



RÉALISER LE POTENTIEL :

RENFORCER LE SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE DE
L'ONTARIO POUR LES ENFANTS, LES JEUNES ET
LEURS FAMILLES

MAI 2019
RAPPORT SUR LES
PRIORITÉS PROVINCIALES
DES ORGANISMES
RESPONSABLES

PRÉPARÉ PAR LE
CONSORTIUM DES ORGANISMES
RESPONSABLES DU SOUTIEN
EN SANTÉ MENTALE CHEZ LES
ENFANTS ET LES JEUNES

NOTE DU

COMITÉ PERMANENT DES PRIORITÉS PROVINCIALES DU CONSORTIUM DES ORGANISMES RESPONSABLES DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE AUX ENFANTS ET AUX JEUNES

Le consortium des organismes responsables des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes s'est engagé à améliorer continuellement les services de santé mentale pour les enfants et les jeunes en Ontario afin que les enfants et les jeunes ainsi que leurs familles reçoivent les services appropriés pour leurs besoins uniques au bon moment et au bon endroit. Il s'agit d'un engagement pris avec et pour les enfants et les jeunes et leurs familles. Le présent rapport sur les priorités provinciales, de même que notre collaboration continue en matière de planification de la santé mentale et des services en milieu communautaire, contribuent grandement à la réalisation de cet objectif.

Les organismes responsables de la santé mentale des enfants et des jeunes sont bien placés pour conseiller et informer sur les changements importants en matière de soins de santé en Ontario. Notre objectif a été et continuera d'être la création d'un système de services de haute qualité, rapides, fondés sur des données probantes, rentables, sûrs, adaptés aux besoins locaux et axés sur le client. Nous avons le plaisir de présenter *Réaliser le potentiel : Renforcer le système de santé mentale de l'Ontario pour les enfants, les jeunes et leurs familles*, un rapport qui s'appuie sur l'expérience et le travail des organismes responsables en matière de planification locale, d'engagement des jeunes et de la famille, de collaboration et de prestation de services.

Ce rapport présente notre point de vue sur l'état actuel du système de santé mentale des enfants et des jeunes et propose des recommandations au gouvernement en vue d'un changement positif. Il identifie quatre priorités critiques qui, selon nous, nécessitent une attention immédiate lors du transfert des services de santé mentale pour enfants et jeunes au ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Les quatre priorités sont :

- a) Améliorer l'expérience de service de nos clients - en utilisant une mesure normalisée de la perception de la qualité des soins
- b) Améliorer la qualité et l'uniformité des services - en utilisant une évaluation commune normalisée
- c) Améliorer l'accès aux services – en examinant la disponibilité, l'abordabilité et l'acceptabilité
- d) Améliorer les résultats pour les enfants et les jeunes ayant les besoins les plus complexes – grâce à la conception d'un système provincial de soutiens

Dans chacun de ces domaines prioritaires, le présent rapport fournit au lecteur des informations et des idées clés qui, si elles sont mises en œuvre, permettront des améliorations durables pour les personnes et les communautés qui ont le plus besoin de ces services. C'est vraiment une occasion de faire une différence pour les enfants et les jeunes que nous servons et pour les adultes qu'ils deviendront alors que nous travaillons à créer un Ontario meilleur et plus fort aujourd'hui et à l'avenir.

INTRODUCTION	1
CONTEXTE	2
Planification, politique et coordination de la santé mentale des enfants et des jeunes.....	2
Rapports sur les priorités provinciales 2017 et 2018.....	4
Harmonisation avec les priorités gouvernementales.....	5
Pourquoi ce rapport compte-t-il?	7

CHAPITRE 1 : PERCEPTION DES SOINS

Pourquoi cela est-il important pour les enfants, les jeunes et les familles?.....	10
Recommandation.....	11
À quoi ressemble le succès?	12
Comment avons-nous élaboré cette recommandation?.....	12

CHAPITRE 2 : ÉVALUATION COMMUNE

Pourquoi cela est-il important pour les enfants, les jeunes et les familles?.....	15
Recommandation.....	16
À quoi ressemble le succès?	17
Comment avons-nous élaboré cette recommandation?.....	18

CHAPITRE 3 : ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES JEUNES EN ONTARIO

Pourquoi cela est-il important pour les enfants, les jeunes et les familles?.....	20
Recommandation.....	21
À quoi ressemble le succès?	22
Comment avons-nous élaboré cette recommandation?.....	23

CHAPITRE 4 : SERVICES DE TRAITEMENT EN RÉSIDENCE

Pourquoi cela est-il important pour les enfants, les jeunes et les familles?.....	26
Recommandation.....	27
À quoi ressemble le succès?	28
Comment avons-nous élaboré cette recommandation?.....	29

Annexe A : Composition	32
Annexe B : Faits saillants – Rapport d'étape du vérificateur général.....	33

DOCUMENTS À L'APPUI : PERCEPTION DES SOINS

Contexte : OPSO-SMT	36
Constatations sommaires : Projet de démonstration	37
Leçons retenues pour une mise en œuvre élargie : Projet de démonstration	45
L'OPSO et les jeunes de 12 à 16 ans	45

DOCUMENTS À L'APPUI : ÉVALUATION COMMUNE

Outils d'évaluation : État actuel et contexte historique.....	50
Revue de la littérature	54
Évaluation de l'outil d'évaluation commun	54

DOCUMENTS À L'APPUI : ACCÈS

État actuel : Disponibilité, abordabilité et acceptabilité	64
Axes stratégiques et pratiques prometteuses pour améliorer l'accès : une revue de la littérature.....	67
Approches pour mesurer les indicateurs d'accès et de courant.....	79
Exemples d'innovations dans l'accès.....	85

DOCUMENTS À L'APPUI : SERVICES DE TRAITEMENT EN RÉSIDENCE

Capacité actuelle	89
Cohérence dans le langage et la compréhension.....	90
Contexte systémique.....	91
Critères d'admissibilité	92
Pratiques fondées sur des données probantes	93
Approche en matière de financement.....	94
Défis en matière d'accès	94
Responsabilité et qualité.....	95
Main-d'œuvre.....	96
Exemples.....	97
Concept à plusieurs volets proposé	98

INTRODUCTION

Le Rapport sur les priorités provinciales 2019 représente un changement fondamental pour le travail du Consortium qui passe de la planification au niveau du système à l'action coordonnée au niveau des services.

Le Consortium entreprend régulièrement des analyses collectives au niveau du système pour aider à recenser les possibilités et les priorités d'action. En février 2019, trente plans d'action pluriannuels pour les zones de services ont été examinés afin d'analyser les thèmes communs des lacunes en matière de service relevées par chaque organisme responsable. Les thèmes les plus communs s'harmonisent aux priorités des chapitres du présent rapport : Perception des soins, Évaluation commune, Accès et Services de traitement en résidence. Chaque chapitre est accompagné d'un addenda de documentation d'appui, qui résume l'analyse approfondie et les informations générales à l'appui de la recommandation.

Les membres¹ du Consortium ont combiné les enseignements tirés de l'analyse du plan d'action et les analyses de la littérature dans chacun des domaines du chapitre pour structurer des recommandations fondées sur des actions permettant au système de progresser :

- Ce qui sont, selon les enfants, les jeunes et les familles, des domaines clés d'amélioration,
- Nous nous concentrons sur l'amélioration des normes de soins et d'accessibilité, et la responsabilisation pour la prestation de services,
- Ce que nos partenaires ont systématiquement identifié grâce à une analyse de février 2019 des plans d'action locaux, entrepris par le Consortium,
- L'accent mis sur la santé mentale tout au long de la vie.

Avec une expérience et une expertise approfondies de la prestation de services de santé mentale pour les enfants et les jeunes pendant de nombreuses années, les organismes responsables et le Consortium ont près de quatre ans d'expérience dans la planification communautaire formelle et la collaboration avec les partenaires pour faire en sorte que ce sont les voix des enfants, des jeunes et des familles qui orientent la conception et la prestation des services : ils sont bien placés pour fournir des conseils et des avis d'experts dans la mise en œuvre des recommandations.

Les défis et les possibilités documentés dans le présent rapport – et les recommandations formulées – visent à éclairer le travail de tous ceux qui ont un enjeu majeur dans l'évolution du système. Cela comprend le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (« le Centre »), Santé mentale pour enfants Ontario (SMEO), les principaux partenaires intersectoriels, les fournisseurs de services de santé mentale pour les enfants et les jeunes et notre propre Consortium.

CONTEXTE

Cette section donne un aperçu des changements importants apportés à la structure du système de santé mentale des enfants et des jeunes, ainsi que des principales considérations dans l'élaboration du rapport sur les priorités provinciales 2019.

PLANIFICATION, POLITIQUE ET COORDINATION DE LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES JEUNES

En 2014 et 2015, un processus échelonné a été entrepris afin d'identifier les organismes responsables dans toutes les zones de services de la province par des appels à des organismes intéressés. À ce moment, les cinq fonctions des organismes responsables recensées étaient les suivantes :

- Leadership
- Planification
- Prestation/harmonisation des services
- Mesure du rendement
- Gestion financière

Au cours de ce processus échelonné, 31 organismes responsables ont été identifiés pour les 33 zones de services². Les organismes responsables nouvellement identifiés se sont réunis au niveau provincial et ont formé une entité appelée Consortium des organismes responsables du soutien en santé mentale chez les enfants et les jeunes (le Consortium). La planification des zones de services locales a été amorcée, les premiers organismes responsables ayant entamé la planification en 2014 et les plus récents, en 2016.

Chaque organisme responsable s'est engagé à diriger les efforts de planification locale pour bâtir un système de santé mentale plus solide pour les enfants, les jeunes et les familles dans sa zone de service. Bien que les efforts des organismes responsables se concentrent à l'échelle locale, bon nombre des possibilités et des défis qu'ils rencontrent sont semblables et les organismes responsables reconnaissent qu'ils ont également un rôle à jouer dans la planification d'un système provincial plus solide de services aux enfants et aux jeunes. Ce leadership provincial est au centre du Consortium depuis sa création.

À l'été 2016, le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ) a éliminé l'exigence selon laquelle chaque organisme responsable détiendrait le financement du MSEJ pour la santé mentale des enfants et des jeunes pour sa zone de services et retiendrait les services de fournisseurs de services de base pour la prestation de service.

En 2018, la responsabilité des services de santé mentale pour les enfants et les jeunes a été transférée du MSEJ au MSSLD.

Au cours des deux dernières années, le Consortium des organismes responsables du soutien en santé mentale chez les enfants et les jeunes, représentant les organismes principaux de 33 zones de services de l'ensemble de l'Ontario, a fourni des rapports annuels sur les priorités provinciales (RPP) au MSEJ, et maintenant au MSSLD.

LES PRIORITÉS DE CETTE ANNÉE REFLÈTENT :

- La maturation du secteur de la santé mentale des enfants et des jeunes et des structures des organismes responsables, en réaction à la stratégie Pour l'avancement de la santé mentale de novembre 2012 dans le cadre de l'initiative plus large Esprit ouvert, esprit sain
- Les augmentations frappantes des enfants et des jeunes en quête de service au cours de la dernière décennie
- L'engagement du Consortium à aller au-delà de la planification fondamentale cruciale pour passer à l'action.

FIGURE 1 : APERÇU DE L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES JEUNES

ESPRIT OUVERT, ESPRIT SAIN	IDENTIFICATION DES ORGANISMES RESPONSABLE	PLANIFICATION DES SERVICES LOCAUX / COORDINATION PROVINCIALE	LA PLANIFICATION SERT À ORIENTER L'ACTION ET LES INVESTISSEMENTS
<ul style="list-style-type: none"> • MSEJ 2012 cadre politique de Pour l'avancement de la santé mentale • Élément crucial : organismes responsables de la planification et de la prestation des services de santé mentale pour les enfants et les jeunes de la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> • 2014-2015 • Le MSEJ a adopté une approche graduelle pour recenser des organismes responsables dans 31 des 33 zones de services • Fonctions des organismes responsables de base : leadership, planification, prestation/ harmonisation des services, mesure du rendement, gestion financière* 	<ul style="list-style-type: none"> • 2014-2016 - début de la planification des services locaux à mesure que les organismes responsables sont désignés • 2016 - les organismes responsables établissent le Consortium des organismes responsables du soutien en santé mentale chez les enfants et les jeunes pour offrir un leadership 	<ul style="list-style-type: none"> • 2017-2019 • Transition vers le MSSLD • Production/suite aux rapports sur les priorités provinciales • Élaboration/mise en œuvre de plans triennaux locaux

Le travail des organismes responsables est essentiel pour améliorer la qualité du système et la responsabilité envers les enfants, les jeunes, les familles et les bailleurs de fonds en rassemblant les intervenants clés, de façon continue, pour planifier, mettre en œuvre et évaluer les services offerts dans leurs zones de services.

Une des principales responsabilités de chaque organisme responsable est l'élaboration d'un Plan de prestation de services essentiels et d'un Plan de santé mentale communautaire pour leur zone de services qui est soumis au gouvernement pour orienter l'attribution des contrats de service annuels. Les plans reflètent l'expertise que les organismes responsables et le Consortium ont acquise en collaboration avec les partenaires communautaires dans le but d'améliorer les résultats pour les enfants et les jeunes qui se prévalent de services de santé mentale. Bien que ces plans soient propres à chaque région, de nombreuses zones de services connaissent des possibilités et des défis semblables. Des facteurs tels que la géographie, la taille et les besoins de la population dans les zones de services peuvent se regrouper au niveau régional et influencer le processus d'élaboration d'une planification et d'une mise en œuvre inclusives et globales.



RAPPORTS SUR LES PRIORITÉS PROVINCIALES 2017 ET 2018

Les deux premiers RPP portaient principalement sur l'élaboration des recommandations fondamentales, construites à partir des contributions des organismes responsables et de leur planification locale collaborative dans l'ensemble de la province :

Recommandation 1 : Augmenter la confiance publique et des partenaires en ce qui a trait à la disponibilité des services de santé mentale de haute qualité à l'intention des enfants et des jeunes en Ontario;

Recommandation 2 : Augmenter la mobilisation significative des jeunes et des familles relativement à la transformation du système;

Recommandation 3 : Établir et entretenir des liens formels entre les transformations des services à l'intention des enfants et des jeunes;

Recommandation 4 : Accroître l'engagement des secteurs de la santé et de l'éducation et la planification intégrée;

Recommandation 5 : Améliorer la communication avec les partenaires clés et les fournisseurs de services essentiels et entre le MSEJ et les organismes responsables.

Pour chacune des recommandations, le rapport propose des mesures ou des tactiques spécifiques qui s'adressent à nous-mêmes (le Consortium) et au gouvernement de l'Ontario, en tant qu'entité responsable des politiques et du financement de la santé mentale des enfants et des jeunes en Ontario. Le Consortium a incorporé les mesures recommandées à son plan de travail pour 2017-2018 et au-delà.



HARMONISATION AVEC LES PRIORITÉS GOUVERNEMENTALES

En établissant les priorités de cette année, le Consortium a utilisé des analyses locales et provinciales des lacunes et des possibilités pour d'élaborer des thèmes, mais il a aussi examiné deux rapports clés pour assurer l'harmonisation des recommandations avec les priorités et les recommandations du gouvernement.

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL SUR LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES JEUNES

Dans son suivi au rapport du vérificateur général sur la santé mentale des enfants et des jeunes³, le vérificateur général a noté que si 28 des mesures recommandées avaient été entreprises, 27 d'entre elles n'avaient guère progressé. Ce rapport sur les priorités provinciales recommandait que les activités entreprises concordent avec les mesures en suspens dans le rapport du vérificateur général (voir l'annexe B pour une liste détaillée des mesures, ce qui suit représente un résumé par thème)⁴:

MESURER L'EXPÉRIENCE

- Créer des normes d'expérience client afin de mesurer la satisfaction et d'améliorer continuellement l'expérience des enfants, des jeunes et des familles.

DE MEILLEURES DONNÉES POUR UNE MEILLEURE PRISE DE DÉCISION

- Des données de meilleure qualité et une compréhension des indicateurs changeants, p. ex., l'augmentation des présentations aux hôpitaux
- Élaborer un processus cohérent pour le suivi et l'examen des clients
- Mettre en œuvre des indicateurs de rendement qui mesurent les résultats à long terme des enfants et des jeunes qui se sont prévalus des services de santé mentale, afin de mesurer l'efficacité
- Veiller à ce que les résultats déclarés publiquement soient exacts et significatifs

ASSURER LA COHÉRENCE DE L'ACCÈS AU SERVICE JUSQU'AU CONGÉ

- Cohérence dans les protocoles de service et les outils d'évaluation
- Cohérence dans les protocoles de navigations système pour gérer les transitions entre les services et à l'âge adulte, et le suivi pendant ces transitions (y compris les congés de service)
- Examen des possibilités d'accélérer la création de voies claires et coordonnées vers les services de santé mentale de base et les services fournis par d'autres secteurs

3 Juillet 2018, http://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr18/v2_301fr18.pdf

4 Voir l'annexe B pour un résumé des mesures par rapport auxquelles peu ou pas de progrès ont été réalisés

ASSURER LA COHÉRENCE ET LA QUALITÉ DE LA PRESTATION DE SERVICES

- Assurer la cohérence des exigences en matière de politiques et de programmes entre les organismes;
- Établir des objectifs spécifiques aux organismes pour les temps d'attente et surveiller/agir par rapport à ceux-ci;
- Assurer la cohérence des examens d'assurance de la qualité p. ex. examen périodique des dossiers des enfants et des jeunes;
- Assurer la conformité aux normes de prestation de services;
- Élaborer des lignes directrices sur la charge de travail;
- Mettre en œuvre un modèle de financement qui corresponde aux besoins couverts par un organisme;
- Définir davantage les exigences du programme du ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires afin qu'elles puissent être systématiquement appliquées partout en Ontario par tous les organismes qui fournissent des services de santé mentale;
- Assurer l'uniformité de la prestation des services de santé mentale dans les organismes responsables
- Déterminer et mettre en œuvre des indicateurs de rendement et des exigences en matière de données qui sont suffisants, cohérents et appropriés à utiliser pour évaluer périodiquement le rendement du programme et des agences qui le livrent.

GESTION DE LA TRANSFORMATION : UN PLAN D'ACTION DE MODERNISATION POUR L'ONTARIO

Ce rapport, préparé en septembre 2018 par Ernst and Young, a servi à éclairer et confirmer les priorités en matière de santé mentale des enfants et des jeunes. Les recommandations servent à appuyer les quatre grandes dimensions identifiées pour mettre en œuvre un gouvernement de l'Ontario modernisé⁵ :

- a) Un meilleur cadre pour la gestion des dépenses publiques qui s'engage envers une prise de décision fondée sur des données probantes, une relation moderne avec le mouvement syndical, un état d'esprit axé d'abord sur les citoyens et le numérique, une gestion moderne de la réglementation axée sur les risques, des modèles de financement renouvelés qui priment la productivité et le rendement, un accent marqué sur la coordination intergouvernementale et une compréhension claire du rôle du gouvernement agissant en tant qu'intendant de l'investissement des contribuables.
- b) Un solide leadership du centre du gouvernement qui collabore avec les ministères et divers partenaires de prestation, afin de renforcer la coordination horizontale et de recentrer l'accent sur l'amélioration de l'efficacité, de la productivité et des résultats du SP et des partenaires plus importants de paiement de transfert (PT), tout en offrant la fonction publique de l'Ontario (FPO) la plus efficace possible.
- c) Les principaux domaines sur lesquels le gouvernement doit se concentrer pour obtenir des gains d'efficience et des améliorations à la fois pour la FPO et les partenaires de PT comprennent : la modernisation de la prestation de services, la rentabilité, les soutiens individuels et commerciaux et les économies uniques.
- d) Un plan d'action de modernisation qui établirait une gouvernance solide, prioriserait clairement les possibilités d'efficience et de rendement à court et à long terme, entreprendrait des démarches immédiates pour exécuter le plan et, surtout, assurerait la réalisation des avantages pour tous les Ontariens et Ontariennes.



POURQUOI CE RAPPORT COMPTE-T-IL?

L'Ontario a du mal à répondre adéquatement aux besoins de sa population en matière de santé mentale : une analyse récente des données hospitalières d'urgence et des hospitalisations au cours de la dernière décennie montre que, si les visites à l'urgence sont en baisse de 22 % pour toutes les autres affections pour les enfants et les jeunes, les visites pour les problèmes de santé mentale sont en hausse de plus de 70 %⁶. Parmi les autres indicateurs de préoccupation figurent⁷ :

LE BESOIN EST CONSIDÉRABLE ET LES BESOINS DE TRAITEMENT NE SONT PAS SATISFAITS ADÉQUATEMENT :

Un enfant sur cinq
et un jeune sur cinq en Ontario /prouveront un problème de santé mentale.

cinq enfants sur six
ne recevront pas le traitement dont ils ont besoin.

Un quart des parents ontariens se sont absentés du travail pour s'occuper d'un enfant anxieux. Ce pourcentage est nettement plus élevé chez la moitié des parents ontariens qui s'inquiètent de l'anxiété de leur enfant.

L'investissement de l'Ontario par habitant dans les soins de santé s'établissait à 1 361 \$, contre seulement 16,45 \$ pour la santé mentale

Les jeunes Noirs sont nettement sous-représentés dans les services axés sur la santé mentale et les traitements et surreprésentés dans les établissements axés sur le confinement.

Les jeunes des Premières nations se suicident environ cinq à six fois plus souvent que les jeunes non autochtones.

Les jeunes de la communauté **LGBTQ** sont environ 14 fois plus exposés au risque de suicide et de toxicomanie que leurs homologues hétérosexuels.

Les jeunes des quartiers les **plus défavorisés** affichaient les taux les plus élevés de suicide, de visites à l'urgence pour automutilation, d'utilisation de services de santé mentale en soins de courte durée et de prévalence de schizophrénie traitée.

NOUS POUVONS FAIRE LA DIFFÉRENCE TOUT AU LONG DE LA VIE SI NOUS INTERVENONS TÔT :

Soixante-dix pour cent des problèmes de santé mentale apparaissent au cours de l'enfance ou de l'adolescence : le fardeau de la maladie mentale et de la toxicomanie en Ontario est 1,5 fois plus élevé que l'ensemble des cancers et plus de sept fois supérieur à celui de toutes les maladies infectieuses. Cela comprend les années vécues avec une fonction incomplète et les années perdues jusqu'à la mort prématurée⁸.

L'investissement dans les services de la petite enfance offre un **retour sur investissement de 125 %**⁹.

L'amélioration de la santé mentale d'un enfant de modérée à élevée peut permettre de réaliser des économies de **140 000 dollars au cours de sa vie**⁹.

NOUS SAVONS CE QUI DOIT CHANGER :

- Les parents nous ont indiqué où se trouvaient les lacunes, ce que corrobore l'analyse des plans d'action triennaux du Consortium : la moitié des parents ontariens qui ont demandé de l'aide en santé mentale pour leur enfant ont déclaré avoir eu de la difficulté à obtenir les services dont ils avaient besoin. La principale raison invoquée était les longs délais d'attente (65 %). Les autres problèmes sont les suivants : les services n'offrent pas ce dont mon enfant a besoin (38 %), ne savent pas où aller (26 %) et n'offrent pas de services là où je vis (14 %)
- En raison de la maturité des organismes responsables et du Consortium, notre système est bien placé pour formuler des recommandations stratégiques fondées sur des données probantes, garantissant ainsi l'optimisation des investissements dans le financement de la santé mentale par les gouvernements fédéral et provincial.



CHAPITRE 1 :

PERCEPTION DES SOINS



POURQUOI CELA EST IMPORTANT POUR LES ENFANTS, LES JEUNES ET LES FAMILLES

Être centré sur le client est un principe fondamental des agences de santé mentale pour enfants et jeunes et les enquêtes de satisfaction de la clientèle sont couramment utilisées pour déterminer la mesure dans laquelle les services de santé mentale pour enfants et jeunes sont axés sur le client. Alors que la satisfaction du client est considérée comme une mesure de la réaction du client aux services reçus, la **perception du client des mesures en matière de soins s'interroge plus directement sur l'expérience en matière de soins par rapport aux normes de qualité actuelles de ce à quoi on devrait s'attendre comme pratique courante.** La perception des soins est reconnue comme un indicateur crucial de la qualité des soins et les résultats peuvent contribuer à une amélioration continue de la qualité de la prestation des services fournis et entraîner les changements nécessaires dans des domaines tels que l'amélioration de l'accès, la qualité des soins, l'accent mis sur le client et la sécurité.

En outre, les recherches montrent que les répondants sont plus disposés à signaler une exposition ou une utilisation peu fréquente d'une pratique que d'exprimer leur mécontentement à l'égard de cet aspect de leurs soins. L'utilisation d'un outil de perception commune des soins dans le système de santé mentale des enfants et des jeunes permet de normaliser la manière dont les agences de SMEA obtiennent la rétroaction des clients sur les soins et donne la parole aux jeunes et aux familles ayant accès aux services de SMEA.



RECOMMANDATION

Que l’Outil de perception des soins en Ontario – Santé mentale et toxicomanie (OPSO-SMT) soit désigné et mis en œuvre comme outil annuel par tous les organismes de santé mentale pour enfants et jeunes, qui sera utilisé avec les enfants de 12 ans et plus, et que le Consortium maintienne son partenariat avec le Centre de toxicomanie et de santé mentale pour perfectionner la version de l’OPSO-SMT pour les soignants destinée aux clients de moins de 12 ans.

PROCHAINES ÉTAPES IMMÉDIATES, EN PARTENARIAT AVEC LE GOUVERNEMENT :

S'appuyer sur les enseignements tirés du projet pilote du Consortium pour définir les besoins en ressources (financement, formation, évaluation/analyse) afin d'appuyer l'élaboration d'un plan de mise en œuvre, ainsi que la manière dont il sera utilisé dans les processus d'amélioration de la qualité aux niveaux régional et provincial.





À QUOI RESSEMBLE LE SUCCÈS

POUR LES ENFANTS, LES JEUNES ET LES FAMILLES :

- Possibilité explicite pour les clients et les soignants de donner leur avis sur les domaines où ils estiment que le service de SMEA fonctionne bien et sur les domaines dans lesquels des améliorations pourraient être apportées au service.
- Les améliorations du service sont façonnées par la rétroaction générée par la perception des mesures de soins.

POUR LES ORGANISMES :

- Avoir accès à un outil validé et à un processus de mise en œuvre dont l'efficacité a été prouvée, plutôt que de développer des approches internes et ad hoc
- peut identifier les domaines d'amélioration des services et les pratiques exemplaires

POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES JEUNES

- Méthode normalisée de collecte de données sur la perception des soins dans le système de santé mentale des enfants et des jeunes auprès des clients et des familles
- L'information recueillie grâce à cet outil normalisé contribue à une culture de prise de décision basée sur des données probantes : les domaines d'amélioration au niveau du système peuvent être identifiés et traités au niveau local, régional ou provincial.
- Engendre l'uniformité du langage dans la province
- Informe des pratiques fondées sur des données probantes



COMMENT AVONS-NOUS ÉLABORÉ CETTE RECOMMANDATION?

La section Documents à l'appui : Perception des soins offre un aperçu détaillé et des renseignements de base sur Perception des soins, le processus de sélection et de projet pilote de l'OPSO-SMT, ainsi que des enseignements à l'appui de la mise en œuvre.

À l'heure actuelle, la très grande majorité des fournisseurs de services de santé mentale pour enfants et jeunes en Ontario n'utilisent pas un outil standardisé de satisfaction ou de perception des soins, mais optent plutôt pour un outil développé à l'interne. Le fait de disposer d'un outil de perception des soins normalisé et obligatoire, qui fonctionne tout au long de la vie, contribue de manière importante à notre capacité à améliorer et à mesurer en permanence la qualité des soins, y compris dans des domaines clés tels que l'accès, les droits des clients, l'environnement, la planification des congés, la centralité et la sécurité du client aux niveaux local, régional et provincial.

Le groupe de travail a procédé à un examen approfondi dans le but d'identifier un outil normalisé pouvant être utilisé dans toute la province et a décidé que l'Outil de perception des soins en Ontario – Santé mentale et toxicomanie (OPSO-SMT) était le mieux adapté pour répondre aux besoins des fournisseurs de services de SMEA étant donné que :

- L'OPSO-SMT peut être utilisé tout au long de la vie et est mis en œuvre dans les programmes de toxicomanie, de santé mentale des adultes et de troubles concomitants financés par le MSSLD en Ontario.
- Une base de données provinciale centrale et un portail Web de rapports permettent aux organismes d'accéder aux résultats de l'OPSO-SMT, qui peuvent être filtrés et analysés de manière personnalisée. Des rapports normalisés sont également disponibles.
- L'OPSO-SMT est un outil validé et fondé sur des données probantes qui standardise la manière dont les services de santé mentale, de toxicomanie et de traitement des troubles concomitants recueillent la perception des clients des soins afin d'éclairer l'amélioration des services et du système.
- L'OPSO-SMT est un outil pratique, cohérent et systémique qui engage les jeunes et les aidants naturels à fournir régulièrement des informations aux agences, en plus des multiples façons dont les agences les impliquent actuellement.
- Le CAMH détient les droits d'auteur sur l'OPSO-SMT, qui est reconnu par Agrément Canada comme un instrument approuvé pour évaluer la satisfaction/perception des soins par le client aux fins de l'agrément.

Afin de déterminer le caractère approprié de l'OPSO-SMT dans le système de santé mentale des enfants et des jeunes, le Consortium a tiré parti de ses partenariats et de ses ressources internes pour établir un partenariat avec le Centre de toxicomanie et de santé mentale afin de piloter l'OPSO auprès de plusieurs organismes. Le projet de démonstration de l'OPSO comprenait 14 des 33 zones de services en Ontario et s'est déroulé en février 2019; 410 enquêtes ont été menées auprès de la clientèle et 485, auprès des fournisseurs de soins. En plus de donner au Consortium un premier aperçu provincial de la façon dont ses clients et leurs soignants perçoivent leurs soins, le projet de démonstration a également surveillé les ressources requises pour administrer l'OPSO, les facteurs de succès de la mise en œuvre et les défis propres au secteur des enfants et des jeunes, ainsi que les mesures d'atténuation identifiées lors de la démonstration.

Le projet de démonstration a montré qu'avec des ressources adéquates, le l'OPSO-SMT était bien adapté aux personnes âgées de 12 ans et plus, en tant qu'indicateur commun à tous les services de SMEA en Ontario pour informer l'amélioration de la qualité dans le secteur de la santé mentale des enfants et des jeunes. Pour les clients de moins de 12 ans, la version pour aidant naturel de l'OPSO-SMT peut fort bien refléter la perception des soins de ces clients, avec quelques améliorations supplémentaires apportées à l'outil.



CHAPITRE 2 :

ÉVALUATION COMMUNE



POURQUOI CELA EST IMPORTANT POUR LES ENFANTS, LES JEUNES ET LES FAMILLES

Un outil d'évaluation doit inclure les éléments clés du dépistage, de l'évaluation, de la mesure des résultats et du suivi pouvant être utilisés tout au long de la vie. Cet outil ne remplace pas les outils d'évaluation secondaires utilisés dans des programmes spécifiques pour assurer la planification appropriée des services. Un outil d'évaluation commun factuel validé est un élément clé pour :

- Permettre la comparaison des données entre plusieurs systèmes et, éventuellement, permettre aux systèmes électroniques de « communiquer » entre eux
- Faciliter les protocoles thérapeutiques au fur et à mesure que les enfants et les jeunes passent d'un service à un autre, y compris vers l'âge adulte.
- Assurer l'uniformité du langage dans la province
- Augmenter la pratique fondée sur des données probantes
- Aider à identifier les priorités futures en matière d'allocations et de priorités de service dans l'organisme, la zone de services et la province.





RECOMMANDATION

Le Consortium recommande que l'inter-RAI¹⁰ soit désigné pour tous les services de santé mentale pour enfants et jeunes de la province, là où il est cliniquement pertinent en tant que facilitateur pour mesurer et améliorer la qualité du service, accroître l'efficacité du système (afin de réduire le nombre d'évaluations multiples) et assurer la responsabilisation du système envers les enfants, les jeunes, les familles et les bailleurs de fonds.

PROCHAINES ÉTAPES IMMÉDIATES, EN PARTENARIAT AVEC LE GOUVERNEMENT

- 1** | Plan de mise en œuvre – Formation, infrastructure d'appui, renforcement des capacités technologiques, octroi de licences

- 2** | auront besoin d'une planification de mise en œuvre approfondie et exhaustive avec une équipe principale (de préférence avec une combinaison d'utilisateurs actuels et nouveaux et de représentants des organismes responsables et principaux)

- 3** | Il faudra assurer un financement adéquat pour les activités de mise en œuvre initiale (formation, infrastructure) et pour les opérations en cours et les suppléments au fil du temps.

- 4** | Devra jeter les fondements pour la mise en œuvre de nouveaux sites avec ceux qui utilisent actuellement l'outil (pour que tout le monde se retrouve sur la même page)

- 5** | Plan de durabilité – Pratique et supervision de la qualité, améliorations futures, ressources partagées

- 6** | Mettre en œuvre une stratégie de gestion du changement – Pratique organisationnelle actuelle construite autour des pratiques d'évaluation actuelles

- 7** | Saisir les occasions de possibilités d'intégration avec le secteur des adultes

- 8** | Stratégie provinciale en matière de données



À QUOI RESSEMBLE LE SUCCÈS

POUR LES ENFANTS, LES JEUNES ET LES FAMILLES :

- Les enfants, les jeunes et les familles réalisent une évaluation commune qui facilite un meilleur triage et une meilleure planification de service qui répondent à leurs besoins.
- Comme tous les organismes utilisent le même outil d'évaluation, les clients et les familles ne seront pas tenus de refaire différents outils d'évaluation lors de la transition entre différents services ou organismes, et leurs besoins pourront être évalués au fil du temps, même à l'âge adulte.

POUR LES ORGANISMES :

- Le personnel utilisera son temps de façon plus efficace, car le double emploi dans l'évaluation sera minimisé.
- Les besoins d'évaluation peuvent être adaptés aux services et aux protocoles thérapeutiques appropriés d'une manière uniforme et cohérente.
- Les transitions entre les services et les organismes seront rationalisées.
- Assure la clarté pour la population des clients et les besoins servis au sein de l'agence et des programmes individuels.

POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

- Les pratiques éclairées fondées sur des données probantes et les chemins de soins seront informés par des données et des tendances provenant de tous les niveaux des secteurs de services.
- La répartition future des priorités sera déterminée à l'aide des données provenant des secteurs de services.
- Un langage et une stratégie d'analyse de données cohérents éclaireront la prise de décisions au niveau provincial.
- Les bases d'une collaboration en ligne seront établies afin de faciliter le partage d'information à l'échelle des organismes.





COMMENT NOUS AVONS ÉLABORÉ LA RECOMMANDATION

Reportez-vous à la section **Documents à l'appui : Évaluation commune** pour un aperçu comparatif des outils existants dans plusieurs ministères, ainsi qu'un processus de revue de la littérature et de prise de décision permettant d'identifier l'inter-RAI.

La capacité du gouvernement et des fournisseurs de services à recueillir et à analyser des données cohérentes à l'échelle provinciale, entre et parmi les domaines de services et entre les organismes est essentielle pour améliorer la qualité des services aux enfants et aux jeunes, et ainsi améliorer les résultats. Il n'existe actuellement aucun moyen normalisé de collecte de données dans le système de santé mentale des enfants et des jeunes au point d'évaluation.

Tous les grands rapports de notre secteur au cours des dernières années ont souligné l'importance d'une planification et de services fondés sur des données probantes, notamment le bulletin de santé mentale pour enfants de l'Ontario, les rapports du Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes, le rapport du Comité consultatif pour les services en établissement et le Plan stratégique et Cadre stratégique de MSEJ pour la santé mentale des enfants et des jeunes.

Trois outils ont été examinés et une analyse documentaire plus large a été réalisée afin d'identifier l'Inter-RAI en tant qu'outil d'évaluation commun recommandé pour l'avenir. L'inter-RAI est un outil créé et validé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée : le Consortium est convaincu qu'il s'agit d'un outil validé, fondé sur des données probantes. Les deux tiers des organismes responsables et près de la moitié des principaux fournisseurs de services utilisent déjà l'inter-RAI, ce qui facilitera la mise en œuvre à plus grande échelle. L'information recueillie au moyen d'un outil unique désigné et validé qui fonctionne tout au long de la vie contribue grandement à notre capacité de fournir un bilan des besoins aux niveaux local, régional et provincial.





CHAPITRE 3 :

ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES JEUNES EN ONTARIO



POURQUOI CELA EST-IL IMPORTANT POUR LES ENFANTS, LES JEUNES ET LES FAMILLES?

L'accès aux services de santé mentale est un concept complexe et souvent difficile à définir. Pour les clients et les familles, il suffit d'obtenir les bons services où et quand ils sont nécessaires. L'accès est le processus depuis le contact préalable (je sais qui appeler pour obtenir un service), jusqu'au contact (la première réponse à ma demande de service/admission) et au contact pour service (je reçois rapidement le traitement dont j'ai besoin - ce qui se produit entre le moment où on devient admissible à l'organisme et le moment où on reçoit un service; ceci est fonction des temps d'attente pour obtenir le service). De bons services de santé mentale reposent également sur l'établissement d'une relation positive entre le fournisseur et le client. Peu importe votre âge, qui vous êtes, ce que vous avez ou où vous habitez, tout le monde devrait pouvoir accéder à la gamme complète des services, des traitements et des soutiens de santé mentale¹¹ dès que le besoin s'en fait sentir¹². Pourtant, chaque jour dans la province, des personnes de tous les âges se heurtent à des obstacles pour obtenir l'aide dont elles ont besoin ou abandonnent tout simplement parce que le système actuel est trop complexe pour y naviguer¹³. Les considérations clés en matière d'accès incluent la disponibilité, l'abordabilité et l'acceptabilité.

La **disponibilité** ou l'accès physique est souvent le concept qui vient à l'esprit lorsque l'on discute de la notion d'accès. Le concept d'offre et de demande ou, plus précisément, la relation entre le volume et les types de services offerts et le volume et les types de services demandés par les clients, ainsi que la disponibilité des fournisseurs et des services appropriés au bon moment au bon endroit sont fondamentaux à ce domaine^{14,15}.

L'**abordabilité** ou l'accès financier se réfère au degré d'adéquation entre les coûts d'utilisation du service et la capacité de payer de la personne. L'abordabilité doit prendre en compte le coût TOTAL de la rencontre (pas seulement le coût du service que le gouvernement paie par le biais d'un financement aux organismes, OU par le biais d'un programme d'avantages fourni par l'employeur pour le faible pourcentage de la population qui en a un).

L'**acceptabilité** ou l'accès socioculturel est l'un des aspects de l'accès les moins étudiés. Il s'agit de la relation entre l'attitude et les attentes des clients vis-à-vis des caractéristiques personnelles et pratiques des fournisseurs et des caractéristiques réelles des fournisseurs existants, ainsi que des attitudes et attentes des fournisseurs vis-à-vis des patients. Ces caractéristiques comprennent des attributs tels que l'âge, le sexe ou l'origine ethnique du fournisseur ou du patient, ainsi que le type, l'emplacement et l'appartenance religieuse de l'établissement. Ces attitudes influencent la capacité de la personne à recevoir des soins. Les attentes des fournisseurs et des patients concernant le respect des individus, ainsi que le respect des croyances traditionnelles ou alternatives sur les systèmes de guérison, influencent également l'acceptabilité des services¹⁶.

11 Commission de la santé mentale du Canada (2016). Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada : Une perspective axée sur les jeunes.

12 ACSM National (2018). Child and Youth – Access to Mental Health Promotion and Mental Health Care. CMHA national (2018). Enfants et jeunes : accès à la promotion de la santé mentale et aux soins de santé mentale.

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

14 Penchansky et Thomas, 1981

15 McHtyre et coll., 2009

16 McHtyre et coll., 2009, Penchansky et Thomas, 1981



RECOMMANDATION

Le consortium recommande que le gouvernement et les organismes responsables du soutien :

1. Collaborent pour développer des indicateurs de rendement clés pour la santé mentale chez les enfants et les jeunes, afin de mesurer l'accès aux services dans un cadre de disponibilité, d'abordabilité et d'acceptabilité.
 2. Travaillent ensemble pour garantir que Santé Ontario assume une responsabilité adéquate dans l'augmentation de l'accès à la vaste gamme de services de qualité en santé mentale pour les enfants et les jeunes à l'échelle de la province, par l'intermédiaire des équipes de Santé Ontario et d'autres entités.
-



À QUOI RESSEMBLE LE SUCCÈS

POUR LES ENFANTS, LES JEUNES ET LES FAMILLES :

- Des mécanismes d'accès normalisés dans, à travers et hors du système de santé mentale qui sont prévisibles, réactifs et sensibles aux besoins.
- Savoir où aller pour le service, combien de temps il faudra pour l'obtenir et que le service répondra aux besoins.

POUR LES ORGANISMES :

- Établissement d'attentes claires quant à leur rôle dans le système, les points d'accès à leurs services et les IRC qu'ils travaillent à atteindre
- Capacité d'accéder à l'appui des organismes responsables de leur zone de services sur des pratiques prometteuses qui peuvent avoir un impact positif sur l'accès
- Obtention d'un soutien pour la contribution aux équipes de service intégrées

POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES :

- Des services de base standardisés et étalonnés sont établis et appliqués uniformément dans toute la province : la proposition de valeur pour chaque service de base est claire
- Intégration des IRC pour mesurer la disponibilité, l'abordabilité et l'acceptabilité des services
- Les équipes de service intégrées fournissent des contributions en temps réel à la surveillance provinciale des IRC et des ajustements peuvent être faits systématiquement pour remédier aux obstacles au service
- Les ESO se concentrent sur l'accès en temps opportun aux bons services pour réduire le besoin de services plus intensifs et les pressions non traitées ressenties ailleurs dans le système, notamment l'expérience des symptômes peut augmenter au point de crise qui se traduit par une dépendance excessive aux services d'urgence des hôpitaux de soins aigus.
- L'expérience de l'établissement de mécanismes d'accès normalisés, de repères de service et des ESO permettra d'éclairer les changements structurels nécessaires au système pour faciliter l'accès



COMMENT AVONS-NOUS ÉLABORÉ CETTE RECOMMANDATION?

La section **Documents à l'appui : Accès** contient une description détaillée des trois aspects de l'accès et des défis actuels, une analyse documentaire des domaines d'intervention stratégiques pour améliorer l'accès, des exemples de pratiques novatrices en matière d'accès dans la province et des approches actuelles de mesure de l'accès.

Les recommandations du Consortium relativement à la mise en œuvre de l'outil OPSO-SMT (Outil de perception des soins administré chaque année) et de l'outil d'évaluation commun inter-RAI ChYMH (outil commun désigné d'évaluation) sont essentielles pour faciliter la cohérence de l'accès au système.

Facilite l'appariement des traitements appropriés d'un ensemble cohérent et standardisé de services aux besoins identifiés par un outil d'évaluation commun

- Évalue la perception de ce traitement en utilisant un outil commun pour améliorer continuellement les services (reconnaissant que l'accès est un élément clé de l'OPSO) : la voix des enfants, des jeunes et des familles est essentielle à la conception d'un meilleur système d'accès
- Facilite le développement de protocoles thérapeutiques cliniques communs pour différents groupes d'enfants et de jeunes (caractéristiques et/ou besoins d'un groupe particulier, liés à des services de base spécifiques et à l'intensité de ces services) alors qu'ils transitent dans le système, à travers les paramètres de service, et finalement hors du système

Le Consortium reconnaît qu'il y a de plus en plus de problèmes pour accéder aux services de santé mentale des enfants et des jeunes – mais le rapport 2017 de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) fournit des informations importantes sur ce qui conduit les pressions actuelles du système¹⁷:

- La prévalence est stable. L'ICIS signale que la prévalence des troubles mentaux est inchangée au fil du temps, ce qui suggère qu'il existe d'autres causes d'enfants et de jeunes souffrant de troubles mentaux qui recherchent de plus en plus de soins dans les hôpitaux.
- La demande augmente à mesure que la stigmatisation diminue. Bell Cause pour la cause rapporte qu'entre 2010 et 2015, la sensibilisation à la santé mentale augmente, les attitudes à l'égard de la santé mentale s'améliorent et la stigmatisation entourant les problèmes de santé mentale diminue. Cela a probablement eu pour effet positif d'habiliter davantage d'enfants et de jeunes à chercher des soins.
- La capacité dans la communauté s'amenuise. Depuis 1992, il n'y a eu que deux augmentations de financement de base pour les centres de santé mentale des enfants et des jeunes : 3 % en 2003 et 5 % en 2006. Mais depuis 1992, l'inflation a augmenté de plus de 55 %. En conséquence, la capacité des organismes communautaires à fournir des soins opportuns aux enfants et aux jeunes a diminué de 50 %.

Le Consortium reconnaît que des changements structurels sont nécessaires dans le système pour faciliter l'accès : d'une importance cruciale est que les bons types de changements soient faits de la bonne façon pour assurer les changements apportés augmentent la qualité et réduisent la confusion – certains éléments de base doivent être mis en place. En termes simples, il n'existe pas actuellement de données normalisées ou d'objectifs établis en fonction desquels nous pouvons comparer notre système pour nous assurer que nous avons pleinement identifié les efficacités et les propositions de valeur pour chacun de nos services.

Il y a des initiatives novatrices en cours dans toute la province qui sont des exemples prometteurs de façons dont l'accès peut être amélioré, ainsi qu'un ensemble de travaux de recherche visant à appuyer la mise en œuvre des innovations dans l'accès¹⁸. Avec ces apprentissages, le modèle émergent de l'ESO présente une occasion importante pour le secteur de la santé mentale des enfants et des jeunes de tirer parti de son objectif d'améliorer l'accès aux services.





CHAPITRE 4 :

SERVICES DE TRAITEMENT EN RÉSIDENCE



POURQUOI CELA EST IMPORTANT POUR LES ENFANTS, LES JEUNES ET LES FAMILLES

Les services de traitement en résidence¹⁹ (STER, anciennement appelé traitement résidentiel) sont définis comme des traitements 24 heures par jour à domicile par une équipe interprofessionnelle et multidisciplinaire qui fait usage thérapeutique du milieu de vie quotidien. Les STER servent souvent les enfants et les jeunes aux moments les plus vulnérables de leur jeune vie : quand ils sont fournis d'une manière cliniquement rationnelle et fondée sur des données probantes, ils peuvent avoir un important impact positif.

À l'heure actuelle, les STER en Ontario sont un mélange disparate de fournisseurs publics et privés, et le gouvernement n'a aucune idée qui fournit les services à qui, ou avec quels résultats. Les jeunes dont les problèmes de santé mentale exigent un traitement intensif dans un contexte résidentiel face à des protocoles thérapeutiques confus et fracturé, des listes d'attente longues, des services éloignés de chez eux, un suivi limité après le traitement et, plus particulièrement, des services déterminés par la disponibilité du traitement ou le nombre de lits plutôt que les besoins évalués de la jeune personne.

L'impact de cette situation sur les jeunes est que leurs besoins sont souvent non satisfaits, entraînant un manque de réussite scolaire, la rupture des relations critiques dans la communauté et à la maison et les mauvais résultats à l'âge adulte (tels que les problèmes de consommation de substances, les défis de l'emploi et de l'éducation et l'implication du système de justice pénale). Dans beaucoup trop de cas, certains de ces jeunes meurent par suicide.



RECOMMANDATION

Le Consortium recommande que le gouvernement travaille en partenariat avec les organismes responsables et les principaux fournisseurs de services pour concevoir et mettre en œuvre un système de services de traitement en résidence, bien intégré au sein du système de santé mentale des enfants et des jeunes (y compris les transitions tout au long de la vie), qui est fondé sur des données probantes, dispose de protocoles thérapeutiques clairs et peut répondre de façon démontrable aux besoins des enfants, des jeunes et des familles partout en Ontario.

PROCHAINES ÉTAPES IMMÉDIATES, EN PARTENARIAT AVEC LE GOUVERNEMENT :

En raison de l'état actuel du système existant, du degré élevé de vulnérabilité des enfants et des jeunes qui accèdent à ces services et des coûts élevés associés au défaut de répondre à leurs besoins, le Consortium considère cette priorité urgente, avec comme objectif d'initier cette planification le 1^{er} avril 2019.

Les fournisseurs de traitements de SMEA en résidence savent que le système doit être renforcé et remanié, un point de vue appuyé par les rapports du Comité consultatif pour les services en établissement, du Bureau de l'ancien intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes et du coroner en chef de l'Ontario. Nous croyons que le point de départ des solutions prospectives est la conception et la mise en œuvre d'un plan provincial pour un système de services de qualité qui aidera ces enfants et ces jeunes à obtenir de meilleurs résultats de vie de manière efficiente, efficace et durable. **Les organismes responsables et le Consortium, compte tenu de leur expertise collective en matière de prestation de services, de planification communautaire et de collaboration, sont bien placés pour fournir des conseils d'experts pour veiller à ce que les services de traitement en direct soient fondés sur des données probantes et axés sur les enfants et les jeunes.**



À QUOI RESSEMBLE LE SUCCÈS

POUR LES ENFANTS, LES JEUNES ET LES FAMILLES :

- Accès en temps opportun (disponible, abordable, acceptable) pour les enfants et jeunes à des modèles de services de traitement en résidence, fondés sur des données probantes, qui correspondent à leurs besoins identifiés, et sont disponibles aussi près que possible de la maison

POUR LES ORGANISMES :

- Une compréhension cohérente dans de ce que sont les STER, de ce qui est disponible dans leur zone de services et de la façon d'accéder à ce service
- Les STER reçoivent un soutien et ont des attentes claires dans ce qu'ils fournissent à leurs clients et comment évaluer leur fidélité à des modèles fondés sur des données probantes

POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES JEUNES :

- Un modèle hiérarchisé cohérent, équitable et adéquatement financé pour les STER est établi et compris dans le système
- Les résultats des enfants et des jeunes s'améliorent de façon mesurable grâce au soutien qu'ils reçoivent par les STER
- L'efficacité clinique est optimisée en veillant à ce que les bons employés soient appariés avec le bon type de STER
- Les IRC ont été mis en œuvre pour mesurer la disponibilité, l'abordabilité et l'acceptabilité des services
- L'accès aux placements de STER est facilité par le biais des ESO et des ESO sont responsables des résultats des enfants et des jeunes dans les placements de STER.



COMMENT AVONS-NOUS ÉLABORÉ CETTE RECOMMANDATION

Documents à l'appui : Services de traitement en résidence fournissent un ensemble complet de services de traitement en résidence, de capacité actuelle, de meilleures pratiques et d'un cadre initial qui propose une approche progressive aux STER.

En 2014, lorsque le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario (MSEJ) a établi les sept services de base pour la santé mentale des enfants et des jeunes, l'un des services essentiels était « services intensifs ». Dans ce service de base, le MSEJ inclut des programmes de « traitement en milieu résidentiel » exploités par des organismes de paiement de transfert de santé mentale pour enfants et jeunes. Les services de santé mentale intensifs étaient ceux qui visaient à offrir un traitement aux enfants ou aux jeunes touchés par des problèmes de santé mentale qui nuisent à leur fonctionnement à la maison, à l'école et/ou dans la communauté, et qui exigent un niveau intensif d'intervention, dans certains cas dans un contexte externe. Bien que le gouvernement autorise à la fois le traitement résidentiel et les foyers de soins résidentiels, il n'existe pas de définition pour le traitement résidentiel de la santé mentale des enfants et des jeunes et le gouvernement ne fait aucune distinction entre les traitements et les autres formes de groupes de soins résidentiels.

Pour réussir à répondre à ces besoins en matière de traitement, les services de traitement en résidence de SMEA de l'Ontario doivent être organisés dans un système hiérarchisé, qui distingue les « soins » du « traitement », et qui catégorise les services en fonction de la capacité d'un fournisseur à répondre à des niveaux de besoins de complexité croissants. Ces services doivent être planifiés au niveau provincial, où les services les plus spécialisés (et les plus coûteux/les moins utilisés) sont offerts aux niveaux régional et provincial. Tous ces services doivent fonctionner dans le contexte du secteur élargi de SMEA et du système de soins de santé — par exemple, les services de traitement en résidence est utilisé comme un recul par rapport aux services hospitaliers, selon le cas. Le système doit être conçu autour des besoins des enfants et des jeunes et veiller à ce qu'il y ait une évaluation spécifique du caractère approprié de tout environnement de traitement

Bien que les programmes en résidence soient les services de santé mentale des enfants et des jeunes les plus coûteux et les plus intrusifs offerts en Ontario, ils se sont développés de façon fragmentée et opportuniste en l'absence d'évaluation provinciale des besoins, d'orientation stratégique ou de plan de distribution de programmes dans toute la province. Les fournisseurs, qu'ils soient des organismes de paiement à but non lucratif, des entités gouvernementales directement exploitées ou privées à but non lucratif ou à but lucratif, conçoivent et élaborent généralement des programmes fondés sur le financement qu'ils obtiennent, leurs propres compétences, philosophies et priorités, et sont informés par la demande locale à l'époque, et les pratiques historiques.

Les programmes qui en résultent ne sont vraisemblablement pas comparables en termes de conception de programmes, de types de services thérapeutiques et de disciplines professionnelles, de profils cliniques, de ratios personnel client, de caractéristiques du milieu de vie, de durées de séjour, d'exigences en matière d'âge, de limites géographiques et de la disponibilité de lits. En outre, ils ont une capacité limitée à s'adapter à mesure que les besoins locaux évoluent.

Dans cet ensemble non planifié et largement indifférencié de programmes, les enfants et les jeunes doivent s'intégrer dans le programme que les fournisseurs individuels construisent et les gouvernements financent (ou que les familles/aidants peuvent se permettre) plutôt que d'avoir accès à un programme qui est le plus susceptible de pouvoir répondre à leurs besoins de traitement uniques.

Comme c'est le cas dans le continuum des services de SMEA, la disponibilité des soins de santé mentale en résidence n'est pas équitable dans l'ensemble de l'Ontario ou dans les populations d'enfants et de jeunes. Il y a des populations importantes en Ontario qui n'ont pas accès aux services ou qui sont mal desservies par les services disponibles, y compris²⁰ les groupes socioéconomiquement marginalisés, les peuples autochtones, les personnes racialisées, les personnes qui s'identifient comme LGBTQI2S+, les clients complexes du point de vue médical, les nouveaux arrivants, les immigrants, les francophones et les personnes vivant dans des régions éloignées et rurales, y compris dans le Nord de l'Ontario.

LE GOUVERNEMENT A EXAMINÉ LES PROBLÈMES DE SYSTÈME DANS CE SECTEUR À PLUSIEURS REPRISES CES DERNIÈRES ANNÉES.

- Le rapport Bay (2006) : « L'orientation générale des services en résidence devrait être de s'assurer que les types de service résidentiel appropriés sont disponibles au bon endroit au bon moment et que chaque type de service a des attentes cohérentes en matière de qualité, de responsabilité et de financement.
- En 2015 le Comité consultatif d'examen des services en établissement s'est rassemblé pour effectuer un examen à l'échelle du système de services résidentiels pour les enfants et les jeunes de la province, y compris les familles et de groupes d'accueil, les soins de santé mentale pour les enfants et les jeunes et les installations de justice pour les jeunes. Le rapport *Parce que ce sont les jeunes qui comptent* a été publié en 2016 et contenait dix recommandations visant à améliorer le système.

- Aussi en 2016, l'Intervenant en faveur des enfants de l'Ontario (alors le Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes) a publié *À la recherche d'un chez-soi*, un rapport axé sur l'expérience des jeunes dans les soins en établissement en Ontario.
- En recevant les rapports du Comité consultatif et de l'Intervenant, le MESSC (anciennement MSEJ) s'est engagé à établir un plan de réforme : il a publié son Plan directeur de l'Ontario pour la création d'un nouveau système pour les services en établissement agréés (le Plan directeur^[ii]) en juillet 2017. En plus d'identifier des plans immédiats pour aborder des questions fondamentales telles que la santé et la sécurité de base des enfants et des jeunes qui vivent dans les soins, le plan d'action prévoit une série d'engagements importants à long terme, notamment : définir la portée des services en résidence; améliorer l'efficacité de la gestion des données et de l'information; élaborer et mettre en œuvre un plan d'action pour le perfectionnement de la main-d'œuvre.
- En septembre 2018, le Bureau du coroner en chef (BCC) de l'Ontario a publié *En sécurité avec intervention*, le rapport d'un groupe d'experts qui a examiné les cas de douze enfants et adolescents très vulnérables qui sont morts alors qu'ils étaient dans des placements à domicile entre 2014 et 2017. Le rapport révèle l'absence de liens cruciaux entre le secteur de la protection de l'enfance et celui de SMEA. Un des thèmes communs issus de l'examen de la mort de ces 12 jeunes est les nombreux échecs du système pour identifier et diagnostiquer l'escalade des défis de santé mentale et un défaut ultérieur d'assurer l'accès à des traitements cruciaux. Le Comité a écrit que leurs problèmes : « suscitaient surtout des réponses réactives, axées sur la gestion de crise. Beaucoup de jeunes ont été considérés comme 'en sécurité avec intervention' après avoir subi une crise de santé mentale [...] Dans la pratique, « en sécurité » était souvent synonyme de 'lit pour passer la nuit' » et très peu, le cas échéant, de traitement de la santé mentale²¹.

ANNEXE A : COMPOSITION

COMITÉ PERMANENT DES RPP :

Joanne Lowe (présidente)
Diane Walker
Cathy Paul
Cynthia Weaver
Monica Armstrong
Brenda Clarke
Mamta Chail-Teves
Michelle Hurtubise
Terra Cadeau
Hélène Fournier
Christine Penney
Deb Shime

GROUPE DU CHAPITRE SUR LA PERCEPTION DES SOINS :

Joanne Lowe
Monica Armstrong
Cathy Paul
Christine Penney

GROUPE DU CHAPITRE SUR L'ÉVALUATION COMMUNE :

Cynthia Weaver
Mamta Chail-Teves
Purnima Sundar
David Willis
Hélène Fournier

GROUPE DU CHAPITRE SUR LES SERVICES DE TRAITEMENT EN MILIEU RÉSIDENTIEL :

Cathy Paul
Cynthia Weaver
Joanne Lowe
Monica Armstrong
Purnima Sundar
Chris Langlois
Reshem Khan
David Willis
Shaun Baylis
Diane Walker

GROUPE DU CHAPITRE SUR L'ACCÈS :

Michelle Hurtubise
Terra Cadeau
Deb Shime
Brenda Clarke
Tara McFadden
Alison Farough
Shaun Bayliss
Chantal Dubois
Linda Dugas

ANNEXE B : FAITS SAILLANTS – RAPPORT D'ÉTAPE DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL

Actions recommandées détaillées où peu ou pas de progrès ont été enregistrés selon le rapport de mise à jour sur l'état 2018²² :

- Le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires et sociaux travaille en consultation avec la santé mentale des enfants Ontario et les réseaux locaux d'intégration de la santé pour aider les hôpitaux à élaborer et à mettre en œuvre des protocoles et des outils d'évaluation pour évaluer les besoins en santé mentale des enfants et des jeunes cherchant un traitement dans les hôpitaux
- Le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires travaille en consultation avec Santé mentale des enfants Ontario, les hôpitaux et les organismes responsables de santé mentale des enfants et jeunes pour élaborer et mettre en œuvre des protocoles de navigation pour mieux gérer les transitions des clients entre les hôpitaux et les services de santé mentale pour les enfants et les jeunes, ainsi que les transitions entre les services communautaires
- Le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires doit travailler en collaboration avec les organismes responsables de la santé mentale des enfants et des jeunes en consultation avec Santé mentale des enfants Ontario pour s'assurer que :
 - la politique de prestation de services et les exigences du programme pour les organismes sont claires et bien comprises par les organismes, et les organismes respectent ces exigences en matière de politique et de programme pour la prestation de services;
 - les organismes ont des politiques en place pour orienter le personnel lorsqu'un client est mis en congé et doit passer à un autre organisme ou système de services, y compris aux services de santé mentale pour adultes;
 - les organismes suivent systématiquement les enfants et les jeunes après la mise en congé pour évaluer leur statut et faciliter l'accès à des services supplémentaires si nécessaire;
 - les organismes indiquent aux clients le moment où ils recevront un service.

- Le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires doit collaborer avec les organismes responsables de la santé mentale des enfants et des jeunes en consultation avec Santé mentale pour enfants Ontario pour :
 - établir des objectifs spécifiques aux organismes en matière de temps d'attente, surveiller les temps d'attente réels par rapport à ces objectifs afin d'évaluer leur caractère raisonnable et faire le suivi des mesures correctives lorsque les délais d'attente ne sont pas respectés;
 - évaluer si les examens périodiques d'assurance de la qualité des dossiers des organismes peuvent aider à assurer que les enfants et les jeunes reçoivent des services appropriés et efficaces;
 - déterminer si la nécessité d'approbation des décisions et des documents clés qui orientent les services de santé mentale par la supervision peut aider à améliorer la qualité et la cohérence des services fournis;
 - au moment d'évaluer le respect des normes de prestation de services par les organismes, communiquer les résultats de ces évaluations à tous les membres du personnel de l'organisme afin de s'assurer que les questions de non-conformité sont abordées à l'échelle de l'organisme.
- Le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires doit collaborer avec les organismes responsables de santé mentale des enfants et des jeunes en consultation avec Santé mentale pour enfants Ontario pour :
 - élaborer des lignes directrices en matière de charge de travail;
 - veiller à ce que les organismes se comparent périodiquement à ces lignes directrices afin d'aider à évaluer l'efficacité et l'efficacité de leurs activités.
- Le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires doit collaborer avec Santé mentale pour enfants Ontario, les organismes responsables de santé mentale des enfants et des jeunes et les réseaux locaux d'intégration des services de santé pour :
 - élaborer un processus de suivi et d'examen des plaintes des clients afin cerner les tendances qui peuvent nécessiter un suivi et/ou des mesures correctives;
 - établir des normes d'expérience client qui mesureront les expériences de service des enfants, des jeunes et des familles et permettront l'amélioration continue.
- Pour veiller à ce que les enfants et les jeunes ayant des besoins en santé mentale dans toute la province reçoivent systématiquement des services opportuns et appropriés, le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires doit :
 - mettre en œuvre un modèle de financement qui alloue des fonds aux organismes de santé mentale des enfants et des jeunes qui correspondent aux besoins en santé mentale des jeunes et des adolescents qu'ils desservent;
 - élaborer et mettre en œuvre un modèle de financement pour allouer des fonds aux organismes exploités par des Autochtones qui correspondent aux besoins en santé mentale des enfants et des jeunes qu'ils desservent.
- Afin de veiller à ce que des services cohérents et appropriés soient fournis aux enfants et aux jeunes de l'ensemble de l'Ontario, le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires doit collaborer avec les organismes responsables de la santé mentale des enfants et des jeunes pour :
 - définir davantage les exigences du programme du ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires afin qu'elles puissent être appliquées de façon cohérente partout en Ontario par tous les organismes offrant des services de santé mentale;

- mettre en œuvre un processus pour déterminer si les organismes de santé mentale des enfants et des jeunes fournissent des services de santé mentale conformes aux exigences du ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires;
- Étudier les possibilités d'accélérer la création de protocoles thérapeutiques clairs et coordonnés pour les services de santé mentale de base et les services offerts par d'autres secteurs, afin que les enfants et les jeunes obtiennent les services appropriés, peu importe où ils en font la demande.
- Pour s'assurer que le programme de santé mentale des enfants et des jeunes fonctionne tel que voulu pour fournir des services cohérents et efficaces aux enfants et aux jeunes de l'Ontario qui en ont besoin, le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux doit collaborer avec Santé mentale pour les enfants Ontario et les organismes de santé mentale des enfants et des jeunes, pour :
 - identifier et mettre en œuvre des indicateurs de rendement et des exigences en matière de données qui sont suffisants, cohérents et appropriés à utiliser pour évaluer périodiquement le rendement du programme et des organismes qui l'exécutent;
 - mettre en œuvre des indicateurs de rendement qui mesurent les résultats à long terme des enfants et des jeunes qui ont accédé aux services de santé mentale pour aider le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires à mesurer l'efficacité du programme et à éclairer les décisions futures en matière de politiques;
 - recueillir des données sur le nombre d'enfants et de jeunes ayant des problèmes de santé mentale spécifiques pour éclairer les décisions futures en matière de politiques et ainsi mieux répondre aux besoins des enfants et des jeunes;
 - fixer des objectifs pour les indicateurs de rendement du ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires et utiliser les données recueillies pour identifier les cas qui peuvent nécessiter un suivi et/ou des mesures correctives;
 - veiller à ce que les résultats déclarés publiquement sur le rendement du programme de santé mentale des enfants et des jeunes fournissent des renseignements à la fois exacts et utiles.

DOCUMENTS À L'APPUI : PERCEPTION DES SOINS

CONTEXTE : OPSO-SMT

L'Outil de perception des soins en Ontario (OPSO-SMT) est un outil validé et fondé sur des données probantes qui uniformise la façon dont la santé mentale, les toxicomanies et les services de troubles concomitants recueillent la perception des clients des soins pour éclairer l'amélioration du service et du système.

L'OPSO-SMT s'interroge sur l'expérience de soins par rapport à ce qui est attendu en tant que **pratique normale** (pas seulement si la personne était satisfaite). L'outil a été mis au point et validé par le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) avec le financement du Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie (PSFTT) de Santé Canada et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. L'OPSO-SMT est protégé par le droit d'auteur du CAMH et identifié par Accréditation Canada comme un instrument approuvé pour l'évaluation de la satisfaction et de la perception des soins à des fins d'agrément.

L'OPSO-SMT est mis en œuvre dans les programmes de toxicomanie, de santé mentale et de troubles concomitants financés par le MSSLD/les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) partout en Ontario.

Deux versions en anglais et en français sont disponibles – la première pour les clients enregistrés et la seconde, pour les membres de la famille, les partenaires et les sympathisants. L'OPSO-SMT pour les clients enregistrés contient 38 éléments et la version famille/sympathisants contient 17 éléments qui se concentrent sur sept indicateurs d'amélioration de la qualité ainsi que d'autres questions démographiques, sur étape du processus de traitement et deux questions ouvertes sur les aspects les moins/les plus utiles du service. Les participants ont besoin d'un niveau d'alphabétisation de 6^e année ou plus pour répondre et le temps d'achèvement est d'environ 10-20 minutes (selon la version – clients ou familles).

Les questions spécifiques à l'expérience d'un client couvrent les domaines suivants :

- Accès/entrée aux services;
- Services fournis;
- Participation/droits;
- Thérapeutes, personnel, travailleurs de soutien;
- Environnement;
- Congé, achèvement du programme, traitement;
- Expérience globale
- Services de traitement des patients hospitalisés ou résidentiels (le cas échéant)

L'analyse et l'interprétation des données de l'OPSO-SMT peuvent impliquer des éléments individuels ou regroupés et les réponses à chaque élément peuvent être déclarées comme pourcentages ou moyennes. En plus d'une cote de « perception globale des soins », des cotes de sous-échelle peuvent aussi être calculées pour « accès aux services » et « dans les services » :

ÉCHELLES	NBRE D'ÉLÉMENTS	ÉLÉMENTS	COTE
Perception globale des soins	23	1-8, 12-15, 17-18, 20-25, 30-32	Cote moyenne des 23 éléments
Accès aux services	6	1-6	Cote moyenne des 6 éléments
Dans les services	17	7-8, 12-15, 17-18, 20-25, 30-32	Cote moyenne des 17 éléments

Une base de données provinciale centrale et un portail Web de rapport donnent aux organismes l'accès aux résultats de l'OPSO-SMT qui peuvent être filtrés et analysés de façon personnalisée. Par exemple, les organismes peuvent sélectionner des indicateurs précis qu'elles souhaitent suivre au fil du temps, examiner les données par le biais d'une lentille d'équité en santé, puis examiner des programmes spécifiques pour appuyer les efforts d'amélioration de la qualité. Les fournisseurs ont tous accès à leurs propres données brutes, y compris les commentaires ouverts, ainsi qu'aux données provinciales agrégées et comparables. Des rapports normalisés sont aussi disponibles.

Les données de l'OPSO-SMT sont destinées à être liées à des efforts d'amélioration de la qualité. L'OPSO le permet en saisissant des informations sur les indicateurs d'amélioration de la qualité. Les éléments exploitables permettent d'élaborer des stratégies pour résoudre des problèmes spécifiques.

CONSTATATIONS SOMMAIRES : PROJET DE DÉMONSTRATION

Le groupe du chapitre sur la perception des soins de l'Ontario (l'un des quatre groupes de chapitre du Comité permanent des RPP) a achevé un projet de démonstration visant à tester l'administration de l'OPSO aux enfants, aux jeunes et aux familles du système des SMEA dans quatorze zones de services en Ontario. Le groupe du chapitre sur la perception des soins de l'Ontario s'est associé au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) pour appuyer le projet de démonstration.

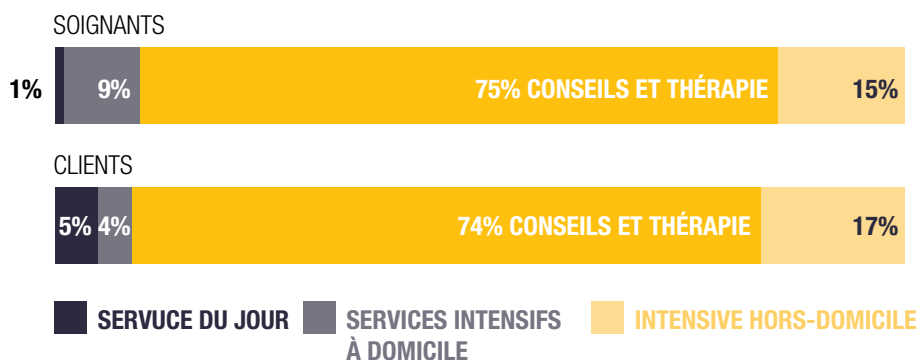
Un blitz coordonné de l'OPSO a eu lieu en février 2019 parmi les organismes qui se sont portés volontaires pour participer au projet de démonstration de l'OPSO. Le projet a interrogé les clients recevant des services de (1) counseling et thérapie ou (2) services intensifs.

ÉCHANTILLON :

Au cours du projet pilote du Consortium, en février 2019, nous avons interrogé 410 clients et 48 soignants dans 13 organismes responsables.

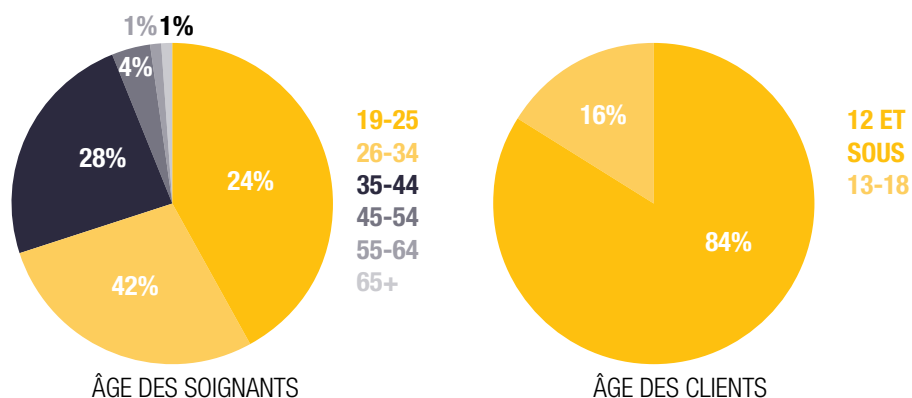
TYPE DE SERVICE

Les trois quarts de toutes les réponses étaient pour les clients en counseling et thérapie. Il y avait des distributions semblables de type de service entre les clients et les soignants, les soignants répondant moins fréquemment aux services intensifs à l'extérieur (résidentiels) et légèrement plus fréquemment pour les services intensifs à domicile.



DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Âge : L'âge des soignants était variable et il n'est pas surprenant que la majorité étaient âgés de 26 à 54 ans, le plus souvent au milieu de cette fourchette (35-44). La majorité des clients (84 %) qui ont répondu à l'enquête étaient âgés de 13 ans ou plus (il convient de noter que l'enquête est validée pour 12 ans et plus). Les enquêtes sur les soignants étaient plus couramment complétées pour les enfants de 12 ans et moins (72 %). Il serait utile d'ajouter plus de catégories d'âge ou de noter l'année de naissance à l'OPSO.



Sexe : Les femmes étaient plus couramment les répondantes pour les soignants et les clients, représentant 83 % et 60 % de tous les répondants, respectivement. Nous avons noté que plus de 90 % des répondants soignants étaient les parents du client. En tant que tel, il est probable que les mères des clients sont le parent qui est plus impliqué dans les soins de leur enfant, au moins dans notre échantillon. Il n'est pas surprenant que l'échantillon de client était plus couramment constitué de femmes, nous avons noté ci-dessus que l'échantillon de clients était en grande partie des clients de 13 à 18 ans, les femmes en soins à l'interne ont tendance à être plus âgées et à présenter une plus grande internalisation des enjeux, car celles-ci tendent à avoir une apparition plus tardive.

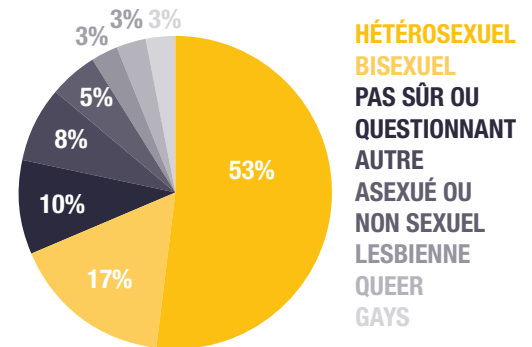
SOIGNANTS



CLIENTS

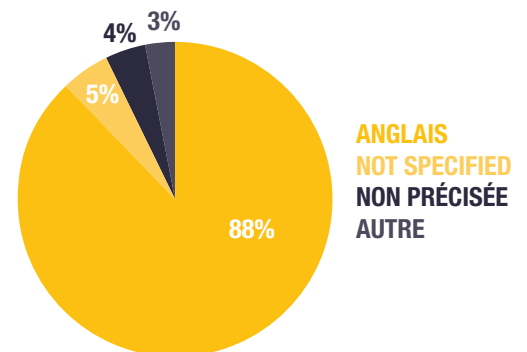


Orientation sexuelle : seulement un peu plus de la moitié de l'échantillon était hétérosexuel, les autres clients s'identifiant sur d'autres parties du continuum LGBTQ. Ce résultat est surprenant. On s'attendrait à ce qu'il y ait une plus grande proportion sur le continuum que dans la population générale, mais pas dans cette mesure. Ce résultat devrait faire l'objet d'une enquête afin de mieux comprendre les réponses à cette question. Il convient de noter que l'enquête sur la perception de l'animateur a indiqué que cette question en particulier (orientation sexuelle du client) était la question pour laquelle le plus grand nombre de précisions a été demandé.



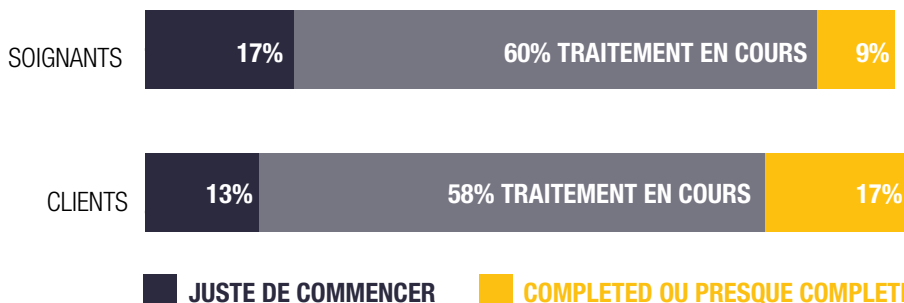
ORIENTATION SEXUELLE DES CLIENTS

Langue maternelle : L'échantillon était presque exclusivement anglais, avec seulement 2 % des clients déclarant le français comme langue maternelle et 9 % ne spécifiant pas ou choisissant « autre ». Compte tenu de l'importance du langage dans le processus de rétablissement de la santé mentale, une enquête plus approfondie pour mieux comprendre ce sous-échantillon particulier des données des clients pourrait être envisagée. La question démographique n° 5 (langue de préférence) peut également éclairer cette question.



LANGUE MATERNELLE DU CLIENT

Moment d'utilisation de l'OPSO : Environ 60 % des personnes qui ont complété l'OPSO du client étaient présentement en traitement/service, 17 % avaient terminé ou presque terminé leur service et 13 % commençaient à peine. Les réponses étaient semblables à celles de l'enquête sur les soignants avec 60 % des répondants ayant signalé que leur être cher était présentement en service, 9 % avaient terminé et 17 % commençaient à peine.

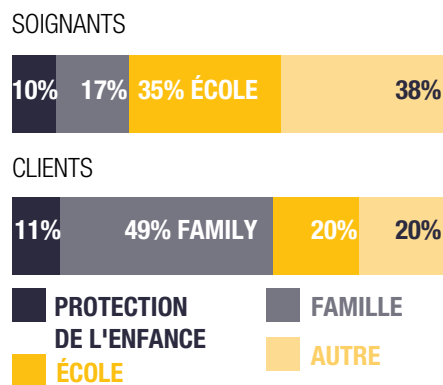


Obligé, mandaté ou contraint à obtenir des services de traitement et de soutien : Près d'un tiers des clients (30 %) et un quart (22 %) des soignants ont indiqué qu'ils/leur être cher étaient obligés, mandatés ou contraints à obtenir un traitement. De ceux qui ont répondu qu'ils étaient obligés, mandatés ou contraints, les clients notés les familles (49 %) les plus élevées comme source de cette pression alors que les soignants identifiaient une condition/pression de l'école (38 %) comme la plus élevée. En dépit de cette proportion élevée d'enfants et de jeunes qui ont dit être sous pression ou mandatés à participer au traitement, un total de 87 % de tous les jeunes interrogés ont convenu ou fortement convenu que « les services que j'ai reçus m'ont aidé à relever plus efficacement les défis de ma vie ». Cela peut refléter les solides capacités du personnel de SMEA à s'engager auprès des jeunes.

PERCEPTION DU SOIGNANT DE LA PRESSION POUR OBTENIR DES SERVICES DE TRAITEMENT

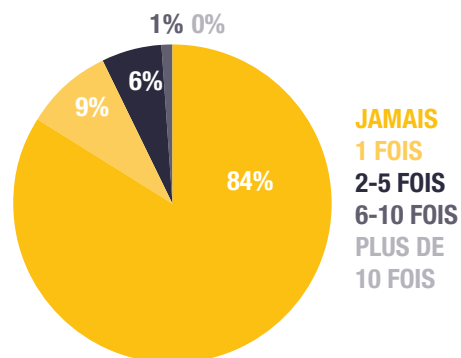


SOURCE DE LA PRESSION POUR OBTENIR DES SERVICES DE TRAITEMENT ET DE SOUTIEN



Hospitalisation pour maladie mentale : On a demandé aux soignants combien de fois leur être cher avait été hospitalisé pour maladie mentale. Environ 80 % des soignants ont répondu que leur être cher n'avait jamais été hospitalisé, 8 % ont répondu une fois, 6 % 2 à 5 fois et 1 % ont répondu 6 à 10 fois.

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS DE L'ÊTRE CHER



CONSTATATIONS

Expérience globale des clients et des soignants : Dans le cadre du « counseling et thérapie » et des « services intensifs », les clients et les soignants ont constamment rapporté des expériences positives avec les services reçus par leur famille. En fait, environ 95 % des clients et des soignants indiquent que les services qu'ils reçoivent sont de haute qualité, et plus de 90 % les recommanderaient à un ami ayant des besoins similaires.

LES SERVICES OFFERTS ICI SONT DE HAUTE QUALITÉ

SOIGNANTS



CLIENTS



SI UN AMI AVAIT BESOIN DE SERVICES SEMBLABLES, JE LUI

RECOMMANDERAIT CEUX-CI

SOIGNANTS



CLIENTS



Les résultats étaient aussi positifs lorsque les clients et les soignants ont été interrogés sur la question de savoir si les services qu'ils ou leurs êtres chers recevaient les aidaient à relever les défis de la vie ou de celle de leurs êtres chers

LES SERVICES REÇUS M'ONT AIDÉ/ONT AIDÉ MES ÊTRES CHERS À RELEVER PLUS EFFICACEMENT LES DÉFIS DE LA VIE

SOIGNANTS



CLIENTS



En raison de la taille de l'échantillon, il est difficile d'avoir des données fiables pour les services intensifs individuellement. Par conséquent, les données provenant du traitement de jour, des services intensifs à domicile et des services intensifs à l'extérieur (résidentiels) ont été regroupées et examinées par rapport aux données provenant de patients de counseling/thérapie. Fait intéressant, la rétroaction des soignants était uniforme pour les deux types de services. Pour les services intensifs, les clients étaient moins enclins à déclarer que les services étaient de haute qualité, à recommander un ami et à indiquer que les services les ont aidés à relever les défis de la vie. (Il est important de noter que les résultats étaient constamment élevés, même pour les clients dans les services intensifs, soit dans la partie supérieure de la fourchette 80).

SERVICES DE COUNSELING ET DE THÉRAPIE

JE SUIS D'AVIS QUE LES SERVICES OFFERTS ICI SONT DE HAUTE QUALITÉ

SOIGNANTS

30% D'ACCORD **66% TOUT À FAIT D'ACCORD**

CLIENTS

42% D'ACCORD **54% TOUT À FAIT D'ACCORD**

SI UN AMI AVAIT BESOIN DE SERVICES SEMBLABLES, JE LUI RECOMMANDERAI CE SERVICE

SOIGNANTS

19% **77% TOUT À FAIT D'ACCORD**

CLIENTS

36% D'ACCORD **60% TOUT À FAIT D'ACCORD**

LES SERVICES REÇUS M'ONT AIDÉ À RELEVER LES DÉFIS DE LA VIE

SOIGNANTS

36% D'ACCORD **57% TOUT À FAIT D'ACCORD**

CLIENTS

49% D'ACCORD **43% TOUT À FAIT D'ACCORD**

SERVICES INTENSIFS

JE SUIS D'AVIS QUE LES SERVICES OFFERTS ICI SONT DE HAUTE QUALITÉ

SOIGNANTS

29% D'ACCORD **66% TOUT À FAIT D'ACCORD**

CLIENTS

43% D'ACCORD **45% TOUT À FAIT D'ACCORD**

SI UN AMI AVAIT BESOIN DE SERVICES SEMBLABLES, JE LUI RECOMMANDERAI CE SERVICE

SOIGNANTS

19% **77% TOUT À FAIT D'ACCORD**

CLIENTS

37% D'ACCORD **49% TOUT À FAIT D'ACCORD**

LES SERVICES REÇUS M'ONT AIDÉ À RELEVER LES DÉFIS DE LA VIE

SOIGNANTS

42% D'ACCORD **51% TOUT À FAIT D'ACCORD**

CLIENTS

45% D'ACCORD **39% TOUT À FAIT D'ACCORD**

DOMAINES D'EXCELLENCE

Il y avait un certain nombre de domaines où les clients et les soignants perçoivent nos services comme étant exceptionnels. Bien qu'il y ait une certaine similitude entre les clients et les soignants, il y avait aussi des différences intéressantes.

SONDAGE AUPRÈS DES CLIENTS	% FORTEMENT D'ACCORD OU EN DÉSACCORD	SONDAGE AUPRÈS DES SOIGNANTS	% FORTEMENT D'ACCORD OU EN DÉSACCORD
J'ai été traité avec respect par le personnel du programme.	99 %	Le personnel traitait mon être cher avec respect.	99 %
Le personnel croyait que je pouvais changer et grandir.	98 %	Je me sentais bienvenu dès le début.	98 %
On m'a assuré que mes renseignements personnels étaient confidentiels.	98 %	J'ai senti que j'étais un membre précieux de l'équipe de soins pour mon être cher.	97 %
Dans l'ensemble, j'ai trouvé l'espace du programme propre et bien entretenu.	98 %	Dans l'ensemble, j'ai trouvé l'espace du programme propre et bien entretenu.	99 %
On m'a donné de l'espace privé pour discuter des problèmes personnels avec le personnel.	98 %	J'ai senti que l'installation était sécuritaire.	99 %
		J'ai été inclus dans les décisions prises sur le traitement de mon être cher	97 %

- **Les thérapeutes, travailleurs de soutien/personnel** : Un domaine où la perception des soins des clients et des soignants était exceptionnellement positive était avec notre personnel. Ce domaine avait des cotes très élevées sur l'élément, y compris la façon dont notre personnel et les organismes respectent nos clients, démontrent une croyance selon laquelle les clients étaient bien informés et compétents et sont sensibles aux préoccupations et aux besoins des clients, y compris les besoins culturels.
- **Confidentialité** : Les clients se sentaient rassurés que leurs renseignements personnels étaient tenus confidentiels, alors que 98 % des clients étaient d'accord ou fortement d'accord.
- **Environnement** : L'environnement était un autre domaine ayant reçu de nombreuses évaluations exceptionnellement positives de la part des clients et des soignants. Plus précisément, environ 98 % des clients ont dit avoir pu profiter d'un espace privé lorsqu'ils discutaient de problèmes personnels avec le personnel et les soignants estimaient que les installations dispensant un traitement à leurs êtres chers étaient sécuritaires. Les clients et les soignants ont trouvé l'espace du programme propre et bien entretenu.
- **Participation et engagement des soignants** : Les soignants ont dit se sentir accueillis dès le début, qu'ils étaient un membre précieux de l'équipe de soins et inclus dans les décisions prises sur le traitement de leur être cher

DOMAINES DE POSSIBILITÉ

Il y avait un certain nombre de domaines où il est possible d'apporter des améliorations aux services que nous fournissons à nos clients et à leurs familles. Bien qu'il y ait une certaine similitude entre les clients et les soignants, il y avait aussi des différences intéressantes.

SONDAGE AUPRÈS DES CLIENTS	% FORTEMENT D'ACCORD OU EN DÉSACCORD	SONDAGE AUPRÈS DES SOIGNANTS	% FORTEMENT D'ACCORD OU EN DÉSACCORD
Il y avait assez d'activités d'intérêt pour moi pendant le temps libre. (hors domicile)	65 %	Le temps d'attente pour les services était raisonnable pour mon être cher.	67 %
Si je m'inquiétais sérieusement, je saurais comment faire une plainte formelle à cet organisme.	72 %	Si je m'inquiétais sérieusement, je saurais comment faire une plainte formelle à cet organisme.	79 %
J'ai un plan qui répondra à mes besoins après avoir terminé le programme/traitement.	77 %		
Le personnel m'a aidé à identifier où obtenir le soutien après avoir terminé le programme/traitement.	79 %		
La disposition de l'installation était appropriée pour les visites avec ma famille et mes amis (p. ex., intimité, niveau de confort). (hors domicile)	80 %		

- **Temps d'attente** : Les soignants s'inquiétaient le plus alors qu'un tiers constataient que les délais d'attente pour le service n'étaient pas raisonnables. Il s'agit d'une question que le système connaît bien, il y a eu des augmentations importantes de la demande de services de santé mentale pour les enfants et les jeunes, alors que la capacité est demeurée stable, ce qui a contribué à une longue attente de service.
- **Intensif hors foyer** : Deux des domaines d'amélioration les plus importants identifiés par les clients comprenaient des aspects du traitement intensif à l'extérieur (résidentiel). Plus d'un tiers de ces clients ont signalé un manque d'activités intéressantes pendant le temps libre et un sur cinq a signalé des défis liés aux liens avec la famille, en particulier, liés à l'implantation des installations.
- **Déposer une plainte** : Plus de 20 % des soignants et près de 30 % des clients ont dit ne pas savoir comment déposer une plainte s'ils avaient une inquiétude grave. C'est surprenant, car les clients et les soignants ont rapporté des expériences positives en ce qui concerne l'inclusion et l'engagement dans le traitement.
- **Recherche de soutien** : Les clients et les soignants ont identifié des possibilités d'amélioration en ce qui concerne l'aide à la recherche de soutien. Plus de 20 % des clients ont dit avoir un plan pour répondre à leurs besoins après le programme et n'ont pas reçu d'aide dans les résultats de soutien après leur traitement. La majorité des clients étaient encore en cours de traitement, ce qui pourrait avoir un impact sur ces résultats. Les soignants étaient moins enclins à déclarer qu'ils avaient reçu des renseignements sur les soutiens pour eux-mêmes et qu'ils étaient en mesure d'accéder aux soutiens pour eux.

LEÇONS RETENUES POUR UNE MISE EN ŒUVRE ÉLARGIE : PROJET DE DÉMONSTRATION

BESOINS EN RESSOURCES :

- Utiliser le gestionnaire de ressources généré par le projet de démonstration pour identifier/mettre en place des ressources.
- Utiliser un outil électronique plutôt que papier pour réduire les besoins en ressources (des achats initiaux tels que des iPad pourraient être nécessaires).
- Consacrer un espace/une salle pour l'achèvement de l'OPSO
- La majorité des jeunes de 12 à 16 ans ont été en mesure de répondre eux-mêmes à l'enquête de l'OPSO avec un soutien nul ou minime de la part du personnel : le temps moyen requis par les jeunes pour répondre à l'enquête était de 16 minutes, mais un faible pourcentage (10 %) avaient besoin de 30 minutes ou plus.
- Les organismes ont souligné à plusieurs reprises l'importance de recourir à des mesures incitatives, telles que la fourniture de collations ou de cartes-cadeaux, pour inciter les jeunes à remplir le questionnaire.

FACTEURS DE RÉUSSITE :

- Mettre en place des mentors/spécialistes de la mise en œuvre locale pour à l'intention des organismes
- Utiliser les jeunes pairs aidants comme facilitateurs
- Prévoir à l'avance la période de collecte des données : créer une équipe de mise en œuvre au sein de l'organisme, établir des campagnes de promotion sur les réseaux sociaux et autres, engager des étudiants et des volontaires qualifiés, s'assurer que des processus logistiques et administratifs sont en place.
- Réaliser une étape de mise à l'essai
- Identifier les chefs d'organismes et les champions pour favoriser la communication

L'OPSO ET LES JEUNES DE 12 À 16 ANS

Un des éléments importants dont le Consortium doit prendre en considération au début du projet de démonstration de l'OPSO était le suivant : « **De quel soutien les jeunes ont-ils besoin pour répondre à un sondage de l'OPSO?** ». Bien que l'OPSO ait été démontré avec succès à la population adulte de services de santé mentale et de toxicomanie dans l'ensemble de l'Ontario, il y avait une compréhension et une expérience limitées de l'administration de l'OPSO auprès d'une population de jeunes de 12 à 16 ans.

La campagne éclair de l'OPSO menée par le Consortium des organismes responsables du soutien en santé mentale chez les enfants et les jeunes en février 2019 a été l'occasion de recueillir des observations structurées sur l'intensité et la fréquence de l'aide dont pourraient avoir besoin les jeunes de 12 à 16 ans pour pouvoir répondre au sondage de l'OPSO. Deux agences principales pour les enfants et les jeunes membres du Consortium ont accepté de recueillir les observations de ce groupe d'âge lors de leurs campagnes locales de l'OPSO. Parmi ces agences, Kinark Child et Family Services et le Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa.

Un outil de sondage a ensuite été mis au point en consultation avec les membres du Consortium et le CAMH (voir l'annexe A). Le sondage visait à recueillir des informations quantitatives et qualitatives sur la

fréquence des soutiens dont les jeunes pourraient avoir besoin de la part du personnel ou des bénévoles au cours d'une campagne typique de l'OPSO.

Lorsque les membres du personnel de ces deux organismes administraient l'OPSO à leurs jeunes participants, ils suivaient et enregistraient aussi la fréquence à laquelle les jeunes « demandaient pour de l'aide » (par exemple, ne comprenant pas une question ou un vocabulaire sur l'OPSO). Le sondage invitait également les membres du personnel à évaluer leur propre perception du soutien dont chaque jeune avait besoin pendant qu'il répondait au sondage de l'OPSO.

Au total, 15 membres du personnel (des deux organismes) ont enregistré leurs observations. Au total, 90 sondages auprès des jeunes (de 12 à 16 ans) ont été recueillis lors du blitz organisé de l'OPSO de février 2019. La répartition par âge des jeunes participant à l'OPSO était la suivante : 12 ans (10 %), 13 ans (20 %), 14 ans (24 %), 15 ans (24 %) et 16 ans (22 %).

LISIBILITÉ ET COMPRÉHENSIBILITÉ DE L'OPSO OBSERVÉES CHEZ CES JEUNES PARTICIPANTS

À QUELLE FRÉQUENCE LES JEUNES ONT-ILS DEMANDÉ DES PRÉCISIONS SUR LES QUESTIONS DE L'OPSO LORSQU'ILS RÉPONDAIENT AU SONDRAGE?

La majorité des jeunes (de 12 à 16 ans) issus de ces deux organismes n'ont pas eu besoin de l'aide de leur personnel pour répondre à l'OPSO. Sur les 90 jeunes observés, 70 (78 %) n'ont demandé aucune aide ou précision, alors qu'ils répondaient eux-mêmes au sondage de l'OPSO. La figure 1 ci-dessous montre la répartition de la population de jeunes demandant de l'aide par rapport à ceux qui n'en ont pas eu besoin.

Un petit nombre de jeunes (N = 5) ont été observés à demander un soutien plus intensif au personnel (c.-à-d. six précisions ou plus). Ces jeunes ont tendance à être parmi les participants les plus jeunes dans les deux campagnes de l'OPSO.

Alors que les jeunes participants remplissaient le sondage de l'OPSO et demandaient au personnel des précisions sur des questions spécifiques, la fréquence des demandes de précisions était enregistrée. Quinze jeunes (17 %) ont posé d'une à cinq questions au personnel pendant qu'ils répondaient au sondage de l'OPSO.

On a constaté que seul un petit nombre (5 jeunes) demandaient un soutien plus intensif de la part du personnel (c'est-à-dire six précisions ou plus). Ces jeunes avaient tendance à être parmi les plus jeunes des participants à l'OPSO dans les deux campagnes. Trois jeunes (de 13 à 14 ans) ont demandé des précisions au personnel entre six et neuf fois. Deux jeunes participants âgés de 12 ans ont demandé des précisions au moins dix fois à des membres du personnel afin de compléter l'OPSO.

En revanche, parmi les participants de 14 à 16 ans (soit 70 % de tous les jeunes ayant répondu au sondage de l'OPSO), seuls deux jeunes de ce groupe d'âge ont demandé des précisions au moins six fois au personnel (voir la figure 2).

Dans ces deux campagnes de l'OPSO, 29 jeunes étaient âgés de 12 à 13 ans. Seuls trois d'entre eux ont demandé des précisions plus approfondies de la part du personnel en vue de compléter le sondage de l'OPSO.

Dans les futures campagnes de l'OPSO, les organismes pour la jeunesse qui prévoient d'enquêter sur un très grand nombre de jeunes de 12 à 14 ans devraient prévoir que la plupart des jeunes devraient être en mesure de compléter l'OPSO avec un minimum de soutien. Cependant, un petit pourcentage peut nécessiter un soutien plus intensif pour répondre à leurs sondages.

PERCEPTIONS DU PERSONNEL SUR LE DEGRÉ DE SOUTIEN REQUIS PAR LES JEUNES POUR RÉPONDRE AU SONDRAGE DE L'OPSO

Le sondage auprès des animateurs demandait aux membres du personnel d'évaluer leur propre perception de la quantité de soutien dont chaque jeune a besoin pour répondre au sondage de l'OPSO. On a demandé aux employés de donner une note d'échelle de Likert indiquant leur **accord** ou leur **désaccord** avec la déclaration suivante :

« Ce jeune a pu répondre au questionnaire de l'OPSO avec un minimum de soutien de votre part ou de la part d'autres personnes. »

Parmi les 90 jeunes, le personnel était **d'accord** ou **fortement d'accord** pour dire que 74 jeunes (81 %) avaient été en mesure de répondre au sondage de l'OPSO avec un minimum de soutien. Ce niveau d'accord du personnel avec cette affirmation est cohérent pour tous les âges de 13 à 16 ans. Parmi les participants de 12 ans, les évaluations du personnel ont indiqué que six des neuf participants (67 %) ont été en mesure de compléter le l'OPSO avec un soutien minimal.

PERCEPTIONS DU PERSONNEL SUR LE SOUTIEN EN LECTURE DONT ONT BESOIN LES JEUNES

Le sondage auprès des animateurs demandait aux membres du personnel d'évaluer leurs perceptions quant à la quantité de soutien en lecture dont les jeunes avaient besoin pendant qu'ils répondaient au sondage de l'OPSO. Les membres du personnel ont été invités à attribuer une note de Likert à leur **accord** ou à leur **désaccord** sur la déclaration suivante :

« Les jeunes avaient besoin ou demandaient que l'animateur lise la plupart des questions du sondage de l'OPSO. »

Le personnel était en **désaccord** et/ou **fortement en désaccord** avec la déclaration ci-dessus pour 78 des 90 jeunes participants ayant répondu au sondage l'OPSO. En d'autres termes, 87 % des jeunes ont pu lire le questionnaire de l'OPSO de manière autonome. Cependant, une faible proportion de jeunes (11 %) ont été perçus par le personnel comme ayant besoin d'une aide à la lecture pour compléter l'OPSO.

TEMPS REQUIS PAR LES JEUNES PARTICIPANTS POUR RÉPONDRE À L'OPSO

Le personnel a consigné le temps requis par les jeunes participants pour répondre à l'OPSO. Environ 42 % des jeunes ont pu répondre au sondage de l'OPSO en dix minutes, 43 % en 20 minutes, et 10 % en 30 minutes.

PERCEPTION DU PERSONNEL À L'ÉGARD DES JEUNES RÉPONDANT À L'OPSO

Les membres du personnel ont également été invités à fournir une évaluation à l'échelle de Likert de leur accord et/ou leur fort accord avec la déclaration selon laquelle les jeunes « semblaient être engagés à répondre au sondage de l'OPSO ». Les membres du personnel étaient d'accord et/ou entièrement d'accord pour dire que 79 % des jeunes participants semblaient être engagés lors du sondage de l'OPSO.

QUESTIONS SPÉCIFIQUES DE L'OPSO PAR RAPPORT AUXQUELLES LES JEUNES ONT DEMANDÉ DES PRÉCISIONS

Au cours du blitz de l'OPSO, les jeunes ont collectivement demandé des précisions sur 18 questions du sondage de l'OPSO et sur quatre questions à caractère démographique. La liste de ces questions figure ci-dessous.

Les questions par rapport auxquelles les jeunes ont le plus souvent demandé des précisions sont énumérées ici.

QUESTIONS OÙ LES JEUNES ONT DEMANDÉ LE PLUS FRÉQUEMMENT DES PRÉCISIONS

NOMBRE DE FOIS OÙ ON A DEMANDÉ DES PRÉCISIONS

Quel terme préférez-vous utiliser pour décrire votre orientation sexuelle? (section Données démographiques n° 6)	6
Le temps d'attente pour les services était raisonnable pour moi (OPSO n° 1).	5
L'emplacement des services était pratique pour moi (OPSO n° 3).	3
J'avais une bonne compréhension de mes services de traitement et du plan de soutien (OPSO n° 7).	3
J'ai trouvé le personnel compétent/qualifié (OPSO n° 17).	3
Le personnel était sensible à mes besoins culturels (p. ex. religion, langue, origine ethnique, race) (OPSO n° 19).	3
Quelle est ta langue maternelle? (section Données démographiques n° 4).	3

Parmi les autres questions pour lesquelles les jeunes ont demandé des précisions, citons les questions numérotées suivantes de l'enquête de l'OPSO : 2, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 28, 29, 33 et 34. Les autres questions de la section Données démographiques par rapport auxquelles on a demandé des précisions comprennent les questions 3 et 7.

SOMMAIRE DES RÉSULTATS

La majorité des jeunes de 12 à 16 ans ont pu terminer l'enquête de l'OPSO de leur propre chef, avec aucun soutien ou un soutien minime de la part du personnel.

La population de jeunes de ces deux campagnes de l'OPSO n'avait qu'un petit nombre (6 %) de jeunes qui ont demandé des soutiens fréquents au personnel (6 fois ou plus) alors qu'ils terminaient l'enquête de l'OPSO. Bien qu'il s'agisse d'un nombre très restreint, ceux-ci semblent être les plus jeunes de tous les jeunes participants (voir la figure 2).

FIGURE 2. FRÉQUENCE À LAQUELLE LES JEUNES PARTICIPANTS DEMANDAIENT POUR DES PRÉCISIONS EN FONCTION DE LEURS ÂGES

ÂGE DES JEUNES (N=90 PARTICIPANTS)

FRÉQUENCE	12 ANS	13 ANS	14 ANS	15 ANS	16 ANS	TOTAL
0 fois	7	14	14	16	19	70
1 à 5 fois	0	3	5	6	1	15
6 à 9 fois	0	1	2	0	0	3
10 fois ou plus	2	0	0	0	0	2

Le temps moyen dont avaient besoin les jeunes (N = 90) pour terminer le sondage était de 16 minutes, mais un faible pourcentage (10 %) avaient besoin de 30 minutes ou plus.

DOCUMENTS À L'APPUI : ÉVALUATION COMMUNE

OUTILS D'ÉVALUATION : ÉTAT ACTUEL ET CONTEXTE HISTORIQUE

MINISTÈRE DES SERVICES À L'ENFANCE ET À LA JEUNESSE (MSEJ)

En 1999, le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ) mettait en œuvre le premier plan de dépistage systématique et de mesure des résultats du Canada, formant plus de 100 organismes de santé mentale pour enfants de la province à l'utilisation de deux outils de mesure standardisés : la Brève entrevue téléphonique de l'enfant et de sa famille (BCFPI) (Cunningham et coll., 2009); et l'Échelle d'évaluation fonctionnelle pour enfants et adolescents (CAFAS) (Hodges, Doucette-Gates et Liao, 1999). À la cinquième année du plan, en 2004, 98 % des organismes formés à l'utilisation de ces outils les avaient mis en œuvre (Barwick, Boydell, Cunningham et Ferguson, 2004) et, après six ans d'application, 114 organismes utilisaient le BCFPI et 107, la CAFAS (Barwick, 2006). Le MSEJ a pris en charge les coûts d'administration de ces outils, ce qui a mené à une adoption accrue, tout en permettant de manière décisive de regrouper les données et de les rapporter à l'échelle provinciale.

La recommandation de mettre en œuvre le BCFPI et la CAFAS par rapport à d'autres outils possibles a été formulée par un groupe d'experts réunis pour déterminer la ou les mesures que devraient adopter les organismes communautaires spécifiques de SMEA pour assurer la collecte cohérente des données dans toute la province de l'Ontario. Le groupe a examiné une série de facteurs, notamment la force de l'outil, la facilité d'adoption et le coût (à la fois pour la mise en œuvre et l'utilisation continue) et son choix s'est arrêté sur la CAFAS et le BCFPI. Le ministère a fourni des fonds pour soutenir l'utilisation d'outils, mais cela n'a pas été fait directement aux organismes; SMEO a plutôt reçu des fonds pour fournir des licences aux organismes, appuyer la formation et héberger les données pour BCFPI, et Sick Kids a reçu des fonds pour faire de même pour la CAFAS. SMEO et Sick Kids ont ensuite rassemblé les données et fourni des rapports personnalisés à chaque organisme. Tous les organismes, comme condition de leur financement, ont été mandatés pour utiliser l'un de ces outils, ou les deux, afin d'assurer l'uniformité et de contribuer également à brosser un tableau provincial de la situation des enfants.

Avec le lancement de l'initiative **Partenaires pour la santé mentale des enfants et des jeunes** (2010-2012), un certain nombre de défis ont été relevés avec ces outils prescrits. Premièrement, dans certains cas, aucun outil n'était utile pour l'organisme et la population desservie. Deuxièmement, sans une réelle idée de la raison pour laquelle les données étaient recueillies/utilisées, les dirigeants d'organismes avaient du mal à s'assurer que le personnel recueillait réellement les informations et que cela produisait

des données de haute qualité. Troisièmement, un certain nombre d'outils plus récents apparaissent moins comme des outils d'inscription ou des listes de contrôle, mais étaient réellement utiles pour la planification du traitement (p. ex., le CANS) et plus alignés sur le plan philosophique sur les objectifs des fournisseurs de services (c.-à-d. davantage axé sur les forces que les déficits).

En 2015, dans le cadre du projet de **Cadre de prestation des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes** (gouvernement de l'Ontario, 2013), le financement de BCFPI et de CAFAS a été interrompu et l'utilisation d'outils standardisés d'admission, d'évaluation et de résultats n'était plus exigée (O'Hara, 2014). Les raisons pour ces décisions n'apparaissent pas clairement dans les documents de politique publique tels que le projet de **Cadre de prestation des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes** (gouvernement de l'Ontario, 2013) ou les **Lignes directrices et exigences relatives au programme communautaire de santé mentale pour les enfants et les jeunes n° 01 : Services essentiels et principaux processus** (gouvernement de l'Ontario, 2015b). Cependant, les raisons possibles peuvent inclure : la résistance persistante des praticiens à l'utilisation du BCFPI et du CAFAS; les défis liés à la préparation organisationnelle au changement, à la culture technologique et à l'infrastructure; et le manque de compréhension et d'articulation des avantages cliniques potentiels pour les enfants (Barwick et coll., 2004).

À l'heure actuelle, l'utilisation d'un outil d'évaluation commun à tous les organismes fournissant des services de santé mentale aux enfants et aux adolescents suscite un soutien croissant. Par exemple, le MSEJ a financé l'Institut des ressources pour les enfants et les parents (CPRI) afin de développer davantage l'InterRAI, un nouvel outil potentiel d'évaluation de la santé mentale des enfants (Hirdes et coll., 2011). De plus, les organismes fournisseurs de services comprennent la valeur d'un outil commun fournissant des points de repère sur lesquels elles peuvent travailler. Cependant, il n'existe actuellement aucun outil officiellement approuvé ou mandaté par le ministère actuel.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE (MSSLD)

À l'heure actuelle, seuls les services de santé mentale et de toxicomanie pour adultes (principalement des patients hospitalisés) complètent un outil d'évaluation commun obligatoire - RAI-MH. Le Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) analyse et rend compte des informations soumises à l'ICIS sur toutes les personnes recevant des services de santé mentale pour adultes en Ontario, ainsi que sur certaines personnes recevant des services dans des lits de jeunes hospitalisés et des établissements sélectionnés dans d'autres provinces. Le SIOSM contient de l'information sur la santé mentale et physique, les soutiens sociaux et l'utilisation des services, ainsi que sur la planification des soins, la mesure des résultats, l'amélioration de la qualité et les demandes de financement en fonction des groupes clients.

Les données complètes du SIOSM sont recueillies à l'aide de la version 2.0 de l'instrument d'évaluation des résidents - santé mentale (RAI-MH©), un outil clinique normalisé servant à évaluer périodiquement les bénéficiaires de soins aux patients hospitalisés en santé mentale. Le RAI-MH contient de l'information sur l'endroit où les personnes sont admises et pourquoi, l'endroit où elles vont à la sortie et les raisons pour lesquelles elles y vont, ainsi que de l'information recueillie éventuellement à d'autres moments durant le séjour à l'hôpital..

Cet outil, élaboré par InterRAI, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et l'Association des hôpitaux de l'Ontario, comprend les éléments suivants :

- Le fichier minimal sur la santé mentale (MDS MH©), contenant environ 300 éléments de données
- Vingt guides d'analyse par domaine d'intervention (GAD) en santé mentale aux fins de la planification des soins
- Cinq indicateurs de qualités pour la santé mentale (IQSM)

- Sept mesures de résultats fondées sur des échelles cliniques
- La méthodologie de regroupement du Système de classification des patients hospitalisés en psychiatrie (SCIPP)

Les évaluations sont réalisées à l'admission, à la mise en congé, tous les trois mois au cours du service et chaque fois qu'un changement important et inattendu se produit dans l'état clinique du patient.

S'appuyant sur l'uniformité des données du RAI-MH pour les ressources des patients hospitalisés, l'Évaluation commune des besoins en Ontario (ECBO) a été sélectionnée par le secteur de la santé mentale communautaire en 2007. L'outil est basé sur l'évaluation des besoins de Camberwell. Des éléments supplémentaires ont été ajoutés pour refléter le secteur de la santé mentale en milieu communautaire de l'Ontario. L'ECBO a été mise en œuvre dans 200 organismes de fournisseurs de services de santé (FSS) entre 2010 et 2013.

L'Évaluation commune des besoins en Ontario (ECBO) est un outil d'évaluation normalisé qui recueille de l'information sur 24 domaines et :

- Comprend une partie d'auto-évaluation qui appuie une approche de la prestation de services axée sur le client;
- Encourage les conversations avec les consommateurs sur leurs besoins, leurs forces et leurs actions;
- Fournit des données globales pour éclairer la planification et la prise de décision aux niveaux organisationnel, régional et provincial, compatibles avec une approche de rétablissement;
- Facilite la communication interinstitutions grâce à des normes de données communes.

Le secteur de la santé déploie des efforts constants pour examiner les outils d'évaluation communs et déterminer le meilleur positionnement de ces outils pour la planification et le développement du système. À ce jour, aucun outil uniforme n'est utilisé pour les services hospitaliers ou ambulatoires communautaires pour enfants et jeunes en Ontario. La série d'outils GAIN a été introduite par plusieurs RLISS en Ontario, bien que l'utilisation de la suite complète ne soit pas uniforme. S'adressant directement à CAMH à propos du GAIN, il a été déterminé qu'il ne s'agissait pas de l'outil le plus approprié pour répondre aux besoins d'évaluation de SMEA pour les enfants et les jeunes.

SECTEUR DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE (MSEJ)

L'utilisation d'outils d'évaluation en bien-être de l'enfance est une pratique courante depuis 2000. La première version était le modèle d'évaluation des risques de l'Ontario (MERO) utilisé pour éclairer le processus décisionnel en matière de bien-être de l'enfance. Ce modèle contenait un outil de dépistage connu sous le nom de spectre d'admissibilité, un instrument d'évaluation de la sécurité et un instrument d'évaluation des risques. Les outils inclus dans le MERO sont dérivés d'un système plus ancien développé à New York et n'étaient pas statistiquement basés, mais basés sur le consensus ou sur des experts et non validés.

Au début de 2000, l'Université de Toronto a mené un projet de recherche sur la faisabilité et l'utilité d'un certain nombre d'outils d'évaluation du risque et du contexte par rapport aux outils du MERO. Quarante-cinq professionnels de la protection de l'enfance ont participé à cette recherche et ont testé huit outils, dont quatre outils contextuels et quatre outils d'évaluation clinique.

Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse a conclu que le système de prise de décisions structuré de la Californie mis au point par le Children's Research Centre of Wisconsin était le meilleur instrument d'évaluation des risques. Cet instrument a été validé et capable de prédire la maltraitance à des niveaux qui semblent être utiles cliniquement. La mise en œuvre de l'évaluation des forces et des besoins des familles californiennes a également été recommandée.

À partir de cette étude, le modèle décisionnel ontarien en matière de protection de l'enfance a été adopté. Ce modèle est basé sur le modèle décisionnel structuré mis au point par le Children's Research Center of Wisconsin et utilise un processus fondé sur la recherche reposant sur une évaluation actuarielle du risque pour déterminer la probabilité de préjudices futurs et une évaluation clinique permettant de déterminer les forces et les besoins des enfants et de leurs familles.

En 2007, le secteur de la protection de l'enfance a adopté le modèle d'intervention adaptée, qui proposait des approches adaptées en matière de prestation de services en fonction du type et de la gravité des mauvais traitements et adaptées aux besoins de chaque enfant et de sa famille. Une série d'outils est utilisée dans le modèle d'intervention adaptée par des professionnels du bien-être de l'enfance en Ontario pour les aider à évaluer et à analyser les situations dans lesquelles un enfant aurait besoin de protection.

Ces outils facilitent la prise de décision des agents de protection de l'enfance en les aidant à examiner chaque décision prise dans le domaine de la protection de l'enfant d'une manière objective, systématique, globale et fondée sur les forces. L'utilisation de ces outils, associée à un bon jugement clinique, incluant une pratique respectueuse de la culture, renforce la sécurité et l'évaluation des enfants. Ils comprennent une évaluation de la sécurité, des risques familiaux, des forces et des besoins de la famille et de l'enfant, ainsi qu'une réévaluation de la réunification familiale et des outils d'évaluation de la réunification. Ces outils sont encore utilisés par les professionnels de la protection de l'enfance dans les 41 SAE de l'Ontario et ont été mandatés par le ministère. Certains éléments de données communs (16) constituent le plan d'amélioration de la qualité en fonction duquel chaque SAE de la province doit rendre compte. Les progrès des individus de chaque organisme et les tendances provinciales sont compilés pour suivre les tendances provinciales.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION

À l'heure actuelle, aucune mesure ou évaluation uniforme n'est réalisée dans le secteur de l'éducation pour dépister ou évaluer les problèmes de santé ou de santé mentale. De nombreuses communautés scolaires ont recours à l'Étude sur la santé des jeunes Ontariens (ESJO) et à sa sous-mesure, l'Enquête sur la santé mentale des écoles (ESME), pour planifier les services et les interventions. Le Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario (SCDSEO), appuyée par CAMH, est actuellement administré aux étudiants du secondaire (outil d'auto-évaluation). Cependant, les résultats sont contradictoires et la fiabilité des données est discutable compte tenu de la nature de l'autodéclaration.

Chaque communauté scolaire utilise différents outils tels que le MASC, le CDI, le BCFPI et, dans certains cas, l'InterRAI. « Il existe un intérêt et une ouverture pour un outil d'évaluation commun/uniforme s'il correspond à l'outil d'évaluation communautaire du secteur de la santé mentale des enfants, car il fournirait une base pour commencer à définir les profils des clients, les plans de traitement et les résultats pour tous les enfants et les jeunes de l'Ontario qui ont besoin d'avoir accès à un traitement de santé mentale, qu'ils le recherchent dans un cadre scolaire ou communautaire »

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. ÉVALUATION FONDÉE SUR LES PREUVES À L'APPUI

- C. Hunsley, J. et Eric Mash. (2010). *The Role of Assessment in Evidence Based Practice*. In *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*, 2^e éd. (pp.3-22). New York, N.Y. : Guilford Press.
- D. Pranckeviciene, A. et A. Bunevicius. (2015). Evidence based assessment: Do we have it? Do we need it?, vol. 17. (pp.13-18). Kaunas, Lithuanian: Lithuanian University of Health Sciences, Neuroscience Institute, Laboratory of Clinical Research.
- E. Jensen-Doss, A. et K. Hawley. (2010). « Understanding barriers to evidence-based assessment: Clinician attitudes toward standardized assessment tools », *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, vol. 39 (pp. 885-896).

2. APPUI À L'ÉVALUATION COMMUNE DU SECTEUR/DÉS SERVICES

- A. Shlonsky, A., Lambert, L. (2007). *The Perceived Utility of Child Maltreatment Risk Assessment and Clinical Assessment Tools*. Université de Toronto (Ontario) Bell Canada
– Child Welfare Centre
- B. Valenstein, M., et coll. (2009). « Implementing Standardized Assessments in Clinical Care: Now's the Time », vol. 60 (pp.1372-1375). Ps.psychiatryonline.org.

3. SOUTIEN AUX TRAVAUX DES PROVINCES ET DES ZONES DE SERVICES À CE JOUR

- A. Centre for Excellence in Children's Mental Health, Ottawa : Résumé des outils choisis pour évaluer les besoins en santé mentale des enfants et des jeunes. Mis à jour en août 2018
- B. Bureau des services à la jeunesse, Ottawa : Groupe de travail sur le dépistage et l'évaluation - Résumé des activités et des recommandations. Avril 2016
- C. East Metro Youth Services, Toronto : Comparaison des outils d'évaluation clinique : Sélection d'une liste courte d'outils candidats. Décembre 2015

ÉVALUATION DE L'OUTIL D'ÉVALUATION COMMUN

CANS MH (John Lyons, Fondation Praed - Entretien avec un informateur clé, lundi 5 novembre 2018)

- Outil multi-usage développé pour les services aux enfants afin de faciliter la prise de décision, y compris le niveau de prise en charge et de planification des services, afin de faciliter les initiatives d'amélioration de la qualité et de permettre le suivi des résultats des services fournis
- Mis au point dans une perspective de communication afin de faciliter le lien entre le processus d'évaluation et la conception de plans de services individualisés, y compris l'application de pratiques factuelles
- Le but principal est de permettre au système de demeurer centré sur la vision partagée de servir les enfants et les familles
- Six composantes clés du CANS :
 1. Les éléments sont choisis en fonction de leur pertinence pour la planification.
 2. Niveaux de suivi pour tous les éléments
 3. Prendre en compte la culture et le développement avant d'établir le niveau de suivi

4. Agnostique quant à l'étiologie - descriptif, pas de cause à effet
5. Au sujet de l'enfant, pas du service. Évaluer les besoins, lorsque masqués par des interventions
6. Créneau de classement spécifique (par exemple, 30 jours) peut être remplacée en fonction des niveaux de suivi. Évaluation de l'outil d'évaluation commun

CANS MH (John Lyons, Fondation Praed - Entretien avec un informateur clé, lundi 5 novembre 2018)

- Outil multi-usage développé pour les services aux enfants afin de faciliter la prise de décision, y compris le niveau de prise en charge et de planification des services, afin de faciliter les initiatives d'amélioration de la qualité et de permettre le suivi des résultats des services fournis
- Mis au point dans une perspective de communication afin de faciliter le lien entre le processus d'évaluation et la conception de plans de services individualisés, y compris l'application de pratiques factuelles
- Le but principal est de permettre au système de demeurer centré sur la vision partagée de servir les enfants et les familles
- Six composantes clés du CANS :
 1. Les éléments sont choisis en fonction de leur pertinence pour la planification.
 2. Niveaux de suivi pour tous les éléments
 3. Prendre en compte la culture et le développement avant d'établir le niveau de suivi
 4. Agnostique quant à l'étiologie - descriptif, pas de cause à effet
 5. Au sujet de l'enfant, pas du service. Évaluer les besoins, lorsque masqués par des interventions
 6. Créneau de classement spécifique (par exemple, 30 jours) peut être remplacée en fonction des niveaux de suivi.

InterRAI ChYMH (Ian Kerr, CPRI - Entretien avec un informateur clé, 25 octobre 2018)

- Outil d'évaluation normalisé conçu pour un usage clinique
- 387 éléments
- 45 à 90 minutes selon la complexité du cas
- fournit un résumé des besoins en sus d'une évaluation diagnostique plus exhaustive et approfondie
- suppléments additionnels, le cas échéant
- Tous les outils du système InterRAI utilisent des éléments et un langage uniformes pour identifier les besoins en santé mentale des enfants et des jeunes dans tous les contextes et à mesure qu'ils vieillissent.
- Fait partie d'une série d'outils d'évaluation pour les populations vulnérables, notamment les troubles du développement, l'éducation et les centres de détention pour mineurs
- Les plans d'action concertés (PAC) font partie de ChYMH - 29 PAC qui signalent les enfants et les jeunes présentant des problèmes potentiels nécessitant un examen clinique.

GAIN SS (Brian Rush, CAMH - Entrevue avec un informateur clé du 11 octobre 2018)

- Le GAIN Short Screener (GAIN-SS) est conçu pour identifier les clients pouvant présenter un ou plusieurs troubles de comportement (par exemple, des troubles psychiatriques intériorisés ou externalisés, des troubles liés à la consommation de substances ou des problèmes de criminalité/violence).
- De 3 à 5 minutes à administrer si autodéclaré
- De 5 à 10 minutes à administrer si en entrevue

**** Si le GAIN SS figurait à l'origine dans la liste des trois principaux outils, le créateur de cet outil, le D^r Brian Rush, ne l'a pas recommandé pour une utilisation avec notre population. Au lieu de cela, il suggère de travailler ensemble pour créer une adaptation du GAIN SS, ce que le groupe n'était pas prêt à faire pour le moment.**

UTILISATION ACTUELLE DE SMEA	CANS MH	GAIN SS	INTERRAI	OTHER
Organisme responsable (33)	15 %	0	66 %	19%
Fournisseurs de services de base (148)	0,9 %	0,9 %	48 %	34%

DISPONIBILITÉ

CONCEPT CLÉ	CANS MH	SUITE GAIN	INTERRAI
Cybersanté (paramètres de l'application)	Aucun disponible par le développeur CE web a activé le CANS - poches/réservoirs de données Les organismes individuels ont intégré dans leurs systèmes - pour un usage individuel et interne - pas de partage de données - COP pour CANS	La saisie, la notation et la génération de rapports en ligne sont disponibles à l'achat auprès du développeur	La saisie de données, la notation et la génération de rapports en ligne sont disponibles - sans frais pour le moment
Inscription de la main-d'œuvre (Compétences/ Disciplines aptes à administrer)	Administré par un paraprofessionnel une fois formé Modèle de formation du formateur Recyclage annuel recommandé	Administré par un paraprofessionnel une fois formé	Administré par un paraprofessionnel une fois formé (certificat ou diplôme dans un domaine connexe)

QUANTITÉ IRC : RÉSULTATS POSITIFS POUR L'ENFANT/LE JEUNE/LA FAMILLE

CONCEPT CLÉ	CANS MH	SUITE GAIN	INTERRAI
<p>Groupes d'âge recommandés</p> <p>(0-18)</p> <p>(0-6 sensibilité?)</p> <p>(18+ sensibilité)</p>	<p>Tranche d'âge complète jusqu'à 18 ans</p> <p>Outil de durée de vie - ajouter des catégories pour des âges ou des problèmes spécifiques</p> <p>Très sensible pour construire un récit, pour construire le plan</p> <p>Bonne validité</p>	<p>12 ans et plus pour la suite complète d'outils - Le dépisteur (GAIN SS) peut être utilisé pour les 10 ans et plus</p>	<p>Tranche d'âge complète jusqu'à 18 ans</p> <p>Semi - L'outil d'entrevue structuré peut être utilisé en dehors de la fourchette - préscolaire, âge scolaire et adulte - convient le mieux aux enfants d'âge scolaire.</p>
<p>Fonctionnalité complète</p> <p>(dépistage, évaluation, mesure des résultats, recensement du risque)</p>	<p>Éléments validés individuellement - permet de personnaliser</p> <p>Bonne validation et fiabilité</p> <p>Risque non identifié - Points forts - les problèmes peuvent être évalués</p>	<p>La première étape, l'évaluation globale des besoins individuels - évaluation abrégée (GAIN-SS), identifie rapidement les éventuels problèmes de santé mentale et de consommation de substances nécessitant un examen plus approfondi.</p> <p>Si les réponses au GAIN-SS soulèvent des préoccupations concernant des problèmes potentiels de santé mentale, les agents de contrôle de la deuxième étape permettent de recueillir davantage d'informations. Le dépisteur est l'instrument de dépistage orienté par problème pour adolescents (POSIT) pour les 17 ans et moins.</p> <p>L'évaluation globale des besoins individuels Quick3 Entrevue motivationnelle Ontario (GAIN Q3 MI ONT) est une évaluation complète qui permet au client de partager ses conditions de vie dans un large éventail de domaines, en mettant un accent particulier sur la consommation de substances. Cette évaluation et les rapports cliniques générés automatiquement fournissent une base solide pour la planification du traitement et les décisions d'orientation.</p> <p>L'évaluation est un outil d'entretien semi-structuré.</p>	<p>L'intention derrière le dépisteur est l'identification des risques et la planification immédiate des services pour une planification à long terme</p> <p>Un dépisteur de crise est actuellement à l'essai dans la zone de services de Chatham-Kent</p> <p>Avoir la possibilité de répondre aux besoins avec les informations recueillies – d'ajouter les seuils limites aux échelles – pour fournir systématiquement des seuils de résultats et de suivre les étapes de bien-être - ce travail est presque terminé - il ne reste plus qu'à attendre les approbations d'experts internationaux</p> <p>Algorithme pour le risque, urgence du service</p> <p>Cadre pour favoriser la cohérence dans la prise de décision - le partenariat avec ICIS aide à soutenir ce développement jusqu'à l'achèvement des normes de service et des directives de soutien à l'outil.</p>
<p>Populations marginalisées</p> <p>(Autochtones, nouveaux arrivants, etc.)</p>	<p>Relayer le récit de l'individu de façon très sensible à la culture - une adaptation autochtone</p>		

CONCEPT CLÉ

Évaluation des vulnérabilités

(déterminants sociaux de la santé, bien-être de l'enfant, justice, toxicomanies)

CANS MH

Quatre niveaux de chaque élément avec des définitions ancrées - les définitions sont conçues pour être traduites en niveaux d'action

Pour les besoins : a. aucune preuve; b. attente vigilante/prévention; c. action; d. action immédiate/intensive

Pour les points forts : 1. La force de la pièce maîtresse; 2. les atouts que vous pouvez utiliser dans la planification; 3. Force identifiée - doit être construite; 4. Aucune force identifiée

Sous-échelles :

- présentation du problème
- comportement à risque
- fonctionnement
- sécurité des enfants
- besoins et forces des soignants
- forces
- Il ne s'agit pas d'un outil de diagnostic
- Direction davantage de la narration individuelle

SUITE GAIN

Le GAIN SS comporte 20 éléments (quatre sous-échelles à cinq éléments).

Identifie :

- troubles d'intériorisation
- troubles d'extériorisation
- troubles liés à la consommation de substances
- crime/violence

Rapports pour GAIN SS

Rapport complet GAIN-SS
Rapport de synthèse GAIN-SS
Rapport global

Le GAIN-Q3 est une brève analyse utilisée pour identifier et traiter un large éventail de problèmes dans les populations cliniques et générales. Il est conçu pour être utilisé par le personnel de divers contextes (programmes d'aide aux étudiants, centres de santé, justice pour mineurs, par exemple).

Domaines

- Problèmes et utilisation du service
- Consommation de substances
- Santé mentale (problèmes -d'intériorisation et d'extériorisation)
- Crime et violence
- Stress
- Santé physique
- École et travail
- Qualité de vie

Rapports pour le troisième trimestre

- Profil clinique individuel T3 (Q3ICP)
- Q3 résumé des recommandations et des renvois (Q3RRS)
- Rapport de rétroaction personnalisé (Q3PFR)
- Rapport de validité (Q3VR)

INTERRAI

Domaines : En fonction des déterminants sociaux de la santé

- Informations d'identification
- Admission et historique initiale
- Indicateurs d'état mental
- Consommation de substances ou comportements excessifs
- Préjudice à soi-même et aux autres
- Forces et résilience
- Cognition et fonctionnement exécutif
- Autonomie dans les activités quotidiennes
- Communication et vision
- Troubles de santé
- Relations familiales et sociales
- Stress et traumatisme
- Médicaments
- Prévention, utilisation des services, traitements
- État alimentaire
- Éducation
- Évaluation environnementale
- Diagnostic et autres informations sur la santé
- Fin du service
- Congé

Langues disponibles

(français, autre)

Disponible en anglais et en français (utilisé à l'échelle internationale – plusieurs langues)

Disponible en anglais et en français

Disponible en anglais et en français

ABORDABILITÉ IRC : COÛT UNITAIRE (P13A : RENTABILITÉ DE L'INVESTISSEMENT)

CONCEPT CLÉ	CANS MH	SUITE GAIN	INTERRAI
Consolidation (Licence et ressourcement)	Gratuit dans le domaine public (ne nécessite pas la permission de l'auteur).	Des droits de licence d'environ 100 \$ US sont facturés pour une utilisation illimitée sur cinq ans. Une licence peut couvrir plusieurs organismes et utilisateurs finaux.	Licences libres de redevances disponibles. Coût des solutions logicielles manuelles et des fournisseurs - il faut une solution électronique pour fonctionner pleinement. Travailler avec ICIS pour définir les normes pour les fournisseurs Pour le moment, semble différent dans différents systèmes Manquant - résultats cliniques – spécifications à fournir aux organismes pour intégration

CONCEPT CLÉ | CANS MH

Optimisation de la main-d'œuvre

(formation et supervision)

Un minimum d'un baccalauréat avec une formation ou une expérience de la santé mentale. Une formation est nécessaire pour administrer le CANS.

Durée de la formation - journée complète - recyclage annuel

SUITE GAIN

Aucune qualification spéciale requise pour administrer

FORMATION GAIN-SS – LA FORMATION EST FOURNIE DANS UN COURS AUTONOME EN LIGNE. LE COURS EST DISPONIBLE 24/7 ET IL N'Y A PAS DE TEMPS FIXÉ POUR LA PRÉSENCE. Le cours couvre l'administration, la notation et l'interprétation, ainsi que le temps nécessaire à son exécution, et prend environ 60 minutes. IL PEUT ÊTRE ACHETÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISME AVEC UN NOMBRE ILLIMITÉ DE PERSONNES CHEZ VOTRE ORGANISME OU SOUS UNE SÉANCE DE FORMATION PAR PERSONNE.

FORMATION GAIN-Q3

Cours en ligne La formation est fournie via l'apprentissage en ligne. Les stagiaires compléteront les cours en ligne et les questionnaires à leur propre rythme pendant une période spécifiée de deux semaines. Ce cours dure environ sept heures et ne doit pas nécessairement être terminé en une seule séance.

Agrément de l'administration Une fois que le stagiaire a terminé le cours, il soumet ensuite les entretiens enregistrés au CSG. Nous examinerons l'entretien, fournirons des commentaires écrits et indiquerons les prochaines étapes vers l'agrément. Ce processus dure jusqu'à trois mois jusqu'à ce que l'intervieweur démontre sa capacité à maintenir ou à ajouter à la validité des informations recueillies lors d'une entrevue avec un client réel. En moyenne, il faut trois à cinq soumissions pour obtenir l'agrément. Nous recommandons aux candidats qui poursuivent ce niveau d'agrément d'être ceux qui mèneront souvent des entrevues GAIN dans leur organisme ou qui continueront à obtenir l'agrément de formateur local.

Agrément de formateur local Une fois que l'administration a obtenu l'agrément, le stagiaire peut poursuivre la formation pour obtenir l'agrément de formateur local. Il s'agit d'un processus supplémentaire de trois mois qui offre une formation pour apprendre à rédiger des commentaires formels et pour déterminer le degré de préparation à l'agrément d'autres utilisateurs GAIN au sein de leur organisme. Cela peut prendre beaucoup de temps (entre 45 et 50 heures), il est donc recommandé que seuls les candidats qui formeront activement d'autres utilisateurs de GAIN poursuivent ce niveau. Une fois qu'une personne est agréée en tant que formateur local GAIN, elle est autorisée à former et à recommander du personnel de son organisme pour l'agrément d'enquêteur de site GAIN.

INTERRAI

Les évaluateurs doivent posséder un diplôme universitaire en santé mentale et une expérience de deux ans dans le domaine, ainsi qu'une formation interRAI standardisée.

Durée de la formation – formation initiale d'environ 1 jour – pour soutenir la pratique, une supervision continue et des recyclages de formation sur une base annuelle sont recommandés – ainsi que des tests de compétence

Le modèle de formation des formateurs est disponible pour aider les organismes à maintenir la pratique

Le secteur est libre de déterminer les normes de formation et de durabilité du secteur

CONCEPT CLÉ | CANS MH**Optimisation du processus**

(heures de service directes et indirectes)

Heures de service direct :

- Non complété en une session 2 à 3 heures en fonction des besoins identifiés lors de l'admission

Heures de service indirect

La notation est faite manuellement. Chaque élément de la mesure est traduit en un niveau de spécification par les ancrés d'échelle de Likert. Les éléments sont basés sur les 30 derniers jours avant l'administration.

SUITE GAIN

Heures de service direct

Heures de service indirect

- La notation peut être effectuée manuellement ou à l'aide d'une application Web (pour achat auprès du Lighthouse Institute).

INTERRAI

Heures de service direct

- Dépisteur – 20 à 40 minutes

- CHYME - 60 minutes en moyenne (courbe d'apprentissage)

Heures de service indirect

- La notation peut être complétée à l'aide d'un logiciel Web. Les notes à l'échelle utilisent des algorithmes basés sur des voies de risque différentielles pour dériver des mesures d'état ou de fonctionnement plutôt que de calculer des notes globales à travers une simple sommation des cotes d'éléments individuels. Certains éléments de la ChYMH servent de « déclencheurs » à l'activation de plans d'action concertés (PAC) spécifiques pour aider à la planification de soins individualisée et fondée sur des données probantes.

Efficiences d'arrière bureau

(base de données/ analyse/ rapports)

- Aucune base de données connectée ni aucun logiciel d'évaluation : les organismes individuels ont créé leur propre capacité
- Le CE Web ne joue pas actuellement le rôle d'ICIS ou de CPRI - il suffit pour l'instant de la capacité organisationnelle individuelle à tirer de l'outil Web.
- Ne pas suggérer de séparer les indicateurs pour des données comparables d'un organisme à l'autre en dehors de la démographie

Limité aux bases de données

Notation logicielle disponible

Partenariat avec ICIS

Base de données en place

Notation logicielle disponible

ACCEPTABILITÉ

Consultation auprès de PCMH

- Veulent un outil normalisé, basé sur des données probantes qui identifie les besoins des enfants, des jeunes et des familles
- Veulent une pratique cohérente à travers la province qui engage les familles et démontre une valeur ajoutée en termes de soutien du bon service au bon moment
- Veulent permettre aux fournisseurs d'être en confiance pour faciliter le partage des renseignements d'évaluation - évitant le dédoublement des processus
- Veulent que les fournisseurs réfléchissent au nombre d'évaluations effectuées et à l'impact sur les familles - quelle est la valeur ajoutée? Comment expliquer la valeur ajoutée ou engager les familles?

Conseils du CE

- Voir la valeur dans une mesure normalisée/fondée sur des données probantes
- Veut un outil et un processus cohérents dans toute la province qui pourraient être partagés d'une zone de services à l'autre
- Veut aider le secteur à mettre au point un processus/une pratique pour s'assurer qu'il fonctionne pour les jeunes

RÉFÉRENCES CONTEXTUELLES

- I. Lettre du Consortium des organismes responsable au MSEJ (mandat d'établissement d'un outil commun d'évaluation)
- II. Hunsley, J. et Eric Mash. **The Role of Assessment in Evidence Based Practice**. In **Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders**, 2^e éd., pp.3-22, 2010. New York, N.Y. : Guilford Press.
- III. Pranckeviciene, A. et A. Bunevicius. Evidence based assessment: Do we have it? Do we need it?, vol.17, pp.13-18, 2015. Kaunas, Lithuanie, Lithuanian University of Health Sciences, Neuroscience Institute, Laboratory of Clinical Research.
- IV. Jensen-Doss, A. et K. Hawley. « Understanding barriers to evidence-based assessment: Clinician attitudes toward standardized assessment tools », *Journal Clinical Child Adolescent Psychology*, vol. 39, pp. 885-896, 2010.
- V. Shlonsky, A. et L. Lambert. (2007). *The Perceived Utility of Child Maltreatment Risk Assessment and Clinical Assessment Tools*. Université de Toronto (Ontario) : Bell Canada Child Welfare Centre
- VI. Valenstein, M., et coll. *Implementing Standardized Assessments in Clinical Care: Now's the Time*, vol. 60, pp.1372-1375, 2009. Ps.psychiatryonline.org.
- VII. Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents, Ottawa : Résumé des outils permettant d'évaluer les besoins en santé mentale des enfants et des jeunes. Mis à jour en août 2018.
- VIII. Bureau des services à la jeunesse, Ottawa : Groupe de travail sur le dépistage et l'évaluation - Résumé des activités et des recommandations. Avril 2016
- IX. East Metro Youth Services, Toronto : Comparaison des outils d'évaluation clinique : Sélection d'une liste courte d'outils candidats. Décembre 2015
- X. Questionnaire de l'informant clé
- XI. Évaluation SOAR

DOCUMENTS À L'APPUI : ACCÈS

ÉTAT ACTUEL : DISPONIBILITÉ, ABORDABILITÉ ET ACCEPTABILITÉ

Disponibilité : Les **délais d'attente** sont une mesure fréquemment utilisée pour évaluer le niveau d'accès au système de santé mentale des enfants et des jeunes. Les temps d'attente peuvent être définis de manière générale comme la durée entre le moment où un service est demandé et le moment où on le reçoit²³. Définis dans le dictionnaire de données sur la santé mentale des enfants et des adolescents comme le nombre de jours entre le premier contact et le début du service, les temps d'attente peuvent être influencés par un certain nombre de facteurs, notamment la capacité du système, le nombre de patients et le nombre d'urgences ou de cas urgents²⁴. Le rapport du vérificateur général (2016) met en évidence des temps d'attente importants pour certains services, le manque de mises à jour pour les familles en attente, ainsi que des processus incohérents de priorisation. Plus de jeunes que de personnes plus âgées se présentent à l'urgence sans contact préalable pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie (42,7 % pour les 16 à 24 ans contre 29,8 % pour les 25 ans et plus). Rapport Faire le point 2015 de QSSO

- Le bulletin 2016 du SMEO a montré qu'entre 2006-2007 et 2015-2016, parmi les enfants et les jeunes (de 5 à 24 ans) :
- Les visites à l'urgence pour troubles mentaux ont augmenté de 63 % en Ontario
- Les hospitalisations pour troubles mentaux ont augmenté de 67 % en Ontario
- Les hospitalisations pour toutes les autres conditions ont diminué de 18 % dans l'ensemble du Canada.

Les listes d'attente pour traitement dans la communauté continuent de s'allonger - plus de 6 500 enfants et jeunes attendent plus d'un an pour leurs traitements. Il existe une grande diversité géographique dans les besoins en santé mentale, ainsi que dans la manière dont les enfants et les jeunes ont accès aux soins de santé mentale dispensés par des médecins et des hôpitaux et à la qualité des soins qu'ils reçoivent. Par exemple, parmi les réseaux locaux d'intégration des services de santé, le RLSS du Nord-Ouest affichait les taux les plus élevés de syndrome d'abstinence néonatale (48,1 pour 1 000 naissances vivantes par rapport au taux provincial de 5,5), de visites à l'urgence pour automutilation (92,8 pour 10 000 habitants comparativement à 30,0 au niveau provincial) et du nombre de décès par suicide (33,0 pour 100 000 habitants comparativement à 5,9 pour l'Ontario).

CONSIDÉRATIONS IMPORTANTES SUR LA DISPONIBILITÉ :

Les services disponibles font partie d'une approche de prestation de services intégrée (qui reflète une approche LEAN). Les services disponibles devraient aussi pouvoir démontrer les besoins auxquels ils répondent (fondé sur des données probantes).

-
- Les modèles de prestation de services dans la province devraient être proposés de manière cohérente tout en répondant aux besoins spécifiques des communautés locales.

- Les problèmes de disponibilité doivent tenir compte des problèmes uniques de chaque zone, notamment la géographie du Nord.
- Dans de nombreuses communautés, des coûts spécifiques liés aux déplacements (à la fois en distance et en temps) sont directement liés à l'accès et à la disponibilité, associés au manque d'accès au transport. Il y a moins de disponibilité d'une gamme de services et, en particulier, souvent moins d'accès à des services plus spécialisés, y compris des services intensifs près de la maison.

Abordabilité : L'abordabilité doit prendre en compte le coût TOTAL de la rencontre (pas seulement le coût du service que le gouvernement paie par le biais d'un financement aux agences, OU par le biais d'un programme d'avantages fourni par l'employeur pour le faible pourcentage de la population qui en a un). Le coût de la consultation totale inclut la prise en compte du temps passé par le client ou consommateur pour accéder au service, le temps de déplacement et le temps d'absence du travail (par transport en commun ou par véhicule personnel), ainsi que le temps de déplacement du personnel lorsqu'il fournit des services de sensibilisation à l'extérieur ou lors de visites à domicile. Un modèle de traitement efficace pour la santé mentale doit prendre en compte le coût des médicaments (désormais couvert par le programme gouvernemental de pharmacie). Tout modèle d'abordabilité doit considérer le temps de déplacement comme l'un des coûts du système.

Même s'il n'est pas mesuré dans le secteur à l'heure actuelle, le dictionnaire de données CMYH comprend un emplacement réservé pour un indicateur de rendement futur appelé Valeur pour investissement. Le mode de calcul de cette valeur n'a toutefois pas encore été déterminé.

Comparés aux enfants et aux jeunes des quartiers les plus riches, ceux des quartiers les plus pauvres enregistrent des taux plus élevés de visites non prévues à l'urgence dans les 30 jours suivant une visite initiale pour un problème de santé mentale ou de toxicomanie (respectivement, 9,0 et 10,0 visites pour 100 enfants et jeunes s'étant rendus à l'urgence initialement) et affichaient des taux de réadmission plus élevés dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital (8,8 et 9,7 réadmissions pour 100 enfants et adolescents hospitalisés). ICES 2017

CONSIDÉRATIONS IMPORTANTES EN MATIÈRE D'ABORDABILITÉ

Il existe un besoin de remédier au manque de capacité clinique dans la main-d'œuvre avec un taux de roulement élevé du personnel. Il existe un problème d'égalisation des taux de rémunération entre les travailleurs de santé mentale communautaires et ceux travaillant dans les hôpitaux et les services de protection de l'enfance. Le taux élevé de roulement a un impact sur les familles dans l'établissement de relations de confiance permanentes avec leurs fournisseurs de traitement

L'utilisation accrue de la santé numérique – cela pourrait-il résoudre le problème de l'abordabilité? L'expansion de la télépsychiatrie et d'autres modèles innovants dans des communautés plus rurales et éloignées constitueront une étape importante dans l'amélioration de l'accès aux soins. ICES 2017

Acceptabilité : Parmi les enfants et les jeunes qui se sont présentés à l'urgence pour des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, 51,7 % des réfugiés, 48,9 % des immigrants et 42,1 % des non-immigrants n'avaient jamais reçu de soins médicaux pour leur maladie. Cependant, le suivi auprès d'un médecin dans les sept jours suivant la mise en congé pour une hospitalisation liée à la santé mentale et à la toxicomanie était légèrement plus élevé chez les réfugiés (35,2 %) et les immigrants (36,8 %) que chez les non-immigrants (32,4 %). Ces résultats suggèrent que les immigrants et les réfugiés peuvent être plus susceptibles que les non-immigrants de faire face à des obstacles pour accéder aux soins ambulatoires, mais une fois connectés aux soins, ils ont de meilleurs résultats en matière d'accessibilité et de qualité des soins²⁵.

De nombreuses études confirment que l'un des résultats cumulatifs des inégalités sociales, de la discrimination raciale systémique, du sexisme, de la pauvreté et de la marginalisation des peuples autochtones et des membres de groupes racialisés (y compris les immigrants et les réfugiés) est l'impact négatif sur les perspectives de santé mentale des membres de ces communautés, y compris l'impact multidimensionnel des intersections de la pauvreté, de la race, du sexe et de l'orientation sexuelle (Across Boundaries, 1997; Surgeon General's Report, 1999; Report of the Canadian Task Force, 1988; Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, 1999, Krieger, 1991). . . . Bien que les groupes racialisés et les membres des communautés autochtones aient des problèmes de santé mentale extrêmement graves et méritent une attention particulière, peu de services psychiatriques offrent des services de recherche, de soutien clinique, de programmes, de changements organisationnels, de promotion de la santé ou de collaboration communautaire spécifiques, qui témoignent d'un niveau de compétence, de compréhension ou de prise de conscience culturelles systémique. Des conférences récentes sur la santé mentale et les communautés racialisées (Kafele, 2003; Hong Fook, 2000), ainsi qu'une importante étude menée au sein de la communauté (Building Bridges, Breaking Barriers, 2003) exposent en détail les préoccupations relatives au manque d'accès, à un accès inadéquat sur le plan culturel et aux services et un faible engagement envers un changement organisationnel significatif dans le secteur :

- 33 % des jeunes LGB ont tenté de se suicider, contre 7 % des jeunes en général (Saewyc, 2007).
- Plus de la moitié des étudiants LGB (47 % des garçons GB et 73 % des filles LB) ont pensé au suicide (Eisenberg et Resnick, 2006).
- En 2010, 47 % des jeunes transsexuels de l'Ontario avaient pensé au suicide et 19 % avaient tenté de se suicider l'année précédente (Scanlon, Travers, Coleman, Bauer et Boyce, 2010).
- Les jeunes LGBTQ sont quatre fois plus susceptibles de se suicider que leurs homologues hétérosexuels (Massachusetts Department of Education, 2009).
- Les adolescents qui ont été rejetés par leur famille parce qu'ils sont LGB sont huit fois plus susceptibles de se suicider que leurs pairs hétérosexuels (Ryan, Huebner, Diaz et Sanchez, 2009).

CONSIDÉRATIONS IMPORTANTES EN MATIÈRE D'ACCEPTABILITÉ

La correspondance entre le clinicien et le client est essentielle. Par exemple, il est inapproprié pour une femme musulmane de ne pouvoir avoir accès qu'à un médecin.

L'acceptabilité doit répondre aux besoins culturels et linguistiques du client.

Bien que la mise en œuvre de l'OPSO fournisse une évaluation normalisée des perceptions des soins pour tous ceux qui reçoivent des services, cela n'atteint pas les personnes qui n'ont pas eu accès aux services parce qu'ils ne les ont pas trouvées acceptables. Nous ne comprenons pas entièrement pourquoi certaines personnes n'ont pas accès aux services.

La conception et la planification des services pour répondre au problème de l'acceptabilité revêtent une importance cruciale pour l'engagement des jeunes et de leur famille.

Il est nécessaire de concilier les besoins uniques des populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis et leurs expériences de la santé mentale et de la réception de services. Il y a eu un réel manque de ressources pour cette population.

Il est essentiel que les liens avec les services de soins primaires, les hôpitaux, les universités et les collègues soient solides, là où les jeunes ont accès aux services.

AXES STRATÉGIQUES ET PRATIQUES PROMETTEUSES POUR AMÉLIORER L'ACCÈS : UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE

CYBERSANTÉ

CYBERSANTÉ (CS)

Définition/lien à la disponibilité

- « terme large désignant la fourniture de soins de santé mentale à distance » (Myers et coll., 2017, p. 91)
- L'amélioration de l'accès et de la disponibilité des services de santé mentale pour les enfants et les jeunes est souvent la raison de la mise en œuvre de programmes de télémédecine (Myers et coll., 2017).
- « TMH rend les soins accessibles dans les zones où les ressources en santé mentale sont limitées, voire inexistantes, en particulier les psychiatres » (Bashshur, Shannon, Bashshur et Yellowlees, 2015)
- « permet d'établir un lien avec des patients ayant des besoins uniques, notamment les jeunes, les populations minoritaires et les personnes âgées » (Bashshur et coll., 2015)

Données probantes générales

- La base de preuves est de plus en plus spécifique aux jeunes (Myers et coll., 2017)
- Comme la technologie est généralement mieux connue (p. ex., les téléphones mobiles, les logiciels de vidéoconférence), cela améliore l'utilisation de la technologie pour des applications cliniques (Myers et coll., 2017).
- TMH a été utilisé dans l'évaluation de la santé mentale, le traitement, l'éducation des patients, la surveillance et la collaboration entre professionnels (Bashshur et coll., 2015)
- Un examen approfondi récent de Telemental Health (TMH) tout au long de la vie a montré des preuves solides et cohérentes de sa faisabilité et de son acceptabilité par les fournisseurs et les clients (Bashshur, et coll., 2015)
- La recherche sur Telemental Health doit être élargie en mettant davantage l'accent sur les populations rurales et diverses, utiliser une méthodologie améliorée (groupes de contrôle recevant d'autres traitements), inclure les effets du thérapeute et les variables de processus et évaluer différents modèles de traitement (accent mis sur la TCC ou l'entretien de motivation dans la littérature jeunesse actuelle) (Sloane, Reese et McClellan, 2012).
- « Le Sénat canadien et l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ont approuvé la télépsychiatrie à des fins de consultation, d'éducation et de formation. Cependant, les recherches sur la télépsychiatrie chez les enfants et les adolescents sont limitées et consistent principalement en des rapports de cas et des descriptions de projets. » (Roberts, Hu, Axas et Repetti, 2017, p. 842)
- Une étude réalisée en Ontario a révélé que les patients et les médecins de salle d'urgence étaient très satisfaits des consultations d'urgence par télépsychiatrie, sans différence significative constatée quant aux résultats des patients lors des rendez-vous individuels ou par télépsychiatrie (mais avec un petit échantillon, à interpréter avec prudence) (Roberts et coll., 2017)

Forces

- Peut être utilisé pour combler le fossé entre l'offre et la demande, dans les communautés rurales et autres communautés mal desservies (Myers et coll., 2017)
- Bon ajustement avec les jeunes étant donné leur propension à utiliser la technologie et leur utilisation fréquente (Myers et coll., 2017)
- Le point de livraison des services TMH peut varier. Peut être livré dans des cliniques de soins primaires, des centres de santé mentale communautaires, des cabinets de médecin, des cliniques externes, des écoles, des établissements correctionnels, des foyers de groupe, des garderies, etc. (Myers et coll., 2017). C'est un atout et une possibilité de collaboration entre différents contextes (par exemple, lorsqu'il est organisé dans une école, il peut inclure le personnel de l'école dans la planification du traitement)
- Peut aussi être utilisé par des spécialistes pour consulter un thérapeute dans des communautés éloignées (Myers et coll., 2017)
- La TMH offre des possibilités de collaboration avec les pédiatres pour les aider à améliorer leurs compétences en matière de diagnostic et de gestion des problèmes de santé mentale courants chez les jeunes (Myers et coll., 2017)
- Un document de politique existe décrivant les lignes directrices pour la pratique de TMH avec les jeunes (américains) - (Myers et coll., 2017)
- Réduction des coûts grâce à la possibilité de réduire les déplacements - si la charge de travail dépasse un certain nombre de clients (études pour adultes) (Bashshur et coll., 2016)

Faiblesses

- Peu de recherches sur son utilisation chez les enfants; les leçons sont donc souvent tirées des populations adultes (Myers et coll., 2017) - il ne s'agit que de preuves préliminaires de l'efficacité de la vidéoconférence avec les jeunes, la plupart des études étant descriptives. Des preuves à l'appui de la télé-médecine chez les enfants et les jeunes ont cependant été trouvées.
- La majorité des études (adultes/jeunes) se concentrent sur la dépression et l'anxiété – un besoin d'aller au-delà (Bashshur et coll., 2016)

SERVICES WEB ET PAR APPLICATION

Définition/lien à la disponibilité

- Utiliser des applications informatiques ou de téléphonie mobile pour augmenter l'accès aux services
- Il existe différents types de ces services - ils varient selon les dimensions de :
 - Interface (CD-ROM, Web, téléphone intelligent)
 - Participation du thérapeute (pas de contribution, soutenue par le clinicien) – il n'y a pas de consensus sur le degré de soutien requis pour qu'un programme soit efficace (littérature pour adultes)
 - Utiliser pour le traitement au lieu de la prévention
 - Modes et supports : principalement des textes ou des supports multimédias livrés sur un ordinateur autonome ou en ligne avec fonctionnalité interactive, pourraient à l'avenir s'étendre à la réalité virtuelle (Stasiak, Fleming, Luccassen, Shepherd, Whittaker et Merry 2016).
- Intérêt accru ces dernières années, l'attention étant portée aux modèles de traitement de rechange visant à surmonter les obstacles tels que l'accès des enfants, des jeunes et des adultes (Donavon, Spence et March, 2017; Reyes-Portillo, Mufson, Greenhill, Gould, Fisher, Tarlow et Rynn, 2014; Stasiak et coll., 2016)

Données probantes générales

- Les preuves sont limitées, particulièrement en ce qui concerne les enfants et les jeunes (Arnbet, Linton, Hultcrantz, Heintz et Jonsson, 2014; Reyes-Portillo et coll., 2014).
- Une étude approfondie publiée par le Centre de collaboration nationale de la santé mentale (2014) a révélé que les données étaient insuffisantes pour appuyer la recommandation de produits individuels. Toutefois, lorsque les données sont combinées, elles sont plus robustes et démontrent ce qu'ils appellent la preuve de concept ou « preuve de principe » des services Web
- Les programmes ayant prouvé leur efficacité ont été basés sur la TCC (Stasiak et coll., 2017).

Forces

- L'utilisation d'un traitement basé sur le Web et sur le mobile peut potentiellement améliorer l'accès aux soins (Stasiak et coll., 2016; Donavon et coll., 2017) et réduire le nombre de séances en personne (Gipson et coll., 2017).
- Ces modalités sont flexibles, peuvent atteindre de plus grandes proportions de la population, offrent un sentiment d'anonymat et peuvent être rentables (Donavon et coll., 2017).
- Une étude récente portant sur les résultats à long terme de la TCC sur le Web chez les enfants souffrant de troubles anxieux a révélé que le traitement avait progressé pendant 12 mois, mais que l'étude était limitée sur le plan méthodologique (petit échantillon, données manquantes) et que des conclusions devaient être tirées avec grande circonspection (Vigerland, Serlachius, Thulin, Andersson, Larsson et Ljotsson, 2017)
- L'examen du Centre de collaboration nationale de la santé mentale (2014) a révélé que, lors de discussions de groupe, les jeunes souhaitent que les thérapies électroniques fassent partie de l'aide qui leur est proposée, mais ne remplacent pas les thérapies en face à face.

Faiblesses

- Une grande partie de la recherche effectuée dans ce domaine souffre d'une méthodologie médiocre ou de la petite taille des échantillons (sur le Web et sur mobile) (Centre de collaboration nationale de la santé mentale, 2014) et ne permet pas de tirer des conclusions sur les effets à long terme, la non-infériorité aux traitements éprouvés, les effets indésirables, le rapport coût/efficacité ou efficacité chez les enfants et les adolescents (Arnbet et coll., 2014)
- « Les publications à volume élevé, mais de qualité médiocre entraînent un rapport bruit/signal élevé ». Il ressort clairement de leur examen que de nombreuses études étaient de qualité médiocre et très médiocre (Centre de collaboration nationale de la santé mentale, 2014).
- Il existe certains obstacles à la mise en œuvre tels que la sécurité des données et la confidentialité. Ceux qui développent des applications doivent être transparents sur ce qui est recueilli exactement; il y a des préoccupations concernant les données sauvegardées sur les appareils mobiles en cas de vol de l'appareil (Gipson et coll., 2017)
- Peu d'indications sur l'utilisation d'appareils mobiles d'associations professionnelles ou du système juridique (Gipson et coll., 2017).

OPTIMISATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

TRANSFERT DES TÂCHES

Définition/lien à la disponibilité

- « Le transfert des tâches est une méthode de renforcement et d'extension du personnel de santé en redistribuant les tâches de prestation de services à un large éventail de personnes moins formées et moins qualifiées que les travailleurs de santé traditionnels » (Kazdin et Rabbitt, 2013, p.173).
- « Le transfert des tâches implique le transfert de tâches, généralement d'individus plus ou moins bien formés pour utiliser efficacement ces ressources, ce qui permet à tous les fournisseurs de travailler au sommet de leur champ de pratique » (Hoeft, Fortney, Patel et Ünützer, 2017). p.49)

Données probantes générales

- Bien que ce modèle soit utilisé dans les pays en développement et les pays développés, il semble que la plupart des recherches sont effectuées dans le contexte de la santé ou s'il est lié à la santé mentale, principalement dans les pays en développement et en mettant l'accent sur les adultes (Kazdin et Rabbitt, 2013). Ce qui est connu dans les pays à revenu moyen et faible peut ne pas s'appliquer dans les pays à revenu élevé en raison des différences d'infrastructure (Hoeft et coll., 2018).
- Dans une étude portant sur les perceptions de la formation des travailleurs de santé mentale communautaires au Ghana, il a été constaté que la formation de base qu'ils recevaient était adéquate pour le rôle qu'ils étaient censés jouer, mais pas pour leur rôle réel (par exemple, la prescription de médicaments). Ils ne reçoivent pas suffisamment de supervision. Cela soulève des soupçons sur la qualité des soins qu'ils peuvent fournir (Agyapong, Osei, Mcloughlin et McAuliffe, 2015). Le transfert des tâches peut brouiller les lignes de compétences cliniques et les changements de tâches devraient être clairement définis et toujours dans le champ d'activité de l'individu.
- Le partage des tâches peut être un terme plus précis, car il décrit que les soins doivent être partagés au sein d'une équipe de fournisseurs (Hoeft et coll., 2018). Il s'agit peut-être davantage d'un modèle de soins en collaboration, ou d'un modèle de télépsychiatrie (Hoeft et coll., 2018), comme indiqué ci-dessous.

Forces

- Des études ont montré que les conseillers non professionnels peuvent fournir un traitement efficace de la santé mentale pour certains troubles de la santé mentale (Kazdin et Rabbitt, 2013; Matsuzaka et coll., 2017).

Faiblesses

- Davantage de difficultés de mise en œuvre dans les pays développés où les règles sont définies par le gouvernement et les organismes professionnels doivent s'y conformer (Kazdin et Rabbitt, 2013).
- Nouveau domaine offrant de nombreuses orientations pour les recherches futures, notamment que le nouveau modèle de soins est sûr, efficace et évolutif (Hoeft et coll., 2018).

DIVERS

PRESTATION DE SOINS DANS DES CONTEXTES NON TRADITIONNELS

Définition/lien à la disponibilité

- Étendre les soins au-delà des lieux traditionnels de service (p. ex., des cliniques) et dans des contextes de tous les jours où les gens passent leur temps (par exemple, les écoles, les lieux de travail, les demeures, les voisinages, les églises, les salons de coiffure) (Kazdin et Rabbitt, 2013).

- Peut offrir des possibilités de répondre aux besoins de personnes autrement non desservies (Kazdin et Rabbitt, 2013)

Données probantes générales

- La plupart des recherches ont été menées dans le domaine de la santé (p. ex., programme d'éducation sur les accidents vasculaires cérébraux dans des salons de beauté où les stylistes ont été formés pour parler à leurs clients des risques et des signes d'accidents vasculaires cérébraux.)
- Une étude a suggéré de situer des infirmières dans des communautés rurales dans des lieux facilement accessibles pour les jeunes, y compris les postes de police, les écoles et les organismes communautaires, afin de promouvoir l'engagement précoce des jeunes ruraux dans des soins de santé mentale appropriés et des entretiens sur l'obtention d'une aide pour les jeunes au sein d'une communauté rurale (Wilson et Usher, 2015). D'autres ont également recommandé cette approche, mais les infirmières psychiatriques, en particulier, car elles sont plus susceptibles de vivre en zone rurale que les psychiatres, pourraient potentiellement améliorer l'accès à des soins de santé mentale de qualité dans ces régions (Kolko et coll., 2010).
- Des études ont montré que les programmes en milieu scolaire avec des professionnels conviviaux pour les jeunes améliorent considérablement l'accès des enfants ou des jeunes aux soins et intègrent plusieurs partenaires communautaires pour collaborer sur des traitements (Clayton, Chin, Blackburn et Echeverria, 2010; Soleimanpour, Geierstanger et Kaller, 2010)

Forces

- L'utilisation de l'école comme lieu de rechange pour la prévention est déjà courante (Kazdin et Rabbitt, 2013)

Faiblesses

- Peu de recherches en dehors de la santé pour d'autres lieux uniques.

SERVICES APRÈS LES HEURES DE BUREAU

Définition/lien à la disponibilité

- Services fournis en dehors des heures normales
- Ceci est souvent mentionné comme une stratégie pour rendre les services plus conviviaux pour les jeunes et la famille, en améliorant la capacité d'assister aux rendez-vous et de développer des relations thérapeutiques (Cox, 2017).

Données probantes générales

- Il existe peu de littérature sur la santé mentale des enfants et des jeunes (Cox, 2017) (vérifié par le Centre de recherche)
- Nous sommes tombés sur une étude où les intervenants ont jugé qu'un service prolongé était efficace, mais trop d'ambiguïté quant à l'objectif du service, ce qui a rendu difficile la tâche de tirer des conclusions. Les auteurs ont recommandé à quiconque souhaitant mettre en place un service après les heures normales d'effectuer une analyse complète des besoins, comprenant une description complète de la population cible et de ses besoins, afin de garantir la mise en place de ressources adéquates pendant les périodes requises (Erksine, Baumgartner et Patterson 2015)

Forces

- Pas assez de recherche pour déterminer les points forts de ce modèle.

Faiblesses

- Pas assez de recherche pour déterminer les faiblesses de ce modèle.

ADMISSION CENTRALISÉE

Définition/lien à la disponibilité

- Le modèle d'admission centralisée utilise un point d'entrée unique où les personnes sont évaluées afin de déterminer les meilleures ressources pour leurs besoins spécifiques (Building Changes, 2015).
- Le point d'entrée est généralement celui des employés possédant une expertise en triage, évaluation et renvoi et n'offre généralement pas de services de conseil ou de traitement (Building Changes, 2015).
- La clé est de construire un moyen pour les jeunes et les familles et la nécessité d'un emplacement central pour accéder aux services (Building Changes, 2015).

Données probantes générales

- Duncombe (2008) a conclu que le modèle du système d'admission n'était pas aussi important que sa capacité à appliquer de bonnes pratiques d'admission. Étant donné que les bonnes pratiques d'admission diffèrent selon le contexte, une présentation de différents modèles devrait permettre de mieux comprendre. Pour plus d'informations sur les différents modèles d'admission, veuillez vous reporter au document d'information sur les preuves du Centre sur ce sujet. Il se trouve ici.
- L'évaluation de Contact Brant a révélé que le service aide les familles à naviguer plus facilement dans le service et à accéder au bon programme, et réduit donc les temps d'attente inutiles ou la demande de services en partenariat. Les sondages menés auprès des clients ont révélé que la plupart des familles ont trouvé le service utile, mais que le rôle que Contact Brant avait joué après leur admission n'était pas clair.

Forces

- Early Childhood Iowa a souligné les avantages suivants de l'admission centralisée :
 - Permet une utilisation maximale des services
 - Se concentre sur un point d'entrée unique
 - Veille à ce que les enfants, les jeunes et les familles soient aiguillés vers les services les plus appropriés mis à leur disposition en fonction de leurs besoins
 - Permet un dépistage uniforme et un mécanisme de suivi
 - Favorise la collaboration entre les programmes
 - Élimine les doubles emplois en créant un point d'entrée unique pour les familles

Faiblesses

- Building Changes (2015) a mis en évidence les défis suivants :
 - Volume élevé d'appels et d'évaluations pour le personnel des organismes d'évaluation
 - Un lieu physique peut ne pas être facilement accessible à tous les clients si un comté couvre une vaste zone géographique ou a une population rurale
 - Un emplacement virtuel peut ne pas être accessible à tous en raison d'un manque d'accès téléphonique ou Internet.
 - Les organismes partenaires doivent laisser leurs procédures d'admission et d'évaluation fonctionner librement

OPTIMISATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

ÉQUIPES MULTIDISCIPLINAIRES

Définition/lien avec l'abordabilité

- « Équipes multidisciplinaires » signifie faire appel à différentes personnes possédant des compétences différentes pour résoudre un problème. Cela peut être fait par une combinaison de différents types de professionnels (psychiatres, psychologues, infirmières en santé mentale, travailleurs sociaux, conseillers, etc.) travaillant dans le même ou différents secteurs (éducation, santé, santé mentale, toxicomanie, judiciaire, etc.) (Comité directeur du Projet de collaboration sur la toxicomanie et la santé mentale, 2014; gouvernement de l'État de Victoria, 2016)

Données probantes générales

- Le traitement communautaire dynamique assertif comprend une équipe de 11 à 12 personnes à temps plein qui surveillent 200 clients. Vingt pour cent (20 %) des personnes du « bassin de clients » sont prises en charge par l'équipe communautaire assertive, les 80 % restants sont ceux qui nécessitent un traitement moins intensif (Morrison et Peterson, 2017).
- Les avantages des modèles de collaboration en matière de soins chroniques (MSC) sont robustes pour toutes les populations, tous les contextes et tous les domaines de résultats, produisant des effets avec des coûts de traitement nets minimes ou nuls.
- Les MSC fournissent un cadre d'applicabilité large pour la gestion d'une variété de problèmes de santé mentale dans un large éventail de contextes de traitement, comme c'est le cas pour les maladies chroniques (Woltmann et coll., 2012).
- Dans le cadre de l'approche choix et partenariats (ACP), le client se voit proposer un choix de rendez-vous, qui agit de la même manière qu'une évaluation trouvée dans la plupart des programmes d'admission centralisés. Le rendez-vous de choix vise à évaluer la gravité des symptômes, des risques et des antécédents du client, tout en facilitant l'accès, en normalisant l'évaluation et en réduisant les temps d'attente (approche Choix et partenariats, 2015).

Forces

- Les soins FACT génèrent des avantages, car les personnes atteintes de maladie mentale grave sont prises en charge par une équipe et offrent un accès aux personnes atteintes de maladie mentale moins grave (Morrison et Peterson, 2017).
- Utilise un système de commutation flexible dans lequel les personnes nécessitant les soins les plus intensifs sont discutées quotidiennement tandis que celles nécessitant des soins moins intensifs bénéficient d'une prise en charge des cas et d'un soutien multidisciplinaire (Morrison et Peterson, 2017).
- Les approches de soins collaboratifs sont efficaces pour traiter les troubles mentaux dans les établissements de soins primaires et étendre la portée des psychiatres en leur permettant de se concentrer sur les patients les plus complexes (Walker et coll., 2015).

Faiblesses

- Les rôles non définis posent un problème aux travailleurs à l'extérieur de l'équipe centrale du modèle ACP (Robotham et James, 2009).
- Les coûts totaux de soins de santé ne différaient pas entre les MSC et les modèles de comparaison. Une revue systématique a largement confirmé et étendu ces résultats à l'ensemble des conditions et des domaines de résultats (Woltmann, et coll., 2012)

TEMPS COMPLET : TEMPS PARTIEL ET PERMANENT : CONTRAT

Définition/lien avec l'abordabilité

- Dans les cliniques privées pour toxicomanes, la part des revenus consacrée aux salaires a diminué au cours des cinq dernières années, en partie à cause de l'augmentation de l'embauche de travailleurs à temps partiel et à faible salaire (Ismailanju, 2017)

Données probantes générales

- L'inclusion de la santé mentale dans notre couverture de santé provinciale réduirait les temps d'attente, car nous sous-utilisons un grand nombre de spécialistes en santé mentale du secteur privé en raison des limites imposées à la couverture du Régime d'assurance maladie de l'Ontario (Cappelli et Leon, 2017).
- Les centres de santé mentale communautaires en Géorgie (Walker et coll., 2015) ont développé divers modèles de dotation en personnel associant des postes à temps plein et à temps partiel, ainsi que des postes rémunérés et sous contrat.

Forces

- Pas assez de recherche pour déterminer les points forts de ce modèle.

Faiblesses

- Les administrateurs de centres de santé mentale communautaires (CSMC) ont signalé des difficultés à offrir des salaires concurrentiels et à pourvoir des postes qui n'étaient pas à temps plein avec des avantages sociaux; de plus, le maintien en poste était faible chez les psychiatres à temps partiel. Les CSMC des zones rurales ont signalé des difficultés à recruter des psychiatres qualifiés. Une fois que les psychiatres ont été embauchés, le volume de cas, les besoins psychosociaux complexes des patients et les directives requises ont souvent limité leur capacité à s'adapter aux nouveaux environnements et ont entravé les efforts de maintien en poste. Le recrutement de psychiatres pour les équipes FACT, qui requièrent des services de proximité intensifs, était particulièrement difficile (Walker et coll., 2015).

OPTIMISATION DU PROCESSUS

UNIFORMITÉ/NIVEAU DE SOIN*

Définition/lien avec l'abordabilité

- Il est essentiel que les employés soient à l'aise dans les équipes coopératives et aux interfaces des soins de santé, des interventions comportementales et des sciences sociales afin d'élargir la proportion de la population en bonne santé (Lipstein et coll., 2016).

Données probantes générales

- Les modèles de soins chroniques collaboratifs fournissent un cadre de large applicabilité pour la gestion de divers problèmes de santé mentale dans un large éventail de contextes de traitement, comme pour les maladies chroniques (Woltmann, Grogan-Kaylor, Perron, Georges, Kilbourne et Bauer, 2012).
- Des outils standardisés peuvent aider les fournisseurs de soins de santé primaires à identifier les enfants et les jeunes susceptibles d'avoir besoin d'une évaluation plus complète de leur santé mentale (Cappelli et Leon, 2017).

Forces

- L'approche par étapes favorise la fourniture du traitement le plus efficace, mais le moins gourmand en ressources. Des interventions plus coûteuses et complexes ne sont mises en œuvre qu'après l'échec d'interventions plus simples et moins coûteuses (Capelli et Leon, 2017)

- Il a été démontré que les soins intégrés améliorent l'accès des clients aux services, réduisent les taux de réadmission dans les hôpitaux, améliorent les résultats pour les patients, augmentent la productivité et la satisfaction des employés et réduit les coûts du système (O'Donnell, Williams et Kilbourne, 2013).

Faiblesses

- Un examen au Nouveau-Brunswick a révélé que, même si diverses études et initiatives conçues pour intégrer les services de santé mentale existaient au niveau international, aucun modèle n'a abordé la portée proposée du modèle de prestation de services intégrée (PSI), qui comprenait l'intégration de tous les services destinés aux enfants et aux jeunes dans quatre ministères provinciaux et la prestation de services dans les contextes scolaire, familial et communautaire.
- Peu de fournisseurs de soins de santé mentale comprennent clairement comment les fournisseurs de soins primaires doivent fonctionner, de quelles informations ils ont besoin pour coordonner les services de santé physique et mentale ou comment leur propre pratique s'inscrit dans le système de soins de santé (Capelli et Leon, 2017)

* trop de chevauchements entre la cohérence et le niveau de soins ont été relevés pour clairement définir les deux

EFFICIENCE D'ARRIÈRE-PLAN

AMÉLIORATIONS TECHNOLOGIQUES

Définition/lien avec l'abordabilité

- Exemples : dossiers médicaux électroniques et flux de travail électroniques automatisés.

Données probantes générales

- Les efforts réussis ont quatre changements communs : (1) l'installation de dossiers de santé électroniques, (2) l'utilisation de ces renseignements pour des interactions plus intensives entre les patients, les soignants et le personnel, (3) la réduction du recours à des spécialistes et (4) la fourniture de services qui ne sont normalement pas couverts par un remboursement à l'acte (Emanuel, 2017).

Forces

- L'utilisation des dossiers médicaux électroniques étant de plus en plus répandue, les programmes informatiques capables d'intégrer les dossiers des clients et les services fournis aux clients s'avéreront précieux pour les opérateurs, tant pour les services à la clientèle que pour la productivité des fournisseurs de services (Emanuel, 2017).

Faiblesses

- Les cliniques/centres de santé mentale et de toxicomanie dépensent actuellement 0,04 dollar sur des appareils, du matériel et autres dépenses en capital pour chaque dollar dépensé en travail. Cela laisse l'industrie fortement tributaire du capital humain et manque une occasion de tirer parti des améliorations technologiques pour renforcer la productivité du travail (Emanuel, 2017).

CONSOLIDATION

Définition/lien avec l'abordabilité

- Aucune documentation propre à l'industrie traitant de la consolidation des paiements de transfert n'a été trouvée.
- Données probantes générales

- À ce jour, aucune documentation spécifique à l'industrie traitant de la consolidation des paiements de transfert n'a été trouvée.

Forces

- Aucune documentation spécifique à l'industrie traitant de la consolidation des paiements de transfert n'a été trouvée.

Faiblesses

- Aucune documentation spécifique à l'industrie traitant de la consolidation des paiements de transfert n'a été trouvée.

RÉFÉRENCES

Comité directeur du Projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale. (2014). **Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils**. Ottawa (Ontario). Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

Agyapong, V.I.O., A. Osei, D.M. Mcloughlin et E. McAuliffe, E. (2015). « Task shifting – perception of stakeholders about adequacy of training and supervision for community mental health workers in Ghana ». **Health and Policy Planning**, 31, 645-655. doi : 10.1093/heapol/czv114

Arnberg, F.K., S.J. Linton, M. Hultcrantz, E. Heintz et U. Jonsson. **Internet-delivered psychological treatments for mood and anxiety disorders: A systematic review of their efficacy, safety, and cost-effectiveness**. PLOS ONE, vol. 9, no 5, 2014. doi:10.1371/journal.pone.0098118

Bashshur, R., G.W. Shannon, N. Bashshur et P.M. Yellowlees. (2016). « The Empirical Evidence for Telemedicine Interventions in Mental Disorders ». **Telemedicine and e-Health**, no 22, 87-113. doi : 10.1089/tmj.2015.0206.

Beck, A.J., P.M. Singer, J. Buche, R.W. Manderscheid et P. Buerhaus. « Improving Data for Behavioral Health Workforce Planning: Development of a Minimum Data Set », **American Journal of Preventive Medicine**, vol. 54, no 6, p. S192-S198, 2018. doi : 10.1016/j.amepre.2018.01.035.

Building Changes (2015). **Coordinated entry models**. Extrait du site <https://buildingchanges.org/coordinated-entry-toolkit/planning/coordinated-entry-models>

Cappelli, M. et S. L. Leon. (2017). **Paving the path to connected care: Strengthening the interface between primary care and community-based child and youth mental health services**. Ottawa (Ontario), Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents.

Choice and Partnership Approach (17 juillet 2015). Détails de l'ACP. Extrait du site The Choice and Partnership Approach : <http://www.capa.co.uk/Intro/detailsofcapa.html>

Clayton, S., T.M. Chin, S. Blackburn et C.M.M. Echeverria. « Different setting, different care: Integrating prevention and clinical care in school-based health centers ». **American Journal of Public Health**, vol. 100, no 9, p. 1592-1596, 2010.

Donavon, C.L., S.H. Spence et S. March. (2017). « Does an online CBT program for anxiety impact upon sleep problems in anxious youth ». **Journal of Clinical and Adolescent Psychology**, vol. 46, p. 211-221, 2017. Doi : 10.1080/15374416.2016.1188700

Duncombe, R. **Rural Community Health Intake Study: Client Intake for Adult Counselling in Rural Community Health**, 2008. Byron Bay : NSW Health.

Emanuel EJ. « Where Are the Health Care Cost Savings? ». **JAMA** 2012; vol. 307, no 1, p. 39–40. doi:10.1001/jama.2011.1927

- Erksine, D., B. Baumgartner et S. Patterson. « Implementation of an extended-hours service in mental health care: lessons learned ». *Australian Health Review*, vol. 39, p. 508-513, 2015. doi : 10.1071/AH15007
- Gipson, S.Y., J. Torous et E. Maneta. « Mobile technologies in child and adolescent psychiatry: Pushing for further research and awareness », *Harvard Review of Psychology*, vol. 25, p. 191-193, 2017. doi : 10.1097/HRP.000000000000144
- Hoeft, T.J., J.C. Fortney, V. Patel et J. Unutzer. « Task-sharing approaches to improve mental health care in rural and other low-resource settings: A systematic review ». *The Journal of Rural Health*, vol. 34, p. 48-62, 2018. doi:10.1111/jrh.12229
- Ismailanji, M. *IBISWorld Industry Report 62142CA, Mental Health et Substance Abuse Clinics in Canada*, sept. 2017. Extrait le 3 octobre 2018 de la base de données IBISWorld.
- Ismailanji, M. *IBISWorld Industry Report 62322CA, Mental Health et Substance Abuse Centres in Canada*, sept. 2017. Extrait le 3 octobre 2018 de la base de données IBISWorld.
- Kazdin, A.E. et S.M. Rabbitt. « Novel models for delivering mental health services and reducing the burdens of mental illness ». *Clinical Psychological Science*, vol. 1, p. 170-191, 2013. doi:10.1177/2167702612463566.
- Kolko, D.J., J.V. Campo, K. Kelleher et Y. Cheng. « Improving care and clinical outcomes for pediatric behavioral problems: a randomized trial of a nurse-administered intervention in primary care ». *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics*, vol. 31, no 5, 2010.
- Lipstein, S.H., A.L. Kellermann, B. Berkowitz, R. Phillips, D. Sklar, G.D. Steele et G.E. Thibault. « Workforce for 21st Century Health and Health Care », *Journal of the American Medical Association*, vol. 316, no 16, p. 1665–1666, 2016. doi:10.1001/jama.2016.13715
- Matzuka, C.T., M. Wainberg, A. Norcini Pala, E.V. Hoffmann, B.M. Coimbra, R.F. Braga, A.C. Sweetland et M.F. Mello, M.F. (2017). « Task shifting interpersonal counselling for depression: a pragmatic randomized controlled trial in primary care », *BMC Psychiatry*, 17:225. doi : 10.1186/s12888-017-1379-y
- McCleod, B.D., J.R. Cox, A. Jensen-Doss, A. Herschell, J. Ehrenreich-May et J.J. Wood. (2018). « Proposing a mechanistic model of clinician training and consultation », *Clinical Psychology Science and Practice*, 25 : e12260. doi : 10.1111/cpsp.12260
- Myers, K. et coll. « American Telemedicine Association Practice Guidelines for Telemental Health with Children and Adolescents », 2017. *Telemedicine and e-Health*, vol. 23, p. 779-804. doi : 10.1089/tmj.2017.0177
- Centre de collaboration nationale de la santé mentale. **E-therapies systematic review for children and young people with mental health problems**, 2014. Extrait du site <https://www.e-lfh.org.uk/wp-content/uploads/2017/07/e-Therapies-Systematic-Review-submission-to-RCPCH31.01.2014.pdf>
- Reyes-Portillo, J.A., L. Mufson, L.L. Greenhill, M.S. Gould, P.W. Fisher, N. Tarlow et M.A. Rynn, M.A. « Web-based interventions for youth internalizing problems: A systematic review ». *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 53, p. 1254-1270, 2014. doi : 10.1016/j.jaac.2014.09.005
- Roberts, N., Hu, T., Axas, N. et Repetti, L. (2017). Child and adolescent emergency and urgent mental health delivery through telepsychiatry: 12-month prospective study. *Telemedicine and e-Health*, 23, 842-846. doi:10.1089/tmj.2016.0269

Robotham, D. et K. James. « Evaluation of the Choice and Partnership Approach in Child and Adolescent Mental Health Services in England », 2009. National CAMHS Support Services

Sloane, N.C., R.J. Reese et M.J. McClellan. « Telepsychology outcome research with children and adolescents: A review of the literature ». **Psychological Services**, no 9, p. 272-292, 2012.

Soleimanpour, S., S.P. Geierstanger, S. Kaller, V. McCarter et C.D. Brindis. **American Journal of Public Health**, vol. 100, no 9, p. 1597-1560, 2010. doi : 10.2105/AJPH.2009.186833

Stasiak, K., T. Fleming, M.F.G. Lucassen, M.J. Shepherd, R. Whittaker et S.N. Merry. « Computer-based and online therapy for depression and anxiety in children and adolescents ». **Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology**, no 26, p. 235-245, 2016. doi:10.1089/cap.2015.0029

Vigerland, S., B. Ljotsson, U. Thulin, L. Ost, G. Andersson et E. Serlachius. (2016). « Internet-delivered cognitive behavioural therapy for children with anxiety disorders: A randomized control trial ». **Behaviour Research and Therapy**, no 76, p. 47-56, 2016. doi:10.1016/j.brat.2015.11.006

Vigerland, S., E. Serlachius, U. Thulin, G. Andersson, J. Larsson et B. Ljotsson. « Long-term outcomes and predictors of internet-delivered cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders », no 90, p. 67-75, 2017.

Walker, Elizabeth Reisinger, Frank W. Berry III, Tod Citron, Judy Fitzgerald, Mark H. Rapaport, Bryan Stephens et coll. « Psychiatric workforce needs and recommendations for the community mental health system: A state needs assessment ». **Psychiatric Services**, no 66, p. 115-117, 2015. doi:10.1176/appi.ps.201400530

Wilson, R.L. et K. Usher. « Rural nurses : a convenient co-location strategy for the rural mental health care of young people », **Journal of Clinical Nursing**, no 24, p. 2638-2648, 2015.

APPROCHES POUR MESURER LES INDICATEURS D'ACCÈS ET DE COURANT

MSEJ – ANNEXE DE DESCRIPTION DES SERVICES MAI 2018 (DÉFINITIONS)

TERM	DÉFINITION
Contact initial	Date à laquelle l'enfant/le jeune et/ou la famille ont communiqué avec l'organisme pour le service/traitement
Date de début	Date du premier contact entre le travailleur/thérapeute offrant le service et l'enfant/le jeune/le membre de la famille afin de se concentrer sur les objectifs identifiés pour le traitement.
Date de fin	Date du dernier contact entre le travailleur/thérapeute offrant le service et l'enfant/le jeune et/ou date à laquelle un service est considéré comme ayant pris fin en fonction des préférences du client, de la réalisation de l'objectif ou de la modification de l'admissibilité.
Accès coordonné	L'accès coordonné est une approche collaborative et communautaire visant à rationaliser l'accès aux services de santé mentale et à d'autres types de soutien. Il aide les enfants, les jeunes et les familles à accéder aux services et soutiens appropriés rapidement et facilement.
Nombre de personnes servies	Nombre de personnes pour lesquelles un dossier a été créé et qui ont reçu le ou les services approuvés à un moment donné au cours de l'exercice.
Nombre de jours d'attente des enfants/jeunes pour le service	Nombre de jours entre la date de contact initial et la date de début des services fournis à l'enfant/le jeune au cours de la période de référence. Les deux dates sont requises.

NORMES DE PRODUCTION DE RAPPORTS SUR LES SERVICES DE SANTÉ EN ONTARIO (NPRSSO) - CHAPITRE 7 (DÉFINITIONS)

TERM | DÉFINITION

Centre fonctionnel	Les centres fonctionnels sont des subdivisions d'une organisation voués à l'enregistrement des revenus, des dépenses et des statistiques relatives à la fonction ou à l'activité exercée. Ils sont utilisés pour capturer les coûts de la main-d'œuvre, des fournitures et des équipements nécessaires à l'exécution de fonctions spécifiques.
Santé mentale et toxicomanie dans la communauté	Les programmes financés par Services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances relèvent des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et comprennent les programmes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Programme communautaire de santé mentale (SM), • Santé mentale des enfants (SME), • Toxicomanie (T) • Jeu problématique (PG) • Salaires de psychiatres ambulatoires (POMS)
Centres fonctionnels communautaires en santé mentale et en toxicomanie	Les centres fonctionnels destinataires des services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances (SCSMLCD) ont été créés en fonction des types de programmes des SCSMLCD , à savoir, santé mentale, toxicomanie, jeu problématique et logement avec services de soutien. Dans certains cas, seul un centre fonctionnel pour la toxicomanie est disponible, où les dépendances comprennent la toxicomanie et le jeu problématique.
Centre fonctionnel de santé mentale pour enfants	Les rapports pour le programme de santé mentale des enfants ne sont pas associés à un centre fonctionnel spécifique, car ils dépendent du service fourni. Il est important que les organismes choisissent des centres fonctionnels en fonction des définitions qui correspondent le plus étroitement possible aux services fournis. Reportez-vous à la section 7.6 pour les définitions de tous les centres d'activité.
Catégories d'âge	L'âge est signalé comme étant l'âge du client à la date à laquelle le service est fourni. Les tranches d'âge pour chaque catégorie sont les suivantes : <p>Personnes âgées plus de 65 ans</p> <p>Adulte 18 à 65 ans</p> <p>Pédiatrique 17 ans et moins</p> <p>Âge inconnu - Données d'âge du client non disponibles (utilisé dans les comptes sélectionnés uniquement)</p>

INDICATEURS DE RENDEMENT CLÉS DE SMEA

P5A - UTILISATION DU SERVICE (PAR SERVICE DE BASE)

Proportion d'enfants/de jeunes dans chaque service de base, en pourcentage de tous les enfants/jeunes desservis au cours de la période de référence.

Numérateur = Nombre d'enfants/jeunes (uniques) par service de base desservi au cours de la période de référence. Dénominateur = Nombre d'enfants/jeunes (uniques) servis au cours de la période de référence

P6A - DURÉE DU SERVICE (PAR SERVICE DE BASE)

Délai moyen entre les dates de début et de fin du service, par service.

Numérateur = La durée entre la date de début du service et la date de fin du service, par service. La date de fin du service doit être pendant la période de rapport. Dénominateur = Nombre d'enfants/jeunes (uniques), par service, ayant mis fin au service au cours de la période de référence

P11A - LATENCE DE SERVICE MOYENNE

Durée moyenne d'attente des enfants/jeunes pour commencer les services au cours de la période de référence.

Numérateur = Nombre total de jours civils pendant lesquels les enfants/jeunes ont attendu (c'est-à-dire de la date de contact initial à la date de début du service) pour chaque service commencé au cours de la période de référence (cohorte de sortie de la liste d'attente)

Dénominateur = Nombre d'enfants/jeunes (uniques) en attente de services de traitement spécifiques au cours de la période de référence

P11B - TEMPS D'ATTENTE MOYEN DES ENFANTS/JEUNES SUR LES LISTES D'ATTENTE DE SERVICES

Durée moyenne pendant laquelle les clients étaient sur des listes d'attente pour des services amorcés pendant la période de référence.

Numérateur = Nombre total de jours civils pendant lesquels les enfants/jeunes ont été sur la liste d'attente (c.-à-d. de la date d'inscription à la date de suppression de la liste d'attente) pour chaque service commencé au cours de la période de référence;

Dénominateur = Nombre d'enfants/d'adolescents (uniques) figurant sur la liste d'attente et ayant commencé à être servis au cours de la période de référence.

P11C - LONGUEUR DE LA LISTE D'ATTENTE

Le nombre unique d'enfants/de jeunes sur une liste d'attente de services pendant la période de référence

Le nombre unique d'enfants/de jeunes sur une liste d'attente de services pendant la période de référence.

P12B - PROPORTION D'ENFANTS/JEUNES NÉCESSITANT DES TRANSITIONS

Proportion d'enfants/de jeunes mis en congé au cours de la période de référence et en transition vers d'autres fournisseurs de services, par type de fournisseurs de services de transition.

Numérateur = Nombre unique d'enfants/de jeunes mis en congé au cours de la période de référence et en transition vers un autre fournisseur de services, par type de fournisseur de services de transition.

Dénominateur = Nombre unique d'enfants/de jeunes ayant reçu leur congé au cours de la période de référence et ayant fait la transition vers un autre fournisseur de services

P1A - PROPORTION D'ENFANTS/DE JEUNES DESSERVIS

Nombre d'enfants/de jeunes uniques desservis au cours de la période de référence en pourcentage de la population d'enfants/de jeunes, par communauté.

NPRSSO - MESURES DU RENDEMENT

S.406 99 10 PERSONNES EN ATTENTE D'ÉVALUATION

Nombre de personnes renvoyées à l'organisme et en attente d'évaluation initiale (c'est-à-dire qu'elles ont une date de demande/renvoi, mais n'ont pas encore de date de fin d'évaluation). Cela reflète le nombre figurant sur la liste d'attente le dernier jour de la période de référence. Il s'agit d'un aperçu à un moment précis au 30 septembre (T2), au 31 décembre (T3) et au 31 mars (fin d'exercice). Il ne s'agit pas d'un nombre cumulatif en fin d'exercice.

S.406 ** 20 PERSONNES EN ATTENTE DU DÉBUT DU SERVICE

Nombre d'individus en attente de service d'un centre d'activité spécifique après évaluation. Ces personnes ont eu leur évaluation et ont été renvoyées pour un service ou ont pris un rendez-vous, mais n'ont pas encore eu leur première visite et attendent toujours pour le service. Cette statistique est enregistrée dans le centre fonctionnel client/service (pas dans le centre fonctionnel de gestion des cas). Cela reflète le nombre figurant sur la liste d'attente le dernier jour de la période de référence. Catégorie de prestataire de service requise. Il s'agit d'un aperçu à un moment précis au 30 septembre (T2), au 31 décembre (T3) et au 31 mars (fin d'exercice). Il ne s'agit pas d'un nombre cumulatif en fin d'exercice.

S.407 99 10 JOURS EN ATTENTE D'ÉVALUATION

Nombre de jours d'attente d'un client entre la date de la demande/renvoi et la date de fin de l'évaluation par l'organisme. Cette statistique est un chiffre cumulatif et ne peut être enregistrée qu'une fois l'évaluation initiale terminée. Cette statistique est utilisée pour produire le temps d'attente moyen pour les évaluations de clients.

S.407 ** 20 JOURS D'ATTENTE POUR LE DÉBUT DU SERVICE

Nombre de jours d'attente entre la date de renvoi/de fin de l'évaluation et la date de début du service (date de la première visite réelle par service). Ces jours ne peuvent être comptés qu'une fois le service amorcé et que le client n'attend plus. Cette statistique est enregistrée à partir de la date à laquelle le client est considéré comme admissible pour le service plutôt que de la date à laquelle le responsable du dossier ou le coordonnateur commande/réserve un service. Cette statistique est un nombre cumulatif à ce jour et est enregistrée dans le centre fonctionnel de prestation de services (pas dans le centre fonctionnel de gestion des cas). La catégorie de prestataire du service est requise.

S.455 ** * 0 INDIVIDUS DESSERVIS PAR LE CENTRE FONCTIONNEL

Remarque : La définition a été révisée pour préciser la production de rapports sur ce compte.

Ce compte statistique est un décompte cumulatif du nombre d'individus desservis par le centre fonctionnel au cours d'une période de référence et identifiés par un identificateur unique. Les individus sont comptés une seule fois dans le centre fonctionnel au cours d'un exercice, quel que soit le nombre de services reçus ou le nombre d'admissions et de congés au cours de la période de référence. Ce compte est signalé dans le centre fonctionnel où le service a été reçu. Une personne peut recevoir des services de plusieurs centres fonctionnels au cours de la même période de référence. Ce nombre ne peut pas être additionné pour un « total » pour que l'ensemble de l'organisation déclare S.855 ** Total des personnes desservies par l'organisation. La catégorie de prestataire de service est obligatoire. La déclaration n'est pas valide si la catégorie d'âge est inconnue, S.455 ** 90.

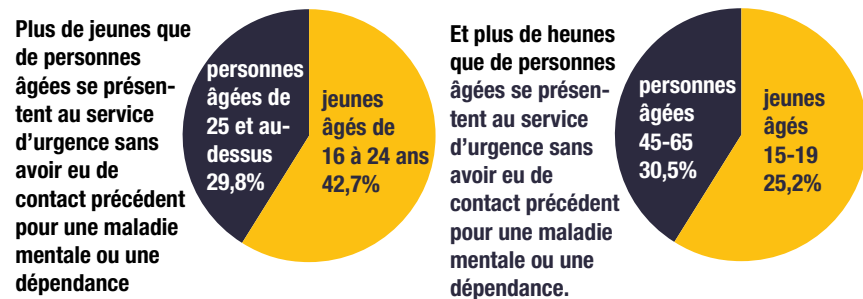
NPRSSO AU MSEJ : COMPARAISON DES MESURES LIÉES À L'ACCÈS

CONCEPT	NPRSSO – CHAPITRE 7	DICTIONNAIRE DE DONNÉES DE SMEA
Nombre de personnes desservies par groupe de services	S.455 ** *0 Personnes desservies par centre fonctionnel	P5a – Utilisation du service (par service de base)
Durée d'attente pour commencer les services	S.407 ** 20 Nombre de jours d'attente pour le début du service * cumulatif	P11a - Latence de service *moyenne P11b - Temps d'attente moyen des enfants/jeunes sur les listes d'attente de services
Nombre de personnes sur une liste d'attente de services	S.406 ** 20 Personnes en attente du début du service	P11c - Longueur de la liste d'attente
Nombre de personnes nécessitant une transition vers un autre fournisseur de services		P12b - Proportion d'enfants/jeunes nécessitant des transitions
Nombre de personnes en attente d'une évaluation	S.406 99 10 Personnes en attente d'une évaluation	
Nombre cumulatif de jours en attente d'une évaluation	S.407 99 10 Jours en attente d'une évaluation	
Nombre de personnes recevant un service	S.501 ** *0 Admissions aux services communautaires * décompte OU S506 ** *0 Les personnes ont reçu le premier service	P1A – *Proportion d'enfants/de jeunes desservis
Nombre de jours en service résidentiel	S. 403 45 *0 Jours de résidence (pour résidentiel seulement)	P5a - Utilisation du service (par service de base)
Nombre de jours entre le début et la fin du service		P6a – Durée du service (par service de base)

QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO – FAIRE LE POINT : SANTÉ MENTALE ET TOXICOMANIES – RAPPORT SPÉCIAL 2015

Le taux de premiers contacts aux services d'urgence pour une maladie mentale ou une dépendance est plus faible chez les enfants et les jeunes de l'Ontario (jusqu'à 24 ans), en fonction des troubles, de moins de 2 % (15,0 par 1 000 personnes) pour la schizophrénie et les autres troubles psychotiques à un peu moins de 25 % (233,4 par 1 000 personnes) (Figure 3.6).

FIGURE 3.8



AGRÈMENT CANADA : ENQUÊTE 2019 SUR LES SERVICES ET LES SOUTIENS EN SANTÉ MENTALE DANS LA COMMUNAUTÉ

TÂCHES

DIMENSION

2.0 L'accès aux services pour les clients actuels et potentiels, les familles, les équipes et les organismes de renvoi est fourni de manière coordonnée et dans les délais	
2.1 Il existe un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.	Accessibilité
2.2 Les heures d'ouverture sont flexibles et répondent aux besoins des clients et des familles desservies.	Accessibilité
2.3 Les services sont fournis dans les endroits choisis par les clients et les familles, dans la mesure du possible.	Services axés sur le client
2.4 Les clients et/ou les familles sont informés sur la manière d'accéder aux services d'urgence ou de crise 24 heures sur 24.	Accessibilité
2.5 Les informations sur le client sont recueillies dans le cadre du processus d'admission et au besoin.	Accessibilité
2.6 Les critères définis sont utilisés pour déterminer quand initier des services avec les clients.	Accessibilité
2.7 Dans la mesure permise par la législation, les clients et/ou leurs familles ont le droit de refuser des soins, des traitements ou des services.	Services axés sur le client
2.8 Lorsque l'équipe est incapable de répondre aux besoins d'un client potentiel, l'accès à d'autres services est facilité.	Accessibilité
2.9 Les clients et les familles sont encouragés à naviguer dans le système de santé.	Continuité de service
2.10 Les clients et les familles sont informés du membre de l'équipe responsable de la coordination de leur service et de la manière de la joindre.	Accessibilité
2.11 Il existe des processus de suivi pour les clients et/ou les familles à haut risque qui ne se présentent pas aux rendez-vous prévus.	Caractère approprié

EXEMPLES D'INNOVATIONS DANS L'ACCÈS

ZONE DE SERVICES GREY/BRUCE	
Nom	Phil Dodd
Téléphone	(519) 371-4773, poste 156
Courriel	phildodd@keystonebrucegrey.com
Problème recensé	Temps d'attente de 8 semaines en moyenne
Mesures prises	Keystone a restructuré son modèle de prestation de services et formé tout le personnel clinique au modèle Brief Service Walk In fourni par l'entremise de Karen Young chez ROCK.
Résultat/Impact	Depuis la formation et la restructuration réalisées il y a plus d'un an, Keystone a maintenu un temps d'attente moyen de deux semaines.
ZONE DE SERVICES TORONTO	
Nom	David Willis
Téléphone	416-438-3697, poste 21117
Courriel	dwillis@emys.on.ca
Problème recensé	Les temps d'attente et les listes d'attente pour les services communautaires dans la région de Toronto pour les 0 à 18 ans et l'accent mis sur les jeunes d'âge de transition
Mesures prises	Toronto a étendu son service d'information What's UP Walk-in à six organismes répartis dans la ville, représentant différentes régions géographiques et groupes d'âge. Recherche de fonds privés supplémentaires pour les jeunes en âge de transition
Résultat/Impact	Nous avons vu 3 000 jeunes en 2017-2018, soit une augmentation de 57 % par rapport à l'année précédente. La plupart des jeunes reçoivent des services le même jour et n'ont besoin que d'une à deux séances (services brefs). Ceux qui ont besoin de services/soutien supplémentaires sont dirigés vers les services appropriés dans la communauté et au sein de l'organisme, en se basant sur une compréhension globale des besoins du jeune. L'impact est l'amélioration de l'accès, la réduction des temps d'attente et l'aiguillage de services plus appropriés. Nous avons mobilisé des fonds d'entreprises et privés pour assurer des services aux jeunes en âge de transition et pour faire du marketing et de la stratégie de marque. Élaboration d'un programme d'engagement des jeunes pour améliorer la prestation de services. Les données montrent : <ul style="list-style-type: none"> • nombre moyen de visites sur l'ensemble du système 1,5 • temps d'attente moyen 16-20 minutes • 22 % des jeunes déclarent qu'ils se seraient adressés à un système de santé (hôpital/centre médical) s'ils n'avaient pas accès à Walk IN

ZONE DE SERVICES OTTAWA

Nom	Monica Armstrong
Téléphone	613-729-0577, poste 1231
Courriel	marmstrong@ysb.ca
Problème recensé	Problème recensé : - incapable de répondre à la demande croissante pour les services de SMEA et augmentation des temps d'attente pour les services - manque de clarté et de cohérence dans la mise en correspondance des besoins et des services - manque d'approche cohérente dans la fourniture de services - manque de clarté concernant la qualité du service disponible ou fourni – la base de compétences ne répond pas nécessairement aux besoins des clients - critères d'urgence croissants - les jeunes et les familles signalent que l'accès aux soins est déroutant, compliqué et frustrant et qu'il existe un manque de coordination des services et des interventions soutenues et constructives. De plus, les jeunes et les familles ont déclaré vouloir participer activement au processus thérapeutique et ne savaient souvent pas clairement en quoi consistait le service qui leur était offert.
Mesures prises	Mise en œuvre de l'approche Choix et partenariats (ACP), un modèle d'amélioration continue des services pour fournir des services de SMEA combinant des pratiques collaboratives et participatives avec les clients pour améliorer l'efficacité, l'efficience, la modélisation des compétences et la gestion de la demande et des capacités en améliorant le flux de clients et la qualité des soins.
Résultat/Impact	- réduction importante du temps d'attente des enfants et des jeunes pour accéder aux services de SMEA - accent mis sur l'amélioration continue pour identifier et éliminer le gaspillage dans le flux de clients lors de la prise en charge, du traitement et du congé afin d'améliorer l'efficacité et la qualité du service - amélioration de la correspondance des traitements - identification des points forts et des lacunes dans les compétences et les connaissances cliniques dans l'ensemble du système de SMEA à Ottawa, ce qui a donné lieu à des initiatives de formation ciblées

ZONE DE SERVICES FRONTENAC/LENOX ET ADDINGTON

Nom	Amber McCart
Téléphone	613-849-7320
Courriel	amccart@maltbycentre.ca
Problème recensé	Les temps d'attente pour accéder aux services de santé mentale pour enfants et adolescents, même pour une brève consultation en santé mentale, étaient trop longs.
Mesures prises	Élaboration d'un nouveau modèle d'accès direct à la santé mentale faisant office de service rapide de santé mentale (complet) ou de passerelle vers d'autres services (prévus immédiatement) selon le cas.
Résultat/Impact	Au cours de ce premier mois de service : - 4 fois plus de nouveaux aiguillages face à face que le même mois l'année précédente. Dans l'ensemble, le nombre total de nouveaux aiguillages vers des services de santé mentale pour enfants et adolescents a augmenté de 30 %. Chez les enfants et les jeunes ayant un accès plus rapide, les problèmes ont été résolus avec moins d'intervention dans l'ensemble, 60 % d'entre eux ayant été résolus uniquement par le biais d'un accès à une clinique.

ZONE DE SERVICES CHATHAM-KENT

Nom	JoDee Anderson
Téléphone	519 358-4550
Courriel	jodee.anderson@ckcs.on.ca
Problème recensé	1) Augmentation du nombre de visites d'urgence à l'hôpital - les jeunes et leurs familles n'ont pas accès aux services de crise locaux 2) Accès rapide aux services afin de réduire la liste d'attente croissante
Mesures prises	Nous avons soumis une proposition visant à fournir une évaluation de la santé mentale au service des urgences 2) lancé Brief in 3 - rendez-vous pris au moment de l'admission - 3 séances en 6 semaines
Résultat/Impact	Les visites à l'urgence sont stables - les protocoles actuels sont en place et les conseils scolaires ont à déterminer qui et quand envoyer aux services d'urgence. 2) listes d'attente supprimées en 4 mois, de 180 à 70 jours

ZONE DE SERVICES SIMCOE

Nom	Glen Newby, CEO
Téléphone	705-733-2654, poste 2227
Courriel	gnewby@newpath.ca
Problème recensé	Complexité de cinq fournisseurs de services de base, deux d'entre eux étant hébergés à la protection de l'enfance et à l'ACSM.
Mesures prises	Discussions intentionnelles avec les services de protection de l'enfance et l'ACSM en vue de l'intégration de leurs services de base dans les services de base de l'organisme responsable.
Résultat/Impact	Réduction de 5 à 3 fournisseurs de services de base. Coordination plus efficace des ressources système. Moins de ressources administratives requises pour gérer les contrats avec le MSEJ (maintenant MSSLD).

ZONE DE SERVICES HALTON

Nom	Joanna Matthews
Téléphone	905-638-4972
Courriel	joannam@rockonline.ca
Problème recensé	Plan de services communautaires : Augmenter l'offre de services inclusifs
Mesures prises	<p>Jeunes et familles autochtones</p> <ol style="list-style-type: none">1) Formation ciblée à l'intention du personnel de service de Halton afin d'accroître les connaissances et la sensibilisation aux exigences en matière de sécurité culturelle afin de soutenir les jeunes et les familles autochtones.2) Accueil d'un intervenant auprès des jeunes 0,75 ETP pour travailler spécifiquement avec les jeunes Autochtones de Halton <p>Familles de nouveaux arrivants – Création de ressources en ligne spécifiques (rockonlearn.ca) adaptées aux nouveaux arrivants sur le plan culturel et linguistique.</p> <p>Services en français – Nous avons terminé la cartographie des services disponibles dans la région de Halton avec des recommandations pour créer des parcours spécifiques aux familles sur le plan culturel et linguistique (je peux envoyer un rapport si vous le souhaitez)</p>
Résultat/Impact	Les communautés traditionnellement marginalisées ont un accès accru aux services essentiels

ZONE DE SERVICES HALTON

Nom	Joanna Matthews
Téléphone	905-638-4972
Courriel	joannam@rockonline.ca
Problème recensé	Accès équitable aux services dans la région nord (Halton Hills)
Mesures prises	Mise en place de deux cliniques sans rendez-vous à North Halton. Les cliniques fonctionnent un jour par semaine à Acton et à Georgetown dans les centres d'activités pour personnes âgées existants.
Résultat/Impact	Pour notre investissement initial d'organisme responsable en 2016, nous avons fourni 708 services brefs à 461 clients uniques à North Halton.

ZONE DE SERVICES BRANT	
Nom	Flora Ennis
Téléphone	519 752 5308 ext 105
Courriel	fennis@woodview.ca
Problème recensé	Des recherches récentes ont montré que les services de santé mentale pour enfants créés en partenariat avec les jeunes sont plus efficaces, mieux utilisés et produisent de meilleurs résultats pour les jeunes. À l'heure actuelle, nos programmes sont conçus avec la seule participation des organismes. Il est donc important de passer à un modèle où les programmes sont élaborés conjointement avec les jeunes.
Résultat/Impact	Nous avons engagé des défenseurs des intérêts de la jeunesse pour travailler avec notre coordonnateur jeunesse en tant que coresponsable et codéveloppeur de l'engagement des jeunes. En tant qu'équipe, ils se rendent là où les jeunes se rassemblent déjà pour recueillir des données sur leur perception des services dans notre communauté et sur la manière dont nous pouvons améliorer les services. D'après les informations reçues, il était évident que les jeunes à risque n'avaient pas accès aux services de counseling. Nous avons créé un poste de sensibilisation rapide non traditionnel pour aider les jeunes à risque en nous rendant dans des centres d'accueil pour jeunes. Les jeunes peuvent avoir accès à des services de counseling instantanément, ce qui a créé une nouvelle voie pour les jeunes déconnectés. Cela a fourni à nos jeunes le bon service, au bon moment, de la bonne manière.
Résultat/Impact	Ce nouveau service de sensibilisation rapide non traditionnel accueille entre 50 et 65 jeunes par nuit au centre Why Not Youth. En raison de la nature de la programmation et du centre, bon nombre de ces jeunes peuvent être différents chaque soir, ce qui nous permet d'atteindre chaque mois une grande variété de jeunes déconnectés. Beaucoup, sinon la plupart de ces jeunes n'ont pas accès et n'auront pas accès aux services empruntant les voies traditionnelles et ont besoin d'un adulte de confiance pour les guider dans la navigation du système par le biais de relations solides et de transferts chaleureux. Ceci est basé sur la contribution directe des jeunes et les années d'expérience du personnel de Why Not qui sert la jeunesse déconnectée de Brantford depuis plus d'une décennie. Il est important de noter que l'écart entre les jeunes déconnectés se réduit grâce à l'utilisation de ce nouveau service et qu'il contribuera à réduire l'écart entre les jeunes inaccessibles et les services dont ils ont besoin. Afin de suivre le travail que nous faisons, le conseiller enregistre le nombre de séances de counseling dans notre base de données de clients. Nous utilisons une approche de prévention ciblée moins intrusive qu'une séance de counseling formelle. Une fois que le rapport est établi, les individus peuvent accéder plus librement aux séances individuelles. L'impact continu sera également observé et obtenu par le biais de consultations avec les jeunes, le personnel et les responsables en formation chez Why Not. Leur contribution et le développement conjoint de ce nouveau service sont essentiels pour réduire l'écart entre les services destinés aux jeunes à risque et les services cliniques. À l'heure actuelle, nous nous rendons à Why Not chaque semaine. Cela aurait un impact plus important si nous pouvions s'y rendre plus souvent.

DOCUMENTS À L'APPUI : SERVICES DE TRAITEMENT EN RÉSIDENTE

CAPACITÉ ACTUELLE

Nous avons tenté de quantifier la part de cette capacité actuellement financée par le MESSC en utilisant le code de détail A353 du MESSC, que le MESSC décrit comme « pour fournir un traitement aux enfants et aux jeunes souffrant de problèmes de santé mentale... et qui nécessitent un niveau élevé d'intervention dans un contexte externe ». Un sondage rapide auprès des organismes responsables a permis de recueillir les informations du tableau ci-dessous et de mettre en évidence certains problèmes liés à cette approche. Par exemple, il est difficile d'établir quel pourcentage du budget global consacré à la santé mentale des enfants et des adolescents en Ontario est consacré aux services de traitement en résidence. Parmi les faits saillants et les leçons retenues de ce processus d'enquête, citons :

DISPONIBILITÉ DU STER PAR RÉGION :

Centrale : 6/6 zones de services (100 %)

Est : 4/9 zones de services (44 %)

Nord : 3/6 zones de services (50 %)

Toronto : 1/1 des zones de services (100 %)

Ouest : 7/11 zones de services (64 %)

TOTAL : 21/33 zones de services (64 %)

DISPONIBILITÉ DU STER POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 12 ANS : NON DISPONIBLE DANS LES RÉGIONS DE L'EST ET DE TORONTO.

La plupart des STER ne sont pas spécifiques au sexe

Recommandation pour les prochaines étapes : Examen plus approfondi des services de traitement en résidence financés au titre de l'A353 pour obtenir une image précise de la situation actuelle.

Lorsque le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario (MSEJ) d'alors a mis en place les sept services de base en santé mentale pour enfants et adolescents, un financement a été alloué aux organismes par type de service principal et non par programme ou service individuel. Par exemple, un organisme qui fournit des services de traitement sur place, un programme de traitement de jour et des services intensifs à domicile reçoit une somme forfaitaire du ministère pour tous ces services. Tous les organismes ne sont pas en mesure de séparer le montant du budget consacré à chaque programme. En outre, dans certains domaines de services, le financement de la partie « traitement » des services de traitement en résidence (salaires des cliniciens) ne figure pas dans le code d'identification des services intensifs, mais est financé séparément dans le code d'identification des services de counseling et de traitement.

De plus, essayer d'estimer la capacité en demandant le nombre de lits disponibles dans chaque service de traitement pose un problème. Comme mentionné précédemment, le financement de SMEA n'a pas suivi le rythme de l'inflation et il est compris, de façon anecdotique, qu'un grand nombre de ces programmes fonctionnent au déficit. Par conséquent, les organismes offrant des services de traitement en résidence ne peuvent pas se permettre d'exploiter pleinement leur capacité et des lits sont laissés vacants pour gérer les dépassements de coûts.

COHÉRENCE DANS LE LANGAGE ET LA COMPRÉHENSION

L'absence actuelle de définition claire et cohérente des services de traitement en résidence complique les efforts visant à établir et renforcer les capacités du système, à fournir les bons services au bon moment aux personnes qui en bénéficieront le plus et à améliorer les résultats pour les enfants et les jeunes qui reçoivent ces services. Cela remet en cause les progrès vers la mise en place d'un système par les fournisseurs, les bailleurs de fonds et les décideurs, voire même de pouvoir quantifier de manière cohérente la capacité de ce qui existe actuellement.

Dans le secteur de la santé mentale et de la toxicomanie chez les adultes, il n'existe pas de services entièrement comparables. Historiquement, les services pour enfants ont utilisé un modèle de milieu résidentiel 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, avec traitement intégré dans le programme « résidentiel », alors que les services pour adultes ont généralement utilisé un modèle de logement « résidentiel », les adultes ayant accès à des services de traitement en dehors des soutiens résidentiels.

Les enfants et les jeunes ont des exigences uniques en matière de traitement qui ne figurent pas dans les services pour adultes. Celles-ci comprennent la nécessité de prendre en compte les stades de développement des enfants; impliquer efficacement la famille ou les soignants en tant que tuteurs légaux; assurer la participation des clients à l'enseignement obligatoire; et traiter de manière appropriée la présence ou l'absence de toxicomanie, étant donné que la toxicomanie peut être moins susceptible d'être présente chez les enfants plus jeunes. Par conséquent, les services de traitement en résidence tendent à être davantage intégrés aux processus d'évaluation, de counseling et de traitement, de gestion de cas, d'éducation et de soutien familial intégrés dans la résidence/demeure où les enfants vivent.

En revanche, chez les adultes, les services de logement avec services de soutien intensifs ont tendance à être séparés et moins intégrés dans des services spécifiques. Par exemple, la gestion de cas, les traitements de santé mentale et le traitement à plus long terme de la toxicomanie sont abordés de manière auxiliaire et sont souvent traités séparément des besoins en matière de logement et de stabilisation.

CONTEXTE SYSTÉMIQUE

Les services de traitement en résidence dans le secteur de SMEA sont regroupés dans un système de santé plus vaste, comprenant des programmes de soins primaires, de soins actifs et de programmes spécialisés de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies. Pour diverses raisons historiques, ces secteurs, ainsi que les fournisseurs de services et les établissements qui les composent, ont été organisés et gérés en silos. En conséquence, les fournisseurs de services ont des conceptions différentes de leurs rôles et responsabilités respectifs dans la fourniture de services relatifs à SMEA. Pour les enfants, les jeunes et les familles, la conséquence a été de suivre des parcours de soins incohérents et déroutants, à mesure que leurs problèmes s'intensifient, souvent sans que leurs besoins soient satisfaits.

Lorsque les familles d'enfants et de jeunes ayant des besoins de soins actifs et complexes ne disposent pas de services au niveau de la communauté ou des soins primaires, elles se tournent vers le service d'urgence de l'hôpital pour obtenir de l'aide.

En raison de ces itinéraires de soins incohérents et déroutants, un nombre disproportionné d'enfants, de jeunes et de leurs familles demandent de l'aide en santé mentale au service d'urgence local, quelle que soit la capacité de l'hôpital à répondre de manière appropriée à leurs besoins. Il en résulte que les enfants et les jeunes reçoivent un traitement et des soins à des niveaux d'intensité inappropriés par rapport à leur niveau de besoins. De plus, le manque de services intensifs dans la communauté pour les enfants et les jeunes ayant des besoins actifs et complexes contribue à l'inefficacité de l'accès aux soins et de la prestation d'un traitement efficace et adapté au niveau de besoins.

Des études récentes ont démontré une augmentation alarmante de l'utilisation des hôpitaux pour les problèmes de santé mentale et de toxicomanie chez les enfants et les jeunes. Depuis 2006, il y a eu une augmentation de 72 % du nombre de jeunes qui se rendent à l'urgence et une augmentation de 79 % des taux d'hospitalisation pour des problèmes de santé mentale et de toxicomanie[1]. Tout cela se produit pendant une période où pour l'ensemble du Canada, le nombre d'hospitalisations chez les enfants et les jeunes pour d'autres conditions a diminué de 22 %. Le pourcentage de clients ayant au moins trois visites à l'urgence pour troubles mentaux était de 38 %, comparativement à 15 % pour les autres problèmes. Pour trois hospitalisations ou plus, ces chiffres sont respectivement de 9 % et 4 %. Le séjour médian à l'hôpital pour troubles mentaux était de six jours, comparé à deux jours pour les autres affections. Ces tendances témoignent d'un manque important de services de santé mentale pour les enfants et les jeunes au niveau de la communauté, ainsi que de problèmes d'accès.

Bien qu'il y ait un grand nombre de raisons pour lesquelles des jeunes sont retirés de la maison par des SAE, dont la plupart ne sont pas spécifiquement liées à la santé mentale des jeunes, bon nombre de ces enfants et jeunes sont aux prises avec des problèmes de santé mentale, parfois très importants^[1]. Lorsque les jeunes sont retirés de leur foyer, les SAE doivent prendre des décisions de placement de façon assez immédiate et l'attente d'un lit de traitement intensif dans une agence de SMEA (même s'il s'agit de la destination de service la plus appropriée) n'est pas une option. (D'après les travaux du groupe de travail sur les services résidentiels, convoqués par certaines des SAE de l'Ontario, on estime que dans certaines régions de la province, plus de 40 % des jeunes pris en charge dans des foyers de groupe devraient en fait être confiés à un organisme de SMEA[2].) En conséquence, les SAE sont souvent obligées de placer les jeunes atteints de problèmes de santé mentale importants dans des ressources externes rémunérées, qui sont systématiquement incapables de répondre à leurs besoins, même si leurs coûts sont souvent plus élevés.

La valeur et l'efficacité des « bons services au bon moment et par le bon fournisseur » constituent un principe bien compris dans le secteur des soins de santé. Plusieurs facteurs confondent cette approche en matière de santé mentale des enfants et des jeunes, notamment l'absence de protocoles

thérapeutiques bien définis. Les services de base en santé mentale pour les enfants et les jeunes existent sur un continuum d'intensité et trop souvent, des services intensifs, y compris des services en résidence, sont réservés en tant qu'intervention de dernier recours, à utiliser uniquement lorsque toutes les autres options ont été épuisées. Les enfants et les jeunes ayant des besoins complexes en bénéficient lorsque les services intensifs constituent un élément bien établi d'un système de soins complet, réservé aux jeunes qui font face à des problèmes de santé mentale graves et qui, pour diverses raisons, ne peuvent pas vivre en toute sécurité et avec succès avec leur famille pendant une certaine période. Comme toute autre composante du système de soins de santé, les services de traitement en résidence doivent fonctionner en relation avec d'autres services et en coordination avec eux, par exemple pour détourner ou aider à mettre graduellement fin à une période de soins hospitaliers.

En tant qu'intervention très intensive, les services de traitement en résidence doivent être réservés aux personnes présentant des besoins extrêmement complexes aptes à bénéficier de cette intensité de traitement. Cependant, les enfants et les jeunes sont placés dans des services de traitement en résidence pour plusieurs raisons. Certains placements résultent d'environnements domestiques difficiles et d'une capacité parentale compromise, tandis que d'autres résultent de la dysrégulation émotionnelle et comportementale importante d'un enfant ou d'un jeune qui met les autres en danger. Plutôt que de fournir à ces enfants et à ces jeunes le bon traitement en résidence au bon moment, le système de services considère trop souvent ce traitement comme un « placement de dernier recours » après épuisement de tous les autres services plutôt que comme un outil efficace et précieux de traitement dans le cadre d'un plan de traitement complet.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

En Ontario, il n'y a pas d'indicateurs de profil et de diagnostic cohérents et bien définis pour le placement en traitement en résidence. Sans critères clairs d'admissibilité et d'aptitude, il n'est pas possible de déterminer de manière cohérente (a) si une personne bénéficierait d'un traitement en résidence, (b) de la méthode de traitement la plus appropriée, (c) du plan de sécurité approprié, ou (d) de l'impact que l'enfant ou le jeune pourrait avoir sur les autres clients et le personnel d'un programme. Les outils d'évaluation communs et les lignes directrices du programme ne sont pas en place pour aider les cliniciens à déterminer quand un traitement en résidence est approprié. Sans outils d'évaluation standardisés et critères connexes qui définissent et désignent un enfant ou un jeune comme « complexe », il est très difficile d'assurer la cohérence dans tout le secteur et de faire en sorte que des types similaires d'enfants et de jeunes soient aiguillés et aient accès à des traitements en résidence.

À la place de processus communs d'évaluation et de dépistage, le MSEJ a mis en place des comités d'accès résidentiel dans l'ensemble de la province. Tout aiguillage fait par un fournisseur à un service de traitement en résidence doit être présenté à ces comités d'accès locaux pour approbation. Les comités ont pour but de relever les aiguillages appropriés et de prioriser les admissions. À l'heure actuelle, chaque comité a son propre processus pour déterminer la pertinence et la hiérarchisation des priorités, qui diffèrent considérablement. Il n'existe aucun processus ou outil normalisé permettant de déterminer le caractère approprié, le risque ou les besoins.

PRATIQUES FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES

Le traitement en résidence chez les enfants et les jeunes a fait l'objet d'un examen minutieux afin de démontrer que cette ressource très intrusive, intensive et coûteuse contribue de manière constante et fiable à l'amélioration des résultats pour les enfants et les jeunes. Il n'y a pas d'essais contrôlés randomisés (ECR) permettant de tirer des conclusions solides, les services de traitement en résidence étant extrêmement hétérogènes et dépourvus d'attentes standardisées. En outre, un nombre croissant d'options de traitement à base familiale et à domicile, moins intrusives et moins coûteuses, qui sont en mesure de produire des résultats positifs un vu le jour ces dernières années.

De nombreux services de traitement en résidence ne souscrivent pas à l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes dans le milieu et la recherche sur la mise en œuvre et l'efficacité de pratiques fondées sur des données probantes dans le traitement en résidence est insuffisante. James, Alemi et Zepeda (2013) ont examiné la recherche sur les interventions individuelles utilisées dans les soins de traitement en résidence et n'ont trouvé que 13 études admissibles faisant état de 10 interventions. Les interventions ont varié en ce qui concerne les approches de traitement et, dans l'ensemble, les études ont rapporté des améliorations importantes dans des domaines tels que l'achèvement du programme, les traumatismes, la dépression, l'agressivité, la toxicomanie et le fonctionnement de la famille. Cependant, en raison de « biais considérables », de « faiblesses méthodologiques » importantes et de « manque de clarté méthodologique », James considère les résultats tout au plus comme préliminaires.

L'examen de James (2011) sur les interventions in situ n'a pas produit de meilleurs résultats. Malgré l'utilisation de critères d'inclusion stricts et l'identification de cinq modèles de traitement en résidence élaborés spécifiquement pour les jeunes, la revue de James « indique une base de connaissances extrêmement réduite compte tenu des décennies d'existence de certains modèles » (James et coll., 2015, p. 151). Il a conclu que la recherche était beaucoup trop faible pour recommander un modèle de traitement en un seul milieu.

Bien qu'il soit très recherché et qu'il consomme une quantité importante de fonds provinciaux pour la santé mentale des enfants et des jeunes, le traitement en résidence n'est généralement pas en mesure de documenter les résultats positifs pour les enfants et les jeunes, en particulier les résultats qui durent après le congé ou une approche efficace de l'utilisation du programme dans l'ensemble de la province.

Bien que l'efficacité du traitement en résidence par rapport aux autres formes de traitement ou de modèles alternatifs de traitement en résidence n'ait pas été clairement démontrée, il est convenu dans la littérature que le traitement en résidence est exigé en tant que composante d'un continuum de programmes de santé mentale pour les enfants et les jeunes ayant des besoins importants et complexes qui exigent des soins et des traitements sur 24 heures. Bien que le traitement en résidence soit plus coûteux, intrusif et restrictif que d'autres alternatives communautaires, ces services renforcent le système de santé mentale en fournissant des services aux enfants et aux jeunes qui sont soit trop difficiles à traiter chez eux, soit qui n'ont pas bénéficié de services de soins hospitaliers ou communautaires (Lyon, Woltman, Martinovich, et Hancock, 2009) (Kott, 2010). Toutefois, il est difficile de déterminer l'efficacité des services de traitement en résidence jusqu'à ce qu'une compréhension mutuelle et une définition fondamentale du traitement en résidence soient établies (Kott, 2010).

Bien que les services de traitement en résidence soient probablement les services de santé mentale communautaires les plus coûteux et les plus intrusifs offerts en Ontario, ils se sont développés (ou non) de manière fragmentée et opportuniste en l'absence de toute évaluation provinciale des besoins, d'orientation stratégique ou de plan de distribution des programmes dans la province. Les fournisseurs, qu'il s'agisse d'organismes de paiements de transfert à but non lucratif ou d'entités gouvernementales

directement exploitées ou privées à but non lucratif ou à but lucratif à honoraires quotidiens conçoivent et développent généralement des programmes basés sur leurs compétences, leurs philosophies et leurs priorités, en fonction de la demande locale à l'époque.

Les services résultants ne sont probablement pas comparables en ce qui concerne la conception du programme, les types de services thérapeutiques et les disciplines professionnelles impliquées, les profils cliniques, les ratios personnel-client, les caractéristiques du contexte de vie, la durée du séjour, les exigences en matière d'âge, les limites géographiques et la disponibilité des lits. En outre, leur capacité d'adaptation à l'évolution des besoins locaux limitée. De plus, l'accès aux services de santé mentale n'étant pas obligatoire, les fournisseurs ne sont pas tenus d'élaborer des programmes pour les enfants et les jeunes dont les besoins ne sont pas bien desservis par les programmes existants, ce qui signifie qu'ils peuvent accepter ou refuser les aiguillages en fonction de la capacité de l'organisme plutôt que de la gravité du besoin.

APPROCHE EN MATIÈRE DE FINANCEMENT

Le modèle de financement actuel n'a pas suivi le rythme de l'inflation des coûts de la « construction physique » et de la dotation. La capacité en Ontario a été largement déterminée par le financement du gouvernement plutôt que par la nécessité (Rapport du vérificateur général, 2008). Les budgets ont généralement été basés sur, au mieux, les dépenses plutôt que sur le coût du programme. De façon anecdotique, nous comprenons que de nombreux services de traitement en résidence pour enfants et adolescents financés par le gouvernement fonctionnent à déficit, puisant dans les fonds réservés à d'autres programmes moins coûteux, à la collecte de fonds privés et à la gestion des lits disponibles pour gérer les dépassements de coûts. Le financement de SMEA n'ayant pas suivi le rythme de l'inflation, nous assistons à une augmentation du nombre de fermetures de services de traitement en résidence pour des raisons financières, notamment le manque de financement pour le soutien clinique requis pour traiter les clients complexes de manière sûre et efficace. Les fermetures ont lieu en l'absence d'un plan de services provincial ou, dans certains cas, local, coordonné, fondé sur des décisions « ponctuelles » des organismes prestataires, motivés par des pressions fiscales.

Dans cet ensemble de programmes non planifié et en grande partie indifférencié, les enfants et les jeunes doivent s'intégrer dans le programme que les fournisseurs individuels élaborent et que les fonds publics (ou que les familles/soignants peuvent se permettre), plutôt que d'avoir accès à un programme qui est le plus susceptible d'aborder leurs besoins particuliers de traitement.

DÉFIS EN MATIÈRE D'ACCÈS

Comme dans le continuum de services de SMEA, la disponibilité d'un traitement de santé mentale en résidence n'est pas équitable en Ontario ou parmi les populations d'enfants et de jeunes. Il existe en Ontario d'importantes populations qui n'ont pas accès aux services ou qui sont mal desservies par les services disponibles, notamment les groupes marginalisés sur le plan socioéconomique, les peuples autochtones, les personnes racialisées, les membres de la communauté LGBTQI2S+, les clients complexes du point de vue médical, les nouveaux arrivants, les immigrants, les francophones et les personnes vivant dans des régions éloignées et rurales, y compris le Nord de l'Ontario.

Il existe de nombreuses recherches qui documentent les risques accrus pour la santé mentale d'appartenir à un groupe marginalisé, sans toutefois apporter de réponse formelle à leurs divers besoins. Les services conçus pour le grand public peuvent ne pas être en mesure de répondre efficacement à leurs besoins et de favoriser des résultats positifs.

La géographie de l'Ontario contribue également aux problèmes d'accès équitable aux services appropriés. Les enfants et les jeunes ayant des problèmes de santé mentale complexes doivent souvent quitter le Nord pour avoir accès aux services, pendant des mois et parfois des années. Cela signifie que la plupart des enfants et des jeunes du Nord qui ont besoin d'un traitement en résidence sont séparés de leur famille et de leur communauté à un moment où ils sont le plus vulnérables et les communautés dans lesquelles ils retournent ne sont pas bien équipées pour soutenir un traitement communautaire continu. Cela peut créer un cycle d'hospitalisations, d'implication des services d'aide à l'enfance, de nouveaux placements en dehors du domicile, de traumatismes familiaux et, dans les pires situations, de décès par suicide.

Les besoins des enfants et des jeunes qui nécessitent un traitement en résidence ne sont pas homogènes, que ce soit en termes de diagnostic ou de degré de déficience fonctionnelle. Les réponses au traitement dont ils ont besoin de la part de SMEA doivent être différenciées de la même manière. Conformément aux leçons retenues des soins de santé en général, nous savons que lorsqu'un programme tente de tout bien faire, il finit inévitablement par surtraiter certains ou de ne pas soigner d'autres. À l'heure actuelle en Ontario, il n'existe aucune possibilité de différencier les programmes de traitement en résidence dans les communautés, même si, de façon anecdotique, nous savons qu'ils ont une capacité clinique très différente, des programmes différents et des installations physiques différentes. Un nombre relativement restreint d'enfants et de jeunes en Ontario nécessiteront un traitement hautement spécialisé dans le cadre de programmes, comportant peut-être un bassin provincial, qui disposent d'équipes cliniques 24 h sur 24, sept jours par semaine et d'un environnement de traitement qui atténue les risques physiques. Un groupe un peu plus important peut bénéficier de programmes régionalisés, où la prévalence est suffisante pour justifier cette approche. Il est possible que les besoins du plus grand groupe d'enfants et de jeunes puissent être satisfaits par le biais de programmes plus « locaux » offrant un contexte de vie thérapeutique et un accès à des cliniciens consultants. Les meilleures pratiques cliniques et la responsabilité financière nous contraindraient à différencier nos ressources, comme indiqué à la figure 2 du chapitre 4.

RESPONSABILITÉ ET QUALITÉ

Les processus actuels d'assurance de la qualité pour le traitement en résidence sont l'octroi de licences et, dans une certaine mesure, la conformité aux directives de financement. Ils s'appliquent différemment aux fournisseurs financés directement par le gouvernement et à d'autres entités, y compris des prestataires privés.

Le régime ontarien de délivrance de permis de résidence pour enfants et adolescents a récemment été mis à jour dans la nouvelle **Loi sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille** et définit les exigences législatives et réglementaires applicables à tous les titulaires de permis de résidence. Les normes et pratiques provinciales en matière de délivrance de permis établissent un seuil minimal plutôt qu'une véritable mesure de la qualité. Cela permet de garantir que les droits fondamentaux et les mesures de sécurité sont en place pour les enfants et les jeunes pris en charge, mais ne traite pas des problèmes liés à l'efficacité du traitement et de la capacité de répondre de façon appropriée aux besoins uniques. Les programmes pour adultes ne sont pas autorisés.

Avec l'introduction des services de base, y compris les services intensifs, le MSEJ a introduit en 2014 les **Exigences et directives du programme n° 01** : Services de base et processus clés (PGR no 01). Ces attentes minimales s'appliquent uniquement aux fournisseurs de soins de santé mentale en résidence financés par le MSEJ, et non aux autres fournisseurs de traitement en résidence.

La plupart des fournisseurs financés par le gouvernement ont obtenu l'agrément d'une entité qualifiée, tels que le Centre canadien d'accréditation ou Agrément Canada, pour tous leurs services, y compris les services de traitement en résidence, bien que ce ne soit pas obligatoire.

Certains organismes fournisseurs ont innové dans leur propre domaine pour tenter d'améliorer la qualité des services intensifs qu'ils fournissent aux enfants et aux jeunes ayant les besoins les plus complexes. L'amélioration continue de la qualité n'est pas une activité financée dans les budgets de SMEA; il existe donc une grande variabilité entre les fournisseurs quant à la capacité qu'ils peuvent mettre à travailler seuls dans les domaines de l'analyse des données, de la mesure du rendement et de la formation du personnel, entre autres. Les nombreux exemples intéressants comprennent :

- Kinark Child and Family Services a publié en 2015 un document de politique intitulé **Strengthening SMEA Residential treatment through Evidence and Experience** (Renforcer le traitement résidentiel de SMEA selon les critères de la preuve et de l'expérience). Ce document résume les 30 dernières années de recherche internationale dans ce domaine, il examine l'expérience de ses propres programmes de traitement résidentiel, recense neuf facteurs essentiels de réussite pour un traitement SMEA en résidence et fournit quelques recommandations pour un changement de système. Kinark a maintenant élaboré un outil (l'outil d'évaluation du traitement en résidence [START]) pour évaluer les programmes par rapport à ces facteurs de réussite, qui a été validé en partenariat avec d'autres fournisseurs.
- Une collaboration entre l'Hôpital régional de Windsor, le Centre régional pour enfants (CRE) Hôtel Dieu Grace Healthcare, Maryvale Adolescent and Family Services et le Conseil scolaire de Windsor-Essex (salle de classe article 23 à Maryvale) se concentrait sur la qualité en élaborant un continuum de soins modèle. Si un infirmier ou une infirmière de triage soupçonne qu'un enfant ou un jeune à l'urgence fait face à une crise de santé mentale, un travailleur en situation de crise du CRE est contacté. Le travailleur en situation de crise effectue une évaluation de la santé mentale et si l'enfant est considéré comme admissible, il est admis dans un lit classé selon l'annexe 1 à Maryvale. Un enfant ou un jeune soupçonné de faire face à une crise de santé mentale, mais qui n'est pas admis est aiguillé vers les services de la clinique sans rendez-vous du CRE.

MAIN-D'ŒUVRE

À l'instar du secteur de SMEA, d'une manière générale, les fournisseurs de traitement en résidence font face à une constellation de problèmes liés à la main-d'œuvre. Le travail de première ligne et clinique dans ces contextes est sans doute le travail le plus difficile et le plus exigeant dans le secteur de SMEA : il est basé sur des quarts de travail et il porte sur des clients très complexes qui présentent un degré de risque élevé. Les recherches limitées dans ce domaine confirment que les membres du personnel régulièrement confrontés à des comportements difficiles sont plus rapidement victimes d'épuisement professionnel et de problèmes médicaux, car ils se sentent souvent sans soutien, agités et dépassés (Van Oorsouw, Embregts, Bosman et Jahoda, 2010). En outre, Willems et ses collègues (2010) ont constaté qu'au fil du temps, le personnel de traitement en résidence peut présenter des signes de dépression, de désespoir et d'indifférence.

Alors que les travailleurs de première ligne de traitement en résidence, généralement les praticiens de soins de l'enfance et de la jeunesse (PSEJ), sont formés pour aider les enfants, les jeunes et les familles à mieux faire face aux défis personnels et quotidiens, la formation qu'ils reçoivent est limitée par rapport à la complexité du travail. En effet, il n'existe pas de normes cohérentes ou obligatoires pour les qualifications de formation initiale. Compte tenu de ces qualifications plus limitées, mais malgré la difficulté du travail, les travailleurs de première ligne sont les employés les moins rémunérés du secteur de SMEA, engagés dans la prestation de traitements, et même en dehors du secteur de SMEA, les PSEJ sont nettement mieux payés dans les secteurs de l'éducation et des hôpitaux.

EXEMPLES

« En sécurité avec intervention », le rapport du groupe d'experts sur le décès d'enfants et de jeunes en placement résidentiel établi par le Bureau du coroner en chef de l'Ontario a révélé que les limites de notre approche actuelle nous poussent à placer les jeunes dans des milieux très coûteux, qui ne sont pas seulement incapables de répondre à leurs besoins, mais augmentent le risque auquel ils sont exposés, avec des conséquences tragiques.

Plusieurs exemples illustrent la complexité des besoins de certains de nos enfants et de nos jeunes placés dans des environnements non équipés pour répondre à leurs besoins de traitement.

Omar est également un garçon de 11 ans admis dans un programme de traitement en établissement et de jour. Il a reçu un counseling/thérapie avant son admission. Son mode de vie avec son fournisseur de soins s'est effondré en raison de son risque de plus en plus élevé et de son comportement dangereux, en particulier des idées suicidaires, des menaces d'automutilation (p.ex. courir dans la circulation, boire de l'essence) et dans des tentatives de fuite. Il a été pris en charge par la SAE. Il a eu trois placements en foyer de groupe avant son admission. Omar a été retiré de chez ses parents biologiques à l'âge de 3 mois, puis placé chez ses grands-parents et au moins trois autres placements. Il a été exposé à des problèmes liés à la santé mentale des adultes, à la toxicomanie et à la violence. Omar a commencé à afficher un comportement difficile en tant qu'enfant en bas âge et il a reçu plusieurs diagnostics, notamment des troubles d'apprentissage, une présentation combinée du trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (trouble sévère), un trouble de l'attachement et un trouble de défi par opposition. Il présente une dysrégulation comportementale, qui se traduit souvent par des comportements agressifs dirigés contre le personnel (par exemple, frapper, donner des coups de pied, donner des coups de poing) et la destruction de biens. Il a des pensées suicidaires et des comportements autodestructeurs. Omar nécessite souvent une supervision individuelle. Son manque de confiance et ses sentiments de désespoir et les comportements associés lui ont rendu difficile de s'engager dans un traitement. Lentement, il a commencé à progresser dans ses séances individuelles et a également connu des succès avec la structure et le soutien de la classe de traitement de jour.

Jolene est une jeune Autochtone de 15 ans d'une communauté du Nord accessible par avion qui fréquente une école à Thunder Bay. Elle est à Thunder Bay depuis près de deux mois et son école et le fournisseur de services autochtone local lui apportent un soutien pour la consommation de drogue, la dépression, l'anxiété et l'automutilation. Jolene a de longs antécédents de traumatisme, notamment d'agression sexuelle. Bien qu'elle n'ait jamais été prise en charge, les deux plus jeunes membres de sa famille ont été sous les soins du service de protection de l'enfance à plusieurs reprises. L'un d'eux est actuellement placé avec un membre de sa famille à Kenora, l'autre chez ses grands-parents dans sa communauté d'origine. Jolene craint que les besoins de son frère et de sa sœur ne soient pas satisfaits; c'était son travail. La famille de Jolene a une longue histoire en matière de pensionnats indiens. Tous ses grands-parents ont été forcés de le faire. Son père purge actuellement une peine d'un an pour voies de fait graves au Manitoba. Sa mère vit à Thunder Bay depuis un an et est abstinent. Elle vit à Thunder Bay pour aller à l'école et essayer de rassembler sa famille. Jolene s'ennuie terriblement de la maison; l'IA à l'école la traite pour une dépression majeure. Jolene a récemment tenté de se suicider à deux reprises, la dernière étant une surdose intentionnelle de drogue en état d'ébriété. Jolene est maintenant dans l'unité régionale des adolescents de l'hôpital régional en attente d'un placement en établissement. Elle a accepté à contrecœur d'y aller, mais il n'y a pas de lits à Thunder Bay. La famille, malgré le traumatisme qu'elle a subi, est très proche de sa communauté et de sa culture. Ils veulent des services plus près de chez eux avec un accès aux Aînés et aux soutiens de guérison traditionnels. Récemment, Jolene, avec l'aide de sa grand-mère et de son aînée dans sa communauté, a renoué avec sa culture et a commencé à apprendre la langue.

CONCEPT À PLUSIEURS VOLETS PROPOSÉ

Les enfants et les jeunes aux prises avec les problèmes de santé mentale les plus importants et les plus complexes, pour lesquels vivre à la maison n'est pas une option pour une période donnée, ont besoin de services de traitement rapides et de qualité, qui sont proches de chez eux et adaptés à leurs besoins spécifiques; qui offrent une expérience positive et génèrent des résultats positifs; et qui soutiennent et facilitent le retour à la maison dès que cela est approprié et possible.

Pour pouvoir répondre à ces besoins, les services de traitement en résidence de SMEA en Ontario doivent être organisés en un système à plusieurs volets, qui distingue les « soins » du « traitement » et qui classe les services en fonction de la capacité du fournisseur à faire face aux besoins et à la complexité croissants. Ces services doivent être planifiés à l'échelle provinciale, les services les plus spécialisés (et les plus coûteux/les moins utilisés) étant offerts aux niveaux régional et provincial. Et tous ces services doivent opérer dans le contexte du secteur de SMEA en général et du système de santé, par exemple, le traitement en résidence étant utilisé comme un recul par rapport aux services hospitaliers, le cas échéant.

Le groupe actuel de fournisseurs de traitement en résidence tente de répondre à tous les besoins de tous les enfants et de tous les jeunes auxquels ils s'adressent, avec des ressources et des capacités cliniques différentes. Un système de services à plusieurs volets permet d'adapter les bons services à chaque client, favorisant ainsi de meilleurs résultats et des services plus efficaces et efficaces. Bien que certaines agences de SMEA aient passé un contrat avec des fournisseurs de traitement en résidence, leur capacité est mieux adaptée pour effectuer d'autres types d'interventions intensives, mais moins coûteuses. Comme la plupart des interventions non résidentielles seront également moins coûteuses, cela permettra à davantage d'enfants et de jeunes de bénéficier d'un service plus efficace avec le même financement ou un financement moindre.



- Le premier volet concerne les soins de groupe en résidence destinés aux enfants et aux jeunes qui ont besoin d'un placement à l'extérieur du domicile sans avoir de problèmes de santé mentale. Les volets deux à cinq fournissent des traitements de santé mentale à des niveaux d'intensité et de complexité croissants. Le volet cinq représente les services de traitement en milieu hospitalier ou sécurisés. Les volets 2 et 3 sont des environnements de traitement avec accès direct à des équipes interprofessionnelles, avec des clients présentant des profils de risque différents.
- Le volet quatre est un programme « progressif/régressif » qui aide les clients à passer de la phase cinq à la transition entre des programmes de niveau supérieur (volet cinq) ou moins intensifs (programmes du volet 3 ou communautaires). À l'heure actuelle, il n'y a que quelques programmes dans la province qui traitent avec succès les enfants et les jeunes qui présentent un risque élevé et qui ont des besoins en santé mentale très importants et complexes. De nombreux jeunes ont eu de très mauvais résultats dans des environnements communautaires lorsque leurs comportements et leurs besoins dépassaient la capacité de leur programme. Souvent, à ce stade, les hôpitaux étaient la seule option.
- Cette conception comprendra un quatrième volet, un programme intensif très spécialisé visant à stabiliser et à évaluer de manière exhaustive les jeunes et à cibler des besoins spécifiques en matière de santé mentale ayant un impact négatif sur le fonctionnement du jeune et de la famille. Le service comportera une composante communautaire (non résidentielle) robuste et complète, ainsi que des capacités ciblées hors domicile. Ce service travaillera en étroite collaboration avec les services de volet cinq et moins intensifs de la communauté, afin de garantir que les jeunes à risque élevé et aux besoins complexes bénéficient d'un soutien leur permettant de fonctionner de manière durable dans la communauté.
- Les services du volet quatre sont en grande partie manquants en Ontario, ce qui entraîne une sous-réponse des jeunes qui sortent des services en milieu hospitalier, ainsi qu'une réponse excessive de la part des jeunes qui font appel de façon inappropriée aux salles d'urgence des hôpitaux pour des besoins de santé mentale non actifs. . Pour apporter une réponse efficace aux jeunes qui présentent des besoins importants ou graves en matière de santé mentale, en les détournant des services hospitaliers coûteux et en offrant un service réduit, un service intensif spécialisé, basé sur la communauté, est requis.

Un système de traitement en résidence de SMEA remodelé, qui vise à maintenir les familles unies et à mieux faire correspondre les besoins des clients à des services appropriés et de haute qualité au bon moment pour optimiser les résultats du traitement réduira considérablement la mesure dans laquelle nous éloignons les jeunes de leur foyer.

Dans certaines zones de services, la demande de lits de traitement en résidence dépasse de loin la disponibilité et chaque année, à des coûts démesurés, les jeunes des zones mal desservies telles que le Nord de l'Ontario sont envoyés partout dans la province pour y être placés, car la capacité de leur région est insuffisante. Généralement, ils sont placés dans des établissements privés à but lucratif qui ne sont pas en mesure de fournir un traitement. Dans d'autres zones de services, le maintien des taux d'occupation devient une pression qui pousse les programmes à admettre des clients pour lesquels ils ne disposent pas d'un programme approprié. Souvent, les places vacantes dans ces programmes ne sont pas dues à un excès de lits de traitement, mais aux besoins très complexes de certains enfants et de certains jeunes qui dépassent la capacité d'intervention des fournisseurs en toute sécurité. Les normes actuelles en matière de formation et d'allocation des ressources n'ont tout simplement pas suivi le rythme des exigences actuelles en matière de services. Pour un coût bien moindre, ces enfants et ces jeunes pourraient être desservis par un système de programmes hiérarchisés bien organisé et distribué équitablement, offrant de bien meilleurs résultats pour les jeunes.

Pour garantir l'efficacité de ces interventions de traitement intensif en résidence et étant donné que l'objectif du traitement en résidence est d'obtenir des résultats positifs et durables pour les enfants et

les jeunes (Dougherty, Strod, Fisher, Broderick et Lieberman, 2014), l'adoption d'un système de mesure prenant en compte les résultats fonctionnels à court et à long terme est cruciale. Les services de traitement en résidence qui mesurent les résultats à long terme « sont mieux préparés pour évaluer en quoi des changements dans leurs propres pratiques peuvent améliorer les résultats après le congé de l'hôpital. Ils sont également mieux placés pour exprimer leur valeur dans un système de soins et réagir aux changements dans les systèmes de soins de santé et de services à la jeunesse et à la famille » (Dougherty et coll., 2014, p. 183).

Il est également impératif d'aider les fournisseurs de services à mesurer le rendement du programme. Dans le secteur américain des soins de santé mentale, les systèmes de mesure du rendement servent à évaluer l'efficacité des programmes et des services, ainsi que la mesure dans laquelle les pratiques exemplaires et le soutien facilitent les efforts de traitement (American Association of Children's Residential Centers [AACRC], 2014). Cependant, il n'existe pas de tel système en Ontario ou à l'échelle nationale. C'est un considérable domaine de possibilité future.

Il est important de noter que les fournisseurs doivent également mesurer l'expérience des familles en matière de soins, car nous comprenons à quel point elle est inextricablement liée à de meilleurs résultats pour les clients. Notre leadership dans le projet pilote Perceptions des soins pour les enfants et les jeunes en Ontario, décrit en détail au chapitre 1, nous permet de bien intégrer cette fonction à un cadre global de mesure du rendement des services de traitement en résidence.

Le gouvernement entend aider les familles, rendre les services plus efficaces et assurer de meilleurs résultats aux clients. Nous croyons que l'Ontario a la possibilité de devenir un chef de file dans la prestation efficace de traitements en résidence de SMEA. Il est généralement admis que l'utilisation d'un traitement en résidence intrusif et coûteux devrait être réservée aux enfants et aux jeunes considérés comme ayant les besoins les plus complexes lorsqu'ils ne peuvent pas être satisfaits par d'autres interventions moins intrusives. Ce n'est pas la même chose que de considérer ces services comme « le dernier recours [du traitement] », comme indiqué précédemment. Ces jeunes ont besoin d'un éventail de programmes de traitement intensifs non résidentiels fondés sur des données probantes qui répondent efficacement à leurs besoins complexes tout en les appuyant dans leur famille ou leur milieu de garde.

