 %	N/A	N/A
	Élevé	27,2 %	28,7 %	N/A	21,1 %	19,5 %	N/A	N/A
	Très élevé	47,0 %	46,9 %	N/A	57,1 %	14,9 %	N/A	N/A

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2013). Vers des services adaptés aux jeunes de 12 à 25 ans dans les CLSC de Montréal, [en ligne], [https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user\\_upload/Uploads/tx\\_asssmpublications/pdf/publications/978-2-89673-318-7.pdf](https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/978-2-89673-318-7.pdf).

Barkham, M., Bewick, B., Mullin, T., Gilbody, S., Connell, J., Cahill, J., Mellor-Clark, J., Richards, D., Unsworth, G. et Evans, C. (2012). « The CORE-10: A short measure of psychological distress for routine use in the psychological therapies ». *Counselling and Psychotherapy Research*, 1–11. <http://doi.org/10.1080/14733145.2012.729069>.

Bartoli, A., et Gozlan, G. (2014). « Vers de nouvelles formes hybrides de coordination en santé mentale : entre conformité et innovation ». *Management & Avenir*, 68(2), 112-133.

Bassilios, B., Telford, N., Rickwood, D., Spittal, M. J., et Pirkis, J. (2017). « Complementary primary mental health programs for young people in Australia: Access to Allied Psychological Services (ATAPS) and headspace ». *International Journal of Mental Health Systems*, 11, 19-19.

Blase, K., et Fixsen, D. L. (2013). *Core Intervention Components: Identifying and Operationalizing What Makes Programs Work*. ASPE research brief, office of the assistant secretary for planning and evaluation, Office of Human Services Policy, 1-21. *Foundry* (2021). *Who We Are*. <https://Foundrybc.ca/who-we-are/>

Bramer, W. M., Giustini, D., de Jonge, G. B., Holland, L., et Bekhuis, T. (2016). « De-duplication of database search results for systematic reviews in EndNote ». *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 104(3), 240-243.

Burls, A. 2009, What is critical appraisal?, [en ligne], [http://www.bandolier.org.uk/painres/download/whatis/What\\_is\\_critical\\_appraisal.pdf](http://www.bandolier.org.uk/painres/download/whatis/What_is_critical_appraisal.pdf)

Busse, R., Orvain, J., Velasco, M., Perleth, M., Drummond, M., Jørgensen, T., Jovell, A. Malone, J., et Wild, C. (2002). « Best practice in undertaking and reporting health technology assessments ». *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 18(2), 361-422.

Callaly, T., Dodd, S., Ackerly, C., Hantz, P., O'Shea, M., et Berk, M. (2009). « Description and qualitative evaluation of *Jigsaw*, an integrated young persons' mental health program ». *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 17(6), 480-483.

Callaly, T., von Treuer, K., van Hamond, T., et Windle, K. (2011). « Forming and sustaining partnerships to provide integrated services for young people: An overview based on the headspace Geelong experience ». *Early Intervention in Psychiatry*, 5(Suppl 1), 28-33.

Canada (2020). Politique jeunesse du Canada. [en ligne], <https://www.canada.ca/content/dam/y-j/documents/YP-FRA.pdf>

Canada (2014). De l'innovation à l'application : Guide sur l'application des connaissances dans la sphère de la santé, Centre d'échange des connaissances de la Commission de la santé mentale du Canada, [en ligne], [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-06/innovation\\_to\\_implementation\\_guide\\_fr\\_2016\\_0.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-06/innovation_to_implementation_guide_fr_2016_0.pdf)

Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (n.d). Modèles de plan de mobilisation des connaissances : la trousse de mobilisation des connaissances. [en ligne], [http://www.troussemdc.ca/sites/all/themes/kmb/assets/images/Modele\\_de\\_plan\\_de\\_mobilisation\\_des\\_connaissances.pdf](http://www.troussemdc.ca/sites/all/themes/kmb/assets/images/Modele_de_plan_de_mobilisation_des_connaissances.pdf)

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (2017). Cadre de référence : Réorganisation des soins et des services en unités de pratique intégrée et développement de trajectoires des usagers, équipe innovation.

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (2018). Création d'une unité de pratique intégrée et de trajectoires de soins et services, [en ligne], <http://polesante.hec.ca/wp-content/uploads/2018/01/20180412-HEC-P%C3%B4le-Sant%C3%A9-UPI-et-trajectoires-VF-1.pdf>.

CJM-IU (2010). Guide de soutien à la pratique en santé mentale pour les jeunes de 12-18 ans.

Clayton, R. R., et Illback, R. J. (2013a). Economic Burden and Cost to Government of Youth Mental Ill- Health. The National Centre for Youth Mental Health, [en ligne], [https://Jigsaw.ie/wp-content/uploads/2021/02/EJ02-Clayton-Illback-2013-Economic-Burden-Cost-to-the-Government-of-Youth-Mental-Ill-Health-1-compressed\\_1.pdf](https://Jigsaw.ie/wp-content/uploads/2021/02/EJ02-Clayton-Illback-2013-Economic-Burden-Cost-to-the-Government-of-Youth-Mental-Ill-Health-1-compressed_1.pdf)

Clayton, R. R., et Illback, R. J. (2013b). Cost Analysis of the *Jigsaw* Programme. The National Centre for Youth Mental Health, [en ligne], <https://Jigsaw.ie/wp-content/uploads/2021/02/EJ03-Clayton-Illback-2013-Cost-Anlalysis-of-the-Jigsaw-Programme-compressed.pdf>

Clayton, R. R., et Illback, R. J. (2013c). Cost BENEFIT Analysis. The National Centre for Youth Mental Health, [en ligne], <https://Jigsaw.ie/wp-content/uploads/2021/02/EJ04-Clayton-Illback-2013-Cost-Benefit-Analysis-compressed.pdf>

Commission de la santé mentale du Canada (2013). La santé mentale en milieu scolaire au Canada, Rapport final, Consortium sur la santé mentale et la toxicomanie en milieu scolaire, [en ligne], [https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/ChildYouth\\_School\\_Based\\_Mental\\_Health\\_Canada\\_Final\\_Report\\_FRE\\_0.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/ChildYouth_School_Based_Mental_Health_Canada_Final_Report_FRE_0.pdf)

Commission de la santé mentale du Canada (2010). Evergreen : Document-cadre en matière de santé mentale des enfants et des adolescents au Canada. Un projet du Comité consultatif sur les enfants et les adolescents de la Commission de la santé mentale du Canada, Juillet 2010, [en ligne], [https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/CY\\_Evergreen\\_Framework\\_FRE\\_1.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/CY_Evergreen_Framework_FRE_1.pdf)

Communio. (2009). Evaluation of Youth One Stop Shops Version 1.1 Synopsis Report. [en ligne], <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/youth-one-stop-shop-evaluation-synopsis-v1.1.1.pdf>

Creswell, J. W., A. C. Klassen, V. L. Plano Clark, et K. C. Smith, et Working Group Assistance (2011). « Best Practices for Mixed Methods Research in the Health Sciences » H. I. Meissner, pp. 27. Washington, DC: Office of Behavioral and Social Sciences Research (OBSSR), National Institutes of Health (NIH).

Crewson, P.E. (2005). « Reader agreement studies ». *American Journal of Roentgenology*, 184, 1391-1397.

Drummond, M. F. et al. (1998), *Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé*, 2e éd., Paris, Économica.

Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants. La santé mentale des enfants et des jeunes, 2013, [en ligne], <https://www.ctf-fce.ca/Research-Library/JourneesurlaColline2013sante-mentale.pdf>

Findlay, L.C. et Sunderland, A. (2014). Soutien professionnel et informel en santé mentale déclaré par les Canadiens de 15 à 24 ans, Rapports sur la santé, produit no 82-003 au catalogue de Statistique Canada, 25(2), 3-13.

Garrett, S., Pullon, S., Morgan, S., et McKinlay, E. (2019). « Collaborative care in 'Youth One Stop Shops' in New Zealand: Hidden, time-consuming, essential ». *Journal of Child Health Care*, 0(0), 1367493519847030.

Goldman, H.H., Skodol, A.E., et Lave T.R. (1992). Revising axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning. (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) (special article). *American Journal of Psychiatry*, 149(9), 10.1176/ajp.149.9.1148

Goyette, Martin, Pontbriand, A., Turcotte, M-E, Mann-Feder, V., Turcotte, V, Grenier, S et El-Hadji Sawaliho, B. (2012a). *Parcours d'entrée dans la vie adulte et stratégies d'autonomisation des jeunes autochtones suivis ou placés en protection de la jeunesse*, Montréal : Cahier #2012.02. CRÉVAJ.03-2012.

Goyette, M., Pontbriand, A. et Bellot, C. (2012b). *Les transitions à la vie adulte des jeunes en difficulté*, Presses de l'Université du Québec.

Goyette, M., Yergeau, É. et Robert, É (2012c). *La continuité des services auprès des jeunes en difficulté. Le cas du projet Plan de cheminement vers l'autonomie. Concepts, pratiques et enjeux*, Montréal, Chaire de recherche du Canada sur l'évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables (CRÉVAJ), 82 pages, (Cahier #2012.05).

Gravel, P.-L. et Brouillette, A.-B. (2006). *Les politiques de la jeunesse de certains pays occidentaux. Bilan de connaissances, sous la direction de Madeleine Gauthier*, Observatoire Jeunes et Société, Institut de la recherche scientifique, Urbanisation, Culture et Société, rapport soumis au Secrétariat à la jeunesse, Gouvernement du Québec, 180 p.

Hetrick, S. E., Bailey, A. P., Smith, K. E., Malla, A., Mathias, S., Singh, S. P., O'Reilly, A., Verma, S. K., Benoit, L., Fleming, T. M., Moro, M. R., Rickwood, D. J., Duffy, J., Eriksen, T., Illback, R., Fisher, C. A., et McGorry, P. D. (2017). « Integrated (one-stop shop) youth health care: best available evidence and future directions », *The Medical Journal of Australia*, 207(10suppl), S5-S18.

Hilferty, F., Cassells, R., Muir, K., Duncan, A., Christensen, D., Mitrou, F., . . . Katz, I. (2015). *Is headspace making a difference to young people's lives? Final report of the independent evaluation of the headspace program*. Retrieved from WorldCat database. Social Policy Research Centre, UNSW Australia.

Hong, Q.N., Pluye, P., Bujold, M., et Wassef, M. (2017). « Convergent and sequential synthesis designs: Implications for conducting and reporting systematic reviews of qualitative and quantitative evidence ». *Systematic Reviews*. 2017, 6(61), 1-14.

Hong, Q.N., Pluye, P., Bujold, M., et Wassef, M. (2018). *Les défis des revues systématiques mixtes : devis de synthèse convergents et séquentiels*. Dans Bujold, M., Hong, Q.N., Ridde, V., Bourque, C.-J., Dogba, M.J., Vedel, I., Pluye, P. *Cahier scientifique Acfas #117 - Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé*. Montréal, QC : Acfas. pp. 49-63, [en ligne], [http://www.acfas.ca/sites/default/files/documents\\_utiles/Cahier%20scientifique%20117\\_%20M%C3%A9thodes%20mixtes\\_0.pdf](http://www.acfas.ca/sites/default/files/documents_utiles/Cahier%20scientifique%20117_%20M%C3%A9thodes%20mixtes_0.pdf) » \t « \_blank

Hughes, G., Shaw, S.E. et Greenhalgh, T. (2020). « Rethinking Integrated Care: A Systematic Hermeneutic Review of the Literature on Integrated Care Strategies and Concepts ». *The Milbank Quarterly*, 98, 446-492. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12459>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2013). *Les normes de production des revues systématiques. Guide méthodologique*, [En ligne], [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS\\_Normes\\_production\\_revues\\_systematiques.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Normes_production_revues_systematiques.pdf).

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2014). *Politique relative à la lecture externe des produits de l'INESSS*, [En ligne], [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/Elaboration\\_guides\\_pratique/INESSS\\_Politique\\_relecture\\_externe\\_.docx](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/Elaboration_guides_pratique/INESSS_Politique_relecture_externe_.docx)

Jacobson, N.S. et Truax, P. (1991). « Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.

Jigsaw (2021). What we do. <https://Jigsaw.ie/what-we-do/>

Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., Walters, E. E., et Zaslavsky, A. M. (2002). « Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress ». *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976. doi:10.1017/S0033291702006074.

Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., DE Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., DE Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., ... Ustün, T. B. (2007). « Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative ». *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 168-176.

Mackenzie, R., et Dixon A.K. (1995). « Measuring the effects of imaging: an evaluative framework. » *Clinical Radiology*, 50(8), 513-518.

Malla, A., Shah, J., Iyer, S., Boksa, P., Joober, R., Andersson, N., Lal, S., et Fuhrer, R. (2018). « Youth Mental Health Should Be a Top Priority for Health Care in Canada », *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(4), 216-222.

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*, special article, 202, s30-s35.

McKewan K, Waddell C, Barker J. (2007). « Bringing children's mental health "out of the shadows" », *Canadian Medical Association Journal*, 176, 471-472.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, DG. (2009). « Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement ». *PLoS Med*, 6(7).

MSSS (2018). Réseau de services intégrés destiné aux jeunes âgés de 12 à 25 ans, Document de soutien ministériel RSIJ, Version de travail du 6 février 2018.

Muir, K., Powell, A., et McDermott, S. (2012). « "They don't treat you like a virus": youth-friendly lessons from the Australian National Youth Mental Health Foundation ». *Health & Social Care in the Community*, 20(2), 181-189.

Nooteboom, L. A., Mulder, E. A., Kuiper, C., Colins, O. F., et Vermeiren, R. (2021). « Towards Integrated Youth Care: A Systematic Review of Facilitators and Barriers for Professionals ». *Admi-*

- nistration and policy in mental health, 48(1), 88–105. <https://doi.org/10.1007/s10488-020-01049-8>
- O’Keeffe, L., O’Reilly, A., O’Brien, G., Buckley, R., et Illback, R. (2015). « Description and outcome evaluation of *Jigsaw*: an emergent Irish mental health early intervention programme for young people ». *Irish Journal of Psychological Medicine*, 32(1), 71-77.
- Patulny, R., Muir, K., Powell, A., Flaxman, S., et Oprea, I. (2013). « Are we reaching them yet? Service access patterns among attendees at the headspace youth mental health initiative ». *Child & Adolescent Mental Health*, 18(2), 95-102.
- Pluye, P., Hong, Q.N., et Vedel, I. (2016). *Toolkit for mixed studies reviews (V3)*. Department of Family Medicine, McGill University, and Quebec-SPOR SUPPORT Unit, Montreal, Canada, [en ligne], <http://toolkit4mixedstudiesreviews.pbworks.com>.
- Pomare, C., Long, J. C., Ellis, L. A., Churruca, K., et Braithwaite, J. (2018). « Interprofessional collaboration in mental health settings: a social network analysis ». *Journal of Interprofessional Care*, 1-7.
- Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., . . . Duffy, S. (2006). *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC Methods Programme*.
- Porteous, N. L. (2012). « La construction du modèle logique d’un programme », dans Dagenais, C., et Ridde, V. (Eds.), *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Presse de l’Université de Montréal. doi : 10.4000/books.pum.5976
- Prépsy SAMSAH (2021). *Notre projet*. [en ligne], <https://www.prepsy.fr/notre-projet>
- Québec (2013a). *Les normes de production des revues systématiques : guide méthodologique*, Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS).
- Québec (2013b). *Vers des services adaptés aux jeunes de 12 à 25 ans dans les CLSC de Montréal*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Québec (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec*, [en ligne], <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
- Québec (2016). *Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance*, Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS), [en ligne], [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS\\_Avis\\_Dispendation\\_soins\\_services\\_troubles\\_concomitants.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Avis_Dispendation_soins_services_troubles_concomitants.pdf)
- Québec (2017a). *Faire ensemble et autrement : Plan d’action en santé mentale (2015-2020)*, [en ligne], <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>
- Québec (2017b). *La santé mentale des jeunes : certains consultent, d’autres pas. Qui sont-ils ? Sé-*

rie Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Institut de la Statistique du Québec, Zoom santé, no. 62.

Québec (2017c). Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille : orientations ministérielles relatives au programme-services destinés aux jeunes en difficulté 2017-2022, [en ligne], <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-839-04W.pdf>

Québec (2021). Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes. Rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, Avril 2021, [en ligne], [https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Rapport\\_final\\_3\\_mai\\_2021/2021\\_CSDEPJ\\_Rapport\\_version\\_finale\\_numerique.pdf](https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport_final_3_mai_2021/2021_CSDEPJ_Rapport_version_finale_numerique.pdf)

Québec (2022). S'unir pour un mieux-être collectif. Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026, [en ligne], <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>

Rickwood, D. J., Mazzer, K. R., Telford, N. R., Parker, A. G., Tanti, C. J., et McGorry, P. D. (2015a). « Changes in psychological distress and psychosocial functioning in young people visiting headspace centres for mental health problems ». *Medical Journal of Australia*, 202(10), 537-542.

Rickwood, D. J., Telford, N. R., Mazzer, K. R., Parker, A. G., Tanti, C. J., et McGorry, P. D. (2015b). « The services provided to young people through the headspace centres across Australia ». *Medical Journal of Australia*, 202(10), 533-536.

Rickwood, D., Van Dyke, N., et Telford, N. (2015). « Innovation in youth mental health services in Australia: common characteristics across the first headspace centres ». *Early Intervention in Psychiatry*, 9(1), 29-37.

Rickwood, D., Paraskakis, M., Quin, D., Hobbs, N., Ryall, V., Trethowan, J., et McGorry, P. (2019). « Australia's innovation in youth mental health care: The headspace centre model ». *Early intervention in psychiatry*, 13(1), 159-166. <https://doi.org/10.1111/eip.12740>.

Ridde, V., et Dagenais, C. (2012). *Approches et pratiques en évaluation de programmes*, Nouvelle édition revue et augmentée, Les Presses de l'Université de Montréal.

Salmon, A., Fernando, S., et Berger, M. (2018). *Developmental Evaluation of Foundry's Proof of Concept*.

Snilstveit, B., Oliver, S., et Vojtkova, M. (2012). « Narrative approaches to systematic review and synthesis of evidence for international development policy and practice ». *Journal of development effectiveness*, 4(3), 409-429.

Stuart, H. (2013). *Initiative Changer les mentalités*, Commission de la santé mentale du Canada.

Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., et Armitage, G. D. (2009). « Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration ». *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 13(Spec No), 16-23.

- Thomas, J., et Harden, A. (2008). « Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews ». *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 45-55.
- Twigg, E., Barkham, M., Bewick, B. M., Mulhern, B., Connell, J., et Cooper, M. (2009). « The young person's CORE: Development of a brief outcome measure for young people ». *Counselling & Psychotherapy Research*, 9(3), 160-168. <https://doi.org/10.1080/14733140902979722>
- Tyndall, J. (2008). How low can you go? Towards a hierarchy of grey literature. Alice Springs, Australie : Dreaming 08: Australian Library and Information Association Biennial Conference, 2 au 5 septembre 2008, [en ligne], <https://web.archive.org/web/20091023215246/http://conferences.alia.org.au/alia2008/papers/pdfs/130.pdf>.
- UNESCO Universal Declaration on Cultural Diversity, adopted by the 31st session of the General Conference of UNESCO, Paris, 2 November 2001 <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000127160.page=3>
- 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(1), 97-113.
- World Health Organization (1989). La santé des jeunes. Document de base des discussions techniques, mai 1989, [en ligne], [file:///Users/naouma/Downloads/WHA42\\_TD-2\\_fre.pdf](file:///Users/naouma/Downloads/WHA42_TD-2_fre.pdf)
- World Health Organization (2002a). *The World Health Report 2001: Mental Health - New Understanding, New Hope*. Geneva, Switzerland: Bookwell Publications.
- World Health Organization. (2002b). *Services de santé adaptés aux adolescents : un programme pour le changement*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69750>
- World Health Organization (2005). *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans (Mental Health Policy and Service Guidance Package)* Geneva, Switzerland.
- World Health Organization & World Organization of Family Doctors. (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. World Health Organization. [en ligne], <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43935>
- World Health Organization (2022). *Mental health: strengthening our response*, [en ligne], <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization (2022). *La santé des adolescents*. [en ligne], [https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)
- Yap, M. B., Reavley, N. J., et Jorm, A. F. (2012). « Australian youth still have limited awareness of headspace: Results from a national survey ». *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(1), 28-34.
- Youth Coalition. (2013). *Youth engagement in the ACT: Exploring integrated service delivery for youth people through structured youth centres and youth participation*. Retrieved from <https://>

[www.yacwa.org.au/wp-content/uploads/2016/09/Youth-engagement-in-the-ACT.pdf](http://www.yacwa.org.au/wp-content/uploads/2016/09/Youth-engagement-in-the-ACT.pdf)

Zaugg, V., Savoldelli, V., Sabatier, B., et Durieux, P. (2014). « Améliorer les pratiques et l'organisation des soins : méthodologie des revues systématiques ». [Improving Practice and Organisation of Care: Methodology for Systematic Reviews]. *Santé Publique*, 26(5), 655-667.

