



The Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health at CHEO
Le Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des ados

L'accès et les temps d'attente en santé mentale des enfants et des adolescents : *Document d'information*

15 octobre 2010

(Version révisée juillet 2011)

L'Association canadienne de soins de santé pédiatrique
The National Infant, Child, and Youth Mental Health Consortium Advisory
Le Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des ados

Soumis respectueusement à
l'Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents
(IRSC – IDSEA)



REMERCIEMENTS

The National Infant, Child and Youth Mental Health Consortium Advisory :

D^r Simon Davidson

Chef régional de la psychiatrie spécialisée et des services de santé mentale aux enfants et aux adolescents

Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario/Centre de santé mentale Royal Ottawa

D^r Stanley Kutcher

Professeur de psychiatrie

Université Dalhousie

Chaire Sun Life de santé mentale des adolescents

Centre de santé IWK

Directeur

Centre de collaboration OMS/PAHO

D^r Ian Manion

Directeur général

Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des ados

Coprésident

Consortium national pour la santé mentale des enfants et des adolescents

D^r Patrick McGrath

Professeur de psychologie, pédiatrie et psychiatrie; chaire de recherche du Canada

Université Dalhousie

Vice-président de la recherche

Centre de santé IWK

Nancy Reynolds

Présidente et PDG

Alberta Centre for Child, Family and Community Research

Chef de l'administration :

Elaine Orrbine

Présidente et PDG

Association canadienne des centres de santé pédiatrique

REMERCIEMENTS

Consultation, préparation et rédaction de la recherche :

Katie Byford Richardson, candidate au MSW

Université McGill

Spécialiste de l'information :

Becky Skidmore

Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des adolescents

Parrains :

Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents

Instituts de recherche en santé du Canada

Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des ados

SOMMAIRE

L'analyse des données disponibles sur la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents révèle un ensemble de travaux qui sont assez vieillis, hautement variables et ne reflètent pas nécessairement la population canadienne dans toute sa diversité, spécialement les Autochtones et les immigrants. Malgré cette lacune importante sur le plan des connaissances, il est possible de conclure, d'après les informations épidémiologiques, qu'un nombre significatif de jeunes Canadiens sont aux prises avec des problèmes de santé mentale. Les effets de ces problèmes sur les enfants et les adolescents sont importants. Les troubles mentaux affectent tous les aspects du fonctionnement d'un enfant à la maison, à l'école et dans la communauté, ce qui affecte son développement global et représente des coûts importants, qu'ils soient sociaux ou financiers (Institut national de la santé mentale, 2001). Ces défis continuent d'affecter les jeunes Canadiens à l'âge adulte; la prévalence sur toute la vie des troubles mentaux est d'environ 46 %, presque 75 % de tous ces cas débutant dès l'âge de 24 ans (Kessler et al., 2005). L'accès à des services efficaces de prévention et d'intervention pendant l'enfance et l'adolescence est d'une importance cruciale pour faire face à la vague de problèmes d'incapacité chronique reliée à la santé mentale à l'âge adulte.

Une étude de la bibliographie concernant l'accès et les temps d'attente révèle des lacunes considérables au niveau des données canadiennes. Bien que les preuves indiquent que les besoins en santé mentale des enfants et des adolescents ne sont généralement pas comblés et que les obstacles à l'accès au niveau du système, de la communauté et de l'individu sont bien documentés, on ne sait pas précisément *qui attend quoi*, de la part de *qui* et *pendant combien de temps*. Afin de commencer à régler la question de l'accès aux services de santé mentale pour les enfants et les adolescents, il est donc nécessaire de collecter et de diffuser des données canadiennes complètes, pour documenter l'état des listes d'attente et du besoin de ces services.

Tout comme les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents du Canada sont considérés comme étant fragmentés, les efforts provinciaux et territoriaux pour régler la question de la santé mentale dans la population pédiatrique et l'accès aux soins de santé, par le biais de lignes directrices claires en matière de politiques, sont également éparpillés. Certains incluent des cadres de politique plus ou moins compréhensibles, d'autres font référence à des besoins en matière de soins de santé pédiatrique uniques dans leur genre, au sein de plans généraux pour la santé mentale, alors que d'autres proposent une mosaïque de programmes visant à combler des besoins spécifiques en matière de santé mentale. Au sein des quatre provinces qui ont formulé des plans de santé mentale spécifiques pour les enfants et les adolescents, on note de grandes variations concernant le niveau auquel l'accès est abordé et

mis en vigueur. Les initiatives internationales en matière d'accès à la santé mentale offrent des éléments de réponse tant dans le domaine des politiques que celui de la pratique. Celles-ci sont soulignées, l'emphase étant mise sur les processus qui pourraient être pertinents au contexte canadien.

En pratique, plusieurs grands thèmes fondés sur les données probantes émergent dans les approches à l'amélioration de l'accès et des temps d'attente, dans tout le continuum des soins. Les soins de télésanté mentale et de santé mentale électronique se sont multipliés au cours de la dernière décennie, s'appuyant sur des recherches solides. De même, des initiatives en milieu scolaire, des activités par des fournisseurs de services de première ligne et des soins centrés sur la famille ont également été adoptés comme moyens d'améliorer l'accès. Des stratégies de gestion des listes d'attente, comme les services intérimaires, ont aussi été passées en revue. Des recherches appliquées devraient continuer d'être effectuées pour bien évaluer ces approches et généraliser leur utilisation aux nouvelles populations, ainsi que pour aider à guider les innovations, tant sur le plan de l'accès que des alternatives aux soins.

La collaboration, les innovations et les soins centrés sur la famille sont identifiés comme étant des principes clés pour guider les efforts en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale des enfants et des adolescents. Les lacunes en matière de recherche, de politiques et de pratique sont analysées et des suggestions sont présentées en vue d'un travail futur. Tout ceci nécessitera un leadership stratégique et des partenariats vigoureux, alors que l'on s'efforce de relever les normes en matière de prestation de soins de santé mentale accessibles, efficaces et acceptables, pour les enfants et les adolescents du Canada.

TABLE DES MATIÈRES

1.0 INTRODUCTION.....	7
1.1 MÉTHODOLOGIE	8
1.2 EN BREF: LA PRÉVALENCE DES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS DU CANADA.....	9
1.3 POSER DES JALONS POUR LE CONTEXTE CANADIEN ACTUEL	10
1.4 CRÉER UN LANGAGE COMMUN: DÉFINITIONS CLÉS.....	12
2.0 RECHERCHE SUR L'ACCÈS ET LES OBSTACLES	14
2.1 ACCÈS, UTILISATION DES SERVICES ET TEMPS D'ATTENTE.....	14
2.2 LES OBSTACLES SYSTÉMIQUES	20
2.3 LES OBSTACLES COMMUNAUTAIRES.....	21
2.4 LES OBSTACLES AU NIVEAU INDIVIDUEL	22
3.0 POLITIQUES: LIGNES DIRECTRICES POUR AMÉLIORER L'ACCÈS.....	26
3.1 POLITIQUES CANADIENNES	26
3.2 PUBLICATIONS INTERNATIONALES SUR L'ÉLABORATION DE POLITIQUES	30
4.0 LA PRATIQUE: AMÉLIORER L'ACCÈS TOUT AU LONG DU CONTINUUM DES SOINS.....	33
4.1 LES APPROCHES POUR AMÉLIORER L'ACCÈS ET LA PRESTATION DES SERVICES.....	33
4.2 STRATÉGIES DE GESTION DE LA LISTE D'ATTENTE	42
5.0 REGARD TOURNÉ VERS L'AVENIR: LES PRINCIPES DIRECTEURS, LES LACUNES ET LES OPPORTUNITÉS	44
5.1 SYNTHÈSE DES LACUNES.....	45
5.2 SUGGESTIONS EN VUE DE TRAVAUX FUTURS.....	46

L'ACCÈS ET LES TEMPS D'ATTENTE EN SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

DOCUMENT D'INFORMATION

1.0 INTRODUCTION

Alors que 14 % des enfants et des adolescents du Canada sont affectés par des troubles mentaux nécessitant une intervention professionnelle (Waddell, Offord, Shepherd, Hua et McEwan, 2002), seulement un sur six aura accès à des soins de santé mentale spécialisés (Offord, Boyle, Fleming, Munroe Blum et Rae Grant, 1989), à des traitements qui ne sont pas nécessairement fondés sur les données probantes ni efficaces. En plus d'avoir un impact énorme sur le bien-être, le développement et les réussites des enfants en matière d'éducation (Institut national de santé mentale, 2001), ces problèmes de santé mentale continuent d'affecter les jeunes Canadiens quand ils deviennent adultes (Kessler et al., 2005), ce qui représente des coûts sociaux, psychologiques et financiers considérables (Institut de médecine, 2009).

Malgré des inquiétudes croissantes concernant les temps d'attente à la hausse dans les services de santé mentale pour les enfants et des adolescents du Canada (Western Canada Waiting List Project, 2001; OPESU, 2005), il existe peu de données sur l'étendue et la complexité du problème. Comme on le verra, les listes d'attente signalées comme étant longues figurent parmi les nombreux facteurs qui nuisent à un accès rapide à des services de santé mentale. Identifier un besoin de service peut être en soi problématique. Par exemple, des recherches sur la durée de la psychose non traitée suggèrent que les jeunes présentant des symptômes psychotiques pourraient ne pas être dépistés pendant des mois ou même des années (McGlashan, 1999; Normal et Malla, 2000). Quand les jeunes sont identifiés comme ayant un problème de santé mentale par des fournisseurs de soins de première ligne, ils pourraient même ne pas être placés sur des listes d'attente, vu la futilité perçue du renvoi, les services spécialisés étant souvent considérés comme inaccessibles.

Ce document d'information se base sur des informations pertinentes provenant de recherches, de politiques et de la pratique, afin d'identifier les lacunes et d'informer le travail à faire pour régler la question de l'accès et des temps d'attente en santé mentale des enfants et des adolescents. Bien que l'étude des données pertinentes soit complète, elle n'est aucunement exhaustive.

Les données sur la prévalence sont présentées avec les facteurs contextuels actuels et les questions de définition. Les recherches concernant l'accès, les temps d'attente et les obstacles aux soins sont résumées. Une discussion des initiatives canadiennes et internationales en matière de politiques pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents est présentée et des exemples pratiques sont tirés du continuum des soins. Pour conclure, on propose un tableau des lacunes sur le plan de la recherche, des politiques et de la pratique, et des suggestions sont faites en vue du travail à effectuer.

1.1 Méthodologie

Des stratégies de recherches électroniques ont été élaborées par une spécialiste chevronnée en matière d'information, en consultation avec la consultante de recherche. Les bases de données suivantes ont été utilisées : PubMed, PsycINFO on OVID, ainsi que la Cochrane Library on Wiley (incluant la Cochrane Database of Systematic Reviews, DARE, HTA, CENTRAL, Methods et NHS EED). Les recherches ont été effectuées le 7 août 2010.

Les stratégies ont utilisé une combinaison de vocabulaire contrôlé (services de santé mentale, accessibilité aux services de santé, listes d'attente, etc.) et de mots clés (santé mentale, accès, temps d'attente, etc.). Les résultats ont été limités aux publications publiées à partir de 2000. Les résultats de PsycINFO ont été limités aux articles de revue et à la langue anglaise.

Plus de 3 000 dossiers uniques ont été extraits. Un ensemble initial de 300 articles a été prétrié par le spécialiste en information, la consultante en recherche vérifiant leur concordance. Tout le prétriage subséquent a été effectué par la spécialiste en information. L'ensemble des citations potentiellement pertinentes en résultant a été passé en revue, et des références spécifiques ont été choisies et regroupées par thèmes par la consultante en recherche.

La bibliographie grise (non publiée) a été identifiée au moyen de recherches dans les sites Web d'organismes pertinents en psychologie et en santé mentale, de ministères gouvernementaux ou de ministères de la santé (l'accent étant mis sur le Canada, les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les pays scandinaves), de centres d'excellence, de sites clés en sciences sociales, etc. Les membres du groupe consultatif ont également identifié des documents clés pour étude dans la bibliographie publiée et non publiée.

1.2 En bref: la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents du Canada

Au cours des 30 dernières années, de nombreux efforts en matière de recherche ont visé l'estimation de la prévalence des troubles mentaux parmi les enfants et les adolescents du Canada. L'*Ontario Child Health Study* (OCHS), une enquête communautaire phare effectuée en Ontario en 1983, a conclu que 18,1 %, des enfants de quatre à 16 ans présentaient au moins un trouble psychiatrique (Offord, Boyle, Fleming, Munroe Blum et Rae Grant, 1989). Ce taux d'un sur cinq résultant des conclusions de l'OCHS est largement cité et continue d'être accepté comme l'une des estimations les plus fiables en matière de prévalence aujourd'hui.

Des travaux plus récents révèlent une gamme de taux de prévalence et une hétérogénéité considérable entre les études épidémiologiques. En 2002, Waddell et ses collègues ont passé en revue six études de la prévalence des troubles psychiatriques chez l'enfant, incluant l'OCHS, l'Enquête sur la santé mentale des enfants du Québec, ainsi que quatre travaux non canadiens (Waddell, Offord, Shepherd, Hua et McEwan, 2002). Cette étude a découvert des taux de prévalence allant de 9,5 à 20,3 %. Des méthodes de combinaison des données ont été utilisées pour suggérer une prévalence globale de 14 %, c'est-à-dire l'équivalent de 1,1 million d'enfants au Canada. Une autre méta-analyse récente effectuée par l'Institut de médecine des États-Unis a décelé un taux de prévalence de 17 % pour les troubles mentaux, émotionnels ou comportementaux chez les jeunes jusqu'à l'âge de 25 ans (O'Connell, Boat et Warner, 2009).

Lançant un filet plus large et utilisant des critères d'exclusion plus stricts, le Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des ados a entrepris une étude systématique des preuves scientifiques actuelles concernant la prévalence (2010). Bien qu'aucune étude canadienne récente ne signale un taux global de prévalence pour les problèmes de santé mentale, l'étude des recherches non canadiennes a révélé des taux variant énormément, entre 0,6 % et 60,7 %. Vu la grande variation au niveau des populations, des méthodes, des définitions des troubles ou de la nature des cas ainsi que des résultats, l'étude conclut que des comparaisons significatives sont impossibles et présente des recommandations en vue d'une étude primaire rigoureuse des problèmes de santé mentale parmi les enfants et les adolescents du Canada.

Une étude des données disponibles concernant la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents révèle des travaux qui sont assez vieillissés, hautement variables et ne reflètent pas nécessairement la diversité de la population canadienne, particulièrement les Autochtones et les immigrants. Malgré cette lacune considérable en matière de connaissances, il est impossible de déduire des informations épidémiologiques qu'un nombre significatif de

jeunes Canadiens sont aux prises avec des problèmes de santé mentale. L'anxiété, les troubles comportementaux et dépressifs figurent parmi les troubles mentaux les plus courants parmi les enfants (Costello et al., 2003). Les effets de ces problèmes de santé mentale et d'autres sur les enfants et les adolescents sont étendus. Les troubles mentaux affectent tous les aspects du fonctionnement de l'enfant à la maison, à l'école et dans la communauté, ayant un impact sur son développement global, et les coûts sociaux et financiers étant estimés comme étant énormes (Institut national de santé mentale, 2001). Ces défis continuent souvent d'affecter les jeunes Canadiens qui atteignent l'âge adulte; la prévalence pendant toute la vie des troubles mentaux est d'environ 46 %, et presque 75 % de tous les cas commencent dès l'âge de 24 ans (Kessler et al., 2005).

1.3 Poser des jalons pour le contexte canadien actuel

Bien que les données en matière de prévalence puissent suggérer un avenir sombre pour la santé mentale des jeunes Canadiens, de nombreux facteurs contextuels indiquent des conditions de changement renforcées. Tout au long de la dernière décennie, plusieurs projets, publications et initiatives ont ouvert la voie aux interventions visant à améliorer l'accès rapide aux services pour les enfants et les adolescents. Bien que certains portent directement sur les soins de santé mentale, la plupart fournissent des suggestions potentiellement applicables à d'autres secteurs de la santé. Un bref résumé fournit une meilleure compréhension du climat présent entourant l'accès aux soins de santé pour les enfants et les adolescents.

- ◆ En 2001, le **Western Canada Waiting List Project** a publié son rapport final : *From Chaos to Order: Making Sense of Waiting Lists in Canada*. Le projet faisait des progrès significatifs en définissant les questions clés et en élaborant des critères importants pour l'établissement de priorités pour cinq domaines de spécialité incluant la santé mentale des enfants. De plus, le rapport souligne le contexte canadien actuel, déclarant : « La longueur signalée des temps d'attente pour les soins a été interprétée comme preuve que le système de soins de santé est inefficace et que l'accès raisonnable aux soins est sérieusement compromis », (p.1).
- ◆ De nombreuses **initiatives provinciales** ont été lancées pour réduire les temps d'attente, comme le British Columbia Surgical Wait List Registry et la Stratégie pour les temps d'attente de l'Ontario.

- ◆ Depuis 2004, le **Fonds fédéral pour la réduction des temps d'attente** a investi plus de 4 milliards de dollars pour suppléer aux investissements provinciaux existants et aider les juridictions à assurer leurs différentes initiatives (Santé Canada, 2007).
- ◆ Statistique Canada a diffusé plusieurs rapports sur l'**Accès aux soins de santé au Canada**, fournissant des informations sur l'accès aux médecins de famille, l'accès 24 heures sur 24, 7 jours sur sept, pour les services de premier contact, les besoins de santé non comblés signalés par les patients eux-mêmes, l'accès non urgent aux services spécialisés et l'attente en vue des soins.
- ◆ La Canadian Child and Youth Health Coalition (CCYHC) a formulé une **Stratégie pour les temps d'attente en chirurgie pédiatrique**, pour déterminer les cibles d'accès dans dix sous-spécialités, déterminer les fardeaux actuels sur le plan des temps d'attente et formuler des stratégies pour gérer ces temps d'attente.
- ◆ En 2006, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, a diffusé son rapport ***De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada***. Culmination de plus de deux ans d'audiences, de brefs, d'études bibliographiques et autres formes d'exploration, le rapport du Comité contient plusieurs recommandations concernant les enfants et les adolescents.
- ◆ Plus récemment, en juin 2010, les instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents (IDSEA), a facilité un **Atelier consensuel sur l'accès aux services de santé mentale pour les enfants et les adolescents**. Presque 60 représentants d'établissements universitaires, d'organismes non gouvernementaux, de ministères gouvernementaux, d'associations professionnelles s'intéressant à la santé des enfants et des adolescents, ainsi que des parents et des adolescents vivant avec ces problèmes, se sont rassemblés pour définir les occasions de recherche axées sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents.

À l'exception de l'atelier récent de l'IDSEA, cette étude des initiatives concernant les temps d'attente souligne le manque d'efforts visant à améliorer l'accès aux services de santé mentale pour la population pédiatrique. Bien que la plupart de ces projets ne concernent pas explicitement les soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents, les leçons peuvent sans aucun doute être appliquées aux mesures à prendre pour améliorer l'accès et les temps d'attente. Tous les projets, publications et initiatives de cette dernière décennie créent un

climat favorable à des changements positifs pour améliorer les soins de santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents du Canada.

1.4 Créer un langage commun: définitions clés

Dans le domaine des recherches scientifiques, des politiques et des pratiques, il n'existe pas de langage partagé existant pour permettre aux spécialistes de se pencher sur l'accès et les temps d'attente en santé mentale des enfants et des adolescents. Non seulement les définitions communes sont-elles absentes dans la communauté de la santé mentale, mais elles manquent aussi dans tous les secteurs affectant les questions de santé mentale. Voici donc ci-dessous quelques suggestions de définitions, provenant de la bibliographie pertinente, qui viennent sous-tendre ce document d'information.

Santé mentale : un état de bien-être dans lequel un individu réalise sa capacité, peut faire face au stress normal de la vie, peut travailler de manière productive et est en mesure de faire une contribution à sa communauté (Organisation mondiale de la santé, 2001).

Maladie ou trouble mental : un problème qui répond aux critères de diagnostic du DSM-IV en matière de trouble mental ou d'abus de substance, incluant la présence de niveaux significatifs de symptomatologie et un déficit du fonctionnement (Institut de médecine, 2009).

Problèmes de santé mentale : difficultés qui pourraient signifier des signes ou symptômes précoces de troubles mentaux (ou comportementaux ou émotionnels), mais ne sont pas fréquents ni assez graves pour correspondre aux critères de diagnostic (Institut de médecine, 2009).

Accès : pouvoir accordé à l'individu qui utilise les soins de santé et bénéficie de services, vu ses circonstances et ses expériences en matière de système de soins de santé. On pourrait considérer que l'accès comporte trois dimensions : (1) disponibilité – inclut l'accès physique et relié au temps, ainsi que les éléments de qualité et quantité disponibles; (2) abordabilité – a trait à la capacité par l'individu de payer le coût entier des soins, incluant les déplacements et la perte de revenu; (3) acceptabilité – définie comme la correspondance entre les attitudes du fournisseur et celles du patient, ainsi que les attentes mutuelles (Boyle, Appleby et Harrison, 2010).

Soins fondés sur les données probantes : l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles pour prendre des décisions concernant le soin de patients individuels (Haynes and Haines, 1996).

Liste d'attente : la file d'attente formée par les patients qui sont jugés comme ayant besoin d'un service de santé où l'offre est inférieure à la demande. Généralement, il y a deux listes : une première attente pour voir le spécialiste qui contrôle l'accès aux services et une deuxième attente pour recevoir le service, une fois que le besoin a été vérifié (Haddorn, 2000).

Temps d'attente : le nombre de jours, de semaines ou de mois s'écoulant entre le moment où le patient est placé sur la liste et le moment où il reçoit les services. Les temps d'attente sont affectés par un certain nombre de facteurs, incluant la capacité du système, le nombre des patients et le nombre des cas très urgents ou urgents (Haddorn, 2000).

Points de repère (ou cibles) en matière de temps d'attente : objectifs de rendement pour le système de santé reflétant un consensus large en matière de temps d'attente médicalement raisonnable, pour les services de santé fournis aux patients (Wait Time Alliance, 2005).

Bien que ces définitions suggérées fournissent un point de départ très frustré, il est évident que davantage de travail est nécessaire pour élaborer un langage partagé, multisectoriel, dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents, particulièrement en ce qui concerne les questions d'accès aux soins. Il faudrait noter que les définitions de listes d'attente, de temps d'attente et de points de repère ne reflètent pas la qualité ni l'efficacité des soins éventuellement reçus. Afin d'améliorer l'accès, il sera nécessaire de se pencher sur ces questions et les définir attentivement, en faisant une distinction entre les *besoins non comblés* et les *non-besoins comblés* – définitions que la bibliographie pertinente n'a pas encore formulées.

2.0 RECHERCHE SUR L'ACCÈS ET LES OBSTACLES

Bien qu'il puisse y avoir une carence de preuves concernant la prévalence des troubles mentaux et des problèmes de santé mentale parmi les enfants et les adolescents du Canada, il existe de nombreux articles décrivant les obstacles à l'accès aux soins de santé mentale. On trouvera ci-dessous un profil des recherches sur l'accès et l'utilisation des services, un résumé des obstacles systémiques, communautaires et individuels étant présenté sous forme de tableau.

2.1 Accès, utilisation des services et temps d'attente

Comme les rapports indiquent que moins de la moitié des adolescents (Kessler, Avenevoli et Merikangas, 2001) et seulement un enfant sur six présentant un trouble mental (Offord, Boyle, Fleming, Munroe Blum et Rae Grant, 1989) ont reçu les services de santé mentale nécessaires, alors que jusqu'à 80 % des enfants de 6 à 17 ans n'ont pas accès à des soins de santé mentale (Katoaka, Zhang et Wells, 2002), il est évident que l'accès est un problème majeur affectant les jeunes Canadiens.

Les besoins non comblés : les adolescents aux prises avec la dépression

Les données collectées tant au Canada qu'aux États-Unis suggèrent que les jeunes présentant une dépression et des idées de suicide ne réussissent pas à combler leurs besoins en matière de services de santé mentale. Parmi les jeunes Américains qui ont récemment tenté de se suicider, Wu et ses collègues (2010) ont trouvé que moins de la moitié des répondants recevaient des services de soutien en santé mentale de n'importe quel type avant ou après leur(s) tentative(s). Les données canadiennes reflètent la même tendance; Cheung et Dewa (2007) ont conclu qu'environ 40 % des jeunes de 15 à 18 ans présentant une dépression majeure n'avaient pas eu recours à des services de santé mentale. Comme le suicide reste la deuxième cause de décès par ordre d'importance chez les adolescents du Canada (Santé Canada, 1994) et que la moitié de ceux qui ont tenté de se suicider avaient un trouble de l'humeur diagnostiquable (Shaffer et al., 1996), la prévalence des adolescents non traités ayant des besoins en santé mentale non comblés est une cause de vive inquiétude.

Avoir accès à qui?

Une mosaïque d'articles publiés ne fait que commencer de définir précisément à quels services de santé mentale on a accès et dans quelle mesure. Dans le cadre de la même étude, sur des adolescents canadiens présentant un trouble dépressif majeur, Cheung et Dewa (2007) ont examiné les types de fournisseurs de services auxquels les garçons et les filles ont eu accès :

- ◆ Psychiatres : 45 % des garçons, 21 % des filles;
- ◆ Médecins de famille ou médecins généralistes : 24 % des garçons, 30 % des filles;
- ◆ Psychologues : 25 % des garçons, 16 % des filles;
- ◆ Travailleurs sociaux ou conseillers : 10 % des garçons, 39 % des filles;
- ◆ Autres fournisseurs de service : 23 % des garçons, 16 % des filles.

En plus de souligner les différences significatives selon le sexe concernant les types d'accès, ces résultats suggèrent également que les adolescents ont plus tendance à rechercher des soins de première ligne pour combler leurs besoins en santé mentale. De même, l'*Ontario Child Health Study* (Offord et al., 1989) a déterminé que 59 % des enfants et des adolescents ayant un trouble mental recevaient des soins de première ligne, alors que seulement 24 % recevaient des services spécialisés. Les données incluses à cette étude indiquent également une utilisation plus élevée des services d'enseignement spécialisé pour les enfants ayant des troubles psychiatriques, à un taux approchant le double de celui signalé pour les enfants ne présentant pas ces troubles.

Présentant la perspective des adolescents, Davidson et Manion (1996) présentent des données provenant du Sondage sur la santé et la maladie mentales chez les adolescents du Canada. Les adolescents canadiens signalent des tendances semblables en matière d'accès aux services de santé mentale, identifiant la même préférence pour les soins de première ligne et les soins en milieu scolaire. Quarante-huit pour cent des adolescents interrogés ont indiqué qu'ils s'adresseraient à leur médecin de famille pour obtenir des informations sur la maladie mentale, alors que 42 % ont déclaré s'adresser plutôt à leur école. Lors d'un sondage récent effectué concernant les attitudes des adolescents sur le traitement de la dépression, Bradley et ses collègues (2010) ont conclu que les adolescents préféraient la thérapie par le dialogue fournie par les médecins de famille, les psychiatres ou les psychologues plutôt que le recours aux antidépresseurs. Vu les preuves actuelles démontrant que respecter la préférence des jeunes en matière de traitement augmente leur acceptation (voir par exemple Lin et al., 2005), une compréhension claire de ces préférences est essentielle pour encourager l'accès.

Soins appropriés, fondés sur les données probantes et efficaces

La lacune la plus évidente dans la bibliographie semble être le manque d'information concernant l'accès à des traitements de santé mentale appropriés, fondés sur la preuve et efficaces. Bien qu'il y ait eu des recherches effectuées sur l'accès aux soins de santé mentale en général, et que des recherches considérables aient examiné le traitement efficace pour toute une myriade de problèmes de soins de santé, il n'y a pas eu d'effort visant à étudier l'accès à de bons soins de santé mentale. Les jeunes Canadiens ont-ils accès à des services et à des professionnels répondant de manière appropriée à leurs problèmes et à leur niveau de besoin?

Les interventions qu'ils reçoivent sont-elles fondées sur les données probantes, efficaces et associées à des résultats positifs à long terme? Quelles preuves existent à l'effet que les fournisseurs de soins de santé généraux possèdent les compétences nécessaires pour diagnostiquer et traiter de manière appropriée les adolescents présentant des troubles mentaux? Avoir accès à des services de santé mentale ne signifie pas en soi que les soins fournis sont adéquats.

Le point d'accès: le service des urgences

Un grand nombre de recherches effectuées en Australie ont examiné le service des urgences comme point d'accès clé pour les enfants et les adolescents. Starling, Bridgland et Rose (2006) ont passé en revue les dossiers de services d'urgence pédiatriques pour les patients présentant des problèmes de santé mentale, incluant l'automutilation, les tentatives de suicide, les troubles comportementaux et les troubles médicaux associés aux problèmes psychologiques. La vaste majorité des cas constituaient des premières présentations. Le travail de Stewart, Spicer et Babl a permis d'approfondir la compréhension du recours aux services d'urgence (2006). Ces auteurs ont découvert que 18 % des cas de santé mentale vus en service d'urgence constituaient des visites répétées et que plus d'un quart de toutes les visites de santé mentale pédiatriques impliquaient un incident relié à la sécurité. Vu ces résultats, et la découverte supplémentaire que 47 % des cas étudiés aboutissaient à des admissions, les auteurs ont conclu que les présentations de santé mentale dans les services d'urgence pédiatriques nécessitaient des ressources significatives et méritaient une étude plus approfondie.

Des données canadiennes récentes viennent confirmer le fait que le service des urgences est un point d'accès pour les enfants et les adolescents ayant des problèmes de santé mentale. Dans le cadre d'une étude étalée sur quatre ans des visites au service d'urgence pédiatrique en Alberta, Newton et ses collègues (2009) ont constaté une augmentation de 15 % des visites pour un problème de santé mentale pendant la période de l'étude, plus d'un tiers de toutes les visites étant répétées. Quatre facteurs étaient associés aux visites multiples (Newton et al., 2010); les filles, les enfants plus âgés, ceux dont les parents reçoivent une assistance sociale et les patients qui s'étaient présentés au départ pour des troubles de l'humeur ou de type psychotique, ont plus tendance à revenir au service des urgences.

Utilisation des services dans les provinces canadiennes

Aucune donnée canadienne concernant l'utilisation des services de santé mentale par les enfants et les adolescents dans les différentes provinces n'a jamais été publiée. Cependant, plusieurs études ont examiné l'utilisation générale des services de santé mentale dans les différentes provinces.

Se basant sur les données pour les adultes de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Afifi, Cox et Sareen (2005) ont constaté que le **besoin perçu** d'assistance était à son niveau le plus faible à l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan, et le plus élevé dans les territoires. Les taux de **recherche d'aide professionnelle** et **d'utilisation de l'auto-assistance** étaient les plus faibles à Terre-Neuve-et-Labrador et les plus élevés dans les territoires. On a également examiné les raisons pour lesquelles les jeunes ne recherchent pas d'aide, ce qui a révélé encore plus de variations d'une province à l'autre. « L'incapacité de trouver le temps de rechercher des services » a été la raison la plus souvent citée à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse et en Colombie-Britannique. « La non-disponibilité des services » était au premier rang à Terre-Neuve-et-Labrador, au Nouveau-Brunswick, au Manitoba et dans les territoires. Enfin, « les doutes, les craintes et les changements d'avis » étaient les raisons les plus courantes de ne pas rechercher d'aide en Ontario, en Alberta et en Saskatchewan. Au Québec, « l'incapacité de trouver du temps » et « la non-disponibilité des services » étaient reliées. Les auteurs en ont conclu que les variations étaient probablement causées par l'isolement rural et les différences de statut socioéconomique d'une région à l'autre.

En analysant de manière plus approfondie les données fournies par *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, d'autres chercheurs ont constaté des variations provinciales semblables. Vasiliadis et ses collègues (2005) ont identifié les taux d'utilisation des services les plus élevés en Nouvelle-Écosse et en Colombie-Britannique, et les taux d'utilisation les plus faibles, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve. Cette étude a également révélé que le système médical général était le plus souvent sollicité, alors que le secteur bénévole était le moins sollicité en vue d'un soutien en santé mentale. En examinant également les données fournies par *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Starkes, Poulin et Kisely (2005) ont mis l'accent sur les adultes présentant une dépression majeure dans les provinces maritimes du Canada. Leur travail a permis de découvrir que seulement 40 % des répondants avaient accès à des services de n'importe quel type et que moins d'un quart signalaient avoir reçu des soins correspondant à des lignes directrices en matière de pratique, comme définies par la méthodologie de l'étude.

Globalement, les recherches portant sur les variations significatives au niveau des types d'utilisation de services dans tout le Canada indiquent que les efforts visant à améliorer l'accès et la prestation des soins devraient prendre en considération les besoins potentiellement uniques des différentes régions de la nation.

Les temps d'attente au Canada

Les preuves anecdotiques suggèrent que, parmi les jeunes Canadiens qui recherchent des soins de santé mentale, un grand nombre devront attendre pendant une période assez longue.

Cependant, il y a une carence complète de données canadiennes sur les temps d'attente pour les services de santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents. Dans une présentation récente au congrès annuel de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, les chercheurs Kowalewski et McLennan ont suggéré que « Le manque de données concernant les temps d'attente pour les services de santé mentale des enfants et des adolescents au Canada nuit à notre compréhension de l'état actuel du système et nous laisse dans l'incertitude quant au succès des initiatives visant à réduire les temps d'attente » (septembre 2010). Selon les enquêtes qu'ils ont effectuées auprès d'agences fournissant des services de santé mentale aux enfants et aux adolescents du Canada (Kowalewski et al., 2008), ils ont découvert que la pratique actuelle ne répond pas aux normes de l'Association des psychiatres du Canada concernant les temps d'attente (2006), en particulier en ce qui concerne les soins de routine.

Des travaux supplémentaires effectués par ces chercheurs canadiens ont porté sur les caractéristiques des listes d'attente et les stratégies employées par les agences pour les gérer. Des organismes membres de Santé mentale pour enfants Ontario ont été questionnés concernant leurs expériences en matière de listes d'attente et de stratégies de gestion des services (Kowalewski, McLennan, Waddell, Perry et Lavis, sous presse). Bien que seulement la moitié des agences membres aient répondu, presque tous les participants ont confirmé qu'il y avait des listes d'attente pour leurs services. En général, le temps d'attente estimé avant l'évaluation était plus court pour les cas ayant un niveau plus élevé de priorité. Les chercheurs ont découvert qu'offrir des services à des heures non traditionnelles, comme le soir et la fin de semaine, représentait la stratégie la plus couramment citée pour réduire les temps d'attente. Bien que les implications de ces résultats préliminaires méritent des investigations plus poussées, il est évident qu'employer une méthode fondée sur les données probantes et systématique de mise en ordre de priorité des cas est d'une importance cruciale. Les résultats soulèvent également la question de l'attente pour les évaluations par comparaison avec l'attente pour les interventions appropriées. Bien que les familles bénéficient de la clarté du diagnostic, elles ont souvent besoin également d'une aide active en matière d'intervention pour leurs enfants et leurs adolescents.

Vu le manque de données sur les temps d'attente, il est clair que les efforts de recherche futurs, appliquant une approche normalisée, devraient être dirigés vers la capture complète des temps d'attente pour les soins de santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents du Canada. Un tel travail devrait également établir une distinction entre l'attente en vue d'une évaluation et l'attente en vue d'un traitement actif. Afin de formuler des stratégies fondées sur les données probantes permettant d'améliorer l'accès, entreprendre des études comparatives pour explorer la nature et l'étendue des problèmes représente une première étape naturelle.

Les parents: la navigation au sein du système

Aucune étude de la bibliographie concernant l'accès aux services de santé mentale pour les enfants et les adolescents ne serait complète sans mentionner que les parents doivent devenir des navigateurs experts du système et des consommateurs informés en matière de soins de santé mentale. Ce domaine de la recherche étant peu souvent abordé, une étude ontarienne a visé à questionner les parents concernant leur expérience quand ils ont recherché de l'aide pour leur enfant (Shanley, Reid et Evans, 2008). Des parents recrutés dans un centre de santé mentale de l'enfant ont signalé, en moyenne, rechercher de l'aide pour deux différents problèmes concernant leur enfant, avoir contacté cinq agences différentes ou professionnelles pour recevoir de l'aide et avoir reçu deux traitements différents. Pendant l'année précédant l'étude, presque tous les parents ont été simultanément en contact avec plusieurs agences. Ces résultats suggèrent une prestation de services hautement fragmentée et un cheminement des soins où il peut être très difficile de naviguer.

Dans le cadre d'une initiative hautement axée sur la collaboration lancée par un organisme communautaire, un établissement universitaire et un magazine de parentage, on a sollicité l'opinion de 4 500 parents sur leurs perspectives en matière de santé mentale des enfants et des adolescents (Anderson, Kutcher et Connell, 2010). Bien que plus de la moitié des parents aient identifié la santé mentale de leur enfant comme un sujet auquel ils pensent à l'occasion ou souvent, un quart des répondants n'étaient pas au courant des programmes de traitement dans leur région et la moitié n'étaient pas au courant des groupes de soutien pour les parents. De concert avec les données ontariennes concernant les expériences de recherche d'aide par les parents présentées ci-dessus, ces résultats soulignent l'importance de soutenir les parents pour qu'ils deviennent des consommateurs informés en matière de santé mentale pédiatrique.

Ce tableau succinct résumant la bibliographie sur l'accès et les temps d'attente révèle des lacunes considérables au niveau des données canadiennes. Bien que les preuves indiquent que les besoins en santé mentale des enfants et des adolescents sont comblés dans une certaine mesure et, comme on le verra, que les obstacles à l'accès sont bien documentés, on ne sait pas vraiment clairement *qui attend quoi*, de la part de *qui* et *pendant combien de temps*. Afin de commencer à se pencher sur l'accès aux services de santé mentale pour les enfants et les adolescents, il faudra collecter et diffuser des données canadiennes complètes reflétant l'état des listes d'attente et les besoins de ces services.

2.2 Les obstacles systémiques

Les obstacles aux soins affectant le système tout entier, c'est-à-dire au niveau macro, incluent la fragmentation des services, les inquiétudes en matière de main-d'œuvre, les temps d'attente et le financement inadéquat. Ces obstacles sont présentés au tableau 1.

<i>Obstacle</i>	<i>Description</i>	<i>Références clés</i>
Fragmentation des services	La plupart des articles publiés décrivent la fragmentation des services comme un obstacle significatif à l'accès aux soins de santé mentale. Les programmes de style silo sont coupés des autres soins de santé mentale et de santé générale. Des différences disciplinaires et des liens cliniques faibles entre les services de spécialiste, les soins de première ligne et les programmes communautaires aboutissent à un manque de collaboration. De même, la nature transsectorielle des soins de santé mentale (santé, enseignement, justice criminelle, services sociaux, etc.) et les politiques en matière de confidentialité, nuisent à la communication et à la coordination.	Reid et Brown, 2008; Sterling, Weisner, Hinman et Parthasarathy, 2010.
Inquiétudes sur le plan de la main-d'œuvre	Les recherches sur les obstacles à l'accès soulignent des inquiétudes croissantes concernant une crise de main-d'œuvre dans les professions de la santé mentale pour les enfants, particulièrement en région rurale. Les défis dans ce domaine incluent le recrutement et la rétention du personnel, en plus de la prestation de services de formation accessibles et efficaces dans les domaines de la formation initiale et du perfectionnement.	Breton, Plante et St-Georges, 2005; Hoge, Morris, Stuart, Huey, Bergeson, Flaherty, et al., 2009; Reid et Brown, 2008; Sarma et Peddigrew, 2008; Thomas et Holzer, 2006.
Temps d'attente	Bien qu'il n'existe pratiquement aucune information concernant les temps moyens d'attente pour les services de santé mentale des enfants, il a été déterminé que les temps d'attente prolongés représentent un obstacle significatif à l'accès. Par exemple, le temps écoulé entre le contact initial et le rendez-vous d'accueil est un prédicteur significatif de l'assiduité au rendez-vous. En d'autres mots, plus une personne ou une famille attend longtemps, moins elle aura tendance à rechercher un traitement.	Reid et Brown, 2008; Sherman, Barnum, Buhman-Wiggs et Nyberg, 2009.
Financement	Les Informations collectées auprès de partenaires, comme l'enquête de Reid et Brown auprès de gestionnaires de centres de santé mentale pour enfants en Ontario, suggèrent un financement inadéquat du système comme représentant un obstacle à l'accès. Malheureusement, il n'y a pas de preuves empiriques disponibles concernant le caractère adéquat du	Reid et Brown, 2008; Stelk et Slaton, 2010.

Financement	financement dans ce secteur. Afin de militer pour un financement accru et pour une allocation des ressources plus efficaces, il faudra remédier à cette lacune au niveau des connaissances.	
-------------	---	--

Tableau 1 Les obstacles systémiques à l'accès

2.3 Les obstacles communautaires

Les obstacles aux soins au niveau communautaire incluent l'emplacement géographique et le milieu social, comme le statut socioéconomique et le sexe, parmi d'autres. On trouvera une description de ces obstacles au tableau 2.

<i>Obstacle</i>	<i>Description</i>	<i>Références clés</i>
Emplacement géographique	<p>L'emplacement géographique est peut-être l'obstacle le plus couramment cité dans les articles publiés. Boydell et ses collègues déclarent : « La route vers les soins de santé mentale pour les enfants vivant dans une communauté rurale est jonchée d'obstacles multiples, complexes, dynamiques et non linéaires » (p. 182). Les facteurs ayant un impact sur l'accès aux soins pour les jeunes Canadiens en milieu rural incluent les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ manque de médecins et d'autres professionnels de la santé mentale; ◆ manque de transport fiable pour se rendre dans les services de santé mentale et frais de transport associés; ◆ listes d'attente longues et manque de services en dehors des heures de bureau; ◆ réseaux de commérage en milieu rural, visibilité sociale et manque d'anonymat dans les communautés rurales, qui accroissent grandement l'expérience de la stigmatisation et de l'exclusion sociale pour les enfants et les adolescents. 	<p>Afifi, Cox et Sareen, 2005; Aisbett, Boyd, Francis, Newnham, et Newnham, 2007; Blais, Breton, Fournier, St-Georges et Berthiaume, 2003; Boydell, Pong, Volpe, Tilleczek, Wilson et Lemieux, 2006; Diaz-Granados, Georgiades, et Boyle, 2010; Happell, Moxham, Reid-Searl, Dwyer, Kahl, Morris, et al., 2009; Paul, Gray, Elhai, Massad et Stamm, 2006; Smalley, Yancey, Warren, Naufel, Ryan et Pugh, 2010; Starkes, Pulin et Kisely, 2005; Vasiliadis, Lesage, Adair et Boyer, 2005.</p>
Milieu social	<p>Les recherches sur les obstacles ont révélé que le milieu social des patients et(ou) des familles pourrait avoir un impact significatif sur leur capacité d'avoir accès à des services de santé mentale. Les identités sociales qui influent sur l'accès incluent les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Sexe : De nombreuses études ont examiné l'impact du sexe sur l'accès aux services. En général, les filles ont davantage de connaissances en matière de santé mentale et les garçons sont davantage stigmatisés. Certaines recherches suggèrent que les garçons sont plus souvent orientés vers des services, particulièrement en ce qui concerne le 	<p>Corliss, Belzer, Forbes et Wilson, 2007; Cross, Bartgis, Fox, 2009; Ochoa et Nash, 2009; Hoffman, Freeman, et Swann, 2009; Kutcher et McDougall, 2009; Lee, Juon, Martinez, Hsu, Robinson, Bawa et al., 2009; Nadeau et Measham, 2006; Raghavan, Inkelas, Franke et Halfon, 2007;</p>

<p>Milieu social</p>	<p>THADA et les autres troubles perturbateurs du comportement.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Statut socioéconomique : Même dans le cadre des soins de santé universels au Canada, les familles à faibles revenus ont beaucoup moins tendance à recevoir des services spécialisés en santé mentale. ◆ Orientation sexuelle : Les jeunes GLBT courent un risque plus élevé de problèmes de santé mentale et doivent relever des défis complexes pour avoir accès aux soins. Ils attachent autant d'importance aux qualités et à l'habileté interpersonnelle du fournisseur de service qu'à ses connaissances et son expérience, et attachent peu d'importance au sexe et à l'orientation sexuelle du fournisseur de services. ◆ Identité des Premières nations : En plus de souligner l'augmentation de la prévalence et des obstacles accrus à l'accès, certains articles mentionnent ici des biais occidentaux inhérents au système de soins de santé mentale, qui rebutent les Autochtones du Canada, les Inuits et les Métis. ◆ Enfants sous tutelle : La prévalence est considérablement élevée parmi les enfants relevant du système de bien-être de l'enfant, mais cependant des travaux effectués aux États-Unis indiquent clairement que ces enfants sont aux prises avec des obstacles significatifs en matière d'accès. ◆ Statut de citoyenneté : Un petit nombre de publications envisagent les obstacles importants auxquels les enfants d'immigrants et les enfants réfugiés font face pour avoir accès aux soins. ◆ Jeunes incarcérés : Des études suggèrent que jusqu'à 70 % des adolescents incarcérés présentent un trouble de santé mentale et que le manque d'accès aux services de santé mentale aboutit à des contacts non appropriés avec le système judiciaire. 	<p>Rue et Xie, 2009; Steele, Glazier et Lin, 2006; Wells, Hillemeier, Bai, et Belue, 2009.</p>
----------------------	--	--

Tableau 2 Les obstacles communautaires à l'accès

2.4 Les obstacles au niveau individuel

Les obstacles aux soins au niveau individuel, c'est-à-dire micro, incluent la stigmatisation, l'état de santé, les attitudes, les facteurs de risque parental et les expériences précédentes de recherche de soins de santé mentale. La description de ces obstacles est présentée au tableau 3.

<i>Obstacle</i>	<i>Description</i>	<i>Références clés</i>
Stigmatisation	<p>L'expérience de la stigmatisation est présente dans toute la bibliographie sur la santé mentale, y compris le travail sur l'accès aux services de santé mentale des enfants. De nombreuses études ont identifié la stigmatisation comme étant un obstacle significatif à l'accès.</p> <p>La stigmatisation peut être comprise comme représentant des stéréotypes négatifs concernant la maladie mentale, et la discrimination contre les personnes affectées par un problème de santé mentale. La stigmatisation entourant la recherche de services de santé mentale peut affecter tant le patient que sa famille.</p> <p>Alors que les familles d'enfants et d'adolescents affectés par un problème de santé mentale pourraient faire l'expérience de la stigmatisation, ceci risque de stigmatiser encore plus le patient. La désapprobation parentale et la stigmatisation perçue peuvent remplir le rôle d'obstacle au désir d'avoir recours à des services de santé mentale. Les adolescents signalent des inquiétudes concernant la réaction des membres de leur famille comme étant l'obstacle le plus significatif à la recherche d'aide.</p>	Chandra et Minkovitz, 2006; Gerson, Davidson, Booty, McGlashan, Malespina, Pincus, et al., 2009; Mukolo, Heflinger, et Wallston, 2010;
État de santé mentale et comorbidité	<p>Des recherches ont établi que l'état de santé mentale actuel et passé, a un impact sur l'accès aux soins. Par exemple, des niveaux accrus d'idées de suicide et de détresse psychologique généralisée ont été reliés à des intentions plus faibles de rechercher de l'aide. La comorbidité des troubles mentaux avec l'abus de substances ou d'autres problèmes de santé complique également l'accès à des soins adéquats. L'état de santé mentale affecte la perception des obstacles. Les adolescents ayant une dépression signalent bien plus d'obstacles aux soins, par comparaison avec les adolescents non déprimés. Les résultats de ce type suggèrent que ceux et celles qui ont le plus besoin de soins sont aussi ceux qui ont le plus tendance à éviter d'en obtenir.</p> <p>De même, l'état de santé des membres de la famille a un impact sur l'accès aux soins. Des études ont découvert que les facteurs psychosociaux maternels pouvaient grandement faciliter l'accès ou y nuire. Les enfants dont les aidants naturels présentent des symptômes de dépression auront beaucoup plus tendance à avoir des difficultés pour avoir accès à des</p>	Gaskin et Mitchell, 2005; Meredith, Stein, Paddock, Jaycox, Quinn, Chandra, et al., 2009; Moran et O'Hara, 2006; Wilson, Deane, Marshall et Dalley, 2010;

	services de santé mentale.	
Attitudes et comportements de recherche d'aide	<p>Les enquêtes sur les obstacles individuels à l'utilisation des services découvrent souvent des facteurs reliés à l'attitude, comme la croyance qu'un problème de santé mentale s'améliorera de soi-même, ou une préférence pour la gestion des symptômes seuls. On comprend donc que les jeunes Canadiens qui croient que leurs problèmes peuvent être résolus sans aide auront peu tendance à rechercher des services de manière indépendante.</p> <p>Un autre projet de recherche a conclu que les adolescents préfèrent rechercher des ressources informelles pour les aider à gérer leurs problèmes de santé mentale, comme leurs amis, leur partenaire et parents ou d'autres adultes importants dans leur vie. Ces conclusions suggèrent que les modèles de soins devraient souligner l'importance de rechercher de l'aide et promouvoir les services moins spécialisés et plus informels.</p>	<p>Abram, Paskar, Washburn et Teplin, 2008; Marcell et Halpern-Felsher, 2007; Power, Eiraldi, Clarke, Mazzuca et Krain, 2005; Sareen, Jagdeo, Cox, Clara, Ten, Belike, et al., 2007; Urbanoski, Cairney, Bassani et Rush, 2008;</p>
Les facteurs de risque familiaux et l'engagement parental	<p>Les recherches sur l'utilisation des services suggèrent que les enfants et les adolescents ayant des antécédents familiaux de maladie mentale ou d'abus de substances se sont vu recommander davantage de services et ont utilisé davantage de ces services que les jeunes Canadiens qui ne présentent pas ces facteurs de risque familiaux.</p> <p>L'engagement parental et la perception des parents ont également été identifiés comme représentant des obstacles hautement significatifs et(ou) des facteurs favorables à l'accès. Des études ont indiqué que, plus un parent participe aux différents aspects de la vie d'un enfant, plus cet enfant aura tendance à avoir accès à des services de santé mentale. De même, les perceptions par les parents des comportements problématiques et leur préférence en matière de traitements disponibles ont un impact important sur l'utilisation des services.</p>	<p>Bannon et McKay, 2005; Mendez, Carpenter, LaForett et Cohen, 2009; Sayal, Taylor, Beecham et Byrne, 2002; Schneiderman et Villagrana, 2010; Whitson, Connell, Bernard et Kaufman, 2010;</p>
Expérience précédente	<p>L'expérience précédente en matière de soins de santé mentale pourrait également créer des obstacles à l'accès quand un traitement plus poussé est nécessaire. Les recherches ont indiqué que les évaluations des résultats de traitements précédents et les aspects des relations avec les anciens fournisseurs de service sont reliés au doute concernant l'utilité du traitement et aux obstacles perçus en matière d'accès à un traitement.</p>	<p>Kerkorian, McKay et Bannon, 2006;</p>

Tableau 3 Obstacles au niveau individuel à l'accès

Pleins feux sur: LA STIGMATISATION

La stigmatisation est un obstacle puissant à l'accès aux soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents. Comme décrit ci-dessus, les jeunes Canadiens aux prises avec des problèmes de santé mentale et leurs familles font face à des stéréotypes et à une discrimination, ce qui porte le nom de stigmatisation. Des statistiques supplémentaires éclairent davantage l'importance de la stigmatisation. Des données provenant de l'Enquête sur la santé et la maladie mentale chez les adolescents canadiens (Davidson et Manion, 1996) indiquent que 63 % des jeunes signalent la gêne, la crainte, la pression par les pairs et(ou) la stigmatisation comme ayant le plus tendance à empêcher une personne de leur âge à obtenir de l'aide. De plus, 38 % des Canadiens seraient embarrassés d'admettre que leur enfant souffre d'anxiété ou de dépression (Kinark Child and Family Services, 2007). Vu cette autostigmatisation et la crainte importante de se sentir gêné, il n'est pas étonnant que la stigmatisation présente un obstacle aussi significatif.

3.0 POLITIQUES: LIGNES DIRECTRICES POUR AMÉLIORER L'ACCÈS

Les politiques de santé mentale décrivent les valeurs, les objectifs et les stratégies du gouvernement visant à réduire le fardeau que représente la santé mentale et améliorer la santé mentale. Elles définissent une vision de l'avenir, qui aide à formuler une feuille de route pour la prévention et le traitement des maladies mentales, la réadaptation des personnes ayant un trouble mental et la promotion de la santé mentale dans la communauté. Les politiques spécifient les normes qui devront être appliquées dans tous les programmes et services, les reliant par le biais d'une vision d'objectifs et de buts communs. Sans cette coordination globale, les programmes et services auront tendance à être inefficaces et fragmentés (Projet de politique sur la santé mentale de l'OMS, 2001).

Si les systèmes de prestation des services dans tout le Canada sont fragmentés et ne répondent pas aux besoins des jeunes Canadiens en matière de santé mentale, des normes et des lignes directrices claires sont sans aucun doute nécessaires pour améliorer l'accès rapide à des soins appropriés, sous la forme d'évaluations et d'interventions. Pour dresser un tableau complet du paysage de l'accès aux services de santé mentale pédiatriques au Canada, les politiques de santé mentale pertinentes seront décrites et une étude de cas provinciale sera présentée. Les politiques internationales en matière de santé mentale seront également passées en revue, comme moyen d'évaluer et d'explorer plus avant les directions pour le Canada.

3.1 Politiques canadiennes

À la différence des autres nations du G8, le Canada ne dispose pas d'un cadre unifié de politiques pour la santé mentale des enfants et des adolescents. Une étude des politiques provinciales et territoriales révèle divers niveaux de progrès pour combler les besoins en santé mentale des enfants et des adolescents et améliorer l'accès par le biais de la rédaction de politiques.

Cadres de politiques provinciales

Lors d'une évaluation récente des politiques en santé mentale des enfants et des adolescents, Kutcher, Hampton et Wilson (2010) ont découvert que seulement quatre provinces sur dix et aucun des territoires ne disposaient de politiques ou de plans abordant explicitement la santé mentale en pédiatrie. Une nouvelle recherche a recensé les documents de politique pertinents en cours de développement. Ces derniers sont résumés dans le tableau qui suit.

<i>Province</i>	<i>Document de politique sur la santé mentale des enfants et des adolescents</i>
CB	<i>Child and Youth Mental Health Plan for British Columbia</i>
AB	<i>Positive Futures: Optimizing Mental Health for Alberta's Children et Youth</i>
SK	<i>A Better Future for Youth: Saskatchewan's Plan for Child et Youth Mental Health Services</i>
MB	Enfants en santé Manitoba aborde la santé mentale des enfants et des adolescents de façon holistique. En plus d'un plan stratégique axé sur le bien-être mental de la population en général, la province est fière de posséder une stratégie de prévention du suicide orientée spécifiquement vers les adolescents.
ON	<i>Une responsabilité partagée : Cadre de politique en santé mentale des enfants et des adolescents de l'Ontario</i>
QC	Le Québec dispose d'une stratégie de prévention du suicide et on y a publié récemment le <i>Plan d'action santé mentale</i> qui inclut une section consacrée aux enfants et aux adolescents.
NB	Dans le Plan d'action pour la santé mentale du Nouveau-Brunswick qui vient de paraître, il est mentionné qu'un plan interdépartemental spécifique aux enfants est en préparation.
NS	La Nouvelle-Écosse a identifié des directions stratégiques pour son système de santé mentale, incluant des normes de soins, mais les besoins des enfants et des adolescents en matière de santé mentale ne sont pas explicitement abordés.
IPÉ	Le <i>Substance Abuse and Addictions Strategy</i> et le <i>Mental Health Service Delivery Plan</i> contiennent des priorités spécifiques pour les enfants et les adolescents. Une stratégie portant spécifiquement sur les enfants et les adolescents serait en cours de développement.
TNL	Le <i>Mental Health and Addictions Framework</i> de Terre-Neuve identifie les enfants et les adolescents comme étant une population spéciale.
YT	Le territoire ne dispose pas de plan de santé mentale ni d'autres plans ou programmes reliés.
NT	Le <i>Mental Health and Addictions Action Plan</i> du territoire inclut le besoin de promouvoir la santé mentale des enfants et des adolescents tout comme le cadre de travail <i>Early Development</i> .
NU	Bien que le Nunavut ne dispose pas d'une politique abordant explicitement la santé mentale des enfants et des adolescents, le territoire a publié une stratégie de prévention du suicide ainsi qu'une stratégie pour la santé mentale et les addictions.

Tableau 4 Politiques provinciales et territoriales sur la santé mentale des enfants et des adolescents

La Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan et l'Ontario ont toutes formulé des plans ou cadres de travail explicite pour guider la prestation des services de santé mentale des enfants et des adolescents dans leurs provinces respectives. Kutcher et ses collègues suggèrent que, bien que chaque document comporte des points forts, « il y a une variabilité au niveau du degré auquel ils abordent des composantes essentielles et permettent de passer des politiques à l'action » (p. 104). De plus, l'amplitude, la spécificité et les financements disponibles diffèrent de manière dramatique entre les quatre cadres de travail. Parmi les provinces et les territoires qui ne possèdent pas de politique de santé mentale des enfants et des adolescents, un grand nombre disposent cependant de cadres généraux incluant une composante pédiatrique, comme le *Plan d'action santé mentale* du Québec. Au-delà des politiques, plusieurs provinces

ont mis en vigueur des programmes portant sur divers éléments des maladies mentales chez les adolescents, y compris le suicide et les addictions.

Bien que chacune des quatre politiques provinciales sur la santé mentale des enfants et des adolescents porte sur l'accès et les temps d'attente, il reste encore une grande variabilité au niveau de la spécificité et du degré auquel ces éléments sont mis en vigueur. Lors des consultations pré-planification, la Colombie-Britannique a identifié plusieurs lacunes sur le plan des services reliés à l'accès, comme des listes d'attente longues et le besoin d'avoir des lieux accessibles, ainsi que des services rapides. Cependant, aucun des quatre éléments clés du plan de la Colombie-Britannique n'a nommé explicitement l'accès comme représentant une priorité. Cependant, l'Alberta, la Saskatchewan et l'Ontario ont toutes trois identifié l'amélioration de l'accès et(ou) la diminution des temps d'attente comme représentant des objectifs stratégiques ou des priorités. Dans ces trois provinces, on sait qu'un grand nombre des principes directeurs et des activités sont reliés à l'amélioration de l'accès (soit soins centrés sur la famille, soins communautaires); cependant, les plans ne définissent pas vraiment concrètement comment l'accès sera amélioré.

Tout comme les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents qui sont hautement fragmentés, les efforts provinciaux et territoriaux visant à aborder la santé mentale pédiatrique et l'accès aux soins de santé sont tout aussi éparpillés. Certains disposent de cadres de travail pour les politiques à différents niveaux d'intégralité, d'autres ne mentionnant que les besoins spécifiques en matière de soins de santé aux enfants dans le cadre de leurs plans généraux de santé mentale, et d'autres encore disposent d'une mosaïque de programmes abordant les besoins spécifiques en santé mentale. De plus, il n'existe pratiquement pas de preuve que les plans provinciaux et territoriaux existants en matière de santé mentale des enfants et des adolescents aient été entièrement mis en vigueur. Kutcher, Hampton et Wilson écrivent : « À l'échelle nationale, il n'existe pas de vision cohérente ni d'approche commune concernant la manière dont la santé mentale des enfants et des adolescents devrait être abordée » (2010, p. 105). Les auteurs concluent leur étude en recommandant que le gouvernement fédéral ou un organisme national autonome lance l'élaboration d'un cadre de politique nationale sur la santé mentale des enfants et des adolescents au Canada.

Les recommandations comme celles de Kutcher et al. ne sont pas tombées dans l'oreille d'un sourd. En plus d'élaborer la stratégie pour la santé mentale du Canada, la Commission de la santé mentale du Canada, guidée par son Comité consultatif des enfants et des adolescents, formule actuellement un cadre de travail spécifique aux besoins de santé mentale des adolescents et des adolescents (www.evergreen.ca). Intitulé *Evergreen* et venant compléter la stratégie de santé mentale actuellement élaborée, ce cadre de travail sera formulé en

collaboration dans le but d'améliorer les politiques et les programmes pour les jeunes Canadiens. Cependant, comme les soins de santé continuent de tomber sous la juridiction des provinces, il faudra continuer de faire des efforts pour soutenir les provinces et les territoires en vue de développer des politiques et des plans pour améliorer l'accès aux services de santé mentale pédiatrique.

Normes pour les temps d'attente

À la suite de la publication de l'Association des médecins du Canada *It's About Time!: Achieving Benchmarks and Best Practices in Wait Time Management* (2005), l'Association des psychiatres du Canada a diffusé une déclaration de politique précisant les normes relatives aux temps d'attente pour la pratique psychiatrique (2006). Ces recommandations ont été préfacées par les mots : « Si les cliniciens ne formulent pas eux-mêmes de cibles appropriées, aucun service ne pourra être évalué contre de bons critères cliniques » (p.1). Trois niveaux d'urgence pour l'accès sont identifiés et décrits, et des temps d'attente associés ont été précisés.

Le niveau le plus pressant de besoin, **très urgent**, implique un danger pour la vie, dans un cadre immédiat d'heures ou de jours. Les exemples de symptômes psychiatriques dans cette catégorie incluent les idées de suicide et la manie aiguë. L'APC recommande que les patients ayant des besoins très urgents aient accès à des soins spécialisés dans les 24 heures. Ensuite, les besoins **urgents** incluent les problèmes cliniques comme l'hypomanie, qui sont instables « avec le potentiel de se détériorer rapidement et d'aboutir à une hospitalisation d'urgence » (p. 2). Selon l'APC, une consultation dans les une à deux semaines suivantes est indiquée pour les patients se présentant pour obtenir des soins à la suite d'un besoin urgent. Enfin, les besoins de soins **prévus** incluent les symptômes stables, comme dépression chronique sans idée de suicide, causant un niveau tolérable d'incapacité ou de dysfonctionnement pour les patients dans la communauté. L'APC suggère que les patients de cette catégorie devraient être en mesure d'avoir accès à des soins dans les quatre semaines suivantes.

Les *normes de temps d'attente de l'APC pour les patients présentant une maladie psychiatrique grave* (2006) fournissent un excellent point de départ pour l'élaboration plus poussée de cibles en matière d'accès aux soins. Comme les lignes directrices s'adressent à la population générale, elles tendent à répondre aux besoins uniques et aux présentations des patients de pédiatrie.

Pleins feux sur: La Colombie-Britannique et le Ministry of Child and Family Development

Approuvé par le gouvernement au début de 2003, le *Child and Youth Mental Health Plan* de la Colombie-Britannique fut le premier en son genre au Canada. Sous l'égide du Ministry of Child and Family Development (MCFD), le Plan fut soutenu par un investissement de 44 millions de dollars et centré sur quatre stratégies clés : la réduction des risques, le développement de la capacité, les traitements et le soutien, ainsi que l'amélioration du rendement. Complet et ambitieux, le Plan a été

généralement bien reçu pour son emphase sur les approches en amont (soit prévention et intervention précoce), ainsi que pour les pratiques fondées sur les données probantes, tout autant que sa stratégie novatrice d'allocation des ressources régionales.

Un autre point fort impressionnant du Plan, c'est le degré auquel les quatre stratégies clés ont été mises en vigueur. Les objectifs de chaque stratégie étaient clairement articulés et associés à des techniques de mesure ainsi que des résultats souhaités. Bien que l'accès aux soins ne soit pas cité explicitement comme priorité centrale, un grand nombre des principes et activités du plan sont étroitement reliés à l'amélioration de l'accès, comme l'accent nettement mis sur la collaboration et les soins communautaires.

Alors que le Plan a évidemment eu un impact significatif dans toute la province, un programme en particulier témoigne du travail progressiste effectué en Colombie-Britannique. FRIENDS for Life est un programme scolaire d'intervention précoce et de prévention qui, ceci a été démontré, développe la résilience et réduit le risque chez les enfants des écoles secondaires (www.mcf.gov.bc.ca/mental_health/friends.htm). Cette initiative financée par le MCFD enseigne des techniques aux enfants et leur fournit des outils leur permettant de faire face aux inquiétudes et de gérer les situations difficiles. Appuyé par le ministère de l'Éducation, ce programme est intégré au programme d'étude sur la santé de la province. Comme on le verra dans la section Pratique et recommandations de ce document, FRIENDS for Life aborde les nombreux facteurs qui seront nécessaires pour améliorer l'accès au Canada.

Comme la période initiale de cinq ans du Plan se terminait en 2008, le Ministère a commandé une révision externe pour évaluer les progrès et faire des recommandations plus poussées (Berland, 2008). Avec la participation de plus de 600 partenaires, le message clair et net communiqué aux chercheurs fut celui d'un soutien au Plan, et de la nécessité de l'appliquer de manière cohérente. Les recommandations incluaient une collecte des données améliorées et plus amples, une collaboration accrue entre les professionnels et les différents secteurs, ainsi que des efforts pour améliorer les temps d'attente.

Un bref aperçu du travail novateur et pionnier dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents effectué en Colombie-Britannique suggère que les Canadiens n'ont pas besoin d'aller chercher beaucoup plus loin que notre région de l'Ouest pour trouver un témoignage de leadership en matière de politique et d'élaboration de programmes. Alors que les provinces et les territoires d'un océan à l'autre commencent et continuent d'améliorer la prestation des soins de santé mentale pour les jeunes Canadiens, une collaboration efficace, une coordination active et des stratégies unificatrices sont de la plus grande importance.

3.2 Publications internationales sur l'élaboration de politiques

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est actuellement la seule agence internationale qui fait progresser le dossier des politiques sur la santé mentale des enfants et des adolescents, par le biais de la création et de la diffusion de nombreux outils de politique. Il serait donc utile d'explorer brièvement les différents documents pertinents de l'OMS, comme moyen d'évaluer et d'explorer plus avant les directions à prendre au Canada.

Politiques et plans de l'OMS concernant la santé mentale des enfants et des adolescents

Un module de la *Série des guides des politiques et des services* (décrit ci-dessous), *Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*, présente les étapes nécessaires pour élaborer et mettre en vigueur des politiques et des plans en matière de santé mentale des enfants et des adolescents. Visant un public large de partenaires, de décideurs et de professionnels de la santé publique, le document cherche à informer les personnes responsables de formuler et d'exécuter des politiques destinées à la population pédiatrique, partager des solutions réalistes et identifier les ressources. Préfacé par des généralités sur le contexte de la santé mentale des enfants et des adolescents, le modèle devrait être considéré comme faisant partie intégrante des efforts visant à développer les politiques sur la santé mentale des enfants et des adolescents, en mettant l'accent sur des soins rapides et accessibles.

Autres documents sur l'élaboration des politiques de l'OMS

En 2001, l'OMS a publié son rapport annuel intitulé *La santé mentale, une nouvelle compréhension, un nouvel espoir*. Publication phare, le rapport vise à sensibiliser un public large au fardeau que représente la maladie mentale et « vise à aider à démanteler un grand nombre de ces obstacles – particulièrement la stigmatisation, la discrimination et les services inadéquats – qui empêchent plusieurs millions de gens dans le monde entier de recevoir les traitements dont ils ont besoin et qu'ils méritent » (p. xi). Après plusieurs chapitres détaillés sur les problèmes de santé mentale, les solutions et les politiques, le rapport conclut en présentant dix recommandations générales, beaucoup d'entre elles s'appliquant bien au contexte canadien.

Découlant du Rapport 2001 de l'OMS, le projet de politique sur la santé mentale *Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent* (2001) fournit des conseils détaillés sur la manière de mettre en vigueur les déclarations de politiques et les recommandations contenues dans le rapport. Ce document a été rédigé par des experts dans le domaine des politiques de santé mentale et de développement des services, en consultation avec une grande variété de partenaires dans le monde entier. Cette trousse, très complète, contient des modules conviviaux dans les domaines suivants : contexte de la santé mentale, politiques et plans, financement, législation, défense des intérêts, organisation des services, établissement des budgets, amélioration de la qualité, systèmes d'information et évaluation. Comme on l'a vu en plus grand détail ci-dessus, cette trousse inclut aussi un module sur la santé mentale des enfants et des adolescents. La *Série des guides, des politiques et des services* de l'OMS est réellement un outil essentiel pour les décideurs, les professionnels de la santé publique et les chercheurs, alors que le Canada continue de formuler une vision et des

stratégies complètes pour l'amélioration de l'accès aux soins de santé mentale des enfants et des adolescents.

Caring for Children and Adolescents with Mental Disorders: Setting WHO Directions est une autre publication du Programme de santé mentale de l'OMS (2003). Venant compléter la *Série des guides, des politiques de services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*, ce rapport fournit des informations plus détaillées sur le fardeau des maladies, les obstacles aux soins et les interventions nécessaires pour y remédier, ainsi que les tendances actuelles sur le plan des soins aux enfants et des adolescents présentant des troubles mentaux. Afin d'améliorer l'accès, le document de l'OMS recommande d'améliorer les communications familiales, de sensibiliser davantage le public au développement psychosocial et de favoriser la formulation de politiques nationales de santé mentale concernant les enfants et les adolescents. Cette publication concise des directions de l'OMS pour les soins aux enfants et aux adolescents présentant des troubles mentaux devrait constituer un outil important pour tous les professionnels canadiens travaillant dans ce domaine.

Le document *Assessment Instrument for Mental Health Systems* (AIMS) est un outil de l'OMS pour collecter des données et évaluer les composantes clés d'un système de santé mentale (2005). Basé sur la stratégie de l'OMS pour fournir aux nations membres une aide en santé mentale fondée sur les données probantes, le programme AIMS vise à identifier les points faibles majeurs dans les systèmes de santé mentale afin de les renforcer par le biais d'une action publique. Le programme AIMS, établi à la suite de plusieurs processus intensifs de révision est considéré par l'OMS comme un outil technique essentiel, venant compléter les autres documents publiés par l'OMS dans ce domaine.

Alors que le gouvernement canadien met l'accent sur l'élaboration des politiques de santé mentale pour les enfants et les adolescents, il faut accorder à ces outils et documents de soutien de l'OMS la place qui leur revient. Les recherches concernant l'applicabilité de ces outils au contexte canadien devraient venir informer les efforts effectués pour augmenter l'accès aux soins de santé mentale.

4.0 LA PRATIQUE: AMÉLIORER L'ACCÈS TOUT AU LONG DU CONTINUUM DES SOINS

Alors que les chercheurs et les praticiens du Canada et du monde entier s'efforcent d'améliorer les soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents, plusieurs grands thèmes fondés sur les données probantes émergent dans le cadre des approches visant à améliorer l'accès et les temps d'attente tout au long du continuum des soins.

4.1 Les approches pour améliorer l'accès et la prestation des services

Les soins de télésanté mentale

Depuis plus d'une décennie, les systèmes de prestation des services de santé mentale ont développé des programmes de télésanté mentale afin d'améliorer l'accès aux soins (voir, par exemple, Starling 2006. pour une étude étalée sur dix ans des services de télépsychiatrie en Australie). Les initiatives de télésanté mentale sont particulièrement importantes au Canada, alors que les enfants et les familles vivant dans de vastes régions rurales signalent des obstacles significatifs à l'accès aux soins. Nelson écrit : « Vu la mauvaise distribution flagrante des spécialistes en santé mentale dans les régions métropolitaines et les nombreuses familles mal desservies vivant en milieu rural, les régions rurales sont des milieux naturellement destinés à l'utilisation de la télémédecine ou de la technologie de la vidéotéléconférence pour les services cliniques » (2010, p. 490).

Cette augmentation au niveau des services de télésanté mentale a suscité des recherches croissantes portant sur les tendances en matière d'utilisation, la satisfaction des patients et des familles face aux soins basés sur la technologie, et les perceptions par les fournisseurs de services des programmes de télémédecine. Dans le cadre d'une étude basée à Seattle, Myers et ses collègues (2010) ont déterminé que les services de télépsychiatrie destinés aux jeunes étaient bien utilisés et amélioraient l'accès de façon significative. De plus, les auteurs ont identifié quatre composantes centrales nécessaires à un programme réussi de télépsychiatrie : (1) des fournisseurs de services intéressés par des méthodes novatrices pour atteindre les patients mal desservis, (2) des partenaires clairement identifiés qui pourront collaborer et utiliser ces services, (3) un « champion » de la santé mentale des enfants qui défendra les services dans sa collectivité, et (4) une administration stable percevant la télépsychiatrie comme un outil utile.

Les enfants, les adolescents et les parents ont tous soutenu avec enthousiasme l'utilisation des programmes de télésanté mentale et ont signalé sans cesse leur satisfaction face à ces services (voir Simpson, Doze, Urness, Hailey et Jacobs, 2001; Grealish, Hunter, Glaze et Potter, 2005; Grubaugh, Cain, Elhai, Patrick et Frueh, 2008; Myers, Valentine et Melzer, 2008; Pignatiello, Boydell, Teshima et Volpe, 2008; Boydell, Volpe et Pignatiello, 2010). Une étude basée en Alberta a conclu que : « De la perspective du patient, la télépsychiatrie est une technique acceptable pour gérer les difficultés de santé mentale qui a augmenté l'accès aux services et a entraîné des économies » (Simpson et al.). De même, Elford et ses collègues (2001) ont conclu que les patients et les parents de Terre-Neuve étaient hautement satisfaits de leur expérience de la télépsychiatrie et la préféraient aux déplacements nécessaires pour une évaluation. Bien que les patients des régions rurales puissent avoir davantage à gagner de la télémédecine, Grubaugh et ses collègues ont déterminé que les patients, tant de milieux ruraux qu'urbains, étaient ouverts à la prestation de services par le biais de la télésanté (2008). En plus de se pencher sur les obstacles géographiques, Lingley-Pottie et McGrath ont découvert qu'un programme de télésanté mentale pouvait aussi permettre de surmonter les obstacles reliés aux inconvénients et à la stigmatisation (2008). Les participants de la population pédiatrique ont signalé qu'ils se sentaient à l'aise chez eux et trouvaient ce service très pratique. De plus, les participants n'ont pas signalé se sentir stigmatisés ni craindre de devoir révéler leur état.

Les perceptions par les fournisseurs de services de soins de télésanté mentale semblent avoir été plus mixtes que les rapports enthousiastes faisant état de la satisfaction des patients et des familles face à ces services. Deux études complètes auprès de médecins pratiquant dans des communautés rurales de l'Ontario présentent la perspective des fournisseurs de services (Greenberg, Boydell et Volpe, 2006; Cloutier, Cappelli, Glennie et Keresztes, 2008; Pignatiello, Boydell, Teshima et Volpe, 2008). Le manque de connaissances concernant les services disponibles pourrait constituer un obstacle central aux renvois; Cloutier et ses collègues ont découvert que seulement 27 % des répondants étaient au courant des services de vidéoconférence disponibles dans leurs communautés. Cependant, 92 % des médecins signalent qu'ils orienteraient leurs patients vers des ressources de télépsychiatrie. Bien que les participants aient clairement identifié l'accès amélioré et la réduction du temps de déplacement comme des avantages certains, ils ont soulevé des inquiétudes concernant les types de renvoi et les compromis technologiques. De plus, les groupes de discussion de Greenberg et al. avec des médecins ont révélé l'accent mis sur des services locaux supplémentaires pour soutenir les recommandations de traitement.

Pleins feux sur: Le programme Strongest Families

Le programme de télésanté mentale basé dans les provinces maritimes du Canada, Strongest Families, vise à soutenir les familles qui veulent se renseigner sur les problèmes de l'enfance et y faire face dans l'intimité de leur foyer. Les questions d'anxiété et de comportement sont abordées, avec d'autres

problèmes, l'accent étant mis sur l'intervention précoce et la prévention. Utilisant une variété de médias incluant les cassettes audio, les enregistrements vidéo et le matériel écrit, des instructeurs formés à ce travail fournissent des services d'enseignement et de traitement au téléphone, à des moments fixés à l'avance et convenant à toutes les personnes participantes.

En plus de réduire le coût financier de la recherche de soins de santé mentale (comme congé du travail, frais de transport), *Strongest Families* aborde également les obstacles à l'accès en diminuant la stigmatisation, en fournissant des services privés au foyer et en augmentant la littératie en santé mentale parmi les familles participantes (Lingley-Pottie et McGrath, 2008).

Soutien à la e-santé mentale

En plus des services de télésanté mentale, de nouvelles technologies sont également en voie d'adoption pour améliorer l'accès, sous la forme d'enseignement et de soutien sur Internet. De plus en plus de matériel de sensibilisation à la santé mentale et d'enseignement sur ce sujet sont disponibles en ligne dans des formats adaptés aux enfants et de plus en plus de recherches confirment que ces soutiens sont très bien reçus. Une étude australienne récente a indiqué que 71 % des répondants adolescents indiquaient que les sites Web étaient probablement aussi utiles que les services de santé mentale face-à-face (Oh, Jorm et Wright, 2009). Une autre étude australienne sur un programme d'enseignement sur Internet pour les troubles bipolaires a constaté que le programme attirait une quantité régulière d'utilisateurs qui terminaient en majorité le programme (Proudfoot et al., 2007).

Des études ont également été effectuées pour découvrir le type d'information sur la santé recherché de manière indépendante, en ligne, par les enfants et les adolescents. Un groupe du Royaume-Uni a constaté que la plupart des demandes courantes concernaient les questions psychosociales, les hôpitaux et les services de santé, ainsi que la croissance et le développement normaux (Franck, Noble et McEvoy, 2008). Des chercheurs se sont également penchés sur l'utilité des prescriptions de sites Web d'information comme forme d'intervention de soins de santé. Ritterband et ses collègues ont établi que les deux tiers des familles visitaient le site Web prescrit dans la semaine suivant la visite à la clinique et que la probabilité que les familles aient accès au site était augmenté de 45 % à la suite d'un rappel par courriel (2005).

Bien qu'il soit clair que les sites Web éducatifs puissent jouer un rôle de plus en plus important sur le plan de la littératie en santé mentale parmi les jeunes Canadiens, Szumilas et Kutcher (2009) signalent cependant que tous les sites Web ne sont pas fondés sur les données probantes. Leur analyse des 20 sites d'information les plus couramment visités par les jeunes qui fournissent des informations sur le suicide indique que seulement 44 % des déclarations étaient fondées par des données probantes. Sur les sites les plus souvent visités, la moitié étaient accompagnés de cotes négatives quant au fondement sur les données probantes; les sites Web d'organismes sans but lucratif avaient plus tendance que les sites Web

gouvernementaux à avoir une cote positive pour le fondement sur les données probantes. Vu les résultats et l'importance accrue des informations de haute qualité sur la santé mentale se trouvant sur Internet, Szumilas et Kutcher recommandent des informations fondées sur les données probantes dans les sites Web traitant du suicide chez les jeunes, particulièrement ceux qui sont gérés par le gouvernement fédéral et par des organismes nationaux.

Pleins feux sur: esantementale.ca

Ce qui est peut-être tout aussi important que de fournir des informations de haute qualité sur la santé mentale, les sites Web pourraient aussi relier les utilisateurs aux ressources locales pertinentes. Une initiative du Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des ados, esantementale.ca est un carrefour national où les différentes communautés peuvent partager des informations sur les ressources et les événements locaux. Les organismes communautaires peuvent créer leur propre portail à des frais très faibles ou gratuitement, par le biais d'un site Web facilement accessible, pour diffuser des informations sur les ressources locales en santé mentale destinées aux enfants, aux adolescents et aux familles.

Au-delà des sites Web éducatifs, des interventions novatrices sur Internet ont été élaborées pour améliorer l'accès. Des groupes de soutien en ligne offerts aux adolescents et concernant les troubles de l'alimentation (Heinicke, Paxton, McLean et Wertheim, 2007; Bruning, Winzelberg, Abascal et Taylor, 2004), ainsi que la prévention du suicide (Hoffmann, 2006), se sont révélés populaires et efficaces. Il est évident que, l'âge moderne de la technologie progressant, les programmes de télésanté mentale et de e-santé mentale seront au premier rang des stratégies des plus novatrices pour améliorer l'accès aux soins des enfants et des adolescents.

Les soins en milieu scolaire

Dans un article exploratoire sur les partenariats en pleine évolution entre les écoles et les soins de santé mentale, Baggish et Hardcastle déclarent : « Les écoles, de par leur nature même, constituent un milieu idéal pour les soins de première ligne. Elles sont structurées de manière à permettre l'observation professionnelle du comportement des étudiants, au fil du temps, dans un environnement d'apprentissage chaleureux » (2005, p. 535). De nombreux articles fournissent des preuves incontournables que la santé mentale en milieu scolaire améliore considérablement l'accès pour les enfants et les adolescents. Des études ont indiqué que des programmes et des services offerts dans un milieu pratique, les écoles, animées par des professionnels s'intéressant aux jeunes, abordent simultanément la stigmatisation, l'amélioration de l'accès et permettent une intégration plus holistique avec les autres fournisseurs de soins clés dans la communauté de l'enfant (Clayton, Chin, Blackburn et Echeverria, 2010; Soleimanpour, Geierstanger, Kaller, McCarter et Brindis, 2010; Guo, Wade et Keller, 2008; Wade et al., 2008; Petersen, 2008).

Malgré les preuves qui viennent confirmer l'importance des soins de santé mentale en milieu scolaire, un sondage récent effectué auprès des jeunes de la Nouvelle-Écosse a conclu que bien qu'un jeune sur deux ait signalé un besoin de soutien en santé mentale, seulement un sur six s'est rendu au cabinet de l'infirmière du centre de santé en milieu scolaire (Szumilas, Kutcher, LeBlanc et Langille, 2010). Le sexe féminin, le statut socioéconomique plus bas, les comportements sexuels à risque et les comportements suicidaires étaient tous associés de manière significative à l'utilisation des centres de santé en milieu scolaire. Les auteurs suggèrent que la stigmatisation et le manque de connaissance de la gamme des services offerts pourraient expliquer la sous-utilisation des centres de santé scolaire, et ils suggèrent donc des mesures à prendre pour en améliorer l'utilisation. Si les centres de santé en milieu scolaire doivent s'intégrer dans une stratégie multidimensionnelle visant à améliorer l'accès aux soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents, les suggestions de Szumilas et de ses collègues en vue d'une amélioration devraient être explorées plus attentivement.

Les soins de santé mentale en milieu scolaire peuvent prendre la forme d'initiatives de dépistage (Husky et al., 2010), de programmes sur des sujets spécifiques, comme la prévention du suicide (Kataoka, Stein, Nadeem et Wong, 2007), ou de centres de santé en milieu scolaire (Clayton et al., 2010), qui sont particulièrement importants dans le milieu rural. Les recherches ont prouvé l'efficacité de ces services auprès des populations suivantes :

- ◆ Enfants ayant un THADA (Sayal et al., 2010)
- ◆ Adolescents courant un risque de suicide (Gould et al., 2009)
- ◆ Enfants réfugiés (Rousseau et Guzder, 2008)
- ◆ Adolescents présentant un comportement d'automutilation (Shapiro, 2008)
- ◆ Enfants ayant un trouble de comportement perturbateur dans les régions à forte densité de pauvreté (Atkins et al., 2006)
- ◆ Adolescents ayant un trouble d'anxiété sociale (Masia-Warner et al., 2005)

Vu la carence en projets de recherche sur les interventions en milieu scolaire au Canada, McLennan, Reckford et Clarke (2008) ont présenté une étude sur le programme COPE en Alberta. Le programme COPE (Community Outreach in Paediatrics/Psychiatry and Education) cherche à relier les enfants, les familles, les écoles et les professionnels de la santé mentale. Les écoles participantes réfèrent les étudiants ayant des difficultés développementales comportementales ou émotionnelles et, à la suite d'un dépistage multidisciplinaire, des médecins effectuent des évaluations en milieu scolaire. Un plan d'action est ensuite formulé avec l'équipe et la famille, pour relier les enfants aux services nécessaires. McLennan et ses collègues concluent que le programme COPE représente une approche viable à l'amélioration de l'accès, en reliant les étudiants aux services de santé mentale.

De même, le modèle d'intégration et de navigation en santé mentale est à l'heure actuelle à l'étape de projet pilote en Nouvelle-Écosse (Wei, Kutcher et Szumilas, sous presse). Feuille de route intégrée pour les soins, ce modèle inclut un programme d'étude visant à améliorer la littératie en santé mentale, la formation du personnel scolaire, pour permettre à ces professionnels d'identifier les jeunes qui pourraient présenter un trouble mental, un processus de renvoi harmonieux entre les écoles et les fournisseurs de soins de santé, ainsi que la formation des professionnels de la santé de première ligne dans le domaine du diagnostic et du traitement. Des modèles intégrés comme celui-ci et comme le COPE en Alberta visent à aborder la stigmatisation et la fragmentation des services, ce qui est identifié comme constituant des obstacles à l'accès aux services de santé mentale. Les feuilles de route intégrées pour les soins constituent donc un élément intégral d'une stratégie globale visant à améliorer l'accès aux soins de santé mentale par les enfants et les adolescents du Canada.

Soins de première ligne

Entre les comportements parfois déficitaires sur le plan de la recherche d'aide parmi les jeunes et l'inaccessibilité relative des services spécialisés en santé mentale, l'importance de la pratique des soins de première ligne pour améliorer l'accès aux services de santé mentale des enfants et des adolescents est évidente. De nombreuses recherches soulignent l'efficacité des interventions en soins de première ligne. Des chercheurs ont découvert que les milieux de soins de première ligne étaient efficaces pour aborder les troubles émotionnels (Sanci, Lewis et Patton, 2010), traiter les difficultés comportementales (Kolko, Campo, Kelleher et Cheng, 2010) et dépister les jeunes sur le plan du suicide (Gardner et al., 2010), parmi les autres problèmes de santé mentale.

Les chercheurs Mauerhofer, Berchtold, Michaud et Suris écrivent : « La grande majorité des jeunes qui signalent des problèmes psychologiques ne recherchent pas d'aide, bien qu'ils consultent régulièrement leur médecin de famille » (2009, p. 308). Le travail de Mauerhofer et de ses collègues auprès des médecins de famille suggère que le dépistage psychosocial systématique des problèmes de santé mentale est une approche orientée vers les jeunes qui facilite l'accès à des soins et un soutien en santé mentale bien nécessaires. D'autres recherches ont conclu que fournir un enseignement aux médecins de famille concernant les inquiétudes en santé mentale des enfants et des adolescents et créer des occasions de collaborer avec les professionnels de la santé mentale, améliore de manière significative la qualité des soins de santé mentale de première ligne et l'accès aux services spécialisés en santé mentale (Power et al., 2007; Kisely, Duerden, Shaddick et Jayabarathan, 2006; Spenser, Gillies et Maysenhoelder, 2009; Lester, Birchwood, Freemantle, Michail et Tait, 2009; Stiffman et al., 2010).

Afin de pallier les carences en psychiatres de l'enfance et de l'adolescence, de nombreux chercheurs ont mis l'accent sur le rôle du personnel infirmier pour fournir des soins de santé mentale (Kolko et al., 2010; Kaye et al., 2009; Sharrock, Grigg, Happell, Keeble-Devlin et Jennings, 2006). Le travail de Hanrahan et Hartley (2008) sur les infirmières psychiatriques en pratique avancée est particulièrement pertinent pour les obstacles à l'accès dans les régions rurales. Les chercheurs ont découvert que les infirmières psychiatriques avaient davantage tendance à vivre en milieu rural que les psychiatres et étaient donc plus en mesure d'augmenter l'accès à des soins de santé mentale de qualité pour les personnes vivant en région rurale. De même, le rôle d'interface des fournisseurs de soins de santé mentale de première ligne a été introduit en Angleterre il y a plus d'une décennie. Les recherches de Hickey, Kramer et Garralda (2010) sur cette stratégie de soins de première ligne indiquent que les fournisseurs de soins de santé mentale de première ligne sont efficaces pour aider à combler les lacunes, en matière de services, entre le personnel de soins de première ligne et les services spécialisés.

Bien que ces recherches indiquent que les fournisseurs de soins de première ligne devraient jouer un rôle central dans les efforts pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale, il est nécessaire de veiller à ce que les médecins, les infirmières et les autres professionnels de soins de première ligne soient équipés de connaissances fondées sur les données probantes, afin de fournir des services efficaces de diagnostic, de traitement et de renvoi.

Soins axés sur la collaboration

Dans une discussion rétrospective sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration au Canada, Kates, Gagné et Whyte écrivent :

Au cours des dix dernières années, les soins de santé mentale partagés ou axés sur la collaboration sont passés d'un domaine « marginal » de pratique par une poignée de fournisseurs de service dans tout le pays, à des activités constatées de plus en plus souvent par les provinces et par les autorités de santé comme jouant un rôle intégral au sein de leurs systèmes de prestation de soins de santé mentale (2008, p.1).

Cet extrait témoigne de l'effort fait pour développer des approches axées sur l'intégration et la collaboration afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins de santé mentale. Des ponts doivent être jetés, alors que les besoins en santé mentale des enfants et des adolescents chevauchent de nombreux secteurs et disciplines. Des recherches ont établi que la coordination entre les agences de bien-être de l'enfant, les fournisseurs de services de santé mentale et les programmes de traitement pour abus de substances améliorera grandement l'accès et les

résultats pour les enfants et les adolescents (Bai, Wells et Hillemeier, 2009; Drabble, 2007; Libby et Riggs 2005). De plus, l'étude par Wagner et ses collègues sur la collaboration dans le cadre des hôpitaux pédiatriques (2005) indique que la participation du personnel paramédical et infirmier développe les occasions d'identification des problèmes de santé mentale et améliore la gestion rapide des renvois.

Des chercheurs australiens, toujours à la pointe de la recherche et de la pratique de la santé mentale des enfants et des adolescents, ont établi la nécessité de l'intégration et de la collaboration. Webster et Harrison soulignent l'efficacité des équipes de liaison multidisciplinaire en santé mentale dans les services d'urgence pédiatrique (2004), alors que Scott et ses collègues ont constaté que les services spécialisés multidisciplinaires et axés sur la collaboration, destinés aux adolescents, fournissent un meilleur accès à une gamme variée de cliniciens (2009).

Soins centrés sur la famille

Si le manque de connaissances et d'expérience de la stigmatisation par les familles crée des obstacles, il s'en suit que mobiliser les familles concernant les soins de santé mentale aux enfants et aux adolescents aura un résultat positif sur l'accès. Plusieurs études ont examiné l'efficacité de différents modèles d'engagement des parents. Olin et ses collègues (2010) ont élaboré un programme PEP (Parent Empowerment Program), conçu pour préparer les défenseurs familiaux à combler les lacunes en matière d'accès aux services pour les enfants ayant des difficultés comportementales et émotionnelles. Le programme PEP est basé sur le concept de prise de pouvoir comme processus et sur le besoin de mobiliser les parents pour qu'ils deviennent des agents de changement actifs dans le cadre des soins de l'enfant. Bien qu'aucune preuve des résultats positifs du programme PEP n'ait été publiée, les auteurs suggèrent que le cadre de PEP est hautement utile pour créer des initiatives novatrices centrées sur la famille.

D'autres projets de recherche ont adopté une approche psychoéducatrice pour faire participer les familles aux soins de santé mentale des enfants et des adolescents. Mendenhall, Fristad et Early (2009) ont conclu que la participation à un groupe multifamilial psychoéducatif améliorerait de manière significative les symptômes d'humeur de l'enfant et aidait les parents à devenir de meilleurs consommateurs du système de soins de santé mentale. D'autres recherches axées sur la pratique suggèrent qu'utiliser une approche écosystémique au traitement des enfants et des familles affectés par un problème de santé mentale aboutira à des résultats cliniques positifs (Coffey, 2004). Des recherches australiennes auprès de groupes autochtones ont recommandé que la participation des parents soit sensible sur le plan culturel, déclarant que : « Les programmes de parentage doivent être sensibles au contexte politique et culturel dans lequel

le parentage a lieu et intègrent des pratiques culturelles et des attentes souples » (Turner et Sanders, 2007, p. 39).

Bien que les articles concernant la participation parentale aux soins de santé mentale des enfants et des adolescents puissent présenter une grande variété sur le plan de l'approche théorique, le message évident est que les parents jouent un rôle intégral dans l'accès aux services, et que des efforts doivent être faits pour les mobiliser et les informer. Les recherches de Cunningham et al. (2008) sur les préférences concernant les informations pour les parents d'enfants ayant un problème de santé mentale vient soutenir cette hypothèse; les chercheurs ont conclu que maximiser l'utilisation et réaliser les avantages fournis pas le matériel d'information en santé mentale nécessite des stratégies éducatives correspondant aux préférences des parents.

Pleins feux sur: headspace, Australie

Alors que de nombreux pays scandinaves et le Royaume-Uni font d'excellents progrès en matière d'accès aux soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents (Johannessen et al., 2001; Lester, Birchwood, Tait, Shah, England, et Smith, 2008; Halsteinli, 2010), l'Australie continue de modeler des stratégies novatrices d'accès pour les nations de la planète entière. Le programme *headspace* est l'une de ces initiatives australiennes qui démontre un engagement clair envers la santé mentale des jeunes ainsi que des stratégies complètes, axées sur la collaboration, visant à améliorer l'accès (McGorry et al., 2007).

Créé en 2006, *headspace* vise à promouvoir et soutenir les interventions précoces pour les adolescents ayant des troubles mentaux et présentant un abus de substances. Conçue pour compléter les soins de première ligne et les services spécialisés, en les intégrant, cette initiative a été soutenue par le gouvernement australien grâce à l'investissement de plus de 54 millions de dollars. Trente unités de service aux adolescents *headspace* ou CYS (communities of youth service) sont en voie d'établissement dans des régions métropolitaines, régionales, rurales et éloignées de toute l'Australie, afin de développer la capacité locale et d'améliorer la visibilité. Élaboré et guidé par un consortium de chercheurs et d'experts praticiens, *headspace* cherche à développer la sensibilisation locale et nationale, créer des milieux de services orientés vers les adolescents et les familles, promouvoir les interventions fondées sur les données probantes et améliorer l'accès par les coemplacements, les services d'approche et la collaboration. (Cliquez sur <http://www.headspace.org.au/> pour obtenir de plus amples informations).

Alors que les Canadiens continuent de créer et d'améliorer des stratégies pour rehausser l'accès, des myriades de programmes de recherche et des services australiens, y compris *headspace*, peuvent jouer le rôle de base, fondé sur des données probantes, pour nos propres innovations.

4.2 Stratégies de gestion de la liste d'attente

Alors que des recherches sur les réponses aux défis en matière de temps d'attente relevées par les agences de santé mentale des enfants et des adolescents sont effectuées actuellement au Canada (McGrath et Cunningham, sous presse), un bref survol de la bibliographie publiée suggère que différents types de stratégies sont mis en pratique.

Outils prioritaires

Afin de trier et de dépister efficacement les patients, un grand nombre de fournisseurs de services de santé mentale au Canada emploient une variété d'outils. Par exemple, Ayliffe, Lagace et Muldoon (2005) présentent l'élaboration et la mise en vigueur de l'Outil d'évaluation du triage en santé mentale au Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO). Conçu pour aider les infirmières de triage à évaluer et établir un ordre de priorité pour les patients de psychiatrie se présentant au service des urgences du CHEO, cet outil aide également à orienter les patients vers le fournisseur de soins de santé le plus approprié, qu'il s'agisse d'un médecin ou d'un travailleur d'intervention en temps de crise.

Sur une échelle plus vaste, Barwick, Boydell, Cunningham et Ferguson (2004) présentent les initiatives ontariennes de dépistage et de mesure des résultats dans les agences de santé mentale pour les enfants. Les enfants de six à 17 ans sont systématiquement dépistés dans certains hôpitaux et organismes communautaires, à l'aide du BCFPI (Brief Child and Family Phone Interview) (Cunningham, Pettingill et Boyle, 2000). Cette entrevue normalisée sur ordinateur peut être utilisée pour une variété d'objectifs différents, incluant l'identification du besoin de services par le client et pour relier les familles avec un soutien intérimaire.

Le projet WCWL (Western Canada Waiting List), subventionné par le gouvernement fédéral, a également élaboré un outil de critères prioritaires pour la gestion des listes d'attente en vue de services de santé mentale des enfants (2001). Les chercheurs participant au projet ont déterminé que le score de priorité généré par cet outil permettait de capter le jugement par les cliniciens concernant les besoins relativement urgents des patients (Smith et Haddorn, 2002). De même, des révisions externes de l'outil de critères prioritaires ont conclu qu'il s'agit d'une « mesure utile et efficace du degré d'urgence clinique adéquate pour utilisation dans les milieux prioritaires, pour les enfants qui attendent de recevoir des services de santé mentale » (Cawthorpe et al., 2007. p. 25).

Les services intérimaires et alternatifs

Fournir des services intérimaires aux enfants et aux familles alors qu'ils attendent de recevoir des services constitue une autre approche à la gestion des listes d'attente. Comme exemple

excellent tiré du domaine des services pour l'autisme, on peut citer Wong et Kwan (2010), qui ont élaboré une intervention précoce de deux semaines pour les enfants qui viennent de recevoir un nouveau diagnostic et leurs familles. Ces recherches ont conclu qu'offrir une formation à court terme aux parents améliorerait les communications et les interactions sociales avec leur enfant et, ce qui est peut-être plus applicable aux services de santé mentale pour les jeunes, réduisait de manière significative le niveau de stress des parents pendant la longue période d'attente en vue de recevoir des services.

Dans le domaine des services de santé mentale aux enfants et aux adolescents, McGarry et ses collègues (2008) ont élaboré une approche de brèves consultations et de conseils pour faire face aux renvois routiniers. Solution limitée dans le temps, centrée sur le client et axée sur les solutions pour faire face aux présentations courantes, ce système intérimaire a abouti à de meilleurs résultats cliniques pour les enfants et à une satisfaction accrue des parents en matière de temps d'attente.

Gestion directe

Une variété d'initiatives de gestion directe des listes d'attente ont été testées, pour écourter les temps d'attente. Au Royaume-Uni, Clemente et ses collègues (2006) ont évalué le système IA (Initial Assessment), un nouveau système de gestion des renvois. En plus de réduire les temps d'attente, le système vise également à réduire les rendez-vous manqués et à améliorer la collaboration entre les différentes disciplines. Dans l'ensemble, les chercheurs ont établi que le système IA était associé à des temps d'attente moyens bien plus courts et à un taux de rendez-vous manqués plus bas au centre d'intervention où ce système avait été piloté.

Des recherches supplémentaires effectuées au Royaume-Uni ont examiné l'efficacité d'un système de rendez-vous avec option d'adhésion (*opt-in appointment system*) pour la gestion des listes d'attente (Woodhouse, 2006). Dans le cadre de ce système, les renvois pour des présentations où l'on savait que des interventions psychologiques seraient utiles ont reçu un ordre de priorité plus élevé par rapport aux cas caractérisés par de mauvais résultats. Woodhouse a découvert que l'assiduité au premier rendez-vous était accrue et que les temps d'attente étaient réduits de manière significative.

Bien que ce bref tableau des stratégies utilisées pour la gestion des listes d'attente fournisse quelques possibilités d'écourter les temps d'attente, il reste évident que terminer et diffuser une étude en cours subventionnée par les IRSC et effectuée par McGrath et Cunningham permettra de faire grandement progresser la compréhension de ces stratégies et de leur utilité dans le contexte canadien spécifique.

5.0 REGARD TOURNÉ VERS L'AVENIR: LES PRINCIPES DIRECTEURS, LES LACUNES ET LES OPPORTUNITÉS

Les gens de tous les âges ont un accès rapide à des programmes, des traitements, des services et un soutien appropriés et efficaces en santé mentale, dans leur communauté ou aussi près que possible de l'endroit où ils vivent ou travaillent, quelle que soit leur capacité de payer. Le système de santé mentale est centré sur les activités visant à favoriser la santé mentale et à combler la gamme complète des besoins, aussi complexes qu'ils soient, de la manière la moins restreignante possible. Le système de santé mentale est intégré harmonieusement au sein des secteurs public, privé et bénévole, d'une juridiction à l'autre et tout au long de la vie. (Objectif Cinq de *Toward Recovery et Well-Being: A Framework for a Mental Health Strategy for Canada*, 2009).

Afin de réaliser la vision de la Commission de la santé mentale, celle d'un accès rapide, efficace et harmonieux aux soins, il est d'une importance cruciale de combler les lacunes au niveau des recherches, des politiques et de la pratique en santé mentale des enfants et des adolescents.

Principes directeurs

Pour progresser, il est essentiel que les efforts faits pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents soient guidés par plusieurs principes clés soulignés dans ce document d'information.

- ◆ La fragmentation des services existants et la nature transjuridictionnelle des problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents indiquent qu'une **approche** activement **axée sur la collaboration** doit être adoptée pour le travail dans ce domaine.
- ◆ Toutes les familles sont profondément concernées par les difficultés de santé mentale et jouent un rôle significatif dans l'accès aux services, soit comme obstacle ou facilitateur, et il faudra donc mettre l'accent sur les **soins axés sur la famille** pour améliorer la prestation des services.
- ◆ Bien qu'il reste encore un énorme travail de pionnier à effectuer, plusieurs organismes de pointe ont fourni un leadership et continuent de jeter des fondations solides. La Colombie-Britannique, l'Australie et l'Organisation mondiale de la santé ont été mentionnées. D'autres leaders novateurs dans ce domaine effectuent des changements importants. Il est essentiel que les efforts ne soient pas consacrés inutilement à réinventer la roue mais qu'ils soient orientés vers l'adaptation et le développement plus poussé des leçons déjà apprises.

- ◆ Tout comme il est essentiel de tirer parti des leçons apprises, il est de la plus grande importance d'appliquer des **solutions novatrices et transformationnelles** à la question de l'accès et des temps d'attente en santé mentale des enfants et des adolescents. Les solutions novatrices doivent être soigneusement évaluées pour en déterminer l'efficacité et l'opportunité.

5.1 Synthèse des lacunes

Au niveau des données sur la prévalence. Malgré des efforts épidémiologiques significatifs pour déterminer la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents au cours des trente dernières années, ce document a souligné la nature hautement variable et vieillie de ce travail. Il n'existe actuellement aucune information courante et définitive concernant la prévalence des troubles mentaux et des problèmes de santé mentale chez les jeunes Canadiens. De telles données sont d'une importance cruciale pour la planification des ressources humaines en santé mentale.

Sur le plan des preuves concernant les temps d'attente. Bien que les lacunes concernant les preuves sur la prévalence puissent créer des défis en matière d'accès aux services de santé mentale des enfants et des adolescents, le manque de données concernant les temps d'attente dans ce secteur est également en cause. Au Canada, on sait très mal pendant combien de temps les jeunes attendent, quels sont les services qu'ils attendent et si les services qu'ils reçoivent éventuellement sont appropriés, fondés sur les données probantes et efficaces.

NON PAS en ce qui concerne les obstacles à l'accès. Ce document d'information a souligné les points forts et l'étendue de notre compréhension des obstacles à l'accès aux services de santé mentale pour les enfants et les adolescents. Les obstacles aux soins sont bien documentés et il n'est donc pas nécessaire de faire des recherches plus poussées dans ce domaine. Cependant, il serait certainement utile d'étudier les stratégies visant à surmonter les obstacles.

Concernant les politiques sur l'accès. Jusqu'à présent, il n'existe aucune politique nationale concernant la santé mentale des enfants et des adolescents. Bien que quatre provinces aient élaboré des cadres de politiques, le degré auquel chacune identifie, place en ordre de priorité et met en vigueur l'accès aux soins est variable, et il existe peu de preuves pratiques permettant de vérifier que ces plans ont été entièrement mis en vigueur. De même, les provinces et territoires ne disposant pas de politiques sur la santé mentale des enfants et des adolescents en sont à différentes étapes pour combler cette lacune.

Concernant la gestion des listes d'attente. Alors que la bibliographie sur la pratique documente effectivement plusieurs stratégies pour gérer l'accès et les listes d'attente longues, il n'existe pas de preuves claires précisant quelles sont les meilleures pratiques dans ce domaine.

5.2 Suggestions en vue de travaux futurs

1. Collecter des données complètes sur la prévalence des troubles mentaux et les problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents du Canada à l'aide de protocoles normalisés.
2. Mesurer les temps d'attente actuels pour une myriade de services de santé mentale et déterminer si ces services répondent aux besoins des familles et sont appropriés, fondés sur les données probantes et efficaces.
3. Clarifier les questions de définition en élaborant un langage commun : accès, temps d'attente, liste d'attente, etc.
4. Développer les normes pour les temps d'attente de l'Association des psychiatres du Canada, en établissant des cibles pédiatriques fondées sur les données probantes pour des niveaux explicites de besoins et de soins.
5. Diffuser les travaux effectués actuellement sur l'accès et la gestion des listes d'attente de manière à permettre aux agences de mettre en vigueur leurs stratégies dans leur milieu unique, et mobiliser la communauté des soins de santé en vue d'une action.
6. Établir des preuves claires concernant le caractère adéquat ou non des subventions en santé mentale psychiatrique. Si ceci est indiqué, militer en vue d'une augmentation des subventions et de l'allocation novatrice des subventions existantes.
7. Effectuer des recherches explorant le processus de lancement et de maintien d'initiatives axées sur la collaboration, ainsi que de feuilles de cheminement intégrées pour les soins visant à améliorer l'accès.

Les défis associés à la formulation de solutions systémiques au problème complexe de l'accès et des temps d'attente en santé mentale des enfants et des adolescents sont énormes. Les progrès nécessiteront une collaboration novatrice, active et un leadership stratégique. Des

recherches de qualité et des preuves claires permettront sans aucun doute de bâtir les fondations nécessaires en vue d'un changement positif et d'un impact durable dans ce domaine. Les travaux futurs et les efforts d'autres personnes peuvent être informés et guidés par une documentation soigneuse et des échanges attentifs en matière de connaissances actuelles et en évolution. Sous de nombreux aspects, c'est un moment idéal pour se pencher sur l'accès en matière de santé mentale des enfants et des adolescents. Des partenariats vigoureux émergent actuellement, accompagnés d'un engagement à travailler à cette question difficile et complexe. Le National Infant Child and Youth Mental Health Consortium représente un groupe d'experts engagés qui, en partenariat avec les IRSC, travaillent avec enthousiasme à faire avancer ce dossier.

BIBLIOGRAPHIE

- Abram, K.M., Paskar, L.D., Washburn, J.J., et Teplin, L.A. (2008). Perceived barriers to mental health services among youths in detention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(3), 301-308.
- Afifi, T.O., Cox, B.J., et Sareen, J. (2005). Perceived need and help-seeking for mental health problems among Canadian provinces and territories. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 24(1), 51-61.
- Aisbett, D.L., Boyd, C.P., Francis, K.J., Newnham, K., et Newnham, K. (2007). Understanding barriers to mental health service utilization for adolescents in rural Australia. *Rural Remote Health*, 7(1), 624.
- Alberta Health and Wellness. (2006). *Positive futures - optimizing mental health for Alberta's children and youth: a framework for action (2006-2016)*. Retrieved from <http://www.health.alberta.ca/documents/mental-health-framework-hl-06.pdf>.
- Anderson, K., Kutcher, S. et Connell, C. (2010). Before and after conception: Engaging parents of today and parents of tomorrow. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19(3), 197 - 200.
- Atkins, M.S., Frazier, S.L., Birman, D., Adil, J.A., Jackson, M., Graczyk, P.A., et al. (2006). School-based mental health services for children living in high poverty urban communities. *Administration and Policy in Mental Health*, 33(2), 146-159.
- Ayliffe, L., Lagace, C., et Muldoon, P. (2005). The use of a mental health triage assessment tool in a busy Canadian tertiary care children's hospital. *Journal of Emergency Nursing*, 31(2), 161-165.
- Baggish R, Hardcastle S. Schools and mental health: an evolving partnership. *Conn Med* 2005;69(9):535-9.
- Bai, Y., Wells, R., et Hillemeier, M.M. (2009). Coordination between child welfare agencies and mental health service providers, children's service use, and outcomes. *Child Abuse et Neglect*, 33(6), 372-381.
- Bannon, W.M.J, et McKay, M.M. (2005). Are barriers to service and parental preference match for service related to urban child mental health service use? *Families in Society*.
- Barwick, M. A., Boydell, K. K., Cunningham, C. E., et Ferguson, H. B. (2004). Overview of Ontario's screening and outcome measurement initiative in children's mental health. *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 13, 105-109.
- Berland, A. (2008). *Promises kept, miles to go: A review of child and youth mental health services in BC*. Victoria, BC: Ministry of Children and Family Development.
- Blais, R., Breton, J.J., Fournier, M., St-Georges, M., et Berthiaume, C. (2003). Are mental health services for children distributed according to needs? *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(3), 176-186.
- Boydell, K.M., Pong, R., Volpe, T., Tilleczeck, K., Wilson, E., et Lemieux, S. (2006). Family perspectives on pathways to mental health care for children and youth in rural communities. *Journal of Rural Health*, 22(2), 182-188.
- Boydell, K.M., Volpe, T., et Pignatiello, A. (2010). A qualitative study of young people's perspectives on receiving psychiatric services via televideo. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19(1), 5-11.
- Boyle, S., Appleby, J., et Harrison, A. (2010). *A rapid view of access to care*. London: The King's Fund.
- Bradley, K.L., McGrath, P.J., Brannen, C.L. et Bagnell, A.L. (2010). Adolescents' attitudes and opinions about depression treatment. *Community Mental Health Journal*, 46, 242 - 251.
- Breton, J.J., Plante, M.A., et St-Georges, M. (2005). Challenges facing child psychiatry in Quebec at the dawn of the 21st Century. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(4), 203-212.
- British Columbia Ministry of Children and Family Development. (2003). *Child and youth mental health*. Retrieved from http://www.mcf.gov.bc.ca/mental_health/mh_publications/cymh_plan.htm.
- Bruning, B.J., Winzelberg, A.J., Abascal, L.B., et Taylor, C.B. (2004). An evaluation of an Internet-delivered eating disorder prevention program for adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 35(4), 290-296.

- Instituts de recherche en santé du Canada (2010). *Report of consensus workshop on access to mental health services for children and youth: Defining the research opportunity*. Montreal: Author.
- Canadian Psychiatric Association. (2006). *Wait time benchmarks for patients with serious psychiatric illnesses*. Ottawa: Author.
- Cawthorpe, D., Wilkes, T.C., Rahman, A., Smith, D.H., Conner-Spady, B., McGurran, J.J., et al. (2007). Priority-setting for children's mental health: clinical usefulness and validity of the priority criteria score. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16(1), 18-26.
- Chandra, A., et Minkovitz, C.S. (2006). Stigma starts early: gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 754-758.
- Cheung, A.H., et Dewa, C.S. (2007). Mental health service use among adolescents and young adults with major depressive disorder and suicidality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 228-232.
- Santé mentale pour enfants Ontario. *Towards a mental health policy for Ontario's children et youth*. Retrieved from [http://kidsmentalhealth.ca/documents/ Res_towards_a_cmh_policy.pdf](http://kidsmentalhealth.ca/documents/Res_towards_a_cmh_policy.pdf).
- Clayton, S., Chin, T.M., Blackburn, S. et Echeverria, C.M.M. (2010). Different setting, different care: Integrating prevention and clinical care in school-based health centers. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1592-1596.
- Clemente, C., McGrath, R., Stevenson, C., et Barnes, J. (2006). Evaluation of a waiting list initiative in a child and adolescent mental health service. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(2), 98-103.
- Cloutier, P., Cappelli, M., Glennie, J.E., et Keresztes, C. (2008). Mental health services for children and youth: a survey of physicians' knowledge, attitudes and use of telehealth services. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 14(2), 98-101.
- Coffey, E.P. (2004). The heart of the matter 2: integration of ecosystemic family therapy practices with systems of care mental health services for children and families. *Family Process*, 43(2), 161-173.
- Corliss, H.L., Belzer, M., Forbes, C., et Wilson, E.C. (2007). An evaluation of service utilization among male to female transgender youth: qualitative study of a clinic-based sample. *Journal of LGBT Health Research*, 3(2), 49-61.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., et al. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837- 844.
- Cross, T., Bartgis, J., et Fox, K. (2010). Rethinking the systems of care definition: an indigenous perspective. *Evaluation and Program Planning*, 33(1), 28-31.
- Cunningham, C.E., Deal, K., Rimas, H., Buchanan, D.H., Gold, M., Sdao-Jarvie, K., et al. (2008). Modeling the information preferences of parents of children with mental health problems: A discrete choice conjoint experiment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1123 - 1138.
- Cunningham, C.E., Pettingill, P., et Boyle, M. (2000). The Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI). Hamilton, ON: Canadian Centre for the Study of Children at Risk, Hamilton Health Sciences Corporation, McMaster University.
- Davidson, S., et Manion, I.G. (1996). Facing the challenge: Mental health and illness in Canadian youth. *Psychology, Health and Medicine*, 1, 41-56.
- Diaz-Granados, N., Georgiades, K., et Boyle, M.H. (2010). Regional and individual influences on use of mental health services in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(1) 9-20.
- Drabble, L. (2007). Pathways to collaboration: exploring values and collaborative practice between child welfare and substance abuse treatment fields. *Child Maltreatment*, 12(1), 31-42.
- Elford, D.R., White, H., St, J.K., Maddigan, B., Ghandi, M., et Bowering, R. (2001). A prospective satisfaction study and cost analysis of a pilot child telepsychiatry service in Newfoundland. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7(2), 73-81.
- Franck, L., Noble, G., et McEvoy, M. (2008). Enquiring minds want to know: topics requested by users of a children's health information website. *Patient Education and Counseling*, 72(1), 168-171.
- Gardner, W., Klima, J., Chisolm, D., Feehan, H., Bridge, J., Campo, J., et al. (2010). Screening, triage, and referral of patients who report suicidal thought during a primary care visit. *Pediatrics*, 125(5), 945-952.

- Gaskin, D.J. et Mitchell, J.M. (2005). Health status and access to care for children with special health care needs. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 8(1), 29-35.
- Gerson, R., Davidson, L., Booty, A., McGlashan, T., Malespina, D., Pincus, H.A., et al. (2009). Families' experience with seeking treatment for recent-onset psychosis. *Psychiatric Services*, 60(6), 812-816.
- Gould, M.S., Marrocco, F.A., Hoagwood, K., Kleinman, M., Amakawa, L., et Altschuler, E. (2009). Service Use by At-Risk Youths After School-Based Suicide Screening. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(12), 1193-1201.
- Gouvernement du Canada, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2006). *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Extrait de <http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-e/SOCI-E/rep-e/rep02may06-e.htm>.
- Government of Manitoba. *Mental health and addictions*. Retrieved from <http://www.gov.mb.ca/healthyliving/mh/>.
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2009). *Community mental health centres child and adolescent services*. Extrait de <http://www.gnb.ca/0055/pdf/cmhcps.pdf>.
- Gouvernement de Terre-Neuve et Labrador. (2005). *Working together for mental health*. St John's: Author.
- Gouvernement des Territoires-du-Nord-Ouest. (2005). *An interim report on the mental health and addictions services in the NWT*. Extrait de <http://www.hlthss.gov.nt.ca/english/publications/pubresult.asp?ID=160>.
- Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. (2003). *Strategic directions for Nova Scotia's mental health system*. Extrait de http://www.gov.ns.ca/health/reports/pub/MHS_strategic_directions.pdf.
- Gouvernement du Nunavut. *Annirusuktugut. A suicide intervention and prevention strategy for the Government of Nunavut*. Extrait de <http://www.gov.nu.ca/annirusuktugut/jun29a.pdf>.
- Gouvernement du Québec. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005–2010*. Québec: Author.
- Grealish, A., Hunter, A., Glaze, R., et Potter, L. (2005). Telemedicine in a child and adolescent mental health service: participants' acceptance and utilization. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11, 53-55.
- Greenberg, N., Boydell, K.M., et Volpe, T. (2006). Pediatric telepsychiatry in Ontario: caregiver and service provider perspectives. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 33(1), 105-111.
- Grubaugh, A.L., Cain, G.D., Elhai, J.D., Patrick, S.L., et Frueh, B.C. (2008). Attitudes toward medical and mental health care delivered via telehealth applications among rural and urban primary care patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(2), 166-170.
- Guo, J.J., Wade, T.J., et Keller, K.N. (2008). Impact of school-based health centers on students with mental health problems. *Public Health Reports*, 123(6), 768-780.
- Haddorn, D.C. et the Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. (2000). Setting priorities for waiting lists. *Canadian Medical Association Journal*, 163(7), 857 - 860.
- Halsteinli, V. (2010). Treatment intensity in child and adolescent mental health services and health care reform in Norway, 1998-2006. *Psychiatric Services*, 61(3), 280-285.
- Hanrahan, N.P. et Hartley, D. (2008). Employment of advanced-practice psychiatric nurses to stem rural mental health workforce shortages. *Psychiatric Services*, 59(1), 109-111.
- Happell, B., Moxham, L., Reid-Searl, K., Dwyer, T., Kahl, J., Morris, J., et al. (2009). Promoting mental health care in a rural paediatric unit through participatory action research. *Australian Journal of Rural Health*, 17(3), 155-160.
- Haynes, B. et Haines, A. (1996). Getting research findings into practice: Barriers and bridges to evidence-based clinical practice. *BMJ*, 312, 71-72.
- Santé Canada. (1994). *Suicide in Canada: update of the report of the Task Force on Suicide in Canada*. Ottawa: Author.
- Santé Canada. (2007). *Wait times in Canada*. Extrait de <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/qual/acces/wait-attente/index-eng.php>.
- Heinicke, B.E., Paxton, S.J., Mclean, S.A., et Wertheim, E.H. (2007). Internet-delivered targeted group intervention for body dissatisfaction and disordered eating in adolescent girls: a randomized controlled trial. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(3), 379-391.

- Hickey, N., Kramer, T., et Garralda E. (2010). Developing the primary mental health worker role in England. *Child and Adolescent Mental Health, 15*(1), 23-29.
- Hoffman, N.D., Freeman, K., et Swann, S. (2009). Healthcare preferences of lesbian, gay, bisexual, transgender and questioning youth. *Journal of Adolescent Health, 45*(3), 222-229.
- Hoffmann, W.A. (2006). Telematic technologies in mental health caring: a web-based psychoeducational program for adolescent suicide survivors. *Issues in Mental Health Nursing, 27*(5), 461-474.
- Hoge, M.A., Morris, J.A., Stuart, G.W., Huey, L.Y., Bergeson, S., Flaherty, M.T., et al. (2009). A national action plan for workforce development in behavioral health. *Psychiatric Services, 60*(7), 883-889.
- Husky, M.M., Kaplan, A., McGuire, L., Flynn, L., Chrostowski, C., et Olfson, M. (2010). Identifying adolescents at risk through voluntary school-based mental health screening. *Journal of Adolescence*, in press.
- Johannessen, J.O., McGlashan, T.H., Larsen, T.K., Horneland, M., Joa, I., Mardal, S., et al. (2001). Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophrenia Research, 51*(1), 39-40.
- Kataoka, S., Stein, B.D., Nadeem, E., et Wong, M. (2007). Who gets care? Mental health service use following a school-based suicide prevention program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(10), 1341-1348.
- Kataoka, S.H., Zhang, L., et Wells, K.B.. (2002). Unmet need for mental health care among us children: variation by ethnicity and insurance status. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1548-1555.
- Kates, N., Gagne, M.A., et Whyte, J.M. (2008). Collaborative mental health care in Canada: Looking back and looking ahead. *Canadian Journal of Community Mental Health, 27*(2), 1-4.
- Kaye, L., Warner, L.A., Lewandowski, C.A., Greene, R., Acker, J.K., et Chiarella, N. (2009). The role of nurse practitioners in meeting the need for child and adolescent psychiatric services: a statewide survey. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 47*(3), 34-40.
- Kerkorian, D., McKay, M., et Bannon, W.M., Jr. (2006). Seeking help a second time: parents'/caregivers' characterizations of previous experiences with mental health services for their children and perceptions of barriers to future use. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(2), 161-166.
- Kessler, R.C., Avenevoli, S., et Merikangas, K.R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry, 49*(12), 1002-1010.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., et Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602.
- Kinark Child and Family Services. (2007). Study shows children's mental health still taboo in Canada. Retrieved on July 29, 2009, from <http://www.kinark.on.ca/news/news02StudyMediaRelease.aspx>.
- Kisely, S., Duerden, D., Shaddick, S., et Jayabarathan, A. (2006). Collaboration between primary care and psychiatric services: does it help family physicians? *Canadian Family Physician, 52*, 876-877.
- Kolko, D.J., Campo, J.V., Kelleher, K., et Cheng, Y. (2010). Improving access to care and clinical outcome for pediatric behavioral problems: a randomized trial of a nurse-administered intervention in primary care. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 31*(5), 393-404.
- Kowalewski, K., et al. (2008). *Child mental health waitlists: a pilot study in Ontario, Canada*. 55th Annual Meeting of the AACAP, Oct 28-Nov 2.
- Kutcher, S. et McDougall, A. (2009). Problems with access to adolescent mental health care can lead to dealings with the criminal justice system. *Pediatric Child Health, 14*(1), 15 - 18.
- Kutcher, S., Hampton, M.J., et Wilson, J. (2010). Child and adolescent mental health policy and plans in Canada: an analytical review. *Canadian Journal of Psychiatry, 55*(2), 100-107.
- Lee, S., Juon, H.S., Martinez, G., Hsu, C.E., Robinson, E.S., Bawa, J., et al. (2009). Model minority at risk: expressed needs of mental health by Asian American young adults. *Journal of Community Health, 34*(2), 144-152.
- Lester, H., Birchwood, M., Freemantle, N., Michail, M., et Tait, L. REDIRECT: cluster randomised controlled trial of GP training in first-episode psychosis. *British Journal of General Practice, 59*(563), e183-e190.
- Lester, H., Birchwood, M., Tait, L., Shah, S., England, E., et Smith, J. (2008). Barriers and facilitators to partnership working between Early Intervention Services and the voluntary and community sector. *Health and Social Care in the Community, 16*(5), 493-500.

- Libby, A.M. et Riggs, P.D. (2005). Integrated substance use and mental health treatment for adolescents: aligning organizational and financial incentives. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(5), 826-834.
- Lin, P., Campbell, D.G., Chaney, E.F., Liu, C., Heagerty, P., Felker, B.L., et al. (2005). The influence of patient preference on depression treatment in primary care. *Annals in Behavioral Medicine*, 30(2), 164-173.
- Lingley-Pottie, P., et McGrath, P.J. (2008b). Telehealth: A child and family-friendly approach to mental health-care reform. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 14, 225-226.
- Marcell, A.V., et Halpern-Felsher, B.L. (2007). Adolescents' beliefs about preferred resources for help vary depending on the health issue. *Journal of Adolescent Health*, 41(1), 61-68.
- Masia-Warner, C., Klein, R.G., Dent, H.C., Fisher, P.H., Alvir, J., Albano, A.M., et al. (2005). School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: results of a controlled study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(6), 707-722.
- Mauerhofer, A., Berchtold, A., Michaud, P.A. et Suris, J.C. (2009). GPs' role in the detection of psychological problems of young people: a population-based study. *British Journal of General Practice*, 59(566), e308-e314.
- McGarry, J., McNicholas, F., Buckley, H., Kelly, B.D., Atkin, L., et Ross, N. (2008). The clinical effectiveness of a brief consultation and advisory approach compared to treatment as usual in child and adolescent mental health services. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(3), 365-376.
- McGlashan, T.H. (1999). Duration of untreated psychosis in first episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Society of Biological Chemistry*, 46, 899 - 907.
- McGorry, P.D., Tanti, C., Stokes, R., Hickie, I.B., Carnell, K., Littlefield, L.K., et al. (2007). headspace: Australia's National Youth Mental Health Foundation--where young minds come first. *Medical Journal of Australia*, 187(7), S68-S70.
- McLennan, J.D., Reckord, M. et Clarke, M. (2008). A mental health outreach program for elementary schools. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17(3), 122-130.
- Mendenhall, A.N., Fristad, M.A., et Early, T.J. (2009). Factors influencing service utilization and mood symptom severity in children with mood disorders: effects of multifamily psychoeducation groups (MFPGs). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 463-473.
- Mendez, J.L., Carpenter, J.L., LaForett, D.R., et Cohen, J.S. (2009). Parental engagement and barriers to participation in a community-based preventive intervention. *American Journal of Community Psychology*, 44(1-2), 1-14.
- Mental Health Commission of Canada. (2009). *Toward recovery et well-being: A framework for a mental health strategy for Canada*. Calgary: Author.
- Meredith, L.S., Stein, B.D., Paddock, S.M., Jaycox, L.H., Quinn, V.P., Chandra, A., et al. (2009). Perceived barriers to treatment for adolescent depression. *Medical Care*, 47(6), 677-685.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1998). *Help for life: Quebec's strategy for preventing suicide*. Québec: Author.
- Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. (2006). *A shared responsibility: Ontario's policy framework for child and youth mental health*. Toronto: Author.
- Moran, T.E., et O'Hara, M.W. (2006). Maternal psychosocial predictors of pediatric health care use: Use of the common sense model of health and illness behaviors to extend beyond the usual suspects. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9, e171-e180.
- Mukolo A, Heflinger CA, Wallston KA. The stigma of childhood mental disorders: a conceptual framework. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49(2):92-103.
- Myers, K.M., Valentine, J.M., et Melzer, S.M. (2007). Feasibility, acceptability, and sustainability of telepsychiatry for children and adolescents. *Psychiatric Services*, 58, 1493 - 1496.
- Myers, K.M., Vander, S.A., McCarty, C.A., Klein, J.B., Palmer, N.B., Geyer, J.R., et al. (2010). Child and adolescent telepsychiatry: variations in utilization, referral patterns and practice trends. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 16(3), 128-133.

- Nadeau, L. et Measham, T. (2006). Caring for migrant and refugee children: challenges associated with mental health care in pediatrics. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(2), 145-154.
- National Institute of Mental Health. (2001). *Blueprint for change: research on child and adolescent mental health*. Washington: Author.
- Nelson, E.L. et Bui, T. Rural telepsychology services for children and adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 66(5), 490 - 501.
- Newton, A.S., Ali, S., Johnson, D.W., Haines, C., Rosychuk, R.J., Keaschuk, R.A., et Klassen, T.P. (2009). A 4-year review of pediatric mental health emergencies in Alberta. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 11(5), 447 - 454.
- Newton, A.S., Ali, S., Johnson, D.W., Haines, C., Rosychuk, R.J., Keaschuk, R.A., Jacobs, P., Capelli, M. et Klassen, T.P. (2010). Who comes back? Characteristics and predictors of return to emergency department services for pediatric mental health care. *Academic Emergency Medicine*, 17, 177 - 186.
- Norman, R.M.G. et Malla, A.K. (2001). Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine*, 31, 381 - 400.
- Ochoa, E.R. Jr., et Nash, C. (2009). Community engagement and its impact on child health disparities: building blocks, examples, and resources. *Pediatrics*, 124, S237-S245.
- O'Connell, M.E., Boat, T. et Warner, K.E. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington: National Academies Press.
- Offord, D.R., Boyle, M.H., Fleming, J.E., Munroe Blum, H., et Rae Grant, N.I. (1989). Ontario Child Health Study: Summary of selected results. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 483-491
- Oh, E., Jorm, A.F., et Wright, A. (2009). Perceived helpfulness of websites for mental health information: a national survey of young Australians. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(4), 293-299.
- Olin, S.S., Hoagwood, K.E., Rodriguez, J., Ramos, B., Burton, G., Penn, M., et al. (2010). The application of behavior change theory to family-based services: Improving parent empowerment in children's mental health. *Journal of Child and Family Studies*, 19(4), 462-470.
- SEFPO (Syndicat des employés et des employées de la fonction publique de l'Ontario). (2005). *Kids matter: Rebuilding children's mental health services in Ontario*. Toronto: Author. Retrieved from <http://www.opseu.org/bps/ctc/kidsmatterreport.pdf>.
- Paul, L.A., Gray, M.J., Elhai, J.D., Massad, P.M., et Stamm, B.H. (2006). Promotion of evidence-based practices for child traumatic stress in rural populations: identification of barriers and promising solutions. *Trauma, Violence, and Abuse*, 7(4), 260-273.
- Petersen, S.B. (2008). Reinventing clinical roles and space at school. *New Directions for Youth Development*, 120, 103-125.
- Pignatiello, A., Boydell, K., Teshima, J. et Volpe, T. (2008). Supporting primary care through pediatric telepsychiatry. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 27(2), 139 - 151.
- Power, P., Iacoponi, E., Reynolds, N., Fisher, H., Russell, M., Garety, P., et al. (2007). The Lambeth Early Onset Crisis Assessment Team Study: general practitioner education and access to an early detection team in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 51, s133-s139.
- Power, T.J., Eiraldi, R.B., Clarke, A.T., Mazzuca, L.B., Krain, A.L. (2005). Improving mental health service utilization for children and adolescents. *School Psychology Quarterly*, 20(2), 187-205.
- Proudfoot, J., Parker, G., Hyett, M., Manicavasagar, V., Smith, M., Grdovic, S., et al. (2007). Next generation of self-management education: Web-based bipolar disorder program. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(11), 903-909.
- Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des ados. (2010). *Prevalence of mental health difficulties and disorders among children and youth: A systematic review of the scientific evidence*. Ottawa, ON.
- Raghavan, R., Inkelas, M., Franke, T., et Halfon, N. (2007). Administrative barriers to the adoption of high-quality mental health services for children in foster care: a national study. *Administration and Policy in Mental Health*, 34(3), 191-201.

- Reid, G.J., Brown, J.B. (2008). Money, case complexity, and wait lists: perspectives on problems and solutions at children's mental health centers in Ontario. *Journal of Behavioral and Health Services Research*, 35(3), 334-346.
- Ritterband, L.M., Borowitz, S., Cox, D.J., Kovatchev, B., Walker, L.S., Lucas, V., et al. (2005). Using the internet to provide information prescriptions. *Pediatrics*, 116(5), e643-e647.
- Rousseau, C., et Guzder, J. (2008). School-based prevention programs for refugee children. *Child et Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(3), 533-549, viii.
- Rue, D.S. et Xie, Y. (2009). Disparities in treating culturally diverse children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(1), 153-163.
- Sanci, L., Lewis, D., et Patton, G. (2010). Detecting emotional disorder in young people in primary care. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(4), 318-323.
- Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B.J., Clara, I., ten, H.M., Belik, S.L, et al. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58(3), 357-364.
- Sarma, S. et Peddigrew, C. (2008). The relationship between family physician density and health related outcomes: the Canadian evidence. *Cahiers de Sociologie et Demographiques Medicales*, 48(1), 61-105.
- Saskatchewan Health. (2009). *A better future for youth: Saskatchewan's plan for child and youth mental health services*. Retrieved from <http://www.health.gov.sk.ca/better-future-youth>.
- Sayal, K., Owen, V., White, K., Merrell, C., Tymms, P., et Taylor, E. (2010). Impact of early school-based screening and intervention programs for ADHD on children's outcomes and access to services: follow-up of a school-based trial at age 10 years. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 164(5), 462-469.
- Sayal, K., Taylor, E., Beecham, J., et Byrne, P. (2002). Pathways to care in children at risk of attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181, 43-48.
- Schneiderman, J.U. et Villagrana, M. (2010). Meeting children's mental and physical health needs in child welfare: The importance of caregivers. *Social Work in Health Care*, 49(2), 91-108.
- Scott, E., Naismith, S., Whitwell, B., Hamilton, B., Chudleigh, C., et Hickie, I.. (2009). Delivering youth-specific mental health services: the advantages of a collaborative, multi-disciplinary system. *Australas Psychiatry*, 17(3), 189-194.
- Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(4):339-348
- Shanley, D.C., Reid, G.J., et Evans, B. (2008). How parents seek help for children with mental health problems. *Administration and Policy in Mental Health*, 35(3), 135-146.
- Shapiro S. (2008). Addressing self-injury in the school setting. *Journal of School Nursing*, 24(3), 124-130.
- Sharrock, J., Grigg, M., Happell, B., Keeble-Devlin, B., et Jennings, S. (2006). The mental health nurse: a valuable addition to the consultation-liaison team. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(1), 35-43.
- Sherman, M.L., Barnum, D.D., Buhman-Wiggs, A., et Nyberg, E. (2009). Clinical intake of child and adolescent consumers in a rural community mental health center: does wait-time predict attendance? *Community Mental Health Journal*, 45(1), 78-84.
- Simpson, J., Doze, S., Urness, D., Hailey, D., et Jacobs, P. (2001). Telepsychiatry as a routine service--the perspective of the patient. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7(3), 155-160.
- Smalley, K.B., Yancey, C.T., Warren, J.C., Naufel, K., Ryan, R. et Pugh, J.L. (2010). Rural mental health and psychological treatment: A review for practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, 66(5), 479 - 489.
- Smith, D.H. et Hadorn, D.C. (2002). Lining up for children's mental health services: a tool for prioritizing waiting lists. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(4), 367-376.
- Soleimanpour S Mph, Geierstanger SM, Kaller S Mph, McCarter VP, Brindis CD. The Role of School Health Centers in Health Care Access and Client Outcomes. *Am J Public Health* 2010.
- Spenser, H.R., Gillies, A, et Maysenhoelder, H. (2009). The CHAT project: paediatricians and mental health clinicians: working together for the sake of the children. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 18(2), 110-116.
- Starkes, J.M., Poulin, C.C., et Kisely, S.R. (2005). Unmet need for the treatment of depression in Atlantic Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 580-590.

- Starling, J., et Foley, S. (2006). From pilot to permanent service: Ten years of paediatric telepsychiatry. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12, 80-82.
- Starling, J., Bridgland, K., et Rose, D. (2006). Psychiatric emergencies in children and adolescents: an Emergency Department audit. *Australas Psychiatry*, 14(4), 403-407.
- Steele, L.S., Glazier, R.H., et Lin, E. (2006). Inequity in mental health care under Canadian universal health coverage. *Psychiatric Services*, 57, 317-324.
- Stelk, W., et Slaton, E. (2010). The role of infrastructure in the transformation of child-adolescent mental health systems. *Administration and Policy in Mental Health*, 37(1-2), 100-110.
- Sterling, S., Weisner, C., Hinman, A., et Parthasarathy, S. (2010). Access to treatment for adolescents with substance use and co-occurring disorders: challenges and opportunities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(7), 637-646.
- Stewart, C., Spicer, M., et Babl, F.E. (2006). Caring for adolescents with mental health problems: challenges in the emergency department. *Journal of Paediatric Child Health*, 42(11), 726-730.
- Stiffman, A.R., Hadley-Ives, E., Dore, P., Polgar, M., Horvath, V.E., Striley, C., et al. (2000). Youths' access to mental health services: the role of providers' training, resource connectivity, and assessment of need. *Mental Health Services Research*, 2(3), 141-154.
- Szumilas, M. et Kutcher, S. (2009). Teen suicide information on the Internet: A systematic analysis of quality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 596 - 604.
- Szumilas, M., Kutcher, S., LeBlanc, J.C. et Langille, D.B. (2010). Use of school-based health centres for mental health support in Cape Breton, Nova Scotia. *Journal of Canadian Psychiatry*, 55(5), 319 - 328.
- Thomas, C.R., et Holzer, C.E., III. (2006). The continuing shortage of child and adolescent psychiatrists. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(9), 1023-1031.
- Turner, K., et Sanders, M. (2007). Family intervention in Indigenous communities: emergent issues in conducting outcome research. *Australas Psychiatry*, 15, S39-S43.
- Urbanoski, K.A., Cairney, J., Bassani, D.G., et Rush, B.R. (2008). Perceived unmet need for mental health care for Canadians with co-occurring mental and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 59(3), 283-289.
- Vasiliadis, H.M., Lesage, A., Adair, C., et Boyer, R. (2005). Service use for mental health reasons: cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 614-619.
- Waddell, C., Offord, D. R., Shepherd, C. A., Hua, J. M., et McEwan, K. (2002). Child psychiatric epidemiology and Canadian public policymaking: The state of the science and the art of the possible. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 825-832.
- Wade, T.J., Mansour, M.E., Guo, J.J., Huentelman, T., Line, K., et Keller, K.N. (2008). Access and utilization patterns of school-based health centers at urban and rural elementary and middle schools. *Public Health Reports*, 123(6), 739-750.
- Wagner, I., Stathis, S., Harden, S., et Crimmins, J. (2005). Models and patterns of service in child and youth consultation-liaison services. *Australas Psychiatry*, 13(3), 273-278.
- Wait Time Alliance for Timely Access to Health Care. (2005). *It's about time: Achieving benchmarks and best practices in wait time management*. Ottawa: Canadian Medical Association.
- Webster, S., et Harrison, L. (2004). The multidisciplinary approach to mental health crisis management: an Australian example. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 11(1), 21-29.
- Wells, R., Hillemeier, M.M., Bai, Y., et Belue, R. (2009). Health service access across racial/ethnic groups of children in the child welfare system. *Child Abuse and Neglect*, 33(5), 282-292.
- Western Canada Waiting List Project. (2001). *From chaos to order: Making sense of waiting lists in Canada*. Edmonton: Author.
- Whitson, M.L., Connell, C.M., Bernard, S., et Kaufman, J.S. (2010). The impact of youth and family risk factors on service recommendations and delivery in a school-based system of care. *Journal of Behavioral Health Services and Research*.
- Wilson, C.J., Deane, F.P., Marshall, K.L., et Dalley, A. (2010). Adolescents' suicidal thinking and reluctance to consult general medical practitioners. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(4), 343-356.

- Wong, V.C. et Kwan, Q.K. (2010). Randomized controlled trial for early intervention for autism: a pilot study of the Autism 1-2-3 Project. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(6), 677-688.
- Woodhouse, A.E. (2006). Reducing waiting times: using an opt-in system and changing prioritisation criteria. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(2), 94-97.
- Organisation mondiale de la santé. (2001). *Mental health policy project: policy and service guidance package: executive summary*. Genève: Author.
- Organisation mondiale de la santé. (2001). *World health report: mental health: new understanding, new hope*. Genève: Author.
- Organisation mondiale de la santé. (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions*. Genève: Author.
- Organisation mondiale de la santé. (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans* (Mental Health Policy and Service Guidance Package). Genève: Author.
- Organisation mondiale de la santé. (2005). *WHO assessment instrument for mental health systems, version 2.2*. Genève: Author.
- Wu, P., Katic, B.J., Liu, X., Fan, B., et Fuller, C.J. (2010). Mental health service use among suicidal adolescents: findings from a U.S. national community survey. *Psychiatric Services*, 61(1), 17-24.