

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Modèles de soins et de services pour les jeunes présentant des troubles de comportement sérieux et des problèmes de santé mentale

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et du soutien à
l'amélioration des modes d'intervention –
services sociaux et santé mentale



Modèles de soins et de services pour les jeunes présentant des troubles de comportement sérieux et des problèmes de santé mentale

Rédaction

Ginette D'Auray
Nolwenn Lapierre

Collaboration

Roxane Assaf
Anne-Josée Guimond

Coordination scientifique

Marilyn Fortin

Direction

Marie-Claude Sirois

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteures principales

Ginette D'Auray, M.A.
Nolwenn Lapierre, Ph. D

Collaboratrices internes

Roxane Assaf, Ph. D
Anne-Josée Guimond, Ph. D

Coordonnatrice scientifique

Marilyn Fortin, Ph. D

Directrice

Marie-Claude Sirois, M. Sc. Ps. éd., M. Sc. adm

Repérage de l'information scientifique

Karine Bélanger, M.S.I.

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Soutien administratif

Julie Dionne

Équipe de l'édition

Jean Talbot
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Littera Plus, révision linguistique

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026
ISBN 978-2-555-02891-3 (PDF)

Tous droits réservés
© Gouvernement du Québec, 2026

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2026). Modèles de soins et de services pour les jeunes présentant des troubles de comportement sérieux et des problèmes de santé mentale. Québec, Qc : INESSS. 93 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Panel des usagers

Pour ce rapport, les membres du panel des usagers sont :

M^{me} Julie Bergeron

M. Simon Courtemanche

M^{me} Angela Fragasso

M. Denis Lefebvre

M. Louis Lochhead

M. Yvon Massicotte

Autres contributions

L'Institut tient aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

D^{re} Evangelia-Lila Amirali, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine; professeure agrégée, Université de Montréal; professeure associée, Université McGill

D^{re} Mélanie Beaudry, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent et responsable de la résidence au Département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal; professeure adjointe de clinique, Université de Montréal

D^r Pierre Bleau, médecin psychiatre

M^{me} Chantal Campeau, directrice des milieux de vie jeunesse - Intérim, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M^{me} Lesley Hill, directrice nationale de la protection de la jeunesse et sous-ministre adjointe, MSSS

M^{me} Geneviève Lamoureux, spécialiste en activités cliniques, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais

M. Mathieu Whalen, spécialiste en activités cliniques, CISSS de l'Outaouais

Déclaration d'intérêts

Les membres de l'équipe de projet de l'INESSS déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts et de rôles. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce projet.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	III
SIGLES ET ACRONYMES	V
GLOSSAIRE	VI
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE	2
1.1 Questions clés d'évaluation	2
1.2 Stratégie de repérage de l'information scientifique	2
1.3 Critères de sélection des études	3
1.4 Sélection de la littérature	5
1.5 Collecte et synthèse des données.....	5
1.6 Accompagnement scientifique et autres contributions	6
1.6.1 Informateurs clés	6
1.6.2 Panel permanent des usagers et des proches	6
1.7 Validation scientifique	6
1.8 Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles.....	7
2 RÉSULTATS	8
2.1 SYNTHÈSE DES MODÈLES DE SOINS ET DE SERVICES.....	9
2.1.1 Principes directeurs et approches théoriques partagés par plusieurs modèles	9
2.1.2 Services partagés par plusieurs modèles	10
2.2 SPÉCIFICITÉS DES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES ET COLLABORATIVES	13
2.2.1 Pratiques organisationnelles.....	13
2.2.2 Pratiques collaboratives	16
2.3 SPÉCIFICITÉS DES PROGRAMMES DE SOINS ET DE SERVICES	18
2.3.1 Milieux résidentiels similaires aux CRJDA	18
2.3.2 Alternatives aux CRJDA.....	22
2.4 Limites du projet.....	27
CONCLUSION	28
RÉFÉRENCES.....	29
ANNEXE A.....	38
Liste des sources consultées.....	38
ANNEXE B.....	47
Sélection des études	47
ANNEXE C.....	48
Modèles et programmes détaillés	48

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Critères d'inclusion et d'exclusion de la littérature (PIPOH)	3
Tableau 2	Services recensés dans la littérature et présents dans les différents types de modèles de soins et de services	11
Tableau A-1	Stratégie de repérage d'information scientifique.....	38
Tableau C-1	Pratiques organisationnelles.....	48
Tableau C-2	Pratiques collaboratives.....	60
Tableau C-3	Milieus résidentiels similaires aux CRJDA.....	71
Tableau C-4	Alternatives aux CRJDA	81

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Catégories de modèles de soins et de services pour répondre aux besoins des jeunes qui présentent des troubles de comportement sérieux et des problèmes de santé mentale	8
Figure B-1	Diagrammes de flux.....	47

RÉSUMÉ

Introduction

Les adolescents hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) présentent des troubles de comportement sérieux, notamment des comportements d'opposition, d'impulsivité ou d'agressivité. Plusieurs ont également des problèmes de consommation d'alcool ou de drogue, un historique de fugues ou de risque suicidaire. Plusieurs jeunes hébergés en CRJDA présentent des profils cliniques complexes par la concomitance de troubles de comportement sérieux et de problèmes de santé mentale, tels que l'anxiété et la dépression, le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité, les troubles de la conduite ainsi que les troubles de la personnalité. Pour les intervenants et les gestionnaires qui doivent veiller à leur sécurité et à leur protection, la gravité de ces comportements et des conséquences possibles est préoccupante et représente un enjeu quant à la réponse adaptée à leurs besoins de santé physique et de santé mentale. Ces besoins nécessitent la mobilisation de plusieurs ressources et peuvent être comblés de manières diverses.

Méthodologie

Cet état des connaissances vise à réaliser une revue de la portée qui répond aux questions suivantes :

- Quels sont les modèles de soins et de services qui ont été développés ailleurs au Canada et dans le monde pour les jeunes qui présentent des troubles de comportement sérieux et des problèmes de santé mentale?
- Selon quelles modalités ces modèles sont-ils mis en œuvre?

L'état des connaissances présente des résultats sommaires et descriptifs concernant les modèles de soins et de services qui ont été déployés au Canada (excluant le Québec) et dans le monde. Les documents publiés depuis 2018 dans des pays membres de l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE) ayant le plus de caractéristiques communes avec le Canada ont été retenus.

Cet état des connaissances n'inclut pas l'évaluation de l'efficacité des modèles de soins et de services ni de recommandations.

Résultats

La revue de la portée a permis de répertorier 53 modèles de soins et de services développés pour répondre aux besoins des jeunes qui présentent des troubles de comportement sérieux et des problèmes de santé mentale. Ces modèles sont :

- les pratiques organisationnelles impliquant des changements culturels et structurels à tous les niveaux du système et les pratiques collaboratives (p. ex. avec les services de santé mentale);

- les programmes de soins et de services appliqués dans des milieux similaires aux CRJDA et dans des milieux identifiés comme des alternatives à l'hébergement en CRJDA dans la famille d'origine ou d'accueil.

L'approche centrée sur l'utilisateur et l'approche de soins qui tient compte des traumatismes guident de façon générale les modèles de soins et de services pour une culture et un langage communs à différents niveaux de la structure organisationnelle. Il existe aussi une tendance vers des pratiques ancrées dans la communauté, qui mobilisent tous les acteurs clés en tant que membres de l'équipe ou agents de changement. Ces milieux ancrés dans la communauté sont soutenus par une intensification des services auprès des jeunes et de leur famille.

Des stratégies sont mises en œuvre pour favoriser l'accès aux soins et services et leur continuité, notamment en santé mentale, quel que soit le milieu de vie du jeune. Dans la majorité des modèles recensés, des modalités sont établies pour que les équipes puissent consulter facilement les intervenants et les professionnels spécialisés en psychiatrie. Dans certains modèles, ces derniers sont engagés auprès du jeune et occupent un rôle actif au sein de l'équipe (p. ex. les équipes mobiles). Les rôles du responsable de la gestion des soins et des services et du coordonnateur du plan de services individualisé (PSI) sont aussi présents dans les modèles répertoriés.

Enfin, la formation des intervenants et des professionnels est préalable à l'implantation de plusieurs modèles et programmes. De plus, de la formation spécifique est offerte aux autres acteurs clés. Plusieurs modèles offrent aussi de l'intervention, de la formation et du soutien aux parents et aux familles d'accueil.

Conclusion

La revue de la portée rapporte des résultats sommaires sur des modèles de soins et de services hors Québec. En raison de la nature descriptive de l'information, les résultats ne sont pas contextualisés à la situation québécoise. Elle ne permet pas d'évaluer l'efficacité des modèles de soins et de services ni de formuler des recommandations.

Cette revue de la portée se veut un levier pour soutenir la réflexion sur les modèles de soins et de services qui ont été développés ailleurs au Canada et dans le monde pour répondre aux besoins des jeunes qui présentent des troubles de comportement sérieux et des problèmes de santé mentale.

SUMMARY

Care and services models for youth with serious behavioural disorders and mental health issues

Introduction

Youth living in Youth Rehabilitation Centre for Adaptation Difficulties (Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation -CRJDA) exhibit serious behavioural disorders, including oppositional, impulsive or aggressive behaviours. Many also present with alcohol or drug use issues, a history of running away or suicidal risk. Numerous youths living in CRJDA present complex clinical profiles due to the co-occurrence of severe behavioural disorders and mental health issues such as anxiety and depression, attention deficit/hyperactivity disorder, conduct disorders, and personality disorders. For staff and managers responsible for their safety and protection, the severity of these behaviours and their potential consequences is concerning and poses a challenge in providing appropriate responses to their physical and mental health needs. These needs require the mobilization of multiple resources and can be addressed in various ways.

Methodology

This state-of-knowledge report aims to conduct a scoping review to answer the following questions:

- What are the care and services models developed elsewhere in Canada and in the rest of the world for youth with serious behavioural disorders and mental health issues?
- What are the modalities for implementing these models?

This state-of-knowledge report presents summary and descriptive results regarding the care and services models deployed in Canada (with the exception of Quebec) and around the world. Selected documents were published since 2018 in member countries of the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) sharing the most characteristics with Canada.

This state-of-knowledge report does not include an evaluation of the efficacy of the models or any recommendations.

Results

The scoping review identified 53 care and services models developed to address the needs of youth with serious behavioural disorders and mental health. These models include:

- Organizational practices involving cultural and structural changes at all levels of the system, as well as collaborative practices (e.g., with mental health services).

- Care and services programs offered in settings similar to CRJDA as well as in settings identified as alternatives to CRJDA in the birth or foster family.

The user-centred approach and the trauma-informed approach broadly guide the care and services models to develop a common culture and language across different organizational levels. A trend toward practices rooted in the community mobilizing key stakeholders as team members or agents of change was also identified. These settings within the community are supported by increased services for the young person and their family.

Strategies are implemented to promote access to and continuity of care and services, particularly in mental health, regardless of the young person's living environment. In most identified care and services models, modalities are established to facilitate consultations of the team with staff and professionals specialized in psychiatry. In some models, these psychiatry specialists are involved with the youth and take on an active role within the team (e.g., mobile teams). The roles of care and services manager and individual service plan coordinator also exist in some of the identified models.

Finally, training for staff and professionals is a prerequisite for the implementation of many of the identified models and programs. Moreover, specific training is offered to other key actors. Many models also offer interventions, training and support to parents and foster families.

Conclusion

The scoping review yielded summary results about care and services models outside Quebec. Due to the descriptive nature of the information, the results are not contextualized to the Quebec situation. The review does not evaluate care and services models' efficacy and does not formulate recommendations.

The current report aims to be a lever to support consideration of care and services models developed elsewhere in Canada or around the world to address the needs of youth with serious behavioural disorders and mental health issues.

SIGLES ET ACRONYMES

BMDÉ	Bureau – Méthodes, données et éthique
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
DESA	Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PSI	Plan de services individualisé

GLOSSAIRE

Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA)

Au Québec, les CRJDA accueillent des jeunes qui présentent des problèmes relationnels, comportementaux et d'adaptation sociale (1). En complément aux services psychosociaux offerts et à la collaboration avec la famille et les partenaires, la réadaptation en milieu résidentiel vise la réduction des problèmes à l'origine du placement. Les services et le niveau d'encadrement sont adaptés aux besoins et aux problématiques de chaque jeune (1). Dans le présent projet, la population cible est celle des jeunes hébergés en vertu de la LPJ. Elle exclut les jeunes hébergés sous la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) et la *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents* (LSJPA).

Troubles de comportement sérieux

Les troubles de comportement sérieux peuvent inclure l'automutilation, les risques suicidaires, la consommation abusive d'alcool ou de drogues, les comportements de violence dirigés contre soi ou autrui et les fugues répétitives (2).

Problèmes de santé mentale

Les problèmes de santé mentale correspondent généralement à des difficultés et à une détresse psychologique qui ne relèvent pas d'un trouble mental diagnostiqué ou évalué. Ils nuisent au fonctionnement de la personne. Ils touchent la pensée, l'humeur ou le comportement et peuvent se situer sous le seuil clinique établi dans les classifications diagnostiques reconnues. Les symptômes s'apparentent à ceux des troubles mentaux, mais ils sont moins importants et d'une plus courte durée (3).

Modèles de soins et de services

Les modèles de soins et de services encadrent le fonctionnement des équipes et la manière dont les intervenants et les professionnels offrent les soins et les services dans divers contextes et milieux. De façon générale, il s'agit d'un cadre global qui précise l'ensemble des éléments liés à la prestation de soins et de services : structure organisationnelle, principes directeurs, modalités d'intervention (4).

INTRODUCTION

Les adolescents hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA), en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ),¹ présentent des troubles de comportement sérieux, ce qui signifie qu'ils agissent, de façon grave ou continue, de manière à porter atteinte à leur intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui (LPJ, art.38f). Ces jeunes présentent notamment des comportements d'opposition, d'impulsivité ou d'agressivité. Plusieurs ont également des problèmes de consommation d'alcool ou de drogue, un historique de fugues ou de risque suicidaire (5). Ces problématiques seraient de trois à dix fois plus fréquentes chez les jeunes suivis par les services de protection de la jeunesse comparativement à la population générale des adolescents (6). De nombreux jeunes ont vécu différentes formes de maltraitance, dont de la négligence, de la violence et des abus physiques, psychologiques ou sexuels (7-9). Au 31 mars 2025, ils représentaient 10,8 % des adolescents pris en charge par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) (10), soit près de 4 000 jeunes à l'échelle provinciale.

La prévalence des troubles mentaux chez les jeunes en contexte de protection de la jeunesse, y compris les jeunes hébergés en CRJDA, est également estimée à près de quatre fois celle de la population générale (11-15). Selon les études, les principaux troubles mentaux vécus par les jeunes hébergés sont l'anxiété et la dépression (5, 8, 16), le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) (11-13), les troubles de la conduite (14, 15) ainsi que les troubles de la personnalité (16, 17).

Ainsi, plusieurs jeunes hébergés en CRJDA présentent des profils cliniques complexes par la concomitance de troubles de comportement sérieux jumelés à des problèmes de santé mentale. Pour les intervenants et les gestionnaires qui doivent veiller à leur sécurité et à leur protection, la gravité de ces comportements et des conséquences possibles est préoccupante et représente un enjeu quant à la réponse adaptée à leurs besoins de santé physique et de santé mentale (8, 15, 18). Ces besoins nécessitent la mobilisation de plusieurs ressources et peuvent être comblés de manières diverses. C'est dans ce contexte que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) afin de l'éclairer sur les modèles de dispensation de soins et de services déployés au Canada et à l'international pour répondre aux besoins des jeunes qui présentent des troubles de comportement sérieux et des problèmes de santé mentale.

¹ La LPJ s'applique lorsque la sécurité ou le développement d'un enfant ou d'un jeune est compromis ou à risque de l'être parce qu'il est victime ou à risque d'être victime d'abus physiques, d'abus sexuels, de mauvais traitements psychologiques, de négligence ou s'il manifeste des troubles de comportement sérieux.

1 MÉTHODOLOGIE

L'état des connaissances rapporte des résultats sommaires et descriptifs concernant les modèles de soins et de services qui ont été déployés au Canada (excluant le Québec) et dans le monde. Cet état des connaissances n'inclut pas l'évaluation de l'efficacité des modèles de soins et de services ni de recommandations.

1.1 Questions clés d'évaluation

Deux questions d'évaluation ont été formulées pour explorer sommairement la littérature :

- Quels sont les modèles de soins et de services qui ont été développés ailleurs au Canada et dans le monde pour les jeunes qui présentent des troubles de comportement sérieux et des problèmes de santé mentale?
- Selon quelles modalités ces modèles sont-ils mis en œuvre?

Ces questions ont été formulées en prenant en considération des éléments du modèle PIPOH². La méthodologie utilisée respecte les normes de qualité de l'INESSS.

1.2 Stratégie de repérage de l'information scientifique

Le repérage de la littérature a été mené par une conseillère en information scientifique (bibliothécaire) en collaboration avec l'équipe de projet. Les bases de données bibliographiques MEDLINE, Embase, EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews, Health Technology Assessment), PsycInfo et CINAHL Complete et ERIC ont été interrogées en juillet 2025 en tenant compte des concepts suivants : jeunes, hébergement hors de la famille, problèmes de santé mentale et de comportement, organisation des soins et des services.

Élaborée en premier dans MEDLINE, la stratégie a été révisée par une autre conseillère en information scientifique et adaptée par la suite à chacune des bases de données consultées.

D'autres sources spécialisées ont été consultées, dont des sources de littérature grise. Une recherche manuelle de l'information a été effectuée par deux membres de l'équipe³ sur les sites des organisations pertinentes dans le domaine, de sociétés savantes, d'autorités de santé dans des juridictions comparables, d'organismes en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) et d'associations ou d'ordres professionnels de pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) dont les pratiques cliniques et le réseau de la

² PIPOH : population, interventions d'intérêts, professionnels visés par les travaux, objectif escompté ou retombées des modèles de soins (outcome) et le milieu/contexte d'intervention (health care setting).

³ Quelques sites ont aussi été explorés par la conseillère en information scientifique. Voir l'[annexe A](#).

santé s'apparentent à ceux du Québec (p. ex. Australie, États-Unis, France, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni) (19).

Les publications retenues devaient porter sur les modèles de soins et de services offerts aux adolescents âgés de 12 à 17 ans qui présentent des troubles de comportement sérieux jumelés à des problèmes de santé mentale ou contenir des informations à ce sujet. Les résultats ont été limités aux documents publiés en français ou en anglais, à partir de 2015. Les références bibliographiques des publications retenues ont été vérifiées par les membres de l'équipe de projet afin de répertorier d'autres documents potentiellement pertinents pour compléter les informations manquantes sur les modèles de soins et de services déjà repérés ou en recenser de nouveaux.

La stratégie élaborée pour chacune des bases de données bibliographiques et la liste des autres sources consultées se trouvent à l'[annexe A](#).

1.3 Critères de sélection des études

Les critères d'inclusion et d'exclusion ayant guidé la sélection des documents sont détaillés au [tableau 1](#).

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion de la littérature (PIPOH)

Éléments	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population	Adolescents âgés de 12 à 17 ans qui présentent : - des troubles de comportements sérieux, c.-à-d. des comportements qui portent atteinte à leur intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui, notamment par de l'automutilation, des manifestations de risque suicidaire, la consommation abusive d'alcool ou de drogues, les comportements de violence et les fugues répétitives - ainsi que des troubles mentaux (symptômes ou diagnostic)*	Enfants âgés de moins de 12 ans et adultes (≥ 18 ans) Adolescents présentant l'un ou l'autre des symptômes suivants : - déficiência intellectuelle - trouble du spectre de l'autisme - absentéisme scolaire - décrochage scolaire - délinquance
Interventions[†]	- Modèles de soins et de services - Prestations de programmes ou services - Protocoles de soins	- Dépistage/repérage - Prévention/promotion - Uniquement sur les interventions cliniques - Uniquement sur les interventions et traitements pharmacologiques
Professionnels visés auxquels s'adressent les travaux	Intervenants, cliniciens, gestionnaires, médecins et psychiatres impliqués dans le soutien et l'accompagnement des jeunes présentant des troubles de comportement sérieux et des problèmes de santé mentale	Intervenants, cliniciens et gestionnaires non impliqués dans le soutien et l'accompagnement des jeunes présentant des troubles de comportement sérieux et des problèmes de santé mentale

Éléments	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Contenus d'intérêt (Outcomes)	Paramètres de l'organisation des soins et des services ▪ Clientèle visée ▪ Principes directeurs, cibles et finalités ▪ Modèles et approches ▪ Composition des équipes ▪ Modalités d'offre de soins et de services	
Contextes d'intervention	▪ Services de la protection de la jeunesse/Centres de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation ▪ Centre de jour ▪ Services de santé mentale pour les adolescents ▪ Clinique ambulatoire en psychiatrie ▪ Hospitalisation en pédopsychiatrie ▪ Équipes spécialisées en santé mentale	Soins et services spécialisés en milieu hospitalier, sauf psychiatrie Milieux de garde pour les jeunes ayant commis des actes délictueux au sens de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA)
Langues	Anglais, français	Autres langues
Année de publication	Depuis 2015-01-01	Publiés avant 2015-01-01
Pays	Pays membres de l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE) ayant le plus de caractéristiques communes avec le Canada, lesquels sont davantage comparables en matière de politiques et services publics, soit Allemagne, Australie, États-Unis, France, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède (ICIS, 19). Les revues de la littérature ont été incluses si elles étaient basées sur 75 % ou plus de pays membres de l'OCDE. Elles ont été retenues lorsque leurs analyses, recommandations / indications reposaient sur un minimum de 75 % d'études réalisées dans des pays de l'OCDE ayant le plus de caractéristiques communes avec le Canada (ICIS, 19).	Autres pays
Types de publication	Articles publiés dans un journal scientifique avec révision par les pairs : ▪ Revues systématiques et revues narratives ▪ Études primaires quantitatives, qualitatives ou mixtes ▪ Études de cas, si le cas décrit concerne l'implantation de modèles de soins ou services pertinents Guides de pratiques ou autres types de rapports d'organisations savantes et	▪ Éditoriaux ▪ Livres et chapitres de livres ▪ Présentations à des congrès scientifiques ▪ Protocoles ▪ Thèses et mémoires ▪ Lettres à l'éditeur ▪ Commentaires ou opinions

Éléments	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
	d'évaluation des technologies en santé et services sociaux	
* Tous les troubles mentaux seront considérés, à l'exception de ceux listés dans les exclusions du projet. † Selon la définition de l'INESSS, le terme « intervention » comprend les modes d'intervention (cognitifs, psychosociaux, sensoriels, physiques, physiologiques ou portant sur un milieu de vie ou de soins), les technologies (tests et procédures de biologie médicale, médicaments, thérapies cellulaires et géniques, dispositifs médicaux, équipements médicaux, produits sanguins, technologies numériques), les modes d'organisation des soins et services et les modes de gouvernance.		

1.4 Sélection de la littérature

La sélection de la littérature scientifique et de la littérature grise a été effectuée par deux professionnelles scientifiques. Une première sélection a été faite à partir des titres et des résumés des documents et une seconde, à la lecture complète des documents. Chaque étape de sélection a été réalisée par une professionnelle et validée par une seconde sur un échantillon aléatoire de 10 % à 45 %, selon le cas⁴. Les divergences d'opinions ont été résolues par consensus ou à l'aide d'un troisième évaluateur. Les raisons d'exclusion lors de la deuxième étape de sélection ont été notées et l'ensemble du processus de sélection a été consigné sous forme de diagramme de flux en accord avec les recommandations du Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (22).

Un total de 55 documents de la littérature scientifique et grise a été sélectionné. À ce nombre, onze documents supplémentaires repérés lors de la vérification des références bibliographiques ont été ajoutés. Au terme du processus de sélection de la littérature scientifique et grise, 66 documents présentant des modèles de soins et de services ont été retenus.

Le diagramme de flux est disponible à l'[annexe B](#).

1.5 Collecte et synthèse des données

L'extraction des données des études et des autres documents retenus a été réalisée à l'aide d'une grille d'extraction propre au projet. Cette grille a d'abord été élaborée par l'équipe, puis testée sur quelques documents. Pour chaque document retenu, diverses informations incluant le titre, le premier auteur, l'année, le pays, le type de document (guide, étude, etc.) et les principaux éléments liés aux caractéristiques et aux composantes des modèles de soins et de services, tels que le nom du modèle, les buts, les valeurs, les principes, les modalités de services, la composition de l'équipe, etc., ont été colligées. L'extraction a été faite par une professionnelle scientifique de l'équipe et validée par une seconde sur un échantillon aléatoire de 10 %. Comme pour la sélection des titres, les désaccords ont été résolus par consensus ou à l'aide d'un troisième évaluateur.

⁴ L'accord entre les deux évaluateurs a été évalué à l'aide de l'indice kappa de Cohen. Les coefficients obtenus ($\kappa = 0,98$ pour la littérature scientifique et $\kappa = 0,92$ pour la littérature grise) indiquent un accord presque parfait selon l'échelle de Landis et Koch (20), ce qui suggère une bonne fiabilité interjuges (21).

Les résultats, présentés sous forme de synthèse descriptive, ont permis de résumer les données en fonction des questions et des thèmes clés du projet (23). Dans ce rapport, la synthèse vise notamment à offrir une vue d'ensemble des modèles de soins et de services offerts aux jeunes qui présentent des troubles de comportement sérieux jumelés à des problèmes de santé mentale. Conséquemment, la qualité méthodologique des documents n'a pas été évaluée.

1.6 Accompagnement scientifique et autres contributions

Afin de bien cerner les besoins des jeunes et les enjeux vécus par les intervenants et les professionnels qui les accompagnent, des informateurs clés et le panel permanent des usagers et des proches de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale (DESA) ont été consultés.

1.6.1 Informateurs clés

En début de projet, des informateurs clés ont été rencontrés individuellement pour mieux comprendre les besoins des jeunes qui présentent des troubles de comportement sérieux et des problèmes de santé mentale et les préoccupations des intervenants et des professionnels qui œuvrent auprès d'eux.

1.6.2 Panel permanent des usagers et des proches

Le panel permanent des usagers et des proches de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale (DESA) est une instance permanente spécifique à la DESA. Ses membres ont des expériences en tant qu'usagers ou proches aidants dans les programmes-services liés à la DESA. Leur mandat consiste à partager leurs connaissances des services sociaux et de santé mentale ainsi que leur vécu expérientiel au sein de ceux-ci. Plus spécifiquement, les membres du panel ont eu l'occasion, en juin 2025, d'alimenter les réflexions de l'équipe de projet sur les besoins et les enjeux liés à l'accompagnement des jeunes présentant des troubles de comportement sérieux et des problèmes de santé mentale.

1.7 Validation scientifique

Une relecture du rapport a été effectuée par la coordination scientifique et la direction responsable de sa production. Le Bureau – Méthodes, données et éthique (BMDE) de l'INESSS a également été invité à réviser le produit de connaissances pour en attester la rigueur méthodologique.

1.8 Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles

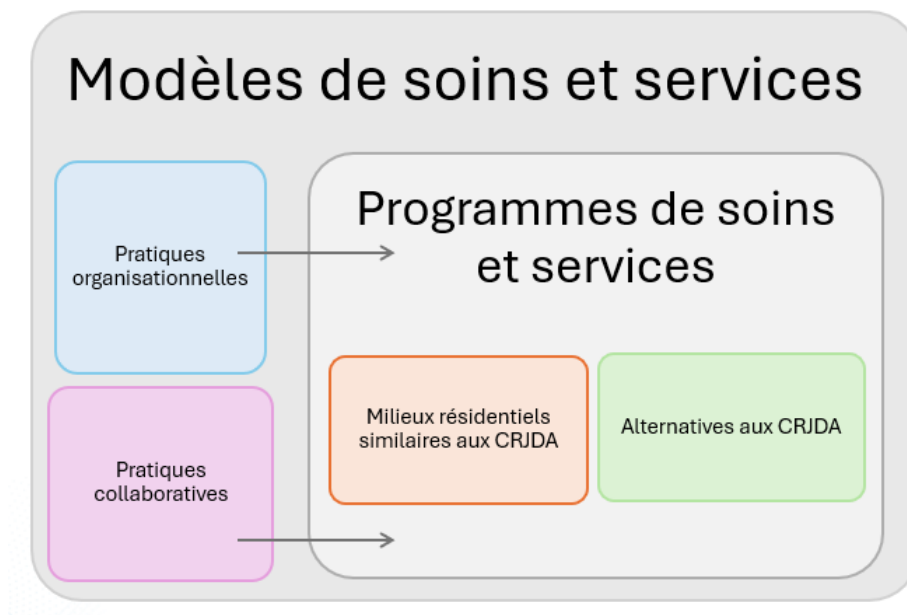
Diverses modalités ont été mises en œuvre pour assurer la confidentialité et éviter tout conflit d'intérêts et de rôles potentiel. Les parties prenantes qui ont participé au projet (p. ex. les informateurs clés, les membres du Panel des usagers et des proches de la DESA) ont été invitées à signer un formulaire de confidentialité ou à déclarer au préalable leurs intérêts personnels susceptibles de les placer dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts et de rôles.

2 RÉSULTATS

La revue de la portée a permis de répertorier 53 modèles de soins et de services grâce au repérage de 51 articles scientifiques et 15 documents issus de la littérature grise, en provenance des pays suivants : Australie, Canada, États-Unis, France, Pays-Bas, Portugal, Suède et Royaume-Uni.

Ils ont été regroupés en deux grandes catégories, soit 1) les pratiques organisationnelles et les pratiques collaboratives, et 2) les programmes de soins et de services, ce qui inclut les initiatives offertes en milieux résidentiels similaires aux CRJDA et les initiatives identifiées comme alternatives aux CRJDA⁵. La [figure 1](#) illustre ces différents éléments.

Figure 1 Catégories de modèles de soins et de services pour répondre aux besoins des jeunes qui présentent des troubles de comportement sérieux et des problèmes de santé mentale



L'information sur les modèles de soins et de services répertoriée dans la littérature est présentée en trois parties :

- La [section 2.1](#) présente la synthèse des éléments partagés par plusieurs modèles de soins et de services;
- La [section 2.2](#) résume les caractéristiques et les composantes spécifiques aux pratiques organisationnelles et collaboratives;

⁵ Les modèles de soins et de services identifiés comme alternatives aux CRJDA comprennent les programmes de soins et de services offerts au jeune et à sa famille d'origine, s'il est maintenu dans son milieu familial, ou à sa famille d'accueil. Les programmes offerts au jeune et à sa famille d'accueil peuvent aussi être dispensés par des ressources intermédiaires. La littérature ne fournit pas l'information nécessaire pour les distinguer des autres placements en famille d'accueil.

- La [section 2.3](#) résume les caractéristiques et les composantes spécifiques aux programmes de soins et de services en milieux résidentiels similaires aux CRJDA ou considérés comme des alternatives aux CRJDA.

Chacune de ces sections débute par une description générale des modèles de soins et de services, qui est mise en évidence dans un encadré et se termine par la mention des modèles recensés sous cette catégorie dans un encadré de couleur. L'[annexe C](#) présente le détail de chaque modèle de soins et de services recensé.

2.1 SYNTHÈSE DES MODÈLES DE SOINS ET DE SERVICES

La synthèse des modèles de soins et de services porte sur les éléments partagés par plusieurs modèles.

2.1.1 Principes directeurs et approches théoriques partagés par plusieurs modèles

Chaque pratique et programme recensé dans la littérature repose sur des principes directeurs et des approches théoriques. Ces principes et ces approches peuvent se trouver dans plusieurs pratiques et programmes de soins et de services.

2.1.1.1 Description des principes directeurs

Les principes directeurs partagés par les modèles de soins et de services convergent vers l'élaboration de buts communs à l'ensemble des modèles. Ainsi, les modèles de soins et de services recensés reposent sur les principes directeurs suivants :

- **Encourager le développement de relations positives** entre le jeune et les adultes autour de lui (24-26).
 - But : proposer un environnement social et physique stable, enrichissant, offrant des possibilités de développement de compétences et du sentiment d'auto-efficacité (27-36).
- **Promouvoir la collaboration de tous les acteurs clés** qui gravitent autour du jeune afin d'offrir des services unifiés qui favorisent la communication entre les différents partenaires de soins et de services, quel que soit le milieu de vie du jeune, même lors du recours à des services de gestion de crise (27-34).
 - But : faciliter l'accès aux services, notamment les services en santé mentale, et améliorer la communication entre les différents acteurs concernés (15, 37).
- **Favoriser la coordination des soins et des services** intégrés dont l'intensité s'ajuste aux besoins du jeune (37, 38).
 - But : fluidifier le parcours de soins et de services, particulièrement les soins et services de proximité, pour prévenir les interruptions de parcours, quel que soit le lieu de vie du jeune (37).

Ultimement, l'objectif est de mieux répondre aux besoins des jeunes et d'améliorer leur qualité de vie (15, 37) tout en optimisant les coûts et l'usage des ressources humaines disponibles (39, 40).

2.1.1.2 Description des approches théoriques

L'approche qui tient compte des traumatismes vécus par les jeunes⁶ encadre de nombreuses pratiques organisationnelles et collaboratives ainsi que la plupart des programmes en milieux résidentiels similaires aux CRJDA ou identifiés comme alternatives à ce type d'hébergement. Elle vise à prendre en considération les traumatismes antérieurs, mais aussi la présence potentielle de rappels de ces traumatismes dans le milieu de vie (25, 26, 28-30, 37, 39, 41-58). Les intervenants, professionnels, familles d'origine et d'accueil sont ainsi amenés à comprendre les traumatismes du jeune et leurs conséquences sur son comportement pour ajuster leur position et leurs réactions, tout en tentant d'éliminer les facteurs de stress de l'environnement (34, 49, 50). Certains modèles privilégient d'ailleurs le processus de rétablissement après un traumatisme (49, 53).

L'approche centrée sur l'usager est observée dans les pratiques organisationnelles ainsi que dans de nombreux programmes de soins et services, que ce soit en milieux résidentiels similaires aux CRJDA ou dans les milieux considérés comme alternatives aux CRJDA. Cette approche encourage la participation active du jeune et de sa famille d'origine ou d'accueil dans l'ensemble des choix du plan de services individualisé (PSI)⁷ et la prise en considération des besoins, préférences et normes culturelles du jeune et de sa famille (26, 30, 53, 59-64).

La théorie de l'attachement guide les pratiques organisationnelles et collaboratives ainsi que les programmes en milieux résidentiels similaires aux CRJDA. Elle soutient le développement de liens sains et positifs entre le jeune et les adultes (15, 25, 27, 29, 31, 38, 45, 49, 52, 53, 56).

L'approche écologique sous-tend de nombreux modèles. Elle incite à prioriser la communauté et à s'appuyer sur le réseau du jeune et de sa famille ainsi que sur les soins de proximité (59, 60, 62, 65, 66).

2.1.2 Services partagés par plusieurs modèles

Puisque différents modèles de soins et de services partagent des principes directeurs, des approches ainsi que des buts, les services qu'ils offrent peuvent également se recouper. Le [tableau 2](#) présente ces services communs à diverses catégories de modèles.

⁶ La formule « qui tient compte des traumatismes » est employée pour traduire l'approche *trauma-informed*.

⁷ Un PSI est élaboré « lorsqu'un usager (...) doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désignés après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé » LSSSS (L.Q, 1991, ch. S-4.2, c. 42, a. 102).

Tableau 2 Services recensés dans la littérature et présents dans les différents types de modèles de soins et de services

Services	Pratiques et programmes			
	Pratiques organisationnelles	Pratiques collaboratives	Milieus résidentiels similaires aux CRJDA	Alternatives aux CRJDA
Un PSI élaboré avec l'ensemble des parties prenantes	X	X	X	X
L'évaluation interprofessionnelle ⁸	X	X		X
La coordination des soins et des services	X	X	X	X
La collaboration avec les services de santé mentale	X	X	X	X
L'accès facilité aux services	X	X	X	
L'intensification des services		X	X	X
Des formations offertes aux intervenants et professionnels	X	X	X	
Des formations offertes aux familles d'origine ou d'accueil	X		X	X

La plupart des modèles prévoient **l'élaboration d'un PSI codéveloppé par l'ensemble des parties prenantes** (c.-à-d. le jeune, sa famille d'origine ou d'accueil, les intervenants et les professionnels), souvent en partenariat avec les services locaux de santé mentale (55, 61, 63, 64, 66, 68). Ce PSI est basé sur une évaluation pour s'ajuster aux besoins et préférences du jeune et de sa famille, et il est régulièrement réévalué par l'ensemble des acteurs jusqu'à ce qu'un consensus décide qu'il n'est plus nécessaire (24, 27-29, 33).

L'évaluation proposée par différents modèles est interprofessionnelle et s'appuie sur une classification et un langage communs (38, 55, 60, 66). Diverses modalités soutiennent la mise en œuvre du PSI, telles que la coordination des soins et des services, la collaboration avec les services de santé mentale, leur intensification, l'accès facilité aux soins et aux services en santé mentale et la formation des acteurs concernés.

- De nombreux modèles prévoient **des soins et services dispensés de façon coordonnée** afin d'assurer la continuité des soins et d'offrir les services en temps opportun dans différents milieux de vie (32, 37, 38, 46, 64, 69). Certains prévoient que l'ensemble des soins et des services reçus par un jeune sera la responsabilité d'une seule équipe interprofessionnelle rassemblant différents

⁸ Plusieurs appellations sont employées pour désigner le travail de collaboration entre les professionnels. Pour faciliter la lecture, le terme de collaboration interprofessionnelle est choisi dans ce rapport. La collaboration interprofessionnelle se définit par « un processus par lequel des intervenants de différentes disciplines développent des modalités de pratique favorisant une réponse cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches et des communautés » (67). Les termes spécifiques à chaque modèle sont précisés en [annexe C](#).

intervenants et professionnels (70-72). Cette équipe comprend souvent un gestionnaire de soins, parfois appelé coordonnateur de soins ou encore responsable d'équipe (24, 27, 69). Ayant une formation de niveau maîtrise en psychologie ou en intervention systémique selon certains modèles, ce gestionnaire est chargé de faciliter l'organisation et la coordination de l'équipe (62, 68). En outre, plusieurs modèles prévoient également un gestionnaire de cas (15, 32, 37, 48). Celui-ci a reçu une formation de niveau baccalauréat ou maîtrise selon les modèles. Il se charge de la communication au sein de l'équipe, de la coordination avec la famille et de la coordination quotidienne du PSI en gérant le quotidien et les rendez-vous du jeune (50, 68, 73-76).

La collaboration avec les services en santé mentale (p. ex. participation active de psychiatres ou du personnel infirmier spécialisé en psychiatrie, liens avec les organisations communautaires qui fournissent des soins en santé mentale) est établie dans de nombreux modèles selon diverses modalités (55, 59, 62, 66). Il peut s'agir de conseils, de rencontres pour réviser les cas complexes, de consultations spécialisées ou de soutien ponctuel à la prise de décisions et à la planification liée au placement (15, 38, 73). Certains programmes prévoient aussi le soutien de professionnels en santé mentale disponibles 24/7 pour la gestion de crise (75). Sur une base plus régulière, certaines pratiques proposent des rencontres interprofessionnelles, mensuelles ou bimensuelles, impliquant la présence de l'ensemble des partenaires, y compris les parents et les personnes significatives pour le jeune, afin de favoriser le dialogue entre tous les acteurs et de trouver une réponse cohérente, concertée et acceptée par tous (15, 77). Les pratiques collaboratives peuvent aussi être plus approfondies et prendre la forme de collaborations ou de partenariats entre les services de protection de la jeunesse, les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et les services de l'éducation et de l'emploi (15, 38). Enfin, certains modèles proposent aussi la création de pôles intégrant l'ensemble des services sociaux et de santé mentale de proximité en un lieu unique (27, 36, 69).

- **L'intensification de l'offre de services**⁹ destinée aux jeunes et à leur famille d'origine ou d'accueil est souvent proposée (40, 57, 78-81). Les jeunes et ces familles peuvent ainsi bénéficier d'un soutien en continu via des appels quotidiens et des visites fréquentes à domicile (1 à 5 fois par semaine) (35, 40, 59, 64, 66, 82, 83). Certains programmes prévoient aussi un soutien aux familles d'accueil disponible 24 h/24, 7 jours/7 pour répondre à d'éventuels besoins urgents (64, 79, 81, 83).
- Les modèles proposent **un accès facilité, rapide et intégré aux services de santé mentale**. Les stratégies proposées par les différents modèles sont le repérage systématique des troubles mentaux, l'élaboration de parcours de soins locaux uniques pour accéder à l'ensemble des services, la mise en œuvre de multiples moyens d'accès aux services de santé mentale (p. ex. l'auto-orientation,

⁹ L'intensification de ces services cible parfois uniquement les familles d'origine ou les familles d'accueil. Ces spécificités sont décrites aux sections [2.3.2.2](#) et [2.3.2.3](#).

l'orientation par le milieu scolaire ou les services sociaux) et la définition de critères d'accès clairs et inclusifs (30-32). Les services pourraient être offerts en dehors des heures habituelles de travail, à domicile ou en milieux résidentiels (55). Les contraintes de durée ou de lieu seraient aussi allégées pour poursuivre l'accompagnement à l'âge adulte ou après un déménagement, si nécessaire (15). Certains modèles prévoient aussi des séjours de courte durée en milieux résidentiels, avec la possibilité de séjours multiples (71, 74).

- La **formation des intervenants, professionnels et familles d'origine ou d'accueil** est prévue, quel que soit le contexte de mise en œuvre des modèles de soins et de services, pour développer leurs compétences relativement aux approches théoriques et aux principes directeurs propres à chaque modèle (25, 26, 28, 30, 34-38, 40, 44, 45, 50, 57, 58, 64, 65, 69, 72, 73, 75, 82, 84). Ces formations peuvent prendre la forme de rencontres individuelles ou collectives selon les modèles (37, 38, 63, 73, 77) et viser à améliorer la compréhension des intervenants et professionnels concernant les besoins en santé mentale des jeunes (25, 26, 28, 36, 37, 44, 45, 50, 69, 72, 75, 84).

2.2 SPÉCIFICITÉS DES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES ET COLLABORATIVES

Parmi les modèles de soins et de services recensés, certains ciblent des pratiques organisationnelles ([section 2.2.1](#)), et d'autres visent des pratiques collaboratives ([section 2.2.2](#)). Les sections qui suivent présentent les spécificités de ces pratiques.

2.2.1 Pratiques organisationnelles

Description des pratiques organisationnelles

- Les pratiques organisationnelles font référence à l'ensemble des pratiques de gestion (p. ex. communication, participation aux décisions, rendement, reconnaissance) et des modalités d'organisation du travail (p. ex. soutien, autonomie, organisation temporelle du travail).
- Elles impliquent, entre autres, des changements culturels et structurels qui s'appliquent à tous les niveaux du système organisationnel.
- Les 14 pratiques organisationnelles recensées sont nommées en fin de section et détaillées à l'annexe C, [tableau C-1](#).

2.2.1.1 Services spécifiques aux pratiques organisationnelles

Puisque les pratiques organisationnelles repérées impliquent des changements culturels et structurels à tous les niveaux du système de protection de la jeunesse, **les services sont ajustés aux besoins** des jeunes et des familles d'origine et d'accueil (24-28, 30, 41, 45, 69).

Sur le plan structurel, le changement de culture promulgué par ces pratiques soutient le **déploiement de services qui tiennent compte des traumatismes** du jeune. La culture organisationnelle et l'environnement physique deviennent alors des outils thérapeutiques (29, 45). Les soins sont ancrés dans la relation et s'ajustent aux besoins et facteurs de risque du jeune (29, 45).

Certaines pratiques organisationnelles prévoient l'**ajustement des services** directement offerts aux jeunes pour soutenir l'application du PSI. Ceux-ci peuvent ainsi bénéficier du repérage des traumatismes dès le début de leur accompagnement par les services de protection de la jeunesse (46). En outre, certaines pratiques visent à structurer le fonctionnement quotidien du jeune pour lui offrir des routines favorisant le développement d'habiletés associées à la résilience (45). L'ensemble du système vise alors à le soutenir dans sa prise de décisions et son autonomisation (45). Certaines pratiques organisationnelles permettent aussi le **déploiement de structures** en soutien au développement de saines relations avec les autres (30, 45).

Enfin, les pratiques organisationnelles incluent fréquemment **des formations**. Elles peuvent être destinées aux intervenants et aux professionnels ainsi qu'aux familles d'origine ou d'accueil (31, 33, 46). Parmi les pratiques recensées, celles qui sont offertes à l'ensemble de ces acteurs sont l'éducation psychologique et l'approche de soins tenant compte des traumatismes (28, 30, 31, 34, 46, 69). Les familles peuvent aussi recevoir des **services intensifs** basés sur le partage de l'information et la collaboration des différentes organisations engagées auprès du jeune (31, 33).

2.2.1.2 Intervenants et professionnels impliqués et leurs rôles

Compte tenu des modifications structurelles proposées par les pratiques organisationnelles recensées, les intervenants et professionnels concernés sont nombreux et interviennent à différents niveaux du système. Certaines pratiques impliquent la création de rôles de responsables du changement ou de l'implantation des pratiques organisationnelles, parfois réunis au sein de comités (27, 28). Les responsables du changement peuvent être encadrés par une équipe de direction composée de responsables des services de santé mentale et de la protection de la jeunesse (28). D'autres pratiques désignent une équipe unique de soins et de services comme responsable de l'ensemble des soins et services reçus par le jeune; cette équipe est composée du jeune, de sa famille, de ses proches et des intervenants et professionnels qui gravitent autour du jeune (24, 28, 29, 34). Les professionnels concernés diffèrent selon les pratiques; cependant, des travailleurs sociaux, psychologues, orthophonistes et professionnels spécialisés en santé mentale en font souvent partie (27, 28, 31, 69). Pour certaines pratiques, cette équipe est complétée par une famille d'accueil expérimentée (31). L'ensemble de l'équipe partage donc la responsabilité de l'accompagnement des jeunes et en discute régulièrement pour repérer les facteurs de risque et de protection, les forces et les besoins du jeune (29).

2.2.1.3 Retombées sur le système de soins et services, les jeunes et leur famille

Certaines études suggèrent que les pratiques organisationnelles pourraient soutenir une restructuration du système facilitant l'intégration des différents services vers une offre unifiée et la collaboration avec les services en santé mentale et les organismes communautaires (27, 46). Ces études favoriseraient également l'accès à des services en cas de crise (31). De façon générale, le déploiement de ces pratiques semble exercer une influence positive sur divers aspects du fonctionnement des jeunes : elles pourraient contribuer à l'amélioration de la régulation émotionnelle, des comportements, du fonctionnement scolaire et de leurs relations avec les adultes (26, 31, 34, 43, 46). Des études suggèrent aussi une amélioration de la santé mentale du jeune et de sa capacité à demander de l'aide (31, 46). De plus, la formation et le soutien apportés aux familles d'origine et d'accueil, aux intervenants et aux professionnels dans ces pratiques semblent être associés à une meilleure stabilité du placement (28, 34). Ultiment, certaines pratiques semblent favoriser le maintien du jeune dans sa communauté ou hors du système de protection (24, 31, 69). Ces résultats ne sont toutefois pas partagés par l'ensemble des études recensées. Par exemple, une étude rapporte des résultats en faveur de la gestion intensive de cas intégrant moins d'heures de gestion des soins et moins de services que les pratiques organisationnelles de type *Wraparound* (33). Une autre étude rapporte des données insuffisantes pour confirmer l'effet de ces pratiques sur l'automutilation et les agressions envers les pairs (25).

Exemples de pratiques organisationnelles

- | | |
|---|---|
| ▪ <u>Assessment Permanency Project</u> | ▪ <u>Placement Stability Project</u> |
| ▪ <u>Attachment, Regulation, and Competency</u> | ▪ <u>SAFESPACE</u> |
| ▪ <u>CARE model</u> ¹⁰ | ▪ <u>Sanctuary model</u> ¹¹ |
| ▪ <u>DCP practice Approach</u> | ▪ <u>Specialist Health and Resilient Environment</u> |
| ▪ <u>Fairy Tale Model</u> | ▪ <u>Six Core Strategies</u> |
| ▪ <u>Gloucestershire's Social Care Innovation Project</u> | ▪ <u>Trauma-informed care</u> |
| ▪ <u>No Wrong Door Innovation Programme</u> | ▪ <u>Trauma Informed Care in the Massachusetts Child Trauma Project</u> |

¹⁰ Certaines sources se sont aussi intéressées à l'application du modèle de soins CARE dans des contextes spécifiques, comme les milieux résidentiels similaires aux CRJDA.

¹¹ Le *Sanctuary model* a aussi été appliqué spécifiquement en milieux résidentiels similaires aux CRJDA.

2.2.2 Pratiques collaboratives

Description des pratiques collaboratives

- Les pratiques collaboratives réunissent des personnes de disciplines différentes pour travailler avec les jeunes, leurs familles d'origine et d'accueil, les proches et la communauté autour d'un but ou d'un objectif commun, en partageant notamment leurs connaissances et leurs compétences.
- Elles impliquent, entre autres, des changements dans la communication, la prise de décision et le travail d'équipe.
- Les 13 pratiques collaboratives recensées sont nommées en fin de section puis détaillées à l'annexe C, [tableau C-2](#).

2.2.2.1 Approches théoriques spécifiques aux pratiques collaboratives

Comme présenté à la [section 2.1.1](#), les pratiques collaboratives reposent sur des approches théoriques communes aux autres modèles de soins. Elles ont aussi leurs spécificités et peuvent, par exemple, s'appuyer sur la **théorie du développement de l'enfant** et **l'approche psychodynamique** (15, 38). Un aspect central de ces pratiques est le **partenariat collaboratif, bidirectionnel et inclusif** qui intègre tous les acteurs concernés autour du jeune (48, 85). Ce partenariat entre les organismes gouvernementaux, non gouvernementaux et privés est coordonné, durable et basé sur une responsabilité partagée (15, 37). Certains regroupements se sont dotés d'une charte de bonne conduite ou de protocoles de coopération afin d'entériner leurs principes directeurs (15, 86). Enfin, ces pratiques encouragent le développement de **soins collaboratifs** impliquant la participation de plusieurs niveaux de soins et services et des équipes interprofessionnelles dans lesquelles le rôle de chaque professionnel est clairement défini (35, 68, 74, 76).

2.2.2.2 Buts spécifiques aux pratiques collaboratives

Les pratiques collaboratives tendent à **renforcer l'offre de soins et de services** associée aux placements à l'extérieur de la famille et à **améliorer la coordination des soins en santé mentale** (15, 32, 48, 73, 85). Ces pratiques visent aussi à améliorer l'engagement scolaire et les relations des jeunes avec leur famille d'origine ou d'accueil, avec les intervenants et les professionnels ainsi qu'avec leurs pairs (37).

2.2.2.3 Services spécifiques aux pratiques collaboratives

Les services spécifiquement proposés par les pratiques collaboratives ciblent les jeunes, les familles d'origine et d'accueil, les intervenants et professionnels ainsi que le personnel enseignant (15, 38). Les jeunes et les familles d'origine et d'accueil peuvent ainsi bénéficier de **services intensifs** comprenant des services de psychiatrie, visant notamment à développer leurs compétences relationnelles (15, 85).

Les intervenants et professionnels concernés peuvent, quant à eux, participer à des **programmes de développement professionnel** gérés par un coordonnateur (85). Enfin, ces pratiques collaboratives peuvent aussi inclure des **consultations organisationnelles** visant à favoriser le développement d'approches orientées vers le bien-être psychologique du jeune (15).

2.2.2.4 Intervenants et professionnels impliqués et leurs rôles

Les pratiques collaboratives impliquent la participation des équipes ou des partenariats interprofessionnels. Certaines pratiques proposent d'intégrer à l'équipe un psychiatre, un pédopsychiatre ou un stagiaire avancé en psychiatrie, un psychologue/neuropsychologue ou un autre professionnel spécialisé en santé mentale (48, 73). Du personnel de santé de première ligne pourrait aussi se joindre à ces équipes (p. ex. professionnels qualifiés en travail social, soins infirmiers, ergothérapie, orthophonie) (37). D'autres pratiques misent sur du personnel infirmier spécialisé en psychiatrie pour guider le traitement, émettre des recommandations et assurer la continuité en collaboration avec un directeur médical (85). Certaines pratiques recommandent plutôt la mise en place de niveaux croissants de spécialisation selon la complexité des besoins, qui vont de services de médecine familiale à des évaluations interprofessionnelles (15). Enfin, des programmes prévoient une équipe de direction constituée de professionnels de la santé, intervenants et professionnels des services sociaux et gestionnaires qui collaborent avec les milieux éducatifs et scolaires (32).

2.2.2.5 Retombées sur le système de soins et services, les jeunes et leur famille

Des études suggèrent que bénéficier de certaines de ces pratiques collaboratives peut contribuer à l'amélioration du fonctionnement global du jeune et de sa santé mentale – p. ex. réduction des comportements perturbateurs ou agressifs, des autoagressions, indépendance accrue et amélioration des relations avec les pairs et la famille (37, 38).

D'un point de vue organisationnel, le déploiement de certaines pratiques collaboratives a le potentiel de réduire les délais d'accès aux services et de diminuer les coûts qui y sont associés (15, 85). Pour les intervenants et les professionnels, certaines sources de littérature suggèrent que des pratiques peuvent renforcer la compréhension commune des besoins du jeune et de ses proches ainsi qu'une meilleure collaboration entre les soins de santé mentale et la protection de la jeunesse (15, 77). Le développement de compétences accrues pour gérer les troubles du comportement est aussi rapporté par les intervenants dans le cadre de quelques pratiques collaboratives (15, 77).

Exemples de pratiques collaboratives

- Antenne d'intervention dans le milieu pour enfants et adolescents
- Collaborative Problem Solving
- Consultation in a residential childcare setting for looked-after and accommodated children
- Dispositif de collaboration entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au sein d'un foyer pour adolescentes aux besoins multiples et complexes
- Dispositif Équipe des transitions adolescentes et de prévention des exclusions
- Dispositifs de soutien à destination des assistants familiaux et des travailleurs sociaux de la protection de l'enfance
- Équipes mobiles de psychiatrie ou équipes mixtes
- Evolve Interagency Services
- Evolve Therapeutic Service
- OOHC Mental Health Team
- Partnership Care Models with Advanced Practice Psychiatric Nurses
- Pôle « adolescents difficiles » de la maison des adolescents
- The Ripple project

2.3 SPÉCIFICITÉS DES PROGRAMMES DE SOINS ET DE SERVICES

Des programmes de soins et de services mis en œuvre dans des milieux résidentiels similaires aux CRJDA ([section 2.3.1](#)) et dans des milieux considérés comme des alternatives à l'hébergement en CRJDA ([section 2.3.2](#)) ont été repérés. Ces sections présentent les spécificités de ces pratiques qui n'ont pas été rapportées à la [section 2.1](#).

2.3.1 Milieux résidentiels similaires aux CRJDA

Description des programmes en milieux résidentiels similaires aux CRJDA

- Les programmes en milieux résidentiels similaires aux CRJDA font référence aux programmes de soins et de services qui sont offerts au jeune et à sa famille alors qu'il est hébergé en centre de réadaptation.
- Les 12 programmes en milieux résidentiels similaires aux CRJDA recensés sont nommés en fin de section et détaillés à l'annexe C, [tableau C-3](#).

2.3.1.1 Approches théoriques spécifiques aux milieux résidentiels similaires aux CRJDA

Comme présenté à la [section 2.1.1](#), les programmes en milieux résidentiels similaires aux CRJDA présentent des approches théoriques communes aux autres modèles de soins. Toutefois, ils ont aussi leurs spécificités et peuvent notamment s'appuyer sur une **approche holistique** (53, 68, 74), les **forces du jeune** (84), le **développement de compétences** et de **stratégies comportementales proactives** (25, 45, 50, 52, 68, 70, 72, 84) ou le **cadre de référence PACE** (*playful, accepting, curious, and empathic*) (36, 53, 75).

2.3.1.2 Buts spécifiques aux milieux résidentiels similaires aux CRJDA

Les programmes déployés en milieux résidentiels similaires aux CRJDA visent à **améliorer l'offre de services** destinée aux jeunes placés par les services de la protection de la jeunesse, **faciliter la mise en œuvre de leurs PSI** et la **planification d'un éventuel retour dans leur famille d'origine ou d'accueil** (36, 53, 76). Certains programmes visent à interrompre la spirale de réadmissions en services de psychiatrie ou de protection de la jeunesse dans laquelle un jeune peut s'embourber en raison de ses comportements perturbateurs (50, 71). Pour ce faire, les objectifs sont de **développer les compétences** à court terme du jeune (25, 45, 50, 52, 68, 70, 72, 84), **promouvoir son autonomie** (53, 68, 74), **réduire la durée de ses séjours** en résidence et **l'apparition de comportements perturbateurs** et **améliorer son évolution** après sa sortie du milieu résidentiel (50). Ultimement, le but est d'améliorer la qualité de vie du jeune, réduire les risques associés aux placements et les coûts à long terme pour les organisations (36).

2.3.1.3 Services spécifiques aux milieux résidentiels similaires aux CRJDA

Certains services inclus dans les programmes déployés en milieux résidentiels similaires aux CRJDA ciblent directement les jeunes. Il s'agit d'abord de leur proposer d'autres **milieux résidentiels de soutien thérapeutique** que les unités hospitalières (52-54, 74, 87). Ces milieux de vie se veulent cohérents, enrichissants, sécuritaires, stables et ancrés dans la communauté (47, 49, 51, 53, 75, 87). Pour ce faire, la plupart des programmes répertoriés proposent des milieux à taille humaine et de style familial de 4 à 10 lits (70, 71, 76, 84, 87). L'idée est de développer un milieu proche de la « normalité », privilégiant une relation naturelle et familière avec les intervenants des milieux résidentiels et des personnes de soutien qui sont déjà engagées auprès de lui (49, 52, 71, 74).

Selon certains programmes recensés, le PSI du jeune est basé sur une évaluation et il est axé sur le bien-être (50). Pour d'autres, une attention particulière est portée au **développement des forces et des compétences** du jeune (29) en offrant des possibilités de développement des capacités interpersonnelles (75) et des habiletés pour vivre de façon indépendante via des routines de saines habitudes de vie (50, 74, 87). De plus, des interventions individuelles, de groupe et familiales sont offertes suivant différentes approches, notamment l'approche de soins qui tient compte des traumatismes

ou l'approche cognitive-comportementale (47, 54, 63, 72, 74, 75, 87). Enfin, les jeunes peuvent aussi bénéficier de formations, de mentorat et d'apprentissage formel et informel sur les comportements positifs, des compétences sociales et scolaires, la résolution de problèmes et la régulation émotionnelle (35, 47, 50, 87). Les différentes modalités pour recevoir ces services sont détaillées à l'[annexe C](#).

Certains services ciblent, quant à eux, les intervenants et les professionnels engagés auprès des jeunes. Ainsi, de nombreux programmes leur proposent de la **formation**, p. ex. sur les dynamiques sociales en résidence, l'éducation psychologique, l'attachement, les réponses comportementales ou les techniques *Playfulness*, *Acceptance*, *Curiosity*, *Empathy* (PACE) (25, 36, 50, 72, 75, 84). De la **supervision** et de la **consultation en continu** sont aussi offertes dans plusieurs programmes (25, 72, 84). Des services de soutien à l'implantation peuvent être proposés pour lever des obstacles organisationnels qui entravent la création de milieux contribuant aux objectifs thérapeutiques (25, 45). Ils peuvent prendre la forme de consultations téléphoniques, de visites d'une équipe spécialisée pour observer puis conseiller les gestionnaires, ou de soutien pour développer des routines favorisant la pratique réflexive (25, 45, 72).

2.3.1.4 Intervenants et professionnels impliqués et leurs rôles

Les équipes interprofessionnelles évoquées dans la littérature rassemblent les intervenants et les professionnels suivants : psychiatres, pédopsychiatres, psychologues cliniciens, pédiatres, ergothérapeutes, personnel infirmier, thérapeutes conjugaux et familiaux, travailleurs sociaux, professionnels du milieu scolaire ou autres spécialistes en gestion du comportement et développement éducatif¹² ainsi que des intervenants jeunesse (niveau secondaire) (50, 68, 70-72, 75, 76, 87).

Différents rôles spécifiques sont créés selon les programmes; ils peuvent être assumés par divers types d'intervenants et professionnels :

- un directeur de programme ou de résidence (niveau maîtrise) pour superviser l'ensemble du programme et assurer la gestion d'un petit nombre de cas (36, 50);
- un intervenant ou une équipe responsable de l'engagement familial pour la gestion, la formation et le soutien aux familles d'origine et d'accueil (36, 70, 74);
- des thérapeutes agréés (niveau maîtrise) responsables de la prise en charge, de la formation et de l'information des intervenants concernant les PSI (50);
- un superviseur en résidence, parfois appelé chef d'équipe (niveau baccalauréat) (50);
- des intervenants expérimentés en gestion comportementale pour répondre à l'ensemble des besoins quotidiens des jeunes (87).

¹² L'information provient de la littérature internationale; or, le découpage des niveaux des diplômes ainsi que les niveaux de scolarité requis pour un titre professionnel ou pour un poste ne sont pas uniformes d'un pays à l'autre. L'information rapportée pour l'ensemble des intervenants et professionnels concernés est celle de la littérature et elle n'est pas toujours transposable au contexte québécois.

Certaines sources proposent la création d'équipes de travail regroupant des intervenants et des professionnels autour d'un objectif commun :

- équipe d'évaluation : psychologues et intervenants spécialisés en santé mentale (niveau baccalauréat) responsables d'évaluer les besoins de chaque jeune (70);
- équipe scolaire : enseignants (niveau maîtrise) soutenant le jeune dans le milieu scolaire, notamment pour recevoir le suivi concernant les comportements du jeune à l'école (70);
- équipe de terrain : intervenants (formation postsecondaire de deux ans, axée sur les objectifs du PSI) responsables de l'intervention quotidienne auprès du jeune (70);
- équipe d'implantation locale : représentants de plusieurs niveaux de la structure organisationnelle – notamment le directeur, les gestionnaires, les formateurs – qui fournissent du soutien et du mentorat aux intervenants et professionnels pour appuyer l'implantation du programme (25, 51, 52).

2.3.1.5 Retombées sur le système de soins et services, les jeunes et leur famille

Plusieurs études rapportent des avantages des programmes en milieux résidentiels similaires aux CRJDA. Certaines soulignent la réduction des symptômes émotionnels et comportementaux et la diminution de la prévalence des incidents comportementaux dangereux ou destructeurs tels que les agressions envers les intervenants et les professionnels, les fugues ou la destruction de biens (25, 36, 47, 49, 71, 75). Certains programmes peuvent contribuer au développement de compétences d'adaptation pour renforcer les comportements positifs chez le jeune, tout en assurant la sécurité des jeunes aux comportements problématiques (49, 71, 72, 74). Des études rapportent des améliorations de la dynamique familiale et des relations avec les familles et les pairs (74, 75). D'autres soulignent l'influence positive de certains programmes en milieux résidentiels similaires aux CRJDA sur le fonctionnement social, les comportements adaptatifs et la capacité à demander de l'aide (75, 84). Plusieurs programmes seraient liés à une amélioration de la santé mentale du jeune, notamment dans le domaine des symptômes de stress post-traumatique, de la confiance en soi et de la compréhension des troubles mentaux (47, 49, 71, 74, 84). Certains programmes seraient aussi liés à une amélioration de la qualité de vie du jeune (36, 71, 76). Malgré la pertinence des programmes résidentiels similaires aux CRJDA, une revue de la littérature souligne toutefois que les données sont insuffisantes pour tirer des conclusions claires sur les effets des programmes qui sont ancrés dans une approche de soins tenant compte des traumatismes (43).

Enfin, certains programmes développent l'offre de soins et de services de proximité pour répondre aux besoins des jeunes en temps opportun en évitant les processus d'orientation externe parfois longs (36). Ainsi, ils peuvent être associés à la réduction des besoins de placement, de placements ultérieurs en milieu fermé et d'hospitalisation en milieux psychiatriques comparativement aux milieux résidentiels habituels (70). Cette

diminution permettrait aussi d'éviter des interruptions dans le parcours scolaire du jeune (71).

Exemples de programmes de soins et de services en milieux résidentiels similaires aux CRJDA

- Bradford's B Positive Pathways
- Belhaven Service
- Carlile Youth Concurrent Disorders Centre¹³
- Developmental Trauma and Attachment Program
- MultifunC
- Positive Behavioral Interventions and Supports
- Stop-Gap
- Teaching Family Model
- Therapeutic residential care
- Trauma-informed design
- Wolverine Mental Health Program
- Youth Prevention and Recovery Care

2.3.2 Alternatives aux CRJDA

Les alternatives aux placements en CRJDA peuvent être mises en œuvre au sein des familles d'origine ou des familles d'accueil.

Description des programmes alternatifs aux CRJDA

- Les programmes identifiés comme des alternatives aux CRJDA font référence à des programmes de soins et de services qui sont offerts au jeune et à sa famille d'origine, s'il est maintenu dans son milieu familial, ou à sa famille d'accueil s'il est hébergé dans un tel milieu.
- Les 14 programmes identifiés comme alternatives aux CRJDA dans la famille d'origine ou d'accueil recensés sont nommés en fin de section et détaillés à l'annexe C, [tableau C-4](#). Certains programmes ont été regroupés sous le même modèle, parce qu'ils ont été adaptés à des contextes spécifiques tout en conservant les mêmes caractéristiques.

2.3.2.1 Approches théoriques et spécifiques aux alternatives aux CRJDA

Comme présenté à la [section 2.1](#), les programmes alternatifs à l'hébergement aux CRJDA présentent des approches théoriques communes aux autres modèles de soins. Toutefois, ils ont aussi leurs spécificités et peuvent s'appuyer sur une approche centrée sur **développement de compétences** prosociales, y compris la théorie de l'apprentissage social (59, 81) ainsi que le **béhaviorisme** (35, 56, 58, 80, 82).

¹³ Le programme Carlile Youth Concurrent Disorders Centre intègre des éléments de pratiques collaboratives qui sont aussi mentionnés à la [section 2.2.2](#).

Ces approches visent le développement de comportements positifs tels que la communication socialement acceptable, le respect de la loi ou encore l'assiduité scolaire grâce à des techniques comportementales (35, 56, 58, 80, 82), les symptômes comportementaux négatifs étant considérés comme des déficits de compétences (57, 64, 79). De plus, ils peuvent s'appuyer, comme indiqué dans les programmes similaires aux CRJDA, sur les **forces du jeune** (59, 81) et une **approche holistique** (62, 65, 68). Les programmes tiennent également compte de la **psychopathologie du développement** (59).

2.3.2.2 Programmes de soins et services dans la famille d'origine

2.3.2.2.1 Buts spécifiques aux alternatives aux CRJDA dans la famille d'origine

De nombreux programmes de soins et de services visent à créer des alternatives au placement en CRJDA dans la communauté pour intervenir sur les comportements perturbateurs et leurs récidives (65, 68, 88). Ces programmes ont pour but de répondre aux besoins des jeunes et à ceux de leur famille d'origine en leur permettant de reprendre le contrôle de leur vie, de développer des compétences d'adaptation et d'améliorer leur fonctionnement général (60, 62, 65). Ils visent à réduire le recours aux soins hospitaliers et d'urgence en augmentant la disponibilité des ressources, en optimisant leur usage et en soutenant la gestion de crise (63, 68). Ultimement, ces programmes agissent pour soutenir l'intégration ou le maintien du jeune dans son milieu de vie (55, 59-62, 68).

2.3.2.2.2 Services spécifiques aux alternatives aux CRJDA dans la famille d'origine

D'une part, certains programmes considérés comme des alternatives aux CRJDA, dans lesquels le jeune est maintenu dans sa famille d'origine, prévoient que le **PSI sera axé sur les forces du jeune**, les comportements problématiques, l'élaboration de solutions et le développement de compétences sociales et d'autorégulation (35, 60, 88). Le PSI est mis en œuvre grâce à un **continuum de soins et services qui inclut les services en santé mentale**, notamment la prise en charge des symptômes psychiatriques et psychologiques ainsi qu'une aide pratique pour les besoins quotidiens et le fonctionnement global du jeune (55, 59, 62, 66). Le PSI est ensuite mis en œuvre par une équipe qui comprend le jeune, sa famille, les intervenants et les professionnels ainsi que les membres du réseau de soutien social qui sont significatifs pour le jeune et sa famille (60, 61, 68). D'autre part, plusieurs programmes préconisent de former les familles d'origine pour développer des compétences en résolution de problèmes (65). De même, l'école et d'autres ressources communautaires peuvent être mobilisées, soutenues et formées aux approches du programme (59, 88, 89). Le milieu scolaire peut ainsi recevoir le soutien de professionnels qui peuvent, par exemple, amener le jeune en salle sensorielle en cas de besoin (88).

2.3.2.2.3 Intervenants et professionnels impliqués et leurs rôles

Les programmes alternatifs aux CRJDA dans lesquels le jeune est maintenu dans sa famille d'origine s'appuient sur des équipes interprofessionnelles (66, 68). Les personnes concernées peuvent être des professionnels de la santé mentale (niveau maîtrise), des thérapeutes conjugaux et familiaux, des travailleurs sociaux, des spécialistes de l'éducation et de l'emploi, du personnel infirmier spécialisé en psychiatrie, des psychiatres ou des pédopsychiatres (59, 62). Certains programmes ajoutent des rôles spécifiques tels que le responsable du repérage des traumatismes et des troubles mentaux assumé par un intervenant en protection de la jeunesse (55) ou encore le rôle de défenseur des droits du jeune (68). Des programmes incluent aussi le milieu scolaire au sein de l'équipe interprofessionnelle. Par exemple, il peut s'agir de conseillers scolaires chargés du soutien au comportement, lorsqu'il y a des enjeux de comportement, ou pour orienter le jeune vers les services de proximité appropriés, lorsque nécessaire (88, 89). Enfin, certains programmes mentionnent des équipes de consultation clinique parfois intégrées aux services de protection de la jeunesse (55). Ces équipes détiennent une expertise d'évaluation, conseil et diagnostic en santé mentale, puis elles orientent les jeunes vers les services communautaires ou de proximité appropriés (55).

2.3.2.2.4 Retombées sur le système de soins et services, les jeunes et leur famille

Certaines études rapportent une amélioration du fonctionnement psychosocial du jeune et de sa santé mentale en général ainsi qu'une diminution des troubles du comportement et des comportements antisociaux après le recours à un modèle de soins et de services identifié comme une alternative aux CRJDA dans laquelle le jeune est maintenu dans sa famille d'origine (35, 59, 66). D'autres programmes contribueraient au développement du réseau de soutien social et des compétences d'adaptation des familles (65). Certains seraient aussi associés à une augmentation de l'usage de services ambulatoires en santé mentale (61) et à une diminution des recours répétés aux soins et services (65). L'ensemble de ces retombées pourrait contribuer à prévenir d'éventuels placements (59). La stabilité du milieu de vie du jeune ressort d'ailleurs comme un potentiel avantage de certains de ces programmes (35). Des études rapportent aussi la diminution des placements résidentiels et des hospitalisations (59, 66). Cependant, d'autres études ne rapportent pas les effets de ces programmes sur la stabilité du milieu de vie (55, 68).

2.3.2.3 Programmes de soins et services en famille d'accueil

2.3.2.3.1 Buts spécifiques aux alternatives aux CRJDA dans la famille d'accueil

Les programmes identifiés comme des alternatives aux CRJDA dans lesquelles les jeunes sont hébergés en famille d'accueil visent à **améliorer la santé mentale** des jeunes dans un cadre familial (39, 40, 58). L'objectif est de réduire les problèmes de comportement et d'améliorer les relations avec les pairs et les interactions avec les parents et la famille d'accueil (58, 79). Ces programmes visent à **éviter l'escalade** vers le placement dans un centre, l'hospitalisation en psychiatrie ou le recours aux services

d'urgence (40, 63, 79, 82, 83), et à **favoriser le retour dans la famille d'origine** (64, 79, 83).

2.3.2.3.2 Services spécifiques aux alternatives aux CRJDA dans la famille d'accueil

Les programmes alternatifs aux CRJDA en famille d'accueil offrent aux jeunes **un milieu de vie familial contribuant aux objectifs thérapeutiques** (57, 64, 79, 82).

Le PSI précise notamment les besoins et les forces du jeune et de la famille, les stratégies à appliquer pour répondre à ces besoins ainsi que les indicateurs pour mesurer les progrès (33). Il intègre des **interventions comportementales** qui renforcent les comportements positifs et ignore les comportements négatifs (64, 79-81). Le développement de compétences scolaires et de vie transférables au milieu d'origine du jeune est aussi encouragé (79-82). Au besoin, un plan de crise et de sécurité est développé avec la famille d'accueil pour éviter les situations où le jeune s'automutile ou se met en danger (63).

Enfin, les programmes recensés incluent une **formation** spécifiquement pour les **familles d'accueil**. Les thèmes abordés sont, par exemple, les soins qui tiennent compte des traumatismes, les compétences parentales efficaces, les diagnostics de troubles mentaux, la médication et les techniques de désescalade (40, 58, 79). La formation de la famille d'accueil peut aussi cibler l'amélioration des interactions et des relations entre le jeune et ses proches (63).

2.3.2.3.3 Intervenants et professionnels impliqués et leurs rôles

La famille d'accueil est considérée comme un membre de l'équipe dont la responsabilité est de soutenir, superviser et encourager le jeune (57, 78, 79). Elle agit en tant qu'agent de changement et met en œuvre les interventions (80-83). Certains modèles désignent un responsable des familles chargé de leur recrutement et de leur formation (57, 79).

Une équipe interprofessionnelle collabore pour soutenir la famille d'accueil afin d'améliorer sa compréhension du jeune (57, 58) et d'assurer la mise en œuvre du PSI (64, 78, 79). Cette équipe peut inclure des médecins de famille, psychologues, thérapeutes conjugaux et familiaux (maîtrise dans un domaine clinique), travailleurs sociaux et d'autres professionnels (maîtrise dans un domaine clinique) (58, 63, 64, 78-80). D'autres professionnels responsables de clarifier l'état de santé psychologique du jeune et les options de traitement peuvent s'ajouter à l'équipe, p. ex. un psychiatre consultant (79) ou du personnel infirmier spécialisé en psychiatrie (78, 79).

Enfin, divers programmes prévoient un responsable d'équipe ou un gestionnaire de cas (maîtrise dans un domaine clinique) chargé de la communication au sein de l'équipe interprofessionnelle, de sa coordination avec la famille d'accueil et de la coordination du PSI (64, 78-81, 83).

2.3.2.3.4 Retombées sur le système de soins et services, les jeunes et leur famille

Certaines alternatives aux CRJDA en famille d'accueil semblent être liées à une amélioration du fonctionnement global, de la régulation émotionnelle et de la santé mentale en général ainsi qu'à une diminution des troubles du comportement (56, 80, 83). Une étude rapporte aussi de meilleures relations entre le jeune et la famille d'accueil (56).

Une autre étude rapporte une plus grande accessibilité des soins ambulatoires et une diminution de l'usage de soins de courte durée et des services d'urgence (63). Enfin, certains programmes semblent liés à une plus grande stabilité du milieu de vie et une réduction des entrées vers des milieux de soins plus « encadrants », notamment les milieux fermés (40, 80, 81, 83). Il faut cependant noter que d'autres études montrent des résultats plus mitigés concernant le maintien dans la communauté ainsi que l'amélioration de la santé mentale du jeune (55, 68).

Programmes de soins et de services en milieux alternatifs aux CRJDA

Dans la famille d'origine

- Behavioral Health Crisis Care Clinic model
- Gateway CALL
- Intensive In-home Child and Adolescent Psychiatric Service
- Multitiered systems of support framework
- Trust-Based Relational Intervention
- Wraparound et modèles similaires: Wrap, High fidelity Wraparound
- Youth Flexible Assertive Community Team

Dans la famille d'accueil

- Atlas Project
- Child-Adult Relationship Enhancement
- Intensive Alternative Family Treatment
- Multidimensional Treatment Foster Care
- Pressley Ridge Treatment foster care
- Treatment and Care for Kids
- Treatment Foster Care Oregon – Adolescents, Treatment Foster Care for Older Youth

2.4 Limites du projet

Bien que les travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse, des limites doivent être signalées. Tout d'abord, les travaux s'inscrivent dans le cadre d'une revue de la portée et certaines limites sont inhérentes à ce type de méthode. Entre autres, les travaux rapportent des résultats sommaires et ne permettent pas d'évaluer l'efficacité des modèles de soins et de services ou de formuler des recommandations. L'hétérogénéité des sources incluses en termes de devis, d'échantillons et de mesures ainsi que le grand nombre de modèles de soins et de services rapporté ne permet pas non plus la comparaison entre les différents modèles de soins et de services repérés.

De plus, en raison de la nature descriptive de l'information, aucune évaluation de la qualité des documents n'a été faite, puisque leur qualité méthodologique ne reflète en rien la qualité des modèles de soins et de services ou de l'information disponible à leur sujet.

Les travaux n'ont pas inclus de consultations de parties prenantes et de relecture par des experts, les résultats ne sont donc pas contextualisés à la situation québécoise.

Par ailleurs, la configuration des systèmes sociosanitaires dans les pays et provinces explorés peut différer de celle du Québec. Des divergences peuvent exister dans les définitions et les champs de compétence des services de la protection de la jeunesse, des services jeunesse ou de santé mentale destinés aux jeunes ainsi que pour les titres professionnels et d'emploi, ce qui peut entraver l'applicabilité des résultats au Québec.

Les choix effectués quant à la littérature et les pays couverts constituent également d'autres limites. Par exemple :

- Certaines études ont été incluses à la sélection, car elles portaient sur d'autres problématiques souvent présentes chez les jeunes qui ont des troubles de comportement sérieux et des problèmes de santé mentale, telles que le TDAH ou autre trouble neurodéveloppemental.
- D'autres études, pour leur part, ont été exclues, car elles présentaient des modèles de soins sur la santé mentale des jeunes en général, sans cibler les profils cliniques complexes (p. ex. Integrated Youth Services) ou elles portaient sur des troubles spécifiques ne s'inscrivant pas dans les profils cliniques complexes de la population à l'étude (p. ex. les troubles alimentaires seuls).
- Les études primaires et les revues de la littérature ont été incluses lorsqu'elles avaient été conduites dans les pays membres de l'OCDE mentionnés au [tableau 1](#) ou lorsque les études primaires évaluées dans les revues de la littérature étaient basées sur 75% ou plus de ces pays. Des initiatives développées dans d'autres pays pourraient répondre à la question décisionnelle, mais elles ont été exclues pour améliorer l'applicabilité des résultats au contexte québécois.

CONCLUSION

À la demande du MSSS, l'INESSS a réalisé une revue de la portée des modèles de soins et de services déployés au Canada et à l'international pour répondre aux besoins des jeunes qui présentent des troubles de comportement sérieux et des problèmes de santé mentale. Au total, 53 modèles de soins et de services ont été repérés dans la littérature :

- 14 pratiques organisationnelles;
- 13 pratiques collaboratives;
- 12 programmes de soins et de services offerts en milieux résidentiels similaires aux CRJDA;
- 14 programmes de soins et de services identifiés comme des alternatives aux CRJDA.

La synthèse portant sur les modèles de soins et de services permet de constater que l'approche de soins qui tient compte des traumatismes et l'approche centrée sur l'usager¹⁴ guident l'ensemble des modèles de soins et de services. Elle permet aussi de relever une tendance vers des pratiques qui sont ancrées dans la communauté et qui sont soutenues par l'intensification des services. Une attention particulière est apportée à l'accessibilité et à la continuité des soins et des services en santé mentale. Les services de psychiatrie sont notamment engagés auprès des jeunes et occupent un rôle actif au sein des équipes. D'autres rôles, comme celui du coordonnateur de soins et de services responsable de la gestion des soins et services et du PSI, sont aussi communs à l'ensemble des modèles de soins et de services. D'autre part, la formation des intervenants et des professionnels est préalable à l'implantation de plusieurs modèles et programmes. Certaines formations spécifiques sont également offertes aux autres acteurs clés. Enfin, plusieurs modèles offrent de l'intervention, de la formation et du soutien aux parents et aux familles d'accueil.

Par ailleurs, l'INESSS a publié un état des connaissances sur l'efficacité des modèles et des approches en réadaptation pour les jeunes âgés de 10 ans et plus en difficulté d'adaptation en 2023. Ce rapport documente l'efficacité des modèles et approches, les obstacles et facilitateurs associés à leur implantation ainsi que les perceptions des principaux acteurs concernés, ce qui contribue à la réflexion quant à l'applicabilité de certains modèles et approches au contexte québécois. Cette revue de la portée, complémentaires aux précédents travaux de l'INESSS, se veut donc un levier pour soutenir la réflexion sur les modèles de soins et de services qui ont été développés ailleurs au Canada et dans le monde pour répondre aux besoins des jeunes qui présentent des troubles de comportement sérieux et des problèmes de santé mentale.

¹⁴ Au Québec, l'usager est un acteur actif et expert de sa situation. Il collabore avec les intervenants et les professionnels concernés comme membre à part entière de l'équipe de soins et de services (90).

RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2013). *Cadre de référence pour une pratique rigoureuse de l'intervention en réadaptation auprès des enfants, des jeunes et de leurs parents en CSSS et en CJ. Programme-services jeune en difficulté*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-839-02W.pdf>
2. Le Corff, Y., Toupin, J. et Pauzé, R. (2005). Les troubles de comportement à l'adolescence : description, adaptation et évolution. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 8(2), 69-78. <https://doi.org/10.7202/1017530ar>
3. Fortinash, K. et Holoday Worret, P. (2016). *Santé mentale et psychiatrie*. 2 éd. Chenelière éducation.
4. Clarke, J., Davis, K., Douglas, J. et Peters, M. (2025). What is a 'model of care'? Enhancing understandings of contemporary nursing practice. *Australian Nursing and Midwifery Journal*. [https://anmj.org.au/what-is-a-model-of-care-enhancing-understandings-of-contemporary-nursing-practice/#:~:text=A%20model%20of%20care%20\(MoC,clinicians%20go%20about%20providing%20care](https://anmj.org.au/what-is-a-model-of-care-enhancing-understandings-of-contemporary-nursing-practice/#:~:text=A%20model%20of%20care%20(MoC,clinicians%20go%20about%20providing%20care).
5. Simard, M.-C., Chouinard-Thivierge, S. et Tanguay, P. (2023). La réadaptation au coeur de nos préoccupations : portrait et analyse des besoins d'adolescents hébergés en centre de réadaptation et en foyer de groupe. *Criminologie*, 56(1), 215-244. <https://doi.org/10.7202/1099012ar>
6. Toupin, J., Pauzé, R., Frappier, J.-Y., Cloutier, R. et Boudreau, J. (2004). *La santé mentale et physique des adolescents Québécois des Centres jeunesse: une étude cas-témoin. Rapport final d'une étude financée dans le cadre du Programme d'initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC)*. https://www.researchgate.net/publication/242387387_La_santé_mentale_et_physique_des_adolescents_Quebécois_des_Centres_jeunesse_une_etude_cas-témoin
7. Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2024). *La violence et la négligence familiales dans la vie des enfants du Québec, 2024*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/violence-negligen-familiales-enfants-2024.pdf>
8. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2023). *Caractéristiques et besoins des clientèles visées par la réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation âgés de 10 ans et plus. État des connaissances rédigé par Isabelle Toupin et Véronique Leclair*. INESSS.
9. Matte-Landry, A., Brend, D. et Collin-Vézina, D. (2023). Le pouvoir transformationnel des approches sensibles au trauma dans les services à l'enfance et à la jeunesse au Québec. *Travail social*, 69(1), 1-5. <https://doi.org/10.7202/1112110ar>
10. Directeurs de la protection de la jeunesse (DPJ) / directeurs provinciaux (DP). (2025). *Au-delà d'un signalement : protéger les enfants collectivement. Bilan annuel des directrices et des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux du Québec*.

11. Águila-Otero, A., Bravo, A., Santos, I. et Del Valle, J. (2020). Addressing the most damaged adolescents in the child protection system: An analysis of the profiles of young people in therapeutic residential care. *Children and Youth Services Review*, *Child Youth Serv Rev*, 112.
12. Jozefiak, T. et Sønnichsen Kayed, N. (2015). Self- and proxy reports of quality of life among adolescents living in residential youth care compared to adolescents in the general population and mental health services. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13.
13. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie CHUS (UETMISSS CIUSSS de l'Estrie – CHUS). (2021). *Optimiser l'offre de soins et services de santé physique et mentale au centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation Val-du-Lac : Enjeux comparatifs, contextuels et de performance* préparé par Maria Benkhalti, Mathieu Roy, Pierre, Dagenais.
14. Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S. et Boyer, L. (2016). The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 95(7), e2622. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002622>
15. Haute Autorité de santé (HAS). (2025). *Coordination entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3261731/fr/coordination-entre-protection-de-l-enfance-et-psychiatrie-de-l-enfant-et-de-l-adolescent
16. Frappier, J.-Y., Duchesne, M., Lambert, Y. et Chartrand, R. (2015). *Santé des adolescent(e)s hébergé(e)s en centres de réadaptation des Centres jeunesse au Québec. Rapport de recherche*.
17. Chagnon, F. et Laframboise, J. (2005). *État de situation sur la santé mentale des adolescents 12-17 ans au centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire*.
18. Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (CSDEPJ). (2021). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*. <https://www.csdepj.gouv.qc.ca/accueil/>
19. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2013). *Analyse comparative du système de santé du Canada : comparaisons internationales*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/benchmarking-canadas-health-system-international-comparisons-fr.pdf>
20. Landis, J. et Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
21. Cohen, J. (1960). A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37-46. <https://doi.org/10.1177/001316446002000104>

22. Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C. et al., e. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372.
23. Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.
24. Olson, J. R., Benjamin, P. H., Azman, A. A., Kellogg, M. A., Pullmann, M. D., Suter, J. C. et Bruns, E. J. (2021). Systematic Review and Meta-analysis: Effectiveness of Wraparound Care Coordination for Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(11), 1353-1366.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.02.022>
25. Izzo, C. V., Smith, E. G., Holden, M. J., Norton, C. I., Nunno, M. A. et Sellers, D. E. (2016). Intervening at the Setting Level to Prevent Behavioral Incidents in Residential Child Care: Efficacy of the CARE Program Model. *Prevention Science*, 17(5), 554-564.
<https://doi.org/10.1007/s11121-016-0649-0>
26. Izzo, C. V., Smith, E. G., Sellers, D. E., Holden, M. J. et Nunno, M. A. (2020). Improving relationship quality in group care settings: The impact of implementing the CARE model. *Children and Youth Services Review Vol 109 2020, ArtID 104623*, 109.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104623>
27. Erskine, C., Day, L., Scott, L. et Ecorys UK. (2017). *Evaluation of the Gloucestershire Innovation Project*.
https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7564db40f0b6360e473c5a/Evaluation_of_the_Gloucestershire_Innovation_Project.pdf
28. Akin, B. A., Strolin-Goltzman, J. et Collins-Camargo, C. (2017). Successes and challenges in developing trauma-informed child welfare systems: A real-world case study of exploration and initial implementation. *Children and Youth Services Review*, 82, 42-52. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.09.007>
29. Government of South Australia - Department for child protection. (2025, 2025). *Supporting children and young people in care with high risk and complex behaviours Practice Paper*. <https://www.childprotection.sa.gov.au/research-and-publications/freedom-information/policy-documents/linked/supporting-cyp-in-care-complex-needs.pdf>
30. Bendall, S., Eastwood, O., Cox, G., Farrelly-Rosch, A., Nicoll, H., Peters, W., Bailey, A. P., McGorry, P. D. et Scanlan, F. (2021). A Systematic Review and Synthesis of Trauma-Informed Care Within Outpatient and Counseling Health Settings for Young People. *Child Maltreatment*, 26(3), 313-324. <https://doi.org/10.1177/1077559520927468>
31. Calderón, A., Edbrooke-Childs, J., Chapman, L., Rees, J., Maas, M., Wolpert, M. et Anna Freud National Centre for Children and Families. (2017). *Specialist Health and Resilient Environment (SHARE) Service*.
https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a8206f540f0b6230269a718/Wigan_Share_IP_evaluation_report_July_17.pdf

32. National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management*.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg158>
33. Bruns, E. J., Pullmann, M. D., Sather, A., Denby Brinson, R. et Ramey, M. (2015). Effectiveness of wraparound versus case management for children and adolescents: results of a randomized study. *Adm Policy Ment Health*, 42(3), 309-322.
<https://doi.org/10.1007/s10488-014-0571-3>
34. Redd, Z., Malm, K., Moore, K., Murphy, K. et Beltz, M. (2017). KVC's Bridging the Way Home: An innovative approach to the application of Trauma Systems Therapy in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 76, 170-180.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.02.013>
35. Hine, K. M. et Moore, K. J. (2015). Family Care Treatment for dispersed populations of children with behavioral challenges: The design, implementation, and initial outcomes of an evidence-informed treatment. *Children and Youth Services Review*, 58, 179-186.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.10.001>
36. Cresswell, C., Holmes, L. et Dixon, J. (2020). *An evaluation of the Bradford B Positive Pathways innovation programme*.
https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5fa167118fa8f57f35ea09c5/Bradford_BP_P.pdf
37. Eadie, K., Zahir, S. F., Chapman, J. A., Bergh, W. et Withington, T. (2025). A 15-year outcome study of children and young people in care attending a tertiary level specialist mental health service. *Child Abuse & Neglect*, 161, 107297.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107297>
38. Klag, S., Fox, T., Martin, G., Eadie, K., Bergh, W., Keegan, F., Turner, D. et Raeburn, N. (2016). Evolve Therapeutic Services: A 5-year outcome study of children and young people in out-of-home care with complex and extreme behavioural and mental health problems. *Children and Youth Services Review*, 69, 268-274.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.08.017>
39. Tullberg, E., Kerker, B., Muradwij, N. et Saxe, G. (2017). The Atlas Project: Integrating Trauma-Informed Practice into Child Welfare and Mental Health Settings. *Child Welfare*, 95(6), 107-125.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=130544590&lang=fr&site=ehost-live>
40. Lanier, P., Chung, G. et Rose, R. (2022). A quasi-experimental study of Intensive Alternative Family Treatment to prevent entry of youth to psychiatric residential treatment. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 39(3), 303-311.
<https://doi.org/10.1007/s10560-021-00758-9>
41. Bailey, C., Klas, A., Cox, R., Bergmeier, H., Avery, J. et Skouteris, H. (2018). Systematic review of organisation-wide, trauma-informed care models in out-of-home care (OoHC) settings. *Health & Social Care in the Community*, 27(3), e10-e22.
<https://doi.org/10.1111/hsc.12621>

42. Keeshin, B. R., Bryant, B. J. et Gargaro, E. R. (2021). Emotional Dysregulation: A Trauma-Informed Approach. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 30(2), 375-387. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.10.007>
43. Nguyen-Feng, V. N., Ramirez, M., Behrens, K. L., Usset, T., Claussen, A. M., Parikh, R. R., Lee, E. K., Mendenhall, T., Wilt, T. J. et Butler, M. (2025). Trauma Informed Care: A Systematic Review. *Agency for Healthcare Research and Quality*, 01. <https://doi.org/10.23970/AHRQEPSCSRTRAUMA>
44. Bryson, S. A., Gauvin, E., Jamieson, A., Rathgeber, M., Faulkner-Gibson, L., Bell, S., Davidson, J., Russel, J. et Burke, S. (2017). What are effective strategies for implementing trauma-informed care in youth inpatient psychiatric and residential treatment settings? A realist systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*, 11, 36. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0137-3>
45. California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC). (2019). *Attachment, Regulation, and Competency (ARC)*. <https://www.cebc4cw.org/program/attachment-regulation-and-competency-arc-client/>
46. Bartlett, J. D., Barto, B., Griffin, J. L., Fraser, J. G., Hodgdon, H. et Bodian, R. (2016). Trauma-Informed Care in the Massachusetts Child Trauma Project. *Child Maltreatment*, 21(2), 101-112. <https://doi.org/10.1177/1077559515615700>
47. Pecora, P. J. et English, D. J. (2016). *Elements of Effective Practice for Children and Youth Served by Therapeutic Residential Care (Research Brief)*. <https://www.casey.org/media/Group-Care-complete.pdf>
48. Devlin, R., Jairam, R., Asghari, M. et Eapen, V. (2022). Does assertive mental health care make a difference to children in out-of-home care? A pilot study. *Developmental Child Welfare*, 4(1), 73-93. <https://doi.org/10.1177/25161032211064644>
49. Ames, R. L. et Loebach, J. E. (2023). Applying Trauma-Informed Design Principles to Therapeutic Residential Care Facilities to Reduce Retraumatization and Promote Resiliency Among Youth in Care. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 16(4), 805-817. <https://doi.org/10.1007/s40653-023-00528-y>
50. California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC). (2024). *Stop-Gap*. <https://www.cebc4cw.org/implementation/stop-gap/>
51. California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC). (2024). *CARE: Creating Conditions for Change (CARE)*. <https://www.cebc4cw.org/program/care-creating-conditions-for-change/>
52. Holden, M. J. et Sellers, D. (2019). An Evidence-Based Program Model for Facilitating Therapeutic Responses to Pain-Based Behavior in Residential Care. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 10(2-3), 63-80. <https://doi.org/10.18357/ijcyfs102-3201918853>
53. McLean, S. (2019). *Therapeutic residential care services in Australia A description of current service characteristics*. https://aifs.gov.au/cfca/sites/default/files/publication-documents/cfca-paper-52_therapeutic_residential_care_services_in_australia.pdf

54. Kramer, M. G. (2016). Sanctuary in a residential treatment center: creating a therapeutic community of hope countering violence. *Therapeutic Communities*, 37(2), 69-83. <https://doi.org/10.1108/TC-01-2015-0005>
55. Bunker, A. C., Maguire-Jack, K., Yoon, S., Mooney, D., West, K. Y., Hammond, G. C. et Kranich, C. (2021). Does mental health screening and assessment in child welfare improve mental health service receipt, child safety, and permanence for children in out-of-home care? An evaluation of the Gateway CALL demonstration. *Child Abuse & Neglect*, 122, 105351. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105351>
56. Santos, L., Ramos Miguel, R., do Rosario Pinheiro, M. et Rijo, D. (2023). Fostering emotional and mental health in residential youth care facilities: A systematic review of programs targeted to care workers. *Children and Youth Services Review*, 147, 1-22. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.106839>
57. McPherson, L., Gatwiri, K., Tucci, J., Mitchell, J. et Macnamara, N. (2018). A paradigm shift in responding to children who have experienced trauma: The Australian Treatment and Care for Kids Program. *Children and Youth Services Review*, 94, 525-534. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.08.031>
58. Gurwitsch, R. H., Messer, E. P., Masse, J., Olafson, E., Boat, B. W. et Putnam, F. W. (2016). Child-Adult Relationship Enhancement (CARE): An evidence-informed program for children with a history of trauma and other behavioral challenges. *Child Abuse & Neglect*, 53, 138-145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.016>
59. Barbot, B., Bick, J., Bentley, M. J., Balestracci, K. M., Woolston, J. L., Adnopoz, J. A. et Grigorenko, E. L. (2016). Changes in mental health outcomes with the intensive in-home child and adolescent psychiatric service: a multi-informant, latent consensus approach. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 25(1), 33-43. <https://doi.org/10.1002/mpr.1477>
60. California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC). (2024). *Wraparound*. <https://www.cebc4cw.org/program/wraparound/>
61. Cosgrove, J. A., Lee, B. R. et Unick, G. J. (2020). A longitudinal evaluation of wraparound's impact on youth mental health service use. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 28(3), 156-166. <https://doi.org/10.1177/1063426619842568>
62. Broersen, M., Frieswijk, N., Coolen, R., Creemers, D. H. M. et Kroon, H. (2022). Case Study in Youth Flexible Assertive Community Treatment: An Illustration of the Need for Integrated Care. *Frontiers in psychiatry Frontiers Research Foundation*, 13, 903523. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.903523>
63. Adrian, M., Twohy, E., Babeva, K., Jenness, J., Gurtovenko, K., Blossom, J. B., King, S., McCartney, L. et McCauley, E. (2024). A unique model of care for youth in crisis: A pilot open trial. *Psychological Services*, 21(2), 388-397. <https://doi.org/10.1037/ser0000778>
64. Waterman, C. (2021). Evidence-supported interventions for children in care: Does Treatment Foster Care Oregon (TFCO) fit within the UK context? *Journal of Family Therapy*, 43(3), 392-413. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12349>

65. Snyder, A., Marton, J., McLaren, S., Feng, B. et Zhou, M. (2017). Do High Fidelity Wraparound Services for Youth with Serious Emotional Disturbances Save Money in the Long-Term? *The Journal of Mental Health Policy & Economics*, 20(4), 167-175. <https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med14&AN=29300703>
66. Daubney, M. F. X., Raeburn, N., Blackman, K., Jeffries, H. et Healy, K. L. (2021). Outcomes of assertive community treatment for adolescents with complex mental health problems who are difficult to engage. *Journal of Child and Family Studies*, 30(2), 502-516. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01882-3>
67. D'Amour, D. et Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of interprofessional care*, 19(2), 8-20. <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/personnel-sante/RCPI/pratiques-collaboratives/CIP>
68. Coldiron, J. S., Hensley, S. W., Parigoris, R. M. et Bruns, E. J. (2019). Randomized Control Trial Findings of a Wraparound Program for Dually Involved Youth. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 27(4), 195-208. <https://doi.org/10.1177/1063426619861074>
69. Lushey, C., Hyde-Dryden, G., Holmes, L., Blackmoreand, J. et Loughborough University. (2017). *Evaluation of the No Wrong Door Innovation Programme*. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a82c2c540f0b6230269c8f5/Evaluation_of_the_No_Wrong_Door_Innovation_Programme.pdf
70. Andree Lofholm, C., Olsson, T. M. et Sundell, K. (2020). Effectiveness and costs of a therapeutic residential care program for adolescents with a serious behavior problem (MultifunC). Short-term results of a non-randomized controlled trial. *Residential Treatment for Children & Youth*, 37(3), 226-243. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2019.1619500>
71. Boxford, S., Harvey, J., Irani, M. et Spencer, H. (2017). *Evaluation of the Belhaven Service*. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a82f20940f0b62305b95294/Priory_Belhaven_IP_evaluation_report_July_17.pdf
72. Rodriguez-Quintana, N., Lewis, C. C., Scott, K., Marriot, B., Wahlen, S. et Hindman, R. (2022). Implementation of the Wolverine Mental Health Program, Part 2: Implementation Phase. *Cognitive & Behavioral Practice*, 29(1), 227-243. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.06.006>
73. Herrman, H., Humphreys, C., Halperin, S., Monson, K., Harvey, C., Mihalopoulos, C., Cotton, S., Mitchell, P., Glynn, T., Magnus, A., Murray, L., Szwarc, J., Davis, E., Havighurst, S., McGorry, P., Tyano, S., Kaplan, I., Rice, S. et Moeller-Saxone, K. (2016). A controlled trial of implementing a complex mental health intervention for carers of vulnerable young people living in out-of-home care: the ripple project. *BMC Psychiatry*, 16(1), 436. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1145-6>
74. Green, R., Mitchell, P. F., Lee, K., Svensson, E., Toh, J. W., Barentsen, C., Copeland, M., Newton, J. R., Hawke, K. C. et Brophy, L. (2019). Key features of an innovative sub-

acute residential service for young people experiencing mental ill health. *BMC Psychiatry*, 19(1), 311. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2303-4>

75. Pester, D. A., Lenz, A., Doyle Buckwalter, K., Green, K., Reed, D. et Dobbs, C. (2023). Evaluation of the developmental trauma and attachment program for decreasing disruptive behavior among adolescents in a residential setting. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, No Pagination Specified. <https://doi.org/10.1080/21501378.2022.2065974>
76. Saulnier, L., Keramatian, K. et Cohen, J. (2023). Patient Characteristics and Positive Outcomes Associated With a Novel Youth Inpatient Program for Concurrent Disorders. *Journal for Healthcare Quality*, 45(2), 99-106. <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000361>
77. Durka, K. et Hacker, T. (2015). The experience of receiving and delivering consultation in a residential childcare setting for looked-after and accommodated children: A sequential exploratory design. *Child Care in Practice*, 21(4), 392-407. <https://doi.org/10.1080/13575279.2015.1008401>
78. McMillen, J. C., Narendorf, S. C., Robinson, D., Havlicek, J., Fedoravicius, N., Bertram, J. et McNelly, D. (2015). Development and piloting of a treatment foster care program for older youth with psychiatric problems. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health [Electronic Resource]*, 9, 23. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0057-4>
79. California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC). (2025). *Treatment Foster Care Oregon - Adolescents (TFCO-A)*. <https://www.cebc4cw.org/program/treatment-foster-care-oregon-adolescents/>
80. Bergström, M. et Højman, L. (2016). Is multidimensional treatment foster care (MTFC) more effective than treatment as usual in a three-year follow-up? Results from MTFC in a Swedish setting. *European Journal of Social Work*, 19(2), 219-235. <https://doi.org/10.1080/13691457.2015.1030361>
81. Dishion, T., Forgatch, M., Chamberlain, P. et Pelham, W. E., 3rd. (2016). The Oregon Model of Behavior Family Therapy: From Intervention Design to Promoting Large-Scale System Change. *Behav Ther*, 47(6), 812-837. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.002>
82. Bishop-Fitzpatrick, L., Jung, N., Nam, I., Trunzo, A. C. et Rauktis, M. E. (2015). Outcomes of an agency-developed treatment foster care model for adolescents. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 23(3), 156-166. <https://doi.org/10.1177/1063426614530470>
83. Astrom, T., Bergstrom, M., Hakansson, K., Jonsson, A. K., Munthe, C., Wirtberg, I., Wiss, J. et Sundell, K. (2020). Treatment Foster Care Oregon for delinquent adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 30(4), 355-367. <https://doi.org/10.1177/1049731519890394>
84. Farmer, E. M. Z., Seifert, H., Wagner, H. R., Burns, B. J. et Murray, M. (2017). Does Model Matter? Examining Change Across Time for Youth in Group Homes. *Journal of*

Emotional & Behavioral Disorders, 25(2), 119-128.
<https://doi.org/10.1177/1063426616630520>

85. Nelson, S. C., Jeffrey, J. K., Lustbader, A., Rak, J., Gandhi, M., Krishna, R., Merriman, M., Keels-Lowe, V. et Hoisington-Stabile, A. (2021). Effective Partnership Care Models with Advanced Practice Psychiatric Nurses. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 30(4), 827-838. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2021.07.005>
86. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (2017). *L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_socialisation.pdf
87. Scheuermann, B., McCord, V., Turner, M. R. et Merrell, S. (2023). Feasibility of PBIS in a Therapeutic Group Home. <https://eric.ed.gov/?q=Feasibility+of+PBIS+in+a+Therapeutic+Group+Home&id=ED631840>
88. Parris, S. R., Dozier, M., Purvis, K. B., Whitney, C., Grisham, A. et Cross, D. R. (2015). Implementing Trust-Based Relational Intervention® in a Charter School at a Residential Facility for At-Risk Youth. *Contemporary School Psychology*, 19(3), 157-164.
89. Martinez, R. R., Jr., Gavin Williams, R. et Green, J. (2020). The role of school counselors delivering a trauma-informed care approach to supporting youth in foster care. *Professional School Counseling Vol 23(1)*, 2020, ArtID 2156759X20947747, 23(1). <https://doi.org/10.1177/2156759X20947747>
90. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf?utm_source=copilot.com

ANNEXE A

Liste des sources consultées

Tableau A-1 Stratégie de repérage d'information scientifique

MEDLINE (Ovid)	
Segment : ALL 1946 to July 07, 2025	
Date du repérage : 8 juillet 2025	
Limites : 2015- ; anglais, français	
#	Requêtes
1	(((*Adolescent/ OR *Child/ OR *Minors/) AND (Foster Home Care/ OR Group Homes/ OR Institutionalization/ OR Residential Facilities/ OR Residential Treatment/)) OR Child, Institutionalized/
2	((adolescen* OR boy? OR child OR children OR girl? OR juvenile* OR kid? OR minor? OR preadolescen* OR preteen* OR schooler* OR student* OR teen* OR tween* OR underag* OR under-ag* OR young OR youngster* OR youth*) AND (((alternate OR facilities OR facility OR group OR groups OR institution* OR residential*) ADJ3 (care OR home OR homes OR living OR placement*)) OR ((facilities OR facility OR home like OR institution* OR placement* OR residential*) ADJ3 (setting* OR environment?)) OR foster OR in care OR institutional* OR ((out-of-home* OR home like OR residential) ADJ3 (care OR facilities OR facility OR living OR placement*)) OR (substitute* ADJ2 care))).ti, bt
3	((adolescen* OR boy? OR child OR children OR girl? OR juvenile* OR kid? OR minor? OR preadolescen* OR preteen* OR schooler* OR student* OR teen* OR tween* OR underag* OR under-ag* OR young OR youngster* OR youth*) ADJ5 (((alternate OR facilities OR facility OR group OR groups OR institution* OR residential*) ADJ3 (care OR home OR homes OR living OR placement*)) OR ((facilities OR facility OR home like OR institution* OR placement* OR residential*) ADJ3 (setting* OR environment?)) OR foster OR in care OR institutional* OR ((out-of-home* OR home like OR residential) ADJ3 (care OR facilities OR facility OR living OR placement*)) OR (substitute* ADJ2 care))).ab, kf
4	OR/1-3
5	Juvenile Delinquency/ OR Problem Behavior/
6	(delinquen* OR ((deviant* OR disorder* OR disruptive OR dysfunctional OR inadequate* OR problem*) ADJ2 (behavio?r* OR conduct?)) OR misbehavior* OR misconduct*).ti, bt, kf, ab
7	Self-Injurious Behavior/ OR Self Mutilation/
8	((((auto OR self) ADJ2 (cutting OR destruct* OR harm* OR injur* OR mutilati* OR poison* OR violence OR wound*)) OR automutilati* OR selfharm* OR selfinjur* OR selfmutilati* OR selfpoison*).ti, bt, kf, ab
9	Suicidal Ideation/ OR Suicide/ OR Suicide, Attempted/
10	((((auto OR self) ADJ2 (kill* OR immolation*)) OR parasuicide* OR suicid*).ti, bt, kf, ab
11	exp Substance-Related Disorders/
12	(addict* OR alcoholic* OR alcoholism* OR ((drug* OR drink* OR substance*) ADJ3 (abuse* OR binge* OR consumption* OR depend* OR disorder* OR excess* OR habit* OR harm* OR hazardous* OR heavy* OR induced OR intoxicat* OR misuse* OR problem* OR risk? OR trouble*)) OR ((drug* OR substance*) ADJ2 use*).ti, bt, kf, ab
13	Agonistic Behavior/ OR Impulsive Behavior/ OR Oppositional Defiant Disorder/
14	(aggressiveness* OR ((agonistic OR aggressiv* OR impulsive OR chanlleng* OR defiant* OR hostilit* OR opposition* OR violen*) ADJ2 (behavior* OR conduct? OR disorder* OR problem*)) OR (anger ADJ2 (control* OR manage*))).ti, bt, kf, ab
15	Runaway Behavior/
16	((((absence OR absent* OR leav*) ADJ2 without ADJ2 (consent OR permission* OR return*)) OR ((absence OR absent*) ADJ2 without ADJ2 leave) OR AWOL OR elope* OR eloping OR ((flee OR fled OR fleeing) ADJ3 (care OR center* OR centre* OR facilities OR facility OR foster OR institution* OR placement*)) OR (go* ADJ (away OR missing)) OR ((ran OR run*) ADJ away*) OR runaway*).ti, bt, kf, ab
17	exp Mental Disorders/ OR exp Personality Disorders/
18	((personality ADJ2 (deviant* OR disorder* OR disruptive* OR dysfunctional* OR inadequat* OR problem*)) OR ((mental* OR neuropsychiatr* OR psychiatr* OR psychic* OR psychologic* OR psychopathol*) ADJ2 (condition* OR confusion* OR defect* OR diagnos* OR disease* OR disorder* OR disturbance* OR health OR ill OR illness* OR issue* OR problem* OR state* OR status OR symptom*))).ti, bt, kf, ab
19	Borderline Personality Disorder/
20	borderline.ti, bt, kf, ab

21	exp Anxiety Disorders/
22	(agoraphobia* OR angst OR anxiet* OR anxious* OR hyper vigilance OR hypervigilance OR nervousness* OR panic* OR phobia* OR phobic).ti, bt, kf, ab
23	Depression/
24	depress*.ti, bt, kf, ab
25	Antisocial Personality Disorder/ OR Reactive Attachment Disorder/
26	((((anti social OR antisocial OR asocial OR dyssocial) ADJ2 (behavio?r* OR disorder* OR personalit*)) OR asociality OR psychopath* OR psycho path* OR sociopath* OR socio path* OR (attach* ADJ2 (defect* OR disorder* OR problem*))).ti, bt, kf, ab
27	Anorexia/ OR exp "Feeding and Eating Disorders"/
28	(allotriophag* OR anorexia* OR appetite disorder* OR ARFID OR (binge ADJ2 (eating OR over eating OR overeating)) OR bulimia* OR diabulimia* OR ((eating OR feeding OR food) ADJ2 (addict* OR disorder* OR patholog*)) OR EDNOS OR (food* ADJ2 (neo phobia* OR neophobia*)) OR geophagia* OR hyperrexia* OR OSFED OR pagophagia* OR pica OR purge OR purging OR trichophagia*).ti, bt, kf, ab
29	OR/5-28
30	Advance Care Planning/ OR Critical Pathways/ OR "Delivery of Health Care"/ OR "Delivery of Health Care, Integrated"/ OR Managed Care Programs/ OR Models, Organizational/ OR Patient Care/ OR Patient Care Management/ OR Patient Care Planning/ OR Patient Care Team/
31	((((care OR clinical OR health care OR healthcare OR intervention* OR program* OR psychotherap* OR therap* OR treatment*) ADJ2 (algorithm* OR map* OR model OR models OR organi?ation* OR path OR paths OR pathway* OR plan? OR planning OR practice* OR protocol* OR standard? OR strategies OR strategy)) OR (care ADJ2 (coordinat* OR integrated OR team*)) OR (critical ADJ2 (path OR paths OR pathway*)) OR ((care OR health care OR healthcare OR intervention* OR organi?ation* OR program* OR psychotherap* OR service? OR therap* OR treatment*) ADJ3 (collabor* OR coordinat* OR deliver* OR holistic* OR integrat* OR manag* OR model OR models OR network* OR system* OR team*)) OR ((inter disciplin* OR interdisciplin* OR multi disciplin* OR multidisciplin* OR multi professionnel* OR multiprofessionel*) ADJ2 (care OR collaborat* OR health care OR healthcare OR team*)) OR ((coordinat* OR integrat*) ADJ2 system*).ti, bt, ab, kf
32	OR/30-31
33	4 AND 29 AND 32
34	Consensus/ OR exp Consensus Development Conference/ OR exp Consensus Development Conferences as Topic/ OR exp Guideline/ OR exp Guidelines as Topic/ OR (consensus development conference OR consensus development conference, NIH OR guideline OR practice guideline).pt. OR ((algorithm* AND (assessment* OR diagnoses OR diagnosed OR diagnosing OR diagnosis OR examination OR intervention* OR pharmacotherap* OR pharmaco-therap* OR pharmaco-treat* OR pharmacotreat* OR screening OR test OR tested OR testing OR therap* OR treatment*)) OR best practice* OR (care ADJ2 (map OR maps OR path OR paths OR pathway OR pathways OR plan OR plans)) OR ((clinical OR critical OR practice) ADJ2 (path OR paths OR pathway OR pathways OR protocol*)) OR consensus* OR CPG OR CPGs OR guidance* OR guideline* OR guide line* OR policy statement* OR position paper* OR position statement* OR practice parameter* OR recommendat* OR standard?).ti, bt OR (consensus* OR guideline* OR recommendat* OR standard?).au. OR (systematic review*.ti, pt, kf, sh. AND (clinical guideline* OR guideline recommendation* OR practice guideline* OR treatment guideline*).ti, bt, ab, kf.)
35	4 AND 29 AND 34
36	(Comment OR Editorial OR Letter OR News OR Newspaper Article).pt NOT ("Review" OR "Scoping Review" OR "Systematic Review" OR Consensus Development Conference OR Consensus Development Conference NIH OR Government Publication OR Guideline OR Journal Article OR Meta Analysis OR Practice Guideline).pt.
37	(33 OR 35) NOT 36

Embase (Ovid)

Segment : 1974 to 2025 July 07

Date du repérage : 8 juillet 2025

Limites : 2015- ; anglais, français

#	Requêtes
1	((Adolescent/ OR Child/ OR Institutionalized Adolescent OR Juvenile/ OR "minor (person)"/) AND (Foster Care/ OR Institutionalized Person/ OR Residential Home/ OR Institutionalization/)) OR Institutionalized Child/
2	((adolescen* OR boy? OR child OR children OR girl? OR juvenile* OR kid? OR minor? OR preadolescen* OR preteen* OR schooler* OR student* OR teen* OR tween* OR underag* OR under-ag* OR young OR youngster* OR youth*) AND (((alternate OR facilities OR facility OR group OR groups OR institution* OR

	residential*) ADJ3 (care OR home OR homes OR living OR placement*)) OR ((facilities OR facility OR home like OR institution* OR placement* OR residential*) ADJ3 (setting* OR environment?)) OR foster OR in care OR institutional* OR ((out-of-home* OR home like OR residential) ADJ3 (care OR facilities OR facility OR living OR placement*)) OR (substitute* ADJ2 care))).ti, bt
3	((adolescen* OR boy? OR child OR children OR girl? OR juvenile* OR kid? OR minor? OR preadolescen* OR preteen* OR schooler* OR student* OR teen* OR tween* OR underag* OR under-ag* OR young OR youngster* OR youth*) ADJ5 (((alternate OR facilities OR facility OR group OR groups OR institution* OR residential*) ADJ3 (care OR home OR homes OR living OR placement*)) OR ((facilities OR facility OR home like OR institution* OR placement* OR residential*) ADJ3 (setting* OR environment?)) OR foster OR in care OR institutional* OR ((out-of-home* OR home like) ADJ3 (care OR facilities OR facility OR living OR placement*)) OR (substitute* ADJ2 care))).ab
4	OR/1-3
5	Delinquency/ OR Disruptive Behavior/ OR Juvenile Delinquency/ OR Problem Behavior/ OR exp Psychosocial Disorder/
6	(delinquen* OR ((deviant* OR disorder* OR disruptive OR dysfunctional OR inadequate* OR problem*) ADJ2 (behavio?r* OR conduct?)) OR misbehavior* OR misconduct*).ti, bt, kf, ab
7	Automutilation/ OR Self Poisoning/
8	((((auto OR self) ADJ2 (cutting OR destruct* OR harm* OR injur* OR mutilati* OR poison* OR violence OR wound*)) OR automutilati* OR selfharm* OR selfinjur* OR selfmutilati* OR selfpoison*).ti, bt, kf, ab
9	Self Immolation/ OR Suicidal Behavior/ OR Suicide Attempt/ OR Suicide/
10	((((auto OR self) ADJ2 (kill* OR immolation*)) OR parasuicide* OR suicid*).ti, bt, kf, ab
11	Exp Drug Dependence/
12	(addict* OR alcoholic* OR alcoholism* OR ((drug* OR drink* OR substance*) ADJ3 (abuse* OR binge* OR consumption* OR dependen* OR disorder* OR excess* OR habit* OR harm* OR hazardous* OR heav* OR induced OR intoxicat* OR misuse* OR problem* OR risk? OR trouble*)) OR ((drug* OR substance*) ADJ2 use*).ti, bt, kf, ab
13	Agonistic Behavior/ OR Aggressiveness/ OR Impulsiveness/ OR Oppositional Defiant Disorder/ OR Verbal Hostility/
14	(aggressiveness* OR ((agonistic OR aggressiv* OR impulsive OR chanlleng* OR defiant* OR hostilit* OR opposition* OR violen*) ADJ2 (behavior* OR conduct? OR disorder* OR problem*)) OR (anger ADJ2 (control* OR manage*))).ti, bt, kf, ab
15	Runaway Behavior/
16	((((absence OR absent* OR leav*) ADJ2 without ADJ2 (consent OR permission* OR return*)) OR ((absence OR absent*) ADJ2 without ADJ2 leave) OR AWOL OR elope* OR eloping OR ((flee OR fled OR fleeing) ADJ3 (care OR center* OR centre* OR facilities OR facility OR foster OR institution* OR placement*)) OR (go* ADJ (away OR missing)) OR ((ran OR run*) ADJ away*) OR runaway*).ti, bt, kf, ab
17	exp Mental Disease/ OR exp Personality Disorder/
18	((personality ADJ2 (deviant* OR disorder* OR disruptive* OR dysfunctional* OR inadequat* OR problem*)) OR ((mental* OR neuropsychiatr* OR psychiatr* OR psychic* OR psychologic* OR psychopathol*) ADJ2 (condition* OR confusion* OR defect* OR defect* OR diagnos* OR disease* OR disorder* OR disturbance* OR health OR ill OR illness* OR issue* OR problem* OR state* OR status OR symptom*))).ti, bt, kf, ab
19	Borderline State/
20	borderline.ti, bt, kf, ab
21	exp Anxiety Disorder/
22	(agoraphobia* OR angst OR anxiet* OR anxious* OR hyper vigilance OR hypervigilance OR nervousness* OR panic* OR phobia* OR phobic).ti, bt, kf, ab
23	Depression/
24	depress*.ti, bt, kf, ab
25	Exp Antisocial Behavior/ OR Reactive Attachment Disorder/
26	((((anti social OR antisocial OR asocial OR dyssocial) ADJ2 (behavio?r* OR disorder* OR personalit*)) OR asociality OR psychopath* OR psycho path* OR sociopath* OR socio path* OR (attach* ADJ2 (defect* OR disorder* OR problem*))).ti, bt, kf, ab
27	Eating Disorders/
28	(allotriophag* OR anorexia* OR appetite disorder* OR ARFID OR (binge ADJ2 (eating OR over eating OR overeating)) OR bulimia* OR diabulimia* OR ((eating OR feeding OR food) ADJ2 (addict* OR disorder* OR patholog*)) OR EDNOS OR (food* ADJ2 (neo phobia* OR neophobia*)) OR geophagia* OR hyperrexia* OR OSFED OR pagophagia* OR pica OR purge OR purging OR trichophagia*).ti, bt, kf, ab
29	OR/5-28
30	Advance Care Planning/ OR Clinical Pathway/ OR Collaborative Care Team/ OR Health Care Delivery/ OR Health Care Model/ OR Integrated Health Care System/ OR Patient Care Planning/ OR Patient Care Team/

31	((care OR clinical OR health care OR healthcare OR intervention* OR program* OR psychotherap* OR therap* OR treatment*) ADJ2 (algorithm* OR map* OR model OR models OR organi?ation* OR path OR paths OR pathway* OR plan? OR planning OR practice* OR protocol* OR standard? OR strategies OR strategy)) OR (care ADJ2 (coordinat* OR integrated OR team*)) OR (critical ADJ2 (path OR paths OR pathway*)) OR ((care OR health care OR healthcare OR intervention* OR organi?ation* OR program* OR psychotherap* OR service? OR therap* OR treatment*) ADJ3 (collabor* OR coordinat* OR deliver* OR holistic* OR integrat* OR manag* OR model OR models OR network* OR system* OR team*)) OR ((inter disciplin* OR interdisciplin* OR multi disciplin* OR multidisciplin* OR multi professionnel* OR multiprofessionel*) ADJ2 (care OR collaborat* OR health care OR healthcare OR team*)) OR ((coordinat* OR integrat*) ADJ2 system*).ti,bt,ab,kf
32	OR/30-31
33	4 AND 29 AND 32
34	Clinical Decision Rule/ OR Consensus/ OR Health Care Planning/ OR exp Practice Guideline/ OR ((algorithm* AND (assessment* OR chemotherap* OR chemotreatment* OR diagnosis OR diagnoses OR diagnosed OR diagnosing OR examination OR intervention* OR pharmacotherap* OR screening OR test OR tested OR testing OR therap* OR treatment*)) OR best practice* OR (care ADJ2 (map OR maps OR path OR paths OR pathway OR pathways OR plan OR plans)) OR consensus* OR CPG OR CPGs OR ((clinical OR critical OR practice) ADJ2 (path OR paths OR pathway OR pathways OR protocol*)) OR guideline* OR guide line* OR policy statement* OR position paper* OR position statement* OR practice parameter* OR recommendat* OR standard*).ti,bt OR (consensus* OR guideline* OR recommendat* OR standard?).au,co. OR (systematic review.ti,pt,kf,sh. AND (clinical guideline* OR guideline recommendation* OR practice guideline* OR treatment guideline*).ti,bt,ab,kf.)
35	4 AND 29 AND 34
36	(Clinical Trial OR Editorial OR Letter OR Note OR Press OR Trial).pt NOT (Article OR Review).pt.
37	(33 OR 35) NOT 36

PsycInfo (Ovid) Segment : 1806 to June 2025 Week 5 Date du repérage : 8 juillet 2025 Limites : 2015-	
#	Requêtes
1	((adolescen* OR boy? OR child OR children OR girl? OR juvenile* OR kid? OR minor? OR preadolescen* OR preteen* OR schooler* OR student* OR teen* OR tween* OR underag* OR under-ag* OR young OR youngster* OR youth*) AND (((alternate OR facilities OR facility OR group OR groups OR institution* OR residential*) ADJ3 (care OR home OR homes OR living OR placement*)) OR ((facilities OR facility OR home like OR institution* OR placement* OR residential*) ADJ3 (setting* OR environment?)) OR foster OR in care OR institutional*) OR ((out-of-home* OR home like OR residential) ADJ3 (care OR facilities OR facility OR living OR placement*)) OR (substitute* ADJ2 care)).ti
2	((adolescen* OR boy? OR child OR children OR girl? OR juvenile* OR kid? OR minor? OR preadolescen* OR preteen* OR schooler* OR student* OR teen* OR tween* OR underag* OR under-ag* OR young OR youngster* OR youth*) ADJ5 (((alternate OR facilities OR facility OR group OR groups OR institution* OR residential*) ADJ3 (care OR home OR homes OR living OR placement*)) OR ((facilities OR facility OR home like OR institution* OR placement* OR residential*) ADJ3 (setting* OR environment?)) OR foster OR in care OR institutional*) OR ((out-of-home* OR home like OR residential) ADJ3 (care OR facilities OR facility OR living OR placement*)) OR (substitute* ADJ2 care)).ab,id
3	OR/1-2
4	Behavior Problems/ OR Behavior Disorders/ OR Conduct Disorder/ OR Disruptive Behavior Disorders/ OR Juvenile Delinquency/
5	(delinquen* OR ((deviant* OR disorder* OR disruptive OR dysfunctional OR inadequate* OR problem*) ADJ2 (behavio?r* OR conduct?)) OR misbehavior* OR misconduct*).ti,ab,id
6	Nonsuicidal Self-Injury/ OR Self-Destructive Behavior/ OR Self-Inflicted Wounds/ OR Self-Poisoning/
7	((auto OR self) ADJ2 (cutting OR destruct* OR harm* OR injur* OR mutilat* OR poison* OR violence OR wound*)) OR automutilati* OR selfharm* OR selfinjur* OR selfmutilati* OR selfpoison*).ti,ab,id
8	Suicidal Behavior/ OR Suicide/ OR Suidical Ideation/ OR Youth Suicide/
9	((auto OR self) ADJ2 (kill* OR immolation*)) OR parasuicide* OR suicid*).ti,ab,id
10	Drug Addiction/ OR exp Drug Usage/ OR Prescription Drug Misuse/ OR exp "Substance use disorder"/
11	(addict* OR alcoholic* OR alcoholism* OR ((drug* OR drink* OR substance*) ADJ3 (abuse* OR binge* OR consumption* OR dependen* OR disorder* OR excess* OR habit* OR harm* OR hazardous* OR heav*

	OR induced OR intoxicat* OR misuse* OR problem* OR risk? OR trouble*) OR ((drug* OR substance*) ADJ2 use*).ti,ab,id
12	Aggressive Behavior/ OR Anger Control/ OR Anger Expression/ OR Explosive Disorder/ OR Impulse Control Disorders/ OR Oppositional Defiant Disorder/
13	(aggressiveness* OR ((agonistic OR aggressiv* OR impulsive OR chanlleng* OR defiant* OR hostilit* OR opposition* OR violen*) ADJ2 (behavior* OR conduct? OR disorder* OR problem*)) OR (anger ADJ2 (control* OR manage*))).ti,ab,id
14	Runaway Behavior/
15	((absence OR absent* OR leav*) ADJ2 without ADJ2 (consent OR permission* OR return*)) OR ((absence OR absent*) ADJ2 without ADJ2 leave) OR AWOL OR elope* OR eloping OR ((flee OR fled OR fleeing) ADJ3 (care OR center* OR centre* OR facilities OR facility OR foster OR institution* OR placement*)) OR (go* ADJ (away OR missing)) OR ((ran OR run*) ADJ away*) OR runaway*).ti,ab,id
16	exp Mental Disorders/ OR exp Personality Disorders/
17	((personality ADJ2 (deviant* OR disorder* OR disruptive* OR dysfunctional* OR inadequat* OR problem*)) OR ((mental* OR neuropsychiatr* OR psychiatr* OR psychic* OR psychologic* OR psychopathol*) ADJ2 (condition* OR confusion* OR defect* OR diagnos* OR disease* OR disorder* OR disturbance* OR health OR ill OR illness* OR issue* OR problem* OR state* OR status OR symptom*))).ti,ab,id
18	Borderline Personality Disorder/ OR Borderline State/
19	borderline.ti,ab,id
20	exp Anxiety Disorders/
21	(agoraphobia* OR angst OR anxiet* OR anxious* OR hyper vigilance OR hypervigilance OR nervousness* OR panic* OR phobia* OR phobic).ti,ab,id
22	"Depression (Emotion)"/ OR exp Major Depression/
23	depress*.ti,ab,id
24	Antisocial Behavior/ OR Attachment Disorders/
25	((anti social OR antisocial OR asocial OR dyssocial) ADJ2 (behavio?r* OR disorder* OR personalit*)) OR asociality OR psychopath* OR psycho path* OR sociopath* OR socio path* OR (attach* ADJ2 (defect* OR disorder* OR problem*))).ti,ab,id
26	Exp Eating Disorders/
27	(allotriophag* OR anorexia* OR appetite disorder* OR ARFID OR (binge ADJ2 (eating OR over eating OR overeating)) OR bulimia* OR diabulimia* OR ((eating OR feeding OR food) ADJ2 (addict* OR disorder* OR patholog*)) OR EDNOS OR (food* ADJ2 (neo phobia* OR neophobia*)) OR geophagia* OR hyperrexia* OR OSFED OR pagophagia* OR pica OR purge OR purging OR trichophagia*).ti,ab,id
28	OR/4-27
29	Health Care Delivery/ OR Health Care Services/ OR Integrated Services/ OR Integrative Psychotherapy/ OR Interdisciplinary Treatment Approach/ OR Mental Health Care Services/ OR Multimodal Treatment Approach/ OR Treatment Planning/
30	((care OR clinical OR health care OR healthcare OR intervention* OR program* OR psychotherap* OR therap* OR treatment*) ADJ2 (algorithm* OR map* OR model OR models OR organi?ation* OR path OR paths OR pathway* OR plan? OR planning OR practice* OR protocol* OR standard? OR strategies OR strategy)) OR (care ADJ2 (coordinat* OR integrated OR team*)) OR (critical ADJ2 (path OR paths OR pathway*)) OR ((care OR health care OR healthcare OR intervention* OR organi?ation* OR program* OR psychotherap* OR service? OR therap* OR treatment*) ADJ3 (collabor* OR coordinat* OR deliver* OR holistic* OR integrat* OR manag* OR model OR models OR network* OR system* OR team*)) OR ((inter disciplin* OR interdisciplin* OR multi disciplin* OR multidisciplin* OR multi professionnel* OR multiprofessionel*) ADJ2 (care OR collaborat* OR health care OR healthcare OR team*)) OR ((coordinat* OR integrat*) ADJ2 system*).ti,ab,id
31	OR/29-30
32	3 AND 28 AND 31
33	Treatment Guidelines/ OR ((algorithm* AND (assessment* OR diagnoses OR diagnosed OR diagnosing OR diagnosis OR examination OR intervention* OR pharmacotherap* OR pharmaco-therap* OR pharmaco-treat* OR pharmacotreat* OR screening OR test OR tested OR testing OR therap* OR treatment*)) OR best practice* OR (care ADJ2 (map OR maps OR path OR paths OR pathway OR pathways OR plan OR plans)) OR ((clinical OR critical OR practice) ADJ2 (path OR paths OR pathway OR pathways OR protocol*)) OR consensus* OR CPG OR CPGs OR guidance* OR guideline* OR guide line* OR policy statement* OR position paper* OR position statement* OR practice parameter* OR recommendat* OR standard?).ti OR (consensus* OR guideline* OR recommendat* OR standard?).au. OR (systematic review*.ti,pt,id,sh. AND (clinical guideline* OR guideline recommendation* OR practice guideline* OR treatment guideline*).ti,ab,id)
34	3 AND 28 AND 33
35	(Authored Book OR Book OR Dissertation Abstract OR Edited Book OR Encyclopedia).pt.

36	(32 OR 34) NOT 35
----	-------------------

EBM Reviews – Cochrane Database of Systematic Reviews (Ovid)	
Segment : 2005 to July 2, 2025	
Date du repérage : 8 juillet 2025	
Limites : 2015- ; anglais, français	
#	Requêtes
1	((adolescen* OR boy? OR child OR children OR girl? OR juvenile* OR kid? OR minor? OR preadolescen* OR preteen* OR schooler* OR student* OR teen* OR tween* OR underag* OR under-ag* OR young OR youngster* OR youth*) AND (((alternate OR facilities OR facility OR group OR groups OR institution* OR residential*) ADJ3 (care OR home OR homes OR living OR placement*)) OR ((facilities OR facility OR home like OR institution* OR placement* OR residential*) ADJ3 (setting* OR environment?)) OR foster OR in care OR institutional* OR ((out-of-home* OR home like OR residential) ADJ3 (care OR facilities OR facility OR living OR placement*)) OR (substitute* ADJ2 care))).ti
2	((adolescen* OR boy? OR child OR children OR girl? OR juvenile* OR kid? OR minor? OR preadolescen* OR preteen* OR schooler* OR student* OR teen* OR tween* OR underag* OR under-ag* OR young OR youngster* OR youth*) ADJ5 (((alternate OR facilities OR facility OR group OR groups OR institution* OR residential*) ADJ3 (care OR home OR homes OR living OR placement*)) OR ((facilities OR facility OR home like OR institution* OR placement* OR residential*) ADJ3 (setting* OR environment?)) OR foster OR in care OR institutional* OR ((out-of-home* OR home like OR residential) ADJ3 (care OR facilities OR facility OR living OR placement*)) OR (substitute* ADJ2 care))).ab,kw
3	OR/1-2
4	(delinquen* OR ((deviant* OR disorder* OR disruptive OR dysfunctional OR inadequate* OR problem*) ADJ2 (behavio?r* OR conduct?)) OR misbehavior* OR misconduct*).ti,ab,kw
5	((((auto OR self) ADJ2 (cutting OR destruct* OR harm* OR injur* OR mutilati* OR poison* OR violence OR wound*)) OR automutilati* OR selfharm* OR selfinjur* OR selfmutilati* OR selfpoison*).ti,ab,kw
6	((((auto OR self) ADJ2 (kill* OR immolation*)) OR parasuicide* OR suicid*).ti,ab,kw
7	(addict* OR alcoholic* OR alcoholism* OR ((drug* OR drink* OR substance*) ADJ3 (abuse* OR binge* OR consumption* OR dependen* OR disorder* OR excess* OR habit* OR harm* OR hazardous* OR heav* OR induced OR intoxicat* OR misuse* OR problem* OR risk? OR trouble*)) OR ((drug* OR substance*) ADJ2 use*).ti,ab,kw
8	(aggressiveness* OR ((agonistic OR aggressiv* OR impulsive OR chanlleng* OR defiant* OR hostilit* OR opposition* OR violen*) ADJ2 (behavior* OR conduct? OR disorder* OR problem*)) OR (anger ADJ2 (control* OR manage*))).ti,ab,kw
9	((((absence OR absent* OR leav*) ADJ2 without ADJ2 (consent OR permission* OR return*)) OR ((absence OR absent*) ADJ2 without ADJ2 leave) OR AWOL OR elope* OR eloping OR ((flee OR fled OR fleeing) ADJ3 (care OR center* OR centre* OR facilities OR facility OR foster OR institution* OR placement*)) OR (go* ADJ (away OR missing)) OR ((ran OR run*) ADJ away*) OR runaway*).ti,ab,kw
10	((personality ADJ2 (deviant* OR disorder* OR disruptive* OR dysfunctional* OR inadequat* OR problem*)) OR ((mental* OR neuropsychiatr* OR psychiatr* OR psychic* OR psychologic* OR psychopathol*) ADJ2 (condition* OR confusion* OR defect* OR diagnos* OR disease* OR disorder* OR disturbance* OR health OR ill OR illness* OR issue* OR problem* OR state* OR status OR symptom*))).ti,ab,kw
11	borderline.ti,ab,kw
12	(agoraphobia* OR angst OR anxiet* OR anxious* OR hyper vigilance OR hypervigilance OR nervousness* OR panic* OR phobia* OR phobic).ti,ab,kw
13	depress*.ti,ab,kw
14	((((anti social OR antisocial OR asocial OR dyssocial) ADJ2 (behavio?r* OR disorder* OR personalit*)) OR asociality OR psychopath* OR psycho path* OR sociopath* OR socio path* OR (attach* ADJ2 (defect* OR disorder* OR problem*))).ti,ab,kw
15	(allotriophag* OR anorexia* OR appetite disorder* OR ARFID OR (binge ADJ2 (eating OR over eating OR overeating)) OR bulimia* OR diabulimia* OR ((eating OR feeding OR food) ADJ2 (addict* OR disorder* OR patholog*)) OR EDNOS OR (food* ADJ2 (neo phobia* OR neophobia*)) OR geophagia* OR hyperrexia* OR OSFED OR pagophagia* OR pica OR purge OR purging OR trichophagia*).ti,ab,kw
16	OR/4-15
17	3 AND 16

EBM Reviews – Health Technology Assessment (Ovid)	
Segment : 4 th Quarter 2016	
Date du repérage : 8 juillet 2025	
Limites : 2015-2016 ; anglais, français	
#	Requêtes
1	((Adolescent/ OR Child/ OR Minors/) AND (Foster Home Care/ OR Group Homes/ OR Institutionalization/ OR Residential Facilities/ OR Residential Treatment/)) OR Child, Institutionalized/
2	((adolescen* OR boy? OR child OR children OR girl? OR juvenile* OR kid? OR minor? OR preadolescen* OR preteen* OR schooler* OR student* OR teen* OR tween* OR underag* OR under-ag* OR young OR youngster* OR youth*) AND (((alternate OR facilities OR facility OR group OR groups OR institution* OR residential*) ADJ3 (care OR home OR homes OR living OR placement*)) OR ((facilities OR facility OR home like OR institution* OR placement* OR residential*) ADJ3 (setting* OR environment?)) OR foster OR in care OR institutional* OR ((out-of-home* OR home like OR residential) ADJ3 (care OR facilities OR facility OR living OR placement*)) OR (substitute* ADJ2 care))).ti
3	((adolescen* OR boy? OR child OR children OR girl? OR juvenile* OR kid? OR minor? OR preadolescen* OR preteen* OR schooler* OR student* OR teen* OR tween* OR underag* OR under-ag* OR young OR youngster* OR youth*) ADJ5 (((alternate OR facilities OR facility OR group OR groups OR institution* OR residential*) ADJ3 (care OR home OR homes OR living OR placement*)) OR ((facilities OR facility OR home like OR institution* OR placement* OR residential*) ADJ3 (setting* OR environment?)) OR foster OR in care OR institutional* OR ((out-of-home* OR home like OR residential) ADJ3 (care OR facilities OR facility OR living OR placement*)) OR (substitute* ADJ2 care))).tw
4	OR/1-3

CINAHL Complete (EBSCO)	
Date du repérage : 8 juillet 2025	
Limites : 2015- ; anglais, français	
#	Requêtes
S1	MH ("Adolescence" OR "Child" OR "Minors (Legal)") AND MH ("Child, Institutionalized")
S2	TI ((adolescen* OR boy# OR child OR children OR girl# OR juvenile* OR kid# OR minor# OR preadolescen* OR preteen* OR schooler* OR student* OR teen* OR tween* OR underag* OR "under-ag*" OR young OR youngster* OR youth*) AND TI (((alternate OR facilities OR facility OR group OR groups OR institution* OR residential*) N3 (care OR home OR homes OR living OR placement*)) OR ((facilities OR facility OR home like OR institution* OR placement* OR residential*) N3 (setting* OR environment#)) OR foster OR "in care" OR institutional* OR ("out-of-home*" OR "home like" OR residential) N3 (care OR facilities OR facility OR living OR placement*)) OR (substitute* N2 care)))
S3	AB ((adolescen* OR boy# OR child OR children OR girl# OR juvenile* OR kid# OR minor# OR preadolescen* OR preteen* OR schooler* OR student* OR teen* OR tween* OR underag* OR "under-ag*" OR young OR youngster* OR youth*) N5 (((alternate OR facilities OR facility OR group OR groups OR institution* OR residential*) N3 (care OR home OR homes OR living OR placement*)) OR ((facilities OR facility OR home like OR institution* OR placement* OR residential*) N3 (setting* OR environment#)) OR foster OR "in care" OR institutional* OR ("out-of-home*" OR "home like" OR residential) N3 (care OR facilities OR facility OR living OR placement*)) OR (substitute* N2 care)))
S4	S1 OR S2 OR S3
S5	MH ("Disruptive Behavior" OR "Juvenile Delinquency" OR "Social Behavior Disorders")
S6	XB (delinquen* OR ((deviant* OR disorder* OR disruptive OR dysfunctional OR inadequate* OR problem*) N2 (behavior* OR behaviour* OR conduct#)) OR misbehavior* OR misconduct*)
S7	MH ("Injuries, Self-Inflicted" OR "Self-Injurious Behavior")
S8	XB (((auto OR self) N2 (cutting OR destruct* OR harm* OR injur* OR mutilati* OR poison* OR violence OR wound*)) OR automutilati* OR selfharm* OR selfinjur* OR selfmutilati* OR selfpoison*)
S9	MH (Suicide OR "Suicide, Attempted" OR "Suicidal Ideation")
S10	XB (((auto OR self) N2 (kill* OR immolation*)) OR parasuicide* OR suicid*)
S11	MH ("Alcohol-Related Disorders+" OR "Binge Drinking" OR "Substance Abuse+" OR "Substance Dependence" OR "Substance Use Disorders")
S12	XB (addict* OR alcoholic* OR alcoholism* OR ((drug* OR drink* OR substance*) N3 (abuse* OR bing* OR consumption* OR dependen* OR disorder* OR excess* OR habit* OR harm* OR hazardous* OR heav* OR induced OR intoxicat* OR misuse* OR problem* OR risk# OR trouble*)) OR ((drug* OR substance*) N2 use*))
S13	MH ("Impulsive Behavior" OR "Impulse Control Disorders" OR "Oppositional Defiant Disorder" OR "Verbal Abuse")

S14	XB (aggressiveness* OR ((agonistic OR aggressiv* OR impulsive OR chanlleng* OR defiant* OR hostilit* OR opposition* OR violent*) N2 (behavior* OR conduct# OR disorder* OR problem*)) OR (anger N2 (control* OR manage*)))
S15	MH ("Runaways")
S16	XB (((absence OR absent* OR leav*) N2 without N2 (consent OR permission* OR return*)) OR ((absence OR absent*) N2 without N2 leave) OR AWOL OR elope* OR eloping OR ((flee OR fled OR fleeing) N3 (care OR center* OR centre* OR facilities OR facility OR foster OR institution* OR placement*)) OR (go* N1 (away OR missing)) OR ((ran OR run*) N1 away*) OR runaway*)
S17	MH ("Mental Disorders+" OR "Personality Disorders+")
S18	XB ((personality N2 (deviant* OR disorder* OR disruptive* OR dysfunctional* OR inadequat* OR problem*)) OR ((mental* OR neuropsychiat* OR psychiat* OR psychic* OR psychologic* OR psychopathol*) N2 (condition* OR confusion* OR defect* OR diagnos* OR disease* OR disorder* OR disturbance* OR health OR ill OR illness* OR issue* OR problem* OR state* OR status OR symptom*)))
S19	MH ("Borderline Personality Disorder")
S20	XB (borderline)
S21	MH ("Anxiety Disorders+")
S22	XB (agoraphobia* OR angst OR anxiet* OR anxious* OR hyper vigilance OR hypervigilance OR nervousness* OR panic* OR phobia* OR phobic)
S23	MH ("Depression")
S24	XB (depress*)
S25	MH ("Antisocial Personality Disorder" OR "Reactive Attachment Disorder")
S26	XB (((("anti social" OR antisocial OR asocial OR dyssocial) N2 (behavior* OR behaviour* OR disorder* OR personalit*)) OR asociality OR psychopath* OR "psycho path*" OR sociopath* OR "socio path*" OR (attach* N2 (defect* OR disorder* OR problem*)))
S27	MH ("Eating Disorders+")
S28	XB (allotriophag* OR anorexia* OR "appetite disorder*" OR ARFID OR (binge N2 (eating OR "over eating" OR overeating)) OR bulimia* OR diabulimia* OR ((eating OR feeding OR food) N2 (addict* OR disorder* OR patholog*)) OR EDNOS OR (food* N2 ("neo phobia*" OR neophobia*)) OR geophagia* OR hyperrexia* OR OSFED OR pagophagia* OR pica OR purge OR purging OR trichophagia*)
S29	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28
S30	MH ("Advance Care Planning" OR "Critical Path" OR "Health Care Delivery" OR "Health Care Delivery, Integrated" OR "Managed Care Nursing" OR "Managed Care Programs" OR "Multidisciplinary Care Team" OR "Nursing Care Delivery Systems" OR "Nursing Care Plans" OR "Patient Care Plans" OR "Systems Integration")
S31	XB (((care OR clinical OR "health care" OR healthcare OR intervention* OR program* OR psychotherap* OR therap* OR treatment*) N2 (algorithm* OR map* OR model OR models OR organisation* OR organization* OR path OR paths OR pathway* OR plan# OR planning OR practice* OR protocol* OR standard# OR strategies OR strategy)) OR (care N2 (coordinat* OR integrated OR team*)) OR (critical N2 (path OR paths OR pathway*)) OR ((care OR "health care" OR healthcare OR intervention* OR organisation* OR organization* OR program* OR psychotherap* OR service# OR therap* OR treatment*) N3 (collabor* OR coordinat* OR deliver* OR holistic* OR integrat* OR manag* OR model OR models OR network* OR system* OR team*)) OR (("inter disciplin*" OR interdisciplin* OR "multi disciplin*" OR multidisciplin* OR "multi professionnel*" OR multiprofessionel*) N2 (care OR collaborat* OR "health care" OR healthcare OR team*)) OR ((coordinat* OR integrat*) N2 system*))
S32	S30 OR S31
S33	S4 AND S29 AND S32
S34	PT ("care plan" OR "critical path" OR "practice guidelines" OR protocol OR standards) OR TI (consensus* OR guideline* OR recommendat* OR standards) OR AU (consensus* OR guideline* OR recommendat* OR standards) OR CA (consensus* OR guideline* OR recommendat* OR standards) OR TI ("best practice*" OR CPG OR CPGs OR "policy statement*" OR "position statement*" OR "practice parameter*") OR TI (care N2 path OR care N2 paths OR care N2 pathway OR care N2 pathways OR care N2 map OR care N2 maps OR care N2 plan OR care N2 plans OR care N2 standard*) OR TI ((clinical OR critical OR practice) N2 (path OR paths OR pathway OR pathways OR protocol*)) OR TI (algorithm* AND (pharmacotherap* OR therap* OR treatment* OR intervention*)) OR (PT algorithm AND TI (pharmacotherap* OR therap* OR treatment* OR intervention*)) OR TI (algorithm* AND (screening OR examination OR test OR tested OR testing OR assessment* OR diagnosis OR diagnoses OR diagnosed OR diagnosing)) OR (PT algorithm AND TI (screening OR examination OR test OR tested OR testing OR assessment* OR diagnosis OR diagnoses OR diagnosed OR diagnosing))
S35	S4 AND S29 AND S34

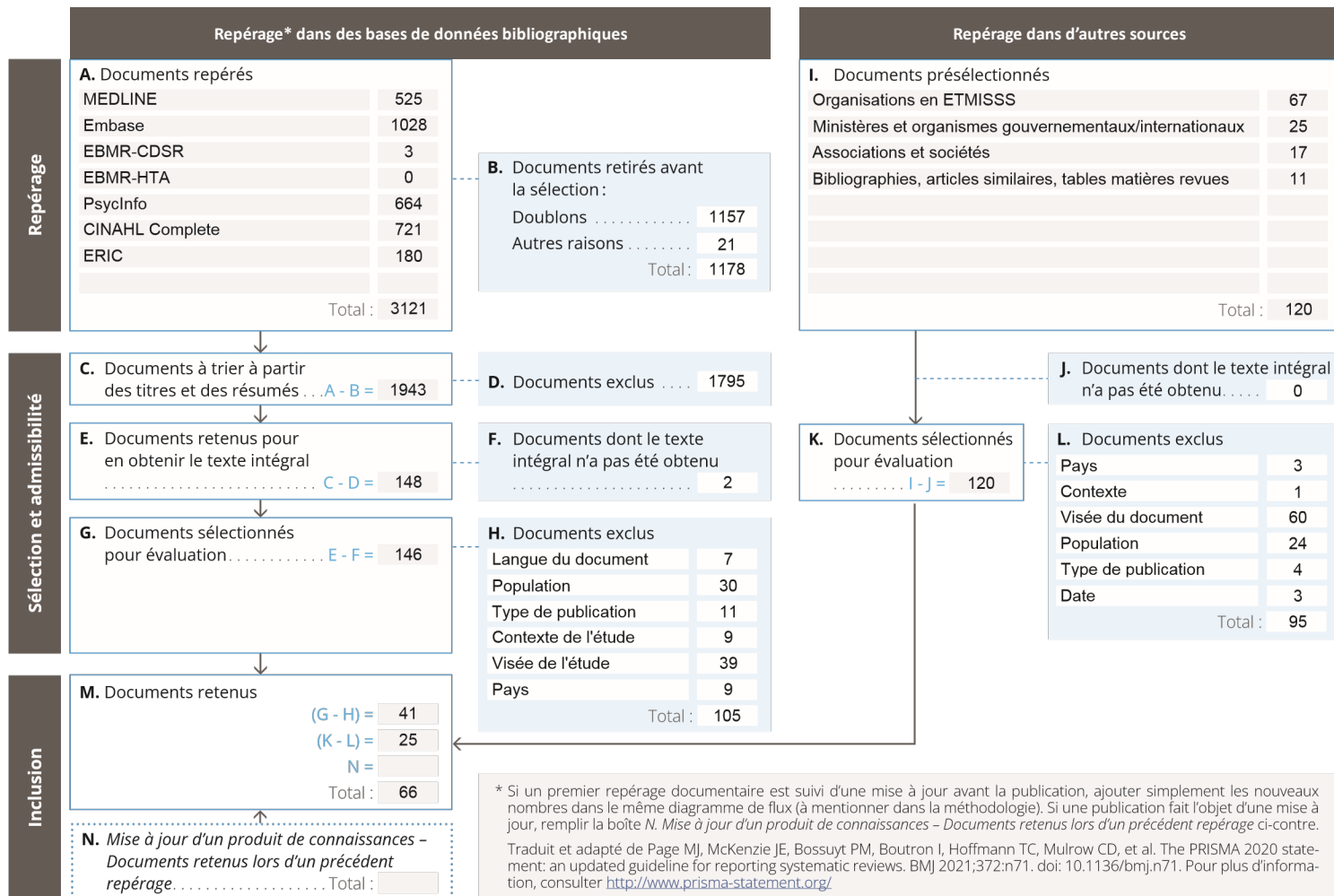
S36	PT (Book OR "Book Chapter" OR "Book Review" OR Commentary OR "Doctoral Dissertation" OR Editorial OR Interview OR Letter OR "Masters Thesis" OR Poetry OR Website)
S37	(S33 OR S35) NOT S36

ERIC	
Date du repérage : 8 juillet 2025	
Limites : 2015- ; anglais, français	
#	Requêtes
1	"group homes" AND (adolescents OR teens OR children)
1	"living facilities" AND (adolescents OR teens OR children)
1	"residential facilities" AND (adolescents OR teens OR children)
1	"out of home placement" AND (adolescents OR teens OR children)
1	"residential program" AND (adolescents OR teens OR children)

ANNEXE B

Sélection des études

Figure B-1 Diagrammes de flux



ANNEXE C

Modèles et programmes détaillés

Les modèles recensés dans la littérature sont regroupés en 2 grandes catégories soit 1) les pratiques organisationnelles et les pratiques collaboratives, et 2) les programmes de soins et de services, ce qui inclut les initiatives offertes en milieu résidentiels similaires aux CRJDA et les initiatives identifiées comme alternatives aux CRJDA. La [figure 1](#) illustre ces différents éléments. Les quatre tableaux suivants rapportent l'information disponible dans la littérature scientifique et grise pour chacun des modèles. Certains termes n'ont pas la même signification au Québec que dans le pays d'origine du document. Les termes utilisés par les auteurs ont été privilégiés ici pour respecter fidèlement l'intention et le sens voulu par les auteurs.

Tableau C-1 Pratiques organisationnelles

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
Assessment Permanency Project (APP) (28) États-Unis	Approche: Approche tenant compte des traumatismes (<i>Trauma-informed child welfare systems</i>). Buts : - Repérer rapidement les besoins en lien avec les comportements des jeunes et les traumatismes; - Modifier tous les niveaux du système de la protection de la jeunesse; - Réduire les placements à long terme en famille d'accueil.	Enfants présentant des problèmes émotionnels, comportementaux et sociaux et leurs familles.	Protection de la jeunesse	- Dépistage des traumatismes; - Évaluation des besoins; - Prise en charge et suivi des progrès; - Application du cadre de référence par tous les intervenants et professionnels (<i>Trauma Systems Therapy</i>).	Unité spéciale intégrée dans les agences de placement en familles d'accueil : - Intervenants (frontline worker <i>behavioral health providers</i>), - Partenaires clés (universités, services de protection de l'enfance, agences privées de placement); - Équipes d'implantation	Contenus d'intérêt : opportunité pour implanter d'autres changements organisationnels. Barrières et autres désavantages : - Incapacités à répondre aux besoins liés aux problèmes comportementaux et au trauma à travers l'ensemble du système; - Problèmes persistant de rotation des travailleurs sociaux, pénurie de main-d'œuvre et roulement du personnel administratif ont affaibli l'enthousiasme; - Manque de collaboration entre les différents systèmes.
Attachment, Regulation, and	Principes et approches: Nécessite l'implication du jeune, de sa famille et des	Jeunes âgés de 0 à 21 ans présentant un trauma complexe, et des	Famille d'accueil, foyer de groupe ou milieu résidentiel, clinique externe,	Intégration de routines et de structures aux interventions et aux activités de vie quotidienne;	- Intervenants - Gestionnaires - Personnel de soutien	Contenus d'intérêt : Engagement et implication de tous les acteurs;

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
Competency (ARC) (45, 49) États-Unis	intervenants dans le développement du cadre organisationnel; - Approche basée sur l'attachement, la régulation des émotions et le développement de compétences. Buts : - Guider les pratiques organisationnelles pour favoriser des relations sécuritaires; - Soutenir la capacité des jeunes à réguler leurs expériences émotionnelles et physiologiques; - Faciliter la résilience grâce au développement de compétences.	problèmes importants de comportement et de santé mentale.	milieu hospitalier, contexte scolaire, refuge. Application à tous les niveaux du système.	- Soutien aux parents d'accueil, intervenants, gestionnaires, personnel de soutien pour comprendre et gérer leurs réactions envers les jeunes; - Renforcement des capacités des parents d'accueil/adultes à comprendre et à répondre aux besoins sous-jacents aux comportements; - Réponses efficaces aux comportements des jeunes qui tiennent compte des traumatismes et qui renforcent le sentiment de sécurité; - Mise en place de structures qui soutiennent l'autoréflexion et l'autorégulation des jeunes; - Mise en place de structures qui aident les jeunes à établir et à maintenir des relations avec les autres.		- Éducation psychologique sur le stress traumatique à tous les niveaux du système; - Intégration d'approches systémiques à la formation initiale et continue; - En milieu résidentiel, l'application du modèle ARC est liée à des améliorations du comportement du jeune et des symptômes post-traumatiques; - Diminution de l'utilisation des mesures de contention physique. Facilitateurs et avantages : - Le programme est adaptable au milieu dans lequel il est implanté, ainsi aucune ressource n'est indispensable; - De la formation et un manuel sont disponibles pour soutenir l'implantation du programme. Barrières et autres désavantages : Formation et processus d'implantation qui requièrent un engagement minimal d'un an.
CARE model (25, 26, 49, 51, 52) Ce modèle ayant connu des évolutions, il existe sous deux autres appellations :	Principes et approches: - Pratiques basées sur les relations, centrées sur le développement et impliquant la famille; - Importance des aspects physiques et sociaux de l'environnement;	Selon les études, jeunes âgés de 6 à 20 ans présentant des comportements agressifs ou dangereux, un risque de comportements agressifs et des	Agence de placement privée (<i>residential child care agencies</i>)(25, 26, 49), milieux résidentiels, foyers de groupe, centres de jour et familles	- Une formation est offerte à l'ensemble des employés de l'agence; 1 visite de soutien à l'implantation (durant de 1 à 5 jours) aux 3 mois pendant une durée totale de 36 mois d'implantation. Le type d'activité d'implantation diffère	L'équipe d'implantation CARE, chargée de soutenir l'intégration des principes de CARE dans les pratiques de travail, ayant reçu une formation spécifique, inclut le gestionnaire de l'agence privée, les superviseurs, les	Contenus d'intérêt : - Améliorations des relations entre les enfants et le personnel; - Réduction des comportements agressifs et des fugues dans la vie quotidienne des jeunes; - L'effet sur les comportements violents envers les pairs et soi-

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
- Children and Residential Experiences; - Creating Conditions for Change. États-Unis	- Approche écologique, approche de soins tenant compte des traumatismes (<i>trauma-informed care</i>), théorie de l'attachement. Buts : - Proposer au jeune un environnement contribuant aux objectifs thérapeutiques (therapeutic environment); - Créer une culture et un environnement favorisant des relations enrichissantes et un sens de normalité; - Soutenir l'utilisation de principes organisationnels contribuant à l'amélioration de la qualité des soins et services; - Mobiliser l'ensemble du personnel dans un effort systématique visant à orienter les pratiques vers des milieux de vie tenant compte des traumatismes et offrant un sentiment de normalité au jeune.	problèmes de santé mentale.	d'accueil.	dans chaque agence; Routines quotidiennes offrant des occasions de petits succès réduisant les comportements liés à la peine et renforçant un sentiment de normalité.	formateurs et le personnel clinique (<i>clinical staff</i>). Les éducateurs CARE sont formés par des consultants (formation de 5 jours). Le leadership et le personnel d'implantation reçoivent aussi cette formation. Les consultants de CARE forment le personnel de soutien.	même n'est pas démontré. Facilitateurs et avantages : - CARE serait associé à un niveau de preuve prometteur; - Permet d'adapter l'implantation du modèle selon le jugement des responsables d'agence; - Permet au personnel d'avoir une meilleure compréhension des effets des traumatismes sur le comportement des jeunes; - Soutien à l'implantation disponible. Barrières et autres désavantages : - L'implantation de CARE est complexe et longue puisqu'elle nécessite des changements structurels; - L'implantation peut varier d'une agence à l'autre; - Enjeux liés au roulement du personnel et à la complication de la formation; - Nécessite l'engagement du leadership et des gestionnaires à travers l'organisation pour guider les décisions et les pratiques.
DCP Practice Approach (29) Australie	Principes et approches: - Importance accordée à la continuité des soins, à la famille, à l'identité et aux relations. - Se basant sur le modèle <i>Sanctuary model</i>.	Jeunes présentant des risques élevés de préjudices physiques ou émotionnels, des comportements complexes, ou un	Protection de la jeunesse et milieux résidentiels	- Évaluation individuelle des besoins du jeune visant à comprendre ce qui importe pour lui, ses objectifs et ses aspirations; - Mise en place d'un plan d'intervention identifiant les	Équipe de soins : identification d'un intervenant pivot pour accompagner le jeune avec le soutien des autres membres de l'équipe	Facilitateurs et avantages : une équipe de soins coordonnée qui offre des services avec une approche tenant compte des traumatismes est plus susceptible de contribuer à la résilience des jeunes ayant un profil complexe.

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
	Approche de soins adaptée et tenant compte des traumatismes (<i>Trauma-informed and responsive practices</i> TI-RP), approche centrée sur le jeune et le développement d'une alliance thérapeutique. But : Répondre simultanément aux comportements à risque et complexes des jeunes et à leurs besoins sous-jacents.	développement compromis.		comportements à risque et complexes du jeune, ses besoins et les stratégies à utiliser en situation de crise; - Mise en place d'un plan de bien-être; - Discussions de cas avec les professionnels ou autres services impliqués.	Consultation de spécialistes, au besoin (p. ex. leader de pratique, consultant aborigène (<i>principal aboriginal consultant</i>), psychologues DCP, services DCP multiculturels, services DCP pour les personnes en situation de handicap)	
Fairy Tale Model (43, 44) États-Unis	Principes directeurs : - Importance de la famille et de la communauté; - Prise en compte du contexte culturel.	Selon les études, jeunes âgés de 9 à 21 ans avec des problèmes de comportement Une étude mentionne aussi des problèmes émotionnels.	Milieu résidentiel et milieu hospitalier psychiatrique.	- Formation des professionnels, notamment sur le traumatisme; - Formation des parents; - Dépistage des traumatismes; - Identification et renforcement des objectifs du jeune; - Arrimage des interventions; - Stabilisation, incluant la possibilité de gestion de cas, basée sur la résolution de problème; - Travail de résolution des traumatismes et des souvenirs; - Préparation aux futurs défis; - Éducation familiale.	Thérapeutes (<i>therapists</i>), travailleurs sociaux, intervenants.	Contenus d'intérêt : - Réduction du temps de placement en milieu résidentiel et augmentation des congés positifs (<i>positive discharges</i>); - Diminution de l'utilisation des mesures d'isolement et de contention physique.
Gloucestershire's Social Care Innovation Project (27) Royaume-Uni	Principes et approches: Approche basée sur la théorie du changement et sur le modèle BASE, intégrant la théorie de l'attachement, la pratique restaurative dans un cadre de compétences. Buts :	Jeunes âgés de 10 à 25 ans en détresse émotionnelle, à risque de troubles du comportement, avec des besoins de santé mentale, notamment une	Protection de la jeunesse Instabilité des placements	Nouveau modèle de soins et de services composé d'équipes multiprofessionnelles, réunies au sein d'un pôle, offrant une évaluation multiprofessionnelle et des plans de services et d'interventions avec des modalités alternatives pour répondre aux besoins des jeunes :	Équipe de soutien aux jeunes : gestionnaires, professionnels (<i>practitionners</i>), partenaires (p. ex. santé, santé mentale, santé e orthophonie). Formation offerte au	Contenus d'intérêt : l'implantation du modèle est l'occasion de progresser vers une restructuration qui soutiendrait la collaboration de plusieurs disciplines pour un service unifié. Facilitateurs et avantages : L'infrastructure commune pour

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
	• Vise la réforme du système local de services pour jeunes vulnérables. • Créer un partenariat incorporant les différents acteurs impliqués dans l'accompagnement du jeune.	évaluation des besoins en santé mentale.		• Définition d'une classification commune des difficultés des jeunes et de leurs familles; • Modèle unifié d'évaluation, de gestion de risques et d'intervention; • Un cadre de contrôle de la qualité renforcé pour réglementer les processus et les pratiques; • Programme de réforme de la main-d'œuvre pour redéfinir les responsabilités professionnelles.	personnel des services pour les jeunes	l'intégration des équipes multiprofessionnelles; • La plateforme de formation jointe basée sur les compétences; • Engagement à garantir que le modèle soit adapté aux besoins spécifiques aux jeunes. Barrières et autres désavantages : • Nécessité de prioriser l'implication des partenaires de la santé; • Les changements structurels au niveau du personnel peuvent perturber les intervenants et professionnels.
No Wrong Door Innovation Programme (NWD) (69) Royaume-Uni	Principes et approches: • Nécessite une intégration multidisciplinaire des services. • Approche basée sur la collaboration entre la famille, les services et la communauté. But : Améliorer la stabilité du milieu de vie, l'engagement scolaire ou de l'emploi, les relations avec les autres, la planification de la transition vers une vie indépendante, la résilience, la qualité de vie et le soutien en cas de crise.	Jeunes âgés de 12 à 25 ans présentant des besoins de santé mentale, placés ou sur le point de l'être.	Multiagence, deux centres de soins et services (<i>hubs</i>). Jeunes hébergés en centre ou dans leur famille d'origine ou d'accueil avec un suivi à l'externe.	Une seule équipe prend en charge les besoins du jeune. Procédure RAISE (<i>Risk, Analysis, Intervention, Solution, Evaluation</i>) pour faciliter le partage d'informations entre les différents partenaires. Soutien et prise en charge dont la durée et l'intensité varient selon les besoins du jeune.	A chaque pôle : • 1 gestionnaire de pôle; • 2 adjoints au gestionnaire; • Intervenants du pôle. Équipe de soutien central : • 1 gestionnaire de projet; • 2 analystes. Spécialistes : orthophoniste, psychologue jouant un rôle de coach de vie (<i>life coach</i>), agent de liaison avec la police (<i>police liaison officer</i>). Communauté de référents familiaux et prestataires d'hébergement. Le personnel a reçu la formation <i>Signs of Safety</i>	Contenus d'intérêt : • Permettrait d'offrir un point d'accès aux jeunes en difficulté pour obtenir du soutien; • Contribuerait à maintenir les jeunes hors du système de protection; • Diminution des fugues, diminution ou cessation de la consommation de drogues, diminution des activités criminelles; • Entraînerait des conséquences positives sur les relations entre le jeune et le travailleur social principal; • Résultats mitigés concernant la transition vers une vie indépendante. Facilitateurs et avantages :

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
					ainsi que sur les approches centrées sur les solutions.	• La flexibilité de cette approche est un atout; • Les responsables sont engagés pour faciliter la mise en œuvre du modèle et assurer son développement; • La mise en place d'activités pour maintenir le développement du programme (rencontres d'équipes régulières, journées de formation, etc.). Barrières et autres désavantages : • Le roulement de personnel peut mener à de l'instabilité; • Nécessité de réévaluer régulièrement le processus de mise en œuvre pour identifier les obstacles et proposer des solutions. Coûts : 2,25 M de livres sterling pour la première année, puis 1.99 M de livres sterling pour les trois années suivantes, une fois le modèle implanté. Les économies estimées sont de : • 160 000 de livres sterling par an grâce aux évaluations faites au sein du No Wrong Door plutôt qu'au CAMHS; • 300 000 de livres sterling par an grâce au soutien des orthophonistes du modèle.

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
Placement Stability Project (PSP) (28) États-Unis	Principes et approches: • Système tenant compte des traumatismes (Trauma-informed child welfare systems); • Approche collaborative entre les agences. But : vise à améliorer la stabilité des placements.	Jeunes présentant des problèmes émotionnels, sociaux et de comportements et de leurs familles. Jeune avec des besoins comportementaux et liés aux traumatismes (<i>in care</i>).	Jeunes pris en charge par les services de la protection de la jeunesse Niveau régional et provincial (<i>state executive levels</i>)	• Évaluation fonctionnelle pour déterminer les interventions et le suivi des progrès; • Planification par cas basée sur les données; • Traitement basé sur les preuves (ARC, CPP, PCIT); • Formation de l'ensemble du personnel des services de la protection de la jeunesse et de la santé mentale.	• Équipe régionale d'implantation; • Équipe exécutive du département de santé mentale; • Intervenants de la protection (<i>welfare worker</i>); • Intervenants de la santé mentale; • Coach de PSP (<i>PSP coach</i>).	Contenus d'intérêt : • Serait associé à une amélioration de la stabilité des placements en milieu familial; • Croissance de l'utilisation de services et interventions fondés sur les données probantes. Facilitateurs et avantages : • Appréciation des programmes de formation offerts. Barrières et autres désavantages : • Manque d'uniformité dans l'utilisation des outils de dépistage utilisés au niveau fédéral et provincial; • Difficultés liées au développement de bases de données et aux accords de partages des données.
SAFESPACE (28) États-Unis	Principes et approches: • Système tenant compte des traumatismes • Approche collaborative.	Jeunes présentant des problèmes émotionnels, comportementaux et sociaux nécessitant une intensité de soins élevée (<i>higher level of care</i>) et leurs familles.	Services de la protection de la jeunesse. Implantation au niveau des agences et au niveau régional et provincial.	• Dépistage des traumatismes et des besoins comportementaux des jeunes; • Évaluation fonctionnelle pour les traumatismes et les problèmes de santé mentale; • Prise en charge et suivi des progrès; • Planification par cas basée sur les données; • Interventions fondées sur les preuves; • Formation des intervenants.	• Intervenants de la protection de la jeunesse; • Professionnel de la santé spécialisé en comportements; • Évaluateurs (<i>screeners</i>).	Barrières et autres désavantages : • Pas assez de partage d'informations entre les différents systèmes; • Manque de système de dépistage universel pour identifier les jeunes présentant des signes de trauma; • Faible soutien administratif et des processus de ressources humaines destinés à soutenir les soins tenant compte des traumatismes; • Initiatives concurrentes;

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
						Capacités limitées en interventions spécialisées en santé mentale.
Sanctuary model (41, 44, 54) États-Unis	Principes et approches: - Modèle organisationnel tenant compte des traumatismes visant à créer un environnement sécuritaire pour comprendre les traumatismes des jeunes et éviter la retraumatisation. 7 principes : Non-violence; Intelligence l'émotionnelle; Apprentissage social et responsabilité sociale; Processus de décision partagée; Communication ouverte; Croissance et changement.	Enfants présentant une exposition au trauma. Adolescents de genre masculin. Jeunes présentant des problèmes de comportement et de santé mentale.	Programmes touchant tout le système, y compris les milieux résidentiels, les milieux hospitaliers psychiatriques pour enfants et adolescents.	Offre d'une communauté thérapeutique aux enfants pour mitiger les effets négatifs du trauma. Création d'un environnement physique et relationnel sécuritaire. Outils thérapeutiques : Rencontres communautaires; Plans de sécurité; Rencontre de signes d'alarme; Éducation psychologique; Formation et supervision. Autres outils et interventions : utilisation du modèle SELF, interventions cognitives-comportementales, thérapie par l'art et les récits, thérapie de la réalité et thérapie psychodynamique.	Équipe administrative, équipe de soins, équipe de traitement clinique, équipe communautaire (intervenants et professionnels des jeunes, professionnels de la santé, résidents). Formation annuelle du personnel (12 heures).	Contenus d'intérêt : - Effets positifs significatifs sur le développement des capacités d'adaptation des jeunes et sur l'aspect thérapeutique de l'environnement; - Réduction du recours à l'isolement; - Amélioration de la satisfaction des jeunes et du personnel; - Amélioration des symptômes de trauma et du développement. Facilitateurs ou autres avantages : - Réduction de l'importance des indicateurs de performance pour motiver l'amélioration continue; - Collecte et partage des données en temps réel pour suivre les progrès. Barrières et autres désavantages : - Données insuffisantes sur les spécificités du modèle : type de formation, outils de dépistage, interventions efficaces
Specialist Health and Resilient Environment (SHARE) (31) Royaume-Uni	Principes et approches: - Basé sur la théorie du changement de Wigan; - Centré sur la personne et la relation. Buts :	Jeunes âgés de 11 à 17 ans présentant des problèmes de comportement, des problèmes de santé mentale sérieux,	Organisationnel	Plusieurs services : - Soutien à la famille; - Accès aux services psychologiques et psychiatriques; - Création d'un nouveau système permettant de répondre aux situations de crise à partir d'une	Mise en place d'une nouvelle équipe pluridisciplinaire spécialisée : - Gestionnaire; - Psychologue; - Professionnels de la	Contenus d'intérêt : - Amélioration de la santé physique et mentale ainsi que du fonctionnement; - Réduction du nombre de jeunes pris en charge par les services sociaux parce que leurs parents

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
	- Soutenir les jeunes entrant dans les services de protection en raison de troubles émotionnels et de comportement; - Répondre aux situations de crise.	étant en situation de crise et à risque de nécessiter un placement temporaire.		seule évaluation et d'un seul chemin de soins; - Offre d'un milieu résidentiel flexible; - Formation de parents d'accueil.	santé (<i>advanced mental health practitioners</i>); - Travailleurs sociaux; - Autre personnel de soutien; - Parents d'accueil formés.	ou tuteurs étaient incapables de gérer les risques liés à des problèmes complexes de santé mentale; - Accès facile aux services en cas de crise. Facilitateurs et avantages : - L'accessibilité aux services hors des heures de travail favorise les effets de cette approche; - Le fait que les interventions sont centrées sur la personne permet de construire des relations thérapeutiques solides ; - L'organisation de l'équipe multidisciplinaire, associée à la flexibilité de travail, a motivé et responsabilisé le personnel. Barrières et autres désavantages : - Problèmes dans l'implantation à cause des multiples systèmes d'information; - Initialement, la mise en place de l'équipe multidisciplinaire a entraîné de la confusion quant aux différents rôles. Coûts : - Retour sur investissement de 3,3 livres sterling pour chaque livre investi pour le scénario le plus optimiste. Pour le scénario le plus pessimiste, le retour sur investissement serait de 1,7 livre sterling pour chaque livre investie.

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
Six Core Strategies (6 CS) (44) États-Unis	Principe et approches: Approche tenant compte des traumatismes (<i>Trauma-informed and responsive practices</i> TI-RP). Buts : • Vise l'ensemble du système en intégrant une compréhension de la réponse au stress traumatique et en priorisant la sécurité et le choix de la personne; • Vise à réduire le recours à l'isolement et à la contention	Jeunes avec des problèmes de comportement.	Milieu résidentiel et milieu hospitalier psychiatrique.	6 stratégies : • <i>Leadership</i> enligné vers le changement organisationnel; • Utiliser les données pour informer la pratique; • Développement de la main-d'œuvre; • Utilisation d'outils pour la prévention de l'isolement et de la contrainte physique; • Les rôles des consommateurs dans les milieux hospitaliers; • Techniques de <i>debriefing</i>.	Non rapporté.	Non rapporté.
Trauma-Informed care (TIC) (30, 42, 49, 56) États-Unis	Principes et approches: • Pratiques centrées sur la famille et l'engagement. • Nécessite la collaboration entre les agences. • Basé sur des pratiques cliniques spécifiques au traumatisme. Buts : • Soutenir le changement organisationnel dans les agences travaillant avec les enfants et leurs familles; • Vise à améliorer le dépistage, l'évaluation et l'accessibilité aux traitements spécifiques au trauma;	Jeunes âgés de 12 à 25 ans ayant vécu des traumatismes et présentant des troubles du comportement et des problèmes de santé de santé mentale sévères.	Milieus résidentiels (<i>residential treatment setting/therapeutic residential care</i>) y compris les milieux de soins et de services externes ou de <i>counseling</i> (soins primaires, soins externes de santé mentale, soins pédiatriques, soins d'urgences).	Pratiques : • Soins coordonnés et intégrés; • Minimiser l'exposition au trauma et à la réactivation (<i>retraumatization</i>) durant les soins médicaux; • Dépistage et formation à la planification du traitement des traumatismes. Interventions psychosociales : • Interventions cognitives-comportementales centrées sur le trauma. Les programmes et organisations de TIC tiennent compte des impacts des traumatismes, reconnaissent les signes et symptômes du trauma chez les jeunes et leurs familles, et répondent en intégrant ces	Types d'intervenants et de professionnels non spécifiés. Rôle : mandater les professionnels de la santé à rapporter la maltraitance envers les enfants. Formation fondée sur les compétences.	Contenus d'intérêt : • La TF-CBT est associée à une réduction des symptômes de trouble de stress post-traumatique, une amélioration des problèmes de santé mentale et du fonctionnement général; • Impression positive des jeunes quant à leur prise en charge. Facilitateurs et avantages : • L'implication des jeunes dans la mise en place des soins thérapeutiques résidentiels peut être bénéfique; • Six éléments ont été considérés cruciaux pour l'implantation de TIC (approches tenant compte des traumatismes) : (1) le soutien actif de la direction, (2) la collecte de données, (3) une

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
	Améliorer les connaissances des professionnels pour les guider vers une meilleure compréhension des besoins des jeunes.			informations dans les politiques, procédures et pratiques pour éviter de traumatiser ces personnes à nouveau. L'environnement physique doit offrir un milieu sécuritaire de l'exposition à la violence au domicile ou dans la communauté et une protection de la réexposition au trauma.		analyse rigoureuse des événements ayant conduit à l'usage de mesures restrictives, (4) formation et développement professionnel, (5) utilisation d'un large éventail d'évaluation, (6) implication des usagers à tous les niveaux de soins et services. Barrières et autres désavantages : - Difficultés d'implantation de la TF-CBT; - Peu de références pour la TF-CBT à cause d'un manque de dépistage pour le trauma par souci de ne pas exposer les jeunes au trauma à nouveau. L'hétérogénéité des traumatismes complique leur évaluation lors des entrevues cliniques usuelles; - La formation seule n'est pas suffisante pour offrir des soins tenant compte des traumatismes; - Manque de financements; - Besoin de prioriser la sécurité des jeunes et du personnel; - Divergences dans la formation et l'application de l'approche TIC, compliquées par le roulement de personnel.

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
Trauma Informed Care (TIC) in the Massachusetts Child Trauma Project (MCTP) (43, 46) États-Unis	Buts : • Implanter les soins tenant compte des traumatismes dans les services de protection de l'enfance et de santé mentale pour les enfants. • Les objectifs clés sont : ○ L'amélioration de l'identification et de l'évaluation des traumatismes; ○ Développer la capacité des services à offrir des soins et services spécifiques aux traumatismes; ○ Améliorer l'arrimage avec les soins et services basés sur les preuves; ○ Améliorer la compréhension des traumatismes par les intervenants et professionnels.	Enfants de moins de 18 ans présentant des troubles intériorisés ou extériorisés et un trouble de stress post-traumatique.	Dans le contexte de la protection de l'enfance et dans le réseau de santé mentale pour enfants.	Approche centrée sur : • La formation sur la protection de l'enfance; • La dissémination des traitements fondés sur la preuve (à travers des organisations de santé mentale communautaires), dont les soins et services liés à l'attachement, l'autorégulation et la thérapie cognitive-comportementale centrée sur le trauma; • L'intégration des systèmes.	Les jeunes et leurs parents. Intervenants et professionnels, superviseurs et gestionnaires de la protection de l'enfance (formés). Intervenants et professionnels des services de proximité, de première ligne ou communautaires, tels que pédiatres, intervenants et professionnels en santé mentale, personnel scolaire, personnel du système judiciaire (<i>community service providers</i>). Les jeunes et leurs parents et autres ressources (formés).	Contenus d'intérêt : • Améliorations modestes de la santé mentale des enfants 6 mois après l'implantation; • Amélioration des scores aux échelles d'évaluation du stress post-traumatique; • Meilleures pratiques dans le système (collaboration entre la protection de l'enfance et les partenaires communautaires et de santé mentale, ainsi que les pratiques des agences). Barrières et autres désavantages : • Recrutement de membres du réseau difficile; • Problèmes de rétention du personnel formé.

Tableau C-2 Pratiques collaboratives

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
Antenne d'intervention dans le milieu pour enfants et adolescents (AIMEA) du canton de Vaud (15) Suisse	But : Améliorer la collaboration entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et la protection de l'enfance.	Adolescents pris en charge par les services de la protection de la jeunesse.	Étendue aux foyers socio-éducatifs du territoire.	Après une évaluation initiale, quatre types de suivis peuvent être proposés : 1. Une gestion de cas de transition, soit un soutien après une hospitalisation en psychiatrie; 2. Une gestion de cas spécifique aux jeunes difficiles à rejoindre ou en refus de soin; 3. Un suivi intensif dans différents lieux (maison, café, école, foyer, etc.); 4. Un travail d'intervention auprès des partenaires (acteurs de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, de la protection de l'enfance, établissements scolaires, etc.).	Gestionnaire de cas (<i>case manager</i>).	Contenus d'intérêt : • Retours positifs des jeunes, des éducateurs et des directeurs de foyers qui rapportent une amélioration de la compréhension mutuelle et des liens avec les services de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent. Barrières et autres désavantages : • Certaines difficultés évoquées, notamment les différences d'horaires entre les professionnels des deux champs.
Collaborative Problem Solving (CPS) (44) États-Unis	Principes et approches: • Approche cognitive-comportementale axée sur la prise de décision entre adulte et jeune; • Programme considérant que l'agressivité du jeune découle d'un retard dans le développement des capacités exécutives, langagières, de régulation des émotions, de flexibilité cognitive ou les compétences sociales; • Encourager l'implication des jeunes et de sa famille	Les enfants et les jeunes ayant un historique de traumatisme présentant des troubles intériorisés et extériorisés.	Milieus de soins résidentiels psychiatriques fermés.	Non rapporté.	Non rapporté.	Contenus d'intérêt : • Les situations d'isolement et de contention sont passées de 281 au cours des 9 mois précédant la formation à un seul incident 15 mois après la formation; • Le nombre de blessures subies par le personnel et les jeunes est passé de 10,8 par mois à 3,3 par mois; • Changement au niveau des connaissances, comportements et croyances des intervenants et professionnels. Facilitateurs et avantages : • La participation des jeunes et de

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
	pour chaque décision de soins et services. But : Implantation de l'approche de soins tenant compte des traumatismes à tous les niveaux du système organisationnel.					leur famille était essentielle à leur succès dans la prévention de l'isolement et de la contention; La formation a permis aux intervenants et professionnels de développer un langage commun à propos du vécu des jeunes et des interventions tenant compte des traumatismes.
Consultation in a residential childcare setting for looked-after and accommodated children (LAAC) (77) Royaume-Uni	Principe directeur : La consultation peut faciliter des conditions propices à une bonne santé mentale et une compréhension de l'attachement, des traumatismes et des troubles associés. But : Consultation pour aider le personnel impliqué autour des jeunes pris en charge ou placés. Elle est souvent sollicitée lorsque la personne consultée manque de compréhension des facteurs psychologiques, des compétences ou des ressources nécessaires.	Jeunes pris en charge ou placés ayant un risque accru de troubles mentaux et de difficultés comportementales, des besoins complexes souffrant d'un niveau élevé de détresse émotionnelle et psychologique.	Milieu résidentiel pour les jeunes pris en charge et placés.	Consultation d'un psychologue au sein des établissements sur une base mensuelle pour approximativement un an. Un professionnel dispense alors une formation, un enseignement pour soutenir le développement des compétences nécessaires.	Psychologue clinicien des services de santé mentale des enfants et adolescents (<i>Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS)</i>).	Contenu d'intérêt : La consultation a permis de : - Mettre en pratique les informations et la théorie; - Comprendre l'expérience et les sentiments des jeunes ; - Acquérir de nouvelles compétences. - Réduire l'anxiété et les inquiétudes des intervenants; - Soutenir le développement de liens entre le milieu résidentiel et les différents soins de santé et services sociaux. Facilitateurs et avantages : - Dans l'ensemble, le personnel s'est déclaré satisfait du service de consultation et le recommanderait à d'autres. Il a indiqué que le service constituait un complément précieux à leur travail; - Le recours aux techniques d'écoute et de réflexion contribuerait à ce que les

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
						intervenants se sentent compris. Barrières et autres désavantages : • Lorsque le rôle du consultant et du personnel n'était pas clair, cela suscitait un sentiment de frustration et de confusion parmi les intervenants; • La consultation a été jugée incompatible avec les horaires de travail, le temps disponible et les responsabilités de certains membres du personnel; • Certains ont déclaré manquer de compétences pratiques et de stratégies pouvant être utilisées dans leur travail.
Dispositif de collaboration entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au sein d'un foyer pour adolescentes aux besoins multiples et complexes à Anvers (15) Belgique	Principe directeur : une collaboration bidirectionnelle selon une responsabilité partagée. Buts : • Repérer le plus tôt possible les besoins de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent chez les enfants protégés; • Faciliter l'accès aux soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dès lors qu'un besoin est repéré chez un enfant protégé • Permettre à chaque enfant protégé concerné de bénéficier d'un suivi approprié, aussi longtemps	Jeunes filles vivant avec des troubles psychiatriques, des besoins multiples et complexes, dont l'environnement familial n'assure pas une sécurité ou une stabilité suffisante. Les jeunes étaient principalement référés par le tribunal pour enfants et avaient connu plusieurs milieux d'accueil.	Milieu résidentiel (<i>foyer</i>) pour jeunes placés.	• Présence des professionnels de l'équipe de professionnels de l'équipe de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au sein du milieu résidentiel (<i>foyer</i>) à certains moments; • Disponibilité d'un psychiatre de l'enfant et de l'adolescent 24h/24h, 7 jours sur 7; • Formation pour les professionnels de la protection de la jeunesse (3h tous les deux mois); • Supervisions (1h30 toutes les deux semaines); • Conseils dans le cadre d'études de cas; • Participation aux réunions de direction (1h30 tous les mois).	Professionnels de l'équipe de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (psychiatres de l'enfant et de l'adolescent, psychologues, diététicien et travailleur social).	Contenus d'intérêt : Les intervenants et les professionnels ont décrit : • Leur acceptation des besoins de soins psychiatriques et de la faisabilité de l'accompagnement de ces adolescentes dans une structure de protection de la jeunesse; • Une perte d'efficacité au début de la collaboration, puis une communication plus efficace, une clarification des rôles et actions quotidiennes, et un équilibre entre deux façons complémentaires de travailler; • Des accompagnements davantage adaptés aux besoins des jeunes, en termes de diversité de l'offre proposée et

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
	que nécessaire, en veillant à éviter les ruptures.					de continuité; • Un meilleur accès et coordination des services de soins de santé mentale et des psychothérapies et traitements médicamenteux; • Une meilleure efficience des organisations grâce à une amélioration du partage d'information. Facilitateurs et avantages : • Apprendre à se connaître les uns les autres, via des échanges formels et informels, a été décrit comme facilitant le travail en commun et le développement de routines partagées; • Clarifier l'identité, le rôle et l'approche de l'équipe a favorisé le développement d'un esprit d'équipe; • Renforcement des compétences professionnelles. Barrières et autres désavantages : • Efforts considérables nécessaires autour de la communication intra et interstructure, avec la nécessité de définir un langage commun et des circuits de communication; • Les efforts nécessaires à la collaboration ont d'abord été perçus comme associés à une diminution du travail

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
						d'accompagnement; • Nécessité de favoriser davantage l'implication des adolescentes; • Nécessité de mieux considérer la charge de travail des professionnels. Coût : • Diminution des coûts globaux au niveau sociétal.
Dispositif Équipe des transitions adolescentes et de prévention des exclusions (Étape), Paris (15) France	Buts : • Repérer le plus tôt possible les besoins de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent chez les enfants pris en charge par les services de la protection de la jeunesse; • Faciliter l'accès aux soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dès qu'un besoin est repéré • Permettre à chaque enfant pris en charge par les services de la protection de la jeunesse de bénéficier d'un suivi approprié, aussi longtemps que nécessaire, en veillant à éviter les ruptures.	Jeunes cumulant des difficultés sociales, éducatives et psychologiques aboutissant à des ruptures de trajectoires.	Non rapporté.	Équipe mixte, éducative et psychiatrique travaillant en position tierce avec les équipes de la protection de la jeunesse et les équipes psychiatriques. Possibilité de faire appel au dispositif lorsque les intervenants et les professionnels vivent un débordement dans l'accompagnement du jeune. Un binôme de l'équipe discute avec les intervenants et professionnels qui ont sollicité le dispositif, puis rencontre l'adolescent pour une évaluation éducative et psychologique et propose un accompagnement. L'équipe propose également des rencontres individuelles ou collectives à l'attention des professionnels et assure des activités de transmission des savoirs et de recherche.	Équipe mixte, éducative et psychiatrique. L'équipe est composée d'éducateurs (3 équivalents temps plein), de psychologues (1,8 équivalent temps plein), de psychiatres (0,8 équivalent temps plein).	Non rapporté.

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
Dispositifs de soutien à destination des assistants familiaux et des travailleurs sociaux de la protection de l'enfance, Brent, Angleterre (15) Royaume-Uni	Buts : - Permettre aux assistants familiaux d'accéder rapidement à un avis psychologique, soit dans les 2 semaines suivant la demande; - Offrir un accès facile et rapide à des conseils et à un avis psychologique; - Améliorer la compréhension du fonctionnement psychologique de l'enfant; - Améliorer la communication entre les différents professionnels intervenant auprès de l'enfant; - Améliorer les compétences des assistants familiaux; - Favoriser la stabilité des placements.	Enfants et jeunes de la protection de l'enfance (en placement).	En contexte de placement.	Dispositif de soutien <i>Psychology Consultation Service</i> (PCS) offert aux assistants familiaux et aux travailleurs sociaux de la protection de l'enfance ayant besoin d'un avis psychologique, mais n'ayant pas accès aux services de psychiatrie. Le dispositif prévoit six séances de consultation. Lorsque cela n'est pas suffisant, une orientation vers les services de psychiatrie de l'enfant ou de l'adolescent est faite. Les psychologues du PCS participent à des consultations organisationnelles pour rencontrer les différents acteurs du réseau intervenant auprès de l'enfant.	3 psychologues cliniciens (2 équivalents temps plein).	Contenu d'intérêt : Le soutien des psychologues aide les travailleurs sociaux et les assistants familiaux à : - Comprendre l'impact des traumatismes sur l'enfant; - Élaborer des stratégies pour aider les travailleurs sociaux et assistants familiaux à gérer et à éviter les interactions négatives. Le dispositif a permis : - Une facilité d'accès dans un délai de 2 semaines; - Une meilleure compréhension des besoins et des comportements de l'enfant; - Un soutien émotionnel pour les assistants familiaux; - Un soutien pour les travailleurs sociaux leur permettant de trouver des alternatives et de prendre des décisions.
Équipes mobiles de psychiatrie et équipes mixtes (ou ressources médico-sociales) (15, 86) France	Buts : - Proposer une réponse, quel que soit le lieu de vie ou d'accueil de ces jeunes; - Éviter et prévenir la discontinuité dans leurs parcours et le recours répétés aux urgences ou aux hospitalisations ; - Fluidifier les parcours et la communication entre tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des jeunes;	Jeunes accompagnés par la protection de l'enfance vivant des situations complexes, ayant connu de multiples ruptures dans leur parcours pour lesquels l'hospitalisation en psychiatrie est envisagée.	Secteur d'intervention selon la localisation de la structure d'accueil du jeune.	- Mobilisation des professionnels des services de psychiatrie en s'appuyant sur des dispositifs administratifs; - Élaboration d'une charte de bonne conduite pour se tenir dans une disponibilité réciproque; - Réunions pluridisciplinaires de synthèse d'équipe partenaire avec l'équipe mobile; - Création d'espaces de réflexion avec les partenaires et d'une équipe référente permanente de suivi;	Professionnels mobilisés : psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, médecin, psychologue, neuropsychologue, personnel infirmier, assistant social (équivalent travailleur social), éducateur, éducateur spécialisé, gestionnaires de la santé, secrétaire. Équipe de suivi constitué d'un psychologue et d'une assistante sociale.	Contenus d'intérêt : - Intérêt de la mobilité pour assurer une continuité de soins, observer le lieu de vie des jeunes et pallier leurs difficultés; - Création d'un partenariat de qualité avec les professionnels de la protection de l'enfance; - Équipe disponible en cas de crise, ce qui a permis une stabilité du milieu de vie; - Les représentations négatives et les malentendus avec les partenaires sont levés pour

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
	Référer vers les services de proximité adéquats (p. ex. centres médico-psychologiques, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) ou étayer ou soutenir un suivi en cours auprès de ces services de proximité.			- Évaluation de la situation problématique, de la qualité du partenariat dans le suivi et reconstitution du parcours du jeune pour mettre du sens sur les comportements problématiques ou aboutir à un diagnostic partagé. - Codéveloppement d'objectifs à travailler synthétisés en un document; - Disponibilité de l'Équipe mobile à tout moment pour mettre en place des actions de soutien adaptées aux situations; - Soutien à l'équipe éducative; - Réponse directe aux jeunes ou indirecte auprès des intervenants et professionnels; - Mise en place de protocoles de fonctionnement et d'intervention avec les partenaires de santé.	Professionnels référents (profils variant selon la situation). Le rôle de l'équipe mobile est de contribuer à la prévention, à la prise en charge des jeunes, à la formation des intervenants et professionnels et à l'organisation de la collaboration avec la famille.	améliorer les références et réduire le recours aux soins spécialisés (p. ex. recours à l'urgence); - Les équipes de protection de l'enfance se sentent moins isolées face aux acteurs du champ sanitaire et estime que les équipes mobiles favorisent la sortie du fonctionnement en silos; - Augmentation des interventions auprès des professionnels plutôt qu'auprès des jeunes. Facilitateurs et avantages : - Positionnement neutre de l'équipe mobile; - Pas de création de nouvelle équipe spécifique, mais mobilisation des intervenants et professionnels d'autres services pour une meilleure articulation interservices; - Les professionnels conservent une activité principale en plus de l'équipe mobile. Barrières et autres désavantages : - Importance d'une mobilisation générale de l'équipe et d'un soutien de l'encadrement ; Freins structurels (dynamique d'équipe, problèmes institutionnels, ressources humaines).

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
Evolve Interagency Services (EIS) (38) Australie	Principes et approches : - Partenariat entre les services de santé, les services de protection de l'enfance et le département de l'éducation; - Basé sur des principes centrés sur l'enfant et un cadre de référence (<i>framework</i>) de collaboration intégrative de type <i>Wraparound</i>. But : Vise à offrir du soutien thérapeutique et comportemental pour améliorer le bien-être émotionnel et le développement des compétences.	Enfants placés âgés de moins de 18 ans présentant des problèmes psychologiques ou comportementaux complexes.	Services de santé mentale.	- Interventions thérapeutiques basées sur les preuves et sur un partenariat avec les agences gouvernementales et non gouvernementales. - Interventions ciblant non seulement l'enfant, mais aussi les personnes soignantes, les parents biologiques, les intervenants (<i>youth workers</i>), le personnel éducatif et les autres professionnels. - Interventions systémiques impliquant toutes les parties prenantes pour avoir une compréhension commune des besoins et des forces de l'enfant, pour collaborer dans l'intérêt de l'enfant, et pour développer et réviser les objectifs thérapeutiques.	En majorité des professionnels de la santé qualifiés et agréés (psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers, et ergothérapeutes), ayant souvent une maîtrise ou un doctorat.	Contenus d'intérêt : - Diminution des problèmes de comportement et d'automutilation; - Diminution des problèmes liés à l'attention, la concentration et l'impulsivité; - Amélioration des relations avec les pairs et la famille.
Evolve Therapeutic Services (ETS) (37) * L'ETS est un élément de l'EIS (38) Australie	Approches : - Basés sur l'approche des soins tenant compte des traumatismes; - Modèle <i>Wraparound</i>, les principes du développement de l'enfant, la théorie systémique, le trauma, l'attachement, la théorie psychodynamique et la perte et le deuil. But : Offrir du soutien coordonné aux jeunes.	Enfants âgés de moins de 18 ans (prioritairement de 5 à 17 ans) présentant des problèmes psychologiques ou comportementaux complexes. Ils peuvent aussi présenter des problèmes importants sur le plan clinique en lien avec l'autonomie et l'hygiène de vie.	Services de santé mentale.	Programme de soins et de services intensifs. - Partenariat avec les agences gouvernementales et non gouvernementales; - Opportunité de développement professionnel; - Formations sur le trauma, l'attachement, les comportements sexuels néfastes, TIC (<i>trauma-informed care</i>), le développement de l'enfant, un programme spécifique à la culture, etc.; - Interventions thérapeutiques systémiques et individuelles ciblant les jeunes, leurs familles, les intervenants (<i>youth workers</i>),	Personnel de première ligne (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers, ergothérapeutes, orthophonistes). Chaque équipe a un coordinateur de développement professionnel.	Contenus d'intérêt : - Amélioration des mesures de comportements agressifs, des difficultés attentionnelles, des symptômes émotionnels, des relations avec les pairs et de l'autonomie; - Amélioration du fonctionnement et des symptômes de santé mentale; - Diminution des incidents d'automutilation. Barrières et autres désavantages : - Les jeunes avec des besoins plus complexes pourraient avoir

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
				le personnel éducatif et les professionnels impliqués; - Interventions cliniques incluant une évaluation, de la gestion de risque et une planification de sécurité (<i>safety planning</i>); - Thérapie axée sur les traumatismes et l'attachement.		besoin d'une plus longue durée de traitement.
The OOHC Mental Health Team (OOHC MHT) (48) Australie	Principes et approches : - Partenariat entre l'agence de protection de l'enfance et les services de santé mentale; - Collaboration entre le travailleur de cas (<i>case worker</i>) et le système de soutien de l'enfant. But : fournir des services de santé mentale spécialisés de proximité et proactifs (assertive)	Enfants de moins de 18 ans présentant des problèmes émotionnels, comportementaux et sociaux complexes dont les besoins ne peuvent être satisfaits par les services locaux de santé mentale (p. ex. CAMHS)	Milieu résidentiel et famille d'accueil (placement hors du domicile).	- Clinique autonome et diffusion des soins. - Modèle de proximité sur un large territoire pour assurer un suivi continu de l'enfant, même lorsqu'il change de placement; - Interventions systémiques (éducation psychologique et formation des intervenants pour améliorer la compréhension des besoins du jeune.	Équipe multidisciplinaire : un psychiatre pour enfants et adolescents à temps plein, un stagiaire en psychiatrie, des professionnels de la santé et de santé mentale, un neuropsychologue. L'équipe reçoit une formation centrée sur le trauma et les thérapies d'attachement.	Contenus d'intérêt : Amélioration du fonctionnement global et des problèmes de comportement et sociaux.
Partnership Care Models with Advanced Practice Psychiatric Nurses (PMHNP) (85) États-Unis	Principes et approches : - Autonomie des <i>Advanced Practice Psychiatric Nurses</i> respectée par les psychiatres; - Approche fondée sur le travail d'équipe. But : vise à remédier aux pénuries de ressources humaines du système de santé mentale.	Enfants et jeunes présentant des problèmes comportementaux	Multiplés contextes (cliniques externes, hospitalisations, urgences, etc.)	Traitement de jour prolongé : - Travail d'équipe multidisciplinaire pour offrir du soutien psychiatrique à l'enfant et à sa famille; - Rencontres hebdomadaires de l'équipe de soins; - Éducation psychologique des membres de l'équipe et du jeune et de sa famille; - PMHNP de garde 24/7 pour répondre aux situations urgentes; - Pour les services plus intensifs, notamment les services	Directeur médical. APRN (<i>Advanced Practice Registered Nurse</i>). PMHNP (<i>Psychiatric-Mental Health Nurse Practitioner</i>) chargé de guider le traitement et les interventions et d'assurer la transition du jeune vers d'autres services.	Contenus d'intérêt : - La participation des APRN améliore l'accès aux soins, surtout dans les régions rurales. Facilitateurs et avantages : - Une relation collégiale entre les psychiatres et les PMHNP permettait des bénéfices mutuels; - Nécessite une bonne compréhension des rôles des différents professionnels ainsi qu'une bonne communication.

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
				psychiatriques, les PMHNP peuvent réaliser l'évaluation psychiatrique et fournir un soutien médicamenteux. Contexte de clinique externe : Le pédopsychiatre et l'APRN maintiennent leurs charges de travail de manière indépendante, mais collaborent pour les cas plus complexes.		Barrières et autres désavantages : Différences dans la portée de pratique des APRN (incluant les PMHNP) selon les différentes règles provinciales induisant de la confusion.
Pôle « adolescents difficiles » de la maison des adolescents (MDA) de Marseille (15) France	But : préparer la gestion de crises en organisant une rencontre formelle et opérationnelle entre les services de la psychiatrie et les milieux qui demandent du soutien.	Jeunes présentant des comportements violents pour lesquels le recours à la psychiatrie est vécu comme un échec.	Structures de protection de l'enfance, pas exclusivement réservées aux enfants protégés.	À la suite d'une demande : - Rencontre interprofessionnelle organisée à la MDA pour favoriser le dialogue entre les acteurs concernés. Les professionnels présentent la situation pour organiser une prise en charge en psychiatrie. Les considérations diagnostiques sont discutées. Des solutions opérationnelles sont mises en place. - Dans le cas où une prise en charge médico-psychiatrique est envisagée, une rencontre avec le jeune, ses éducateurs et ses parents est organisée. L'équipe de la MDA est chargée de l'évaluation initiale et de l'organisation du suivi médical et psychologique nécessaire.	L'équipe est composée d'un pédopsychiatre, d'un assistant de service social et d'un psychologue.	Facilitateurs et avantages : Organisation de formations pour les professionnels de protection de l'enfance.
The Ripple project (73) Australie	Buts : Renforcer les capacités thérapeutiques des familles d'accueil (<i>carers</i>), des intervenants, des professionnels et des gestionnaires qui	Familles d'accueil, intervenants, professionnels et gestionnaires accompagnant les jeunes de 12 à 17 placés vivant avec	Tous les types de placements. Projet en partenariat avec des organismes communautaires	Intervention complexe en santé mentale : - Groupe d'implantation créé dans chaque organisation communautaire; - Formation et supervision des intervenants, notamment sur la	Le personnel du Ripple est composé de professionnels expérimentés en santé mentale ou dans les troubles liés à l'alcool et aux autres drogues.	Contenus d'intérêt : Les travaux soulignent la nécessité d'une intervention spécialisée en santé mentale pour soutenir les familles et les milieux résidentiels dans leur travail auprès des jeunes.

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Intervenants et professionnels impliqués et les formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
	accompagnent les jeunes afin de promouvoir la santé mentale; • Prévenir les troubles de santé mentale et les troubles du comportement et faciliter l'accès à du soutien en santé mentale lorsque nécessaire; • Améliorer la cohérence et la qualité des soins de santé mentale et l'accès à une intervention précoce, lorsqu'indiqué pour la prévention et le traitement des maladies mentales en optimisant les coûts.	des troubles complexes de santé mentale.		régulation émotionnelle, l'influence des traumatismes, la communication, les compétences sociales, les interventions axées sur la famille, l'entretien motivationnel, la résolution de problèmes, la promotion de la résilience, l'automutilation et le suicide; • Groupes de pratiques professionnelles; • Consultation par l'équipe de soin; • Soutien à la formation et à la réflexion; • Collaboration entre les soins et services de placement (<i>Out of Home Care</i>) et les services de santé mentale avec des visites régulières (2-4/semaine) de professionnels experts/spécialisés en santé mentale ou en consommation d'alcool et de drogues sur les sites d'organisation de services communautaires.	• Le personnel et les gestionnaires des organismes communautaires comprennent des travailleurs sociaux, des psychologues hautement qualifiés ainsi que du personnel avec un niveau de certificat. • Le personnel est formé et supervisé par des collègues plus expérimentés.	Facilitateurs et avantages : • L'intervention est mise en œuvre en collaboration avec les organismes communautaires et les services de protection de l'enfance; • L'approche de planification de l'intervention tient compte des modes d'apprentissage et des intérêts de chaque organisme communautaire; • La participation de jeunes ayant une expérience de placement favoriserait les chances d'un programme réussi en générant un climat positif d'échanges d'idées et de liens avec les décideurs et en facilitant l'engagement des jeunes dans le programme, ce qui aboutirait à de meilleurs résultats sociaux et de santé ainsi qu'à une meilleure qualité des services. Barrières et autres désavantages : • Le succès de l'intervention semble dépendre de la solidité des partenariats entre les organisations. Coût : • Les travaux réalisés suggèrent la faisabilité de l'implantation de cette intervention complexe en santé mentale dans tous les secteurs avec des ressources relativement modestes.

Tableau C-3 Milieux résidentiels similaires aux CRJDA

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
Belhaven Service (71) Royaume-Uni	Approche : Basé sur la théorie du changement. But : développer un milieu de vie à domicile intégrant les services d'éducation et de santé mentale dans l'objectif de réduire le risque d'effondrement des soins et du réseau du jeune et à briser le cycle d'admission répétée en services de santé mentale (Child and Adolescent Mental Health Services, CAMSH).	Jeunes de 13 à 16 ans présentant des problèmes complexes de comportement et de santé mentale.	En milieu résidentiel ancré dans la communauté	- Milieus de vie de cinq lits, proches de la normalité, intégrant les services de santé, de soins et d'éducation; - Offrant un soutien continu, intensif, coordonné, à court terme pour faire face à des problèmes de santé mentale spécifiques et urgents en restant engagé dans les sources de soutien importantes et familiales; - Soutien à l'accès des services, notamment ceux des CAMHS qui répondent aux besoins du jeune; - Une équipe unique offre du soutien au jeune; - Du soutien est aussi offert aux familles des jeunes.	- Thérapeute familial (<i>family therapist</i>); - Psychologue clinique sous supervision par un psychiatre.	Contenus d'intérêt : - Des bénéfices sur la stabilité et les résultats scolaires; - Amélioration des relations avec la famille et les amis; - Amélioration de la santé mentale et émotionnelle, et du bien-être. Facilitateurs et avantages : - Continuité des soins puisqu'il s'agit d'un service local avec les mêmes professionnels; - Nécessite une bonne communication des membres de l'équipe multidisciplinaire et avec la famille Barrières et autres désavantages : - Roulement du personnel en travail social causant des délais. Manque de collaboration dans le processus de congé du programme; - La planification de la sortie du programme a été entravée par le manque de placement à long terme disponible. Coût : - Au Royaume-Uni, le service serait associé à des épargnes de £11 176 comparativement à

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
						une admission en services de santé mentale (CAMHS tier 4 admission).
Bradford's B Positive Pathways (BPP) (36) Royaume-Uni	Principes et approches : - Basé sur la théorie du changement; - Programme adapté du modèle No Wrong Door et le modèle Mockingbird. But : améliorer l'offre de service destinée aux jeunes en famille d'accueil ou en situation précaire, afin d'améliorer la stabilité (de placement ou le retour avec la famille), le bien-être tout en optimisant les coûts à court et long terme.	Jeunes âgés de 5 à 18 ans présentant des besoins complexes.	Milieus résidentiels à court ou long terme.	Plusieurs activités : - Pôles multiagences construits autour des milieux résidentiels; - Améliorer l'offre de familles d'accueil; - Formations P.A.C.E. (playfulness, acceptance, curiosity, empathy) et signs of safety; - Amélioration des services de proximité pour mieux rejoindre les jeunes; - Réseau de soutien pour les familles d'accueil, les intervenants et les proches du jeune; - Des spécialistes multiagence soutiennent les placements à long terme de jeunes ayant des besoins particulièrement complexes.	Spécialistes de BPP (psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes). Gestionnaires. Spécialistes multiagences (police, éducation). Intervenants formés au modèle de Mockingbird. Intervenants et professionnels spécialisés en services résidentiels (<i>residential-outreach practitioners and specialists</i>).	Contenus d'intérêt : - Cette approche est associée à une amélioration du bien-être des jeunes et à une réduction des comportements non désirables; - Amélioration de la stabilité du milieu de vie. Facilitateurs et avantages : - Flexibilité d'adapter les modèles de pratiques existants. Barrières et autres désavantages : - Une infrastructure est nécessaire pour faciliter l'implantation dans plusieurs agences; - Un engagement à collecter et analyser des données est nécessaire pour faciliter le développement du service.
Carlile Youth Concurrent Disorders Centre (76) Canada	Principes et approches : - Traitement de troubles concomitants; - Modèle de soins en équipe interdisciplinaire. Buts : - Évaluation; - Stabilisation; - Gestion du sevrage; - Prise en charge;	Jeunes âgés de 13 à 18 ans présentant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances associés à une détérioration du fonctionnement.	Admis sur l'unité hospitalière (10 lits) pour une durée de 3 semaines.	Modèle de services spécialisés comprenant : - Une équipe interdisciplinaire; - Identification d'un gestionnaire de cas communautaire; - Thérapie par l'art; - Méditation; - Thérapie par la musique; - Yoga; - Programmes de 12 étapes pour les troubles d'usage de substances;	L'équipe est composée : - Psychiatres pour enfants et jeunes; - Pédiatres; - Psychologues cliniciens; - Travailleurs sociaux; - Ergothérapeutes; - Infirmiers; - Enseignants; - Pairs;	Contenus d'intérêt : - Amélioration des scores de qualité de vie; - Diminution du risque suicidaire. Facilitateur: - Programme de courte durée. Barrières et autres désavantages : - Les jeunes présentant des

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
	- Programmes thérapeutiques spécialisés; - Planification du retour dans un milieu communautaire.			Soutien par les pairs.	Thérapeutes spécialisés dans des domaines tels que la thérapie par l'art, la méditation, la musicothérapie, les cercles de discussion autochtones, le yoga et les programmes en 12 étapes.	troubles anxieux ont rapporté une diminution de qualité de vie.
Developmental Trauma and Attachment Program (DTAP) (75) États-Unis	Approches : - Théorie de l'attachement; - Modèle du cerveau de MacLean; - Approche PACE (playful, accepting, curious and empathic). But : résoudre les dynamiques d'attachement.	Jeunes présentant des problèmes d'attachement associés à des problèmes comportementaux et émotionnels, ayant vécu un trauma et ayant possiblement été hospitalisés pour des problèmes psychiatriques.	En milieu résidentiel pour enfants et adolescents. Les éléments peuvent être appliqués à d'autres milieux.	Intervention de longue durée (moyenne de 516 jours). Environnement constant, intégré à la communauté, offrant la sécurité et un ensemble de différents protocoles thérapeutiques : - Activités thérapeutiques hebdomadaires intégrant la présence d'un intervenant avec lequel le jeune est jumelé; - Thérapie individuelle; - Repas de groupe et activités de relations en groupe pour offrir des opportunités de développement des compétences d'autorégulation, de routines, des capacités d'interactions avec les autres; - Thérapie familiale; - Soutien de crise. Trois phases d'intervention : - Interventions basées sur la confiance, les activités de traitement sensoriel et le rythme sensoriel; - Activités favorisant la régulation	- Professionnels spécialisés en psychiatrie, psychologie clinique, gestion de cas, gestion comportementale et développement éducatif. - Formation spécifique au DTAP.	Contenus d'intérêt : - Amélioration des symptômes comportementaux et des relations interpersonnelles. Barrières et autres désavantages : - Difficile d'obtenir des progrès avec les jeunes présentant des problèmes plus complexes.

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
				émotionnelle et affective; 3. Approches cognitives et d'expressions verbales des traumatismes vécus (p. ex. la thérapie cognitive-comportementale).		
MultifunC (47, 70) Suède, États-Unis	Approches et principes : - Théorie de l'apprentissage social; - Théorie cognitive-comportementale; - Basé sur le <i>Risk Principle</i> ; - Principes du <i>Residential treatment care</i>; - Développement de compétences parentales.	Jeunes de 15 à 17 ans présentant des problèmes de comportement sérieux, ayant une expérience de délinquance et avec risque de récidive.	Milieu résidentiel avec un maximum de 8 jeunes par unité.	- Évaluation initiale des besoins et facteurs de réactivité (facteurs pouvant influencer la capacité du jeune); - Élaboration d'un plan d'intervention; - Formation des parents en compétences parentales; - Interventions : entrevue motivationnelle, gestion comportementale, habiletés sociales, système de récompenses (<i>token economy</i>), thérapie de remplacement de l'agressivité (<i>aggression replacement therapy ART</i>), résolution de problèmes; - Soutien pédagogique au jeune lorsqu'il est à l'école; - Accès facilité aux soins au sein de l'organisme.	Gestionnaire qui mène le programme et ses 4 équipes : - Équipe d'évaluation (1 psychologue, 2 thérapeutes (<i>therapists</i>) avec un baccalauréat en travail social ou équivalent); - Équipe scolaire (2 ou 3 enseignants) avec une maîtrise; - Équipe de soutien à la famille (3 thérapeutes (<i>therapists</i>) avec un baccalauréat en travail social et formés pour soutenir et former les parents). - Équipe terrain (avec une éducation post-secondaire adéquate) pour surveiller les cibles de traitement et mettre en œuvre les interventions.	Contenus d'intérêt : - Le modèle MultifunC est associé à une diminution des futurs placements en institution ou à l'extérieur du milieu familial. Facilitateurs et avantages : - Possibilité d'implanter le modèle dans des institutions régulières. Barrières et autres désavantages : - Besoin de 2 ans pour une implantation adéquate. Coût : - Le coût moyen de soins et services en unité MultifunC a été estimé à 7795 SEK par jour (en Suède). Ce modèle serait plus économique que les soins obligatoires en milieux résidentiels fermés.
Positive Behavioral Interventions and Supports (PBIS) (87)	But : soutenir les jeunes durant les transitions et offrir un placement thérapeutique aux jeunes sous la protection de la jeunesse.	Jeunes garçons âgés de 12 à 21 ans présentant des troubles émotionnels, de comportement ou	Tout type de programmes alternatifs : Foyer de groupe, programme de santé mentale	Thérapie individuelle (au moins 1 fois par semaine), thérapie de groupe (2 fois par semaine) et thérapie familiale (au moins 1 fois par mois). Le programme offre des occasions de	- Directeur de programme (maîtrise) pour superviser et administrer des thérapies. - Thérapeute certifié	Contenus d'intérêt : - Les jeunes et le personnel ont apprécié le modèle. Facilitateurs et avantages : - Contexte d'un petit centre (10

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
États-Unis		de santé mentale et ayant de la difficulté à être placé dans une famille d'accueil ou un foyer de groupe.	résidentiel, programme de justice juvénile, ou programme scolaire alternatif de jour.	développement des compétences sociales et pour une vie autonome. Un projet de vie (<i>permanency plan</i>) est élaboré et la sortie est planifiée en fonction de ce plan. Durant les thérapies, des activités d'apprentissage de comportements positifs sont réalisées. Un système de récompenses (<i>token</i>) est utilisé pour encourager les comportements désirables. Les jeunes peuvent se présenter à une école de jour thérapeutique.	(<i>licensed therapist</i>, maîtrise) pour guider et superviser les traitements. • Coordonnateur de programme / gestionnaire de cas (baccalauréat) pour aider à gérer les activités. • Superviseur de quart de travail du foyer de groupe (baccalauréat) et associés du comportement (<i>behavioral health associates</i>, diplôme d'études secondaires). • Au moins 1 membre du personnel pour 5 résidents.	lits) évitant les défis liés à des programmes plus larges. • Utilisation préalable des pratiques de gestion comportementale.
STOP-GAP (50) États-Unis	Principes et approches: • Approche multicomposante; • Centré sur l'offre de services en milieu communautaire tout en offrant du soutien intensif à court terme aux jeunes avec des comportements plus sévères; • Centré sur le développement de l'engagement et de l'implication du jeune, de sa famille et de l'organisation fournissant les services.	Enfants âgés de 6 à 17 ans présentant des troubles de comportements, incluant des troubles de conduite, troubles oppositionnels TDAH.	En milieu hospitalier ou en foyer de groupe ou de soins (<i>group or residential care</i>).	• Interventions écologiques et d'apprentissages de compétences intensives (formation par système de récompense (<i>token economy</i>), apprentissage de compétences sociales et académiques); • Interventions liées au congé (gestion intensive, formation comportementale des parents, intégration communautaire); • Interventions intensives (évaluation basée sur le fonctionnement, soutien au comportement).	• Personnel offrant les soins. • Superviseur des soins (baccalauréat). • Consultant clinique (maîtrise, formé sur les principes d'analyses comportementales). • Formation de 2 jours pour administrer le programme. • 1 membre du personnel pour 8 jeunes.	Barrières et autres désavantages : • Il n'existe pas de manuel décrivant la manière d'offrir le programme.

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
	Buts : • Interrompre la spirale dans laquelle un jeune peut s'enfoncer à cause de comportements de plus en plus perturbateurs; • Réduire la durée de séjour en milieux résidentiels, • Diminuer les comportements agressifs; • Améliorer les résultats suivant le congé.					
Teaching Family Model (TFM) (47, 84) États-Unis	Principes et approches: • Promotion des forces des jeunes; • Approches comportementales proactives.	Jeunes présentant des problèmes de santé mentale avec des symptômes comportementaux.	Foyer de groupe (4 à 10 lits)	Consultations professionnelles continues; Format proche de la vie de famille. Plusieurs autres services offerts : <i>Treatment Foster Care</i> , thérapie ambulatoire, services éducatifs, centre de jour/traitement (<i>education/day treatment</i>), gestion de cas, soutien à la réunification familiale, formation vocationnelle, etc.	Personnel formé et supervisé.	Contenus d'intérêt : • Le TFM est associé à une amélioration des scores aux échelles mesurant les difficultés émotionnelles et comportementales. Coût : • Le TFM serait plus rentable que d'autres programmes visant la promotion de résultats scolaires.
Trauma-informed design (TID) (49) États-Unis	Buts : • Réduire les facteurs de stress environnemental ; • Engager le jeune dans un environnement dynamique multisensoriel ; • Offrir des moyens au jeune pour montrer son autonomie ; • Soutenir les liens au monde naturel ; • Séparer le jeune des personnes en détresse ;	Jeunes présentant des problèmes de comportements et de santé mentale sévères.	En milieu de soins thérapeutiques résidentiels (<i>therapeutic residential care</i>).	Les installations du TID sont mises en place pour offrir des endroits qui permettent d'avoir de l'intimité tout en étant en mesure d'accéder à la connexion sociale.	Non rapporté.	Non rapporté.

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
	- Renforcer le sens d'identité personnelle ; - Promouvoir les choix tout en respectant les besoins du programme.					
Therapeutic residential care (47, 53) Australie, États-Unis	Principes et approches : - Modèle thérapeutique basé sur un modèle d'attachement, de développement; - Processus holistique de coordination; - Modèle d'intervention en situation de crise TCI (<i>Therapeutic Crisis Intervention</i>) et NVCI (<i>Non-Violent Crisis Intervention</i>). Buts : soutenir le jeune dans son rétablissement après un traumatisme, sa transition vers une vie indépendante, la stabilité de son milieu de vie, le rétablissement de liens avec sa famille d'origine et le milieu scolaire, les placements nécessaires en cas d'échec du placement initial et l'accompagnement vers le retour vers la famille d'origine ou le placement en famille d'accueil.	Jeunes présentant des problèmes complexes de comportement, de santé mentale, et de trauma, et ne pouvant pas recevoir des soins en milieu familial.	En maison thérapeutique (maison à 4 lits avec 2 membres du personnel) ancrée dans la communauté. D'autres configurations peuvent exister (p. ex. 7 jeunes ou plus).	Offre de soins et de services améliorée incluant : - Une évaluation multidimensionnelle des besoins et forces du jeune; - Le passeport santé du jeune; - Un plan de soutien scolaire; - Un plan de soutien culturel; - Un plan de transition vers l'âge adulte; - Des évaluations spécialisées au besoin; - Programmation éducationnelle. - Formation en compétences de vie (living skills); - Programmation de loisirs; - Activités sensorielles; - Rencontres des résidents; - Thérapie de famille; - Activités sportives; - Activités du programme; - Formation en compétences de vie autonome; - Programmation éducationnelle; - Activités culturelles; - Mentorat; - Activités sportives; - Bénévolat communautaire; - Travail à temps partiel; - Séances éducationnelles de groupes.	Pas de formation spécifique rapportée. Les qualifications du personnel varient selon les milieux. Partenariat avec le jeune, sa famille et la communauté, ainsi qu'avec les services de soins résidentiels et la protection de la jeunesse qui est responsable de la gestion de cas incluant la planification et l'évaluation continue.	Contenus d'intérêt : Le programme serait bénéfique pour les jeunes ayant des besoins complexes et ayant vécu des traumatismes et des placements instables : - Amélioration des comportements; - Réduction des symptômes de traumatismes; - Amélioration de la santé émotionnelle. Facilitateurs et avantages : - La capacité des jeunes à former des liens est un facteur déterminant du succès du programme; - Autres facteurs facilitateurs : stratégies de rétention du personnel, incluant un <i>leadership</i> clair, le soutien émotionnel, la stabilité financière, et le professionnalisme; - S'engager dans un programme éducatif ou de formation professionnelle est un facteur de succès du séjour du jeune dans le <i>Therapeutic Residential Care</i>. Barrières et autres désavantages :

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
						- Les jeunes enfants et les jeunes n'ayant pas de besoins thérapeutiques hautement complexes ne seraient pas de bons candidats pour le TRC; - Les jeunes qui ont des difficultés à former des liens sociaux nécessitent un soutien plus intensif que ce qui est offert par le TRC.
Wolverine Mental Health Program (72) États-Unis	Principes et approches: - Approche s'appuyant sur les notions de la Thérapie cognitive-comportementale (CBT). <i>Wolverine Human Services</i> (WHS) : stratégies de modification comportementales et système d'intervention thérapeutique en cas de crise. Buts : le but est de former les jeunes à être leurs propres thérapeutes en internalisant des compétences et en les appliquant au quotidien, y compris après leur retour dans la communauté.	Jeunes âgés de 12 à 21 ans présentant des problèmes de comportements et plusieurs problèmes de santé mentale.	En installations résidentielles sécurisées ou non.	Format individuel, de groupe et thérapie de famille. Trois niveaux de services de CBT pour les milieux résidentiels : 1. CBT; 2. Écoute active, identification de l'humeur et cartographie des interventions, résolution de problèmes; 3. Planification d'activités, compétences de tolérance de la détresse et restructuration cognitive.	Personnel formé pour la thérapie cognitive-comportementale pour les environnements résidentiels. Équipe de soins : - Thérapeutes (<i>therapist</i>, maîtrise en travail social) pour soutenir le jeune, - Gestionnaires d'équipe (baccalauréat) pour gérer les unités et programmes, <i>Permanency treatment leaders</i> (baccalauréat) pour administrer la CBT, - Gestionnaires cliniques (maîtrise), - Gestionnaires de cas (baccalauréat). Personnel d'opérations: <i>Youth care workers</i> (diplôme secondaire) pour surveiller les	Facilitateurs et avantages : - Développement de stratégies d'implantation incluant de la formation, du soutien aux intervenants et professionnels, des changements d'infrastructure et le développement des relations entre les parties prenantes; - Les jeux de rôles ont facilité l'acquisition de nouvelles compétences par le personnel. Barrières et autres désavantages : - Difficulté à adapter les protocoles de thérapie cognitive-comportementale au milieu WHS, notamment parce que l'ensemble du personnel devait être capable de déployer les compétences, y compris les intervenants sans formation clinique; - Difficultés dans l'application de principes de <i>behaviorism</i>; - Difficulté à implanter les activités dans les journées structurées du

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
					jeunes; Coordonnateurs de sécurité et de soutien à l'équipe (baccalauréat) pour guider les jeunes.	programme WHS et avec les restrictions imposées sur les ressources matérielles qui pourraient être dangereuses; Le roulement de personnel peut poser des défis.
Youth Prevention and Recovery Care (Y-PARC) (74) Australie	Principes et approches : - Impliquer la famille; - Approche centrée sur la personne; - Approche holistique et adaptée au développement; - Approche basée sur les relations, et orientée vers la récupération; - Modèle de rémission (<i>recovery framework</i>). But : pallier les manques dans le continuum des services de santé mentale en améliorant l'accès et les options nécessaires pour satisfaire les besoins du jeune.	Jeunes âgés de 16 à 25 ans présentant des difficultés de régulation émotionnelle, des comportements d'automutilation, un risque suicidaire et diagnostics de santé mentale incluant des troubles de la personnalité limite.	Foyer résidentiel (<i>residential home</i>)	Alternative à l'hospitalisation en unité de santé mentale. Séjours de courte durée (autour de 19 jours en moyenne, jusqu'à 28 jours). Plusieurs services : - Évaluation initiale; - Promotion de l'autonomie et du développement personnel; - Apprentissage de compétences et développement de routines pour améliorer l'hygiène de vie; - Techniques de pleine conscience; - Stratégies de résolution de problèmes; - Thérapie cognitive-comportementale; - Thérapie comportementale-dialectique; - Soupers avec les membres de la famille; - Possibilité de revenir au programme plusieurs fois; - Relations naturelles, familiales avec le personnel; - Utilisation d'interventions psychosociales.	Personnel (non spécifié) Travailleur d'engagement familial (<i>specialist family engagement</i>) pour soutenir la participation de la famille aux soins.	Contenus d'intérêt : - Amélioration des compétences en matière de recherche d'aide; - Amélioration auto-rapportée en termes de santé mentale. Facilitateurs et avantages : - La collaboration entre les services cliniques et les services communautaires est une force du programme; - Les séjours multiples facilitaient le développement de stratégies psychologiques à leur propre rythme; - Les jeunes et leurs familles se sentaient à l'aise grâce à l'atmosphère amicale et chaleureuse du milieu. Barrières et autres désavantages : - N'est pas nécessairement adapté aux jeunes avec des problèmes sévères; - L'implantation nécessite du temps; - Le partenariat avec les services communautaires de santé mentale est difficile à implanter; - La définition des rôles des différents intervenants et

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
						professionnels était parfois difficile à cerner pour les familles; • Les jeunes et leurs familles ont rapporté qu'ils auraient eu besoin de consulter un psychologue en plus du programme.

Tableau C-4 Alternatives aux CRJDA

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
Atlas project (39) États-Unis	Principes et approches : • Développement des connaissances; • Évaluation en santé mentale basée sur le traumatisme; • Planification et gestion de cas; • Services tenant compte des traumatismes; • Partenariats et collaborations des systèmes; • Basée sur les compétences de régulation du jeune; • Trauma Systems Therapy (TST). But : améliorer les résultats de santé mentale et la stabilité des placements en famille d'accueil en utilisant des pratiques tenant compte des traumatismes.	Jeunes présentant des problèmes comportementaux et de santé mentale nécessitant des services intensifs.	En famille d'accueil.	• Partenariat entre le système de santé mentale et le système de familles d'accueil TFFC (<i>treatment family foster care</i>). • Planification organisationnelle. • Dépistage et évaluation du traumatisme et des problèmes de santé mentale. • Outils concernant les soins et services: utilisation du <i>Child Ecology Check-In</i> pour identifier les besoins de l'enfant. • Soins et services de santé mentale tenant compte des traumatismes avec un plan d'intervention identifiant les stratégies pour minimiser les rappels de traumatisme et renforcer la capacité à gérer les réactions liées au traumatisme. • Formation du personnel et des parents de famille d'accueil. • Consultations hebdomadaires avec le personnel et les superviseurs par les familles d'accueil.	• Équipe collaborative comprenant les agences de placement (<i>foster care providers</i>), et des partenaires en santé mentale. • « Champion » du projet chargé de développer un plan organisationnel. • Le personnel est formé sur les traumatismes et sur l'utilisation des outils.	Contenus d'intérêt : • Amélioration de la collaboration et de l'engagement des enfants et des parents d'accueil; • Meilleure compréhension du traumatisme et du modèle <i>Trauma Systems Therapy</i>; • Développement d'un langage et d'une conceptualisation de cas commune. Facilitateurs et avantages : • Flexibilité dans l'implantation du modèle; • Le plan organisationnel a soutenu le fonctionnement du partenariat; • Un système de point a soutenu les choix de priorité de l'équipe. Barrières et autres désavantages : • Difficultés dans la coordination des horaires des familles d'accueil et dans la gestion des priorités; • Nécessite un niveau de coordination élevé qui rend l'implantation au niveau de plusieurs systèmes difficile.
Behavioral Health Crisis Care Clinic (CCC) model (63) États-Unis	Approches : • Basée sur une alliance thérapeutique avec le jeune; • Co-treatment model.	Jeunes âgés de 10 à 20 ans présentant des idées suicidaires et en état de crise.	Clinique externe.	• Élaboration d'un plan d'intervention cohérent en collaboration avec les professionnelles, les intervenants et la famille. • Psychothérapie basée sur le	• Gestionnaire de cas (baccalauréat en sciences sociales). • Professionnels de la santé (un professionnel pour le	Contenus d'intérêt : • Le modèle est associé à une réduction du nombre de visites aux urgences, réduction des tentatives de suicide.

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
	But : offrir une option de gestion de crise centrée sur la famille et l'intervention en contexte de clinique externe pour réduire le recours aux soins d'urgence.			CAMS (Collaborative Assessment and Management of Suicidality). • Formation des compétences. • Psychoéducation. • Sécurité face aux moyens létaux à travers du counseling. • Formation des compétences parentales. • Sessions de consultation de crise (évaluation, gestion et traitement). • Élaboration d'un plan de stabilisation de crise individualisé (individualized crisis stabilization plan). • Soutien à la navigation du système de santé mentale pour trouver les ressources, notamment psychiatriques et pour la gestion des rendez-vous.	jeune et les personnes soignantes (<i>caregivers</i>).	Facilitateurs et avantages : • Taux de participation élevé; • Taux de satisfaction des intervenants élevés. Barrières et autres désavantages : • Difficulté d'accès au programme en raison du manque de places et des problèmes avec les assurances.
Child-Adult Relationship Enhancement (58) États-Unis	Principes et approches : • Approche de soins tenant compte des traumatismes; • Centrée sur la relation. Buts : • Aider les adultes à établir et à améliorer leurs relations avec les enfants considérés comme à risque; • Réduire les échecs de placement, les problèmes d'externalisation et le stress parental.	Enfants âgés de 2 à 18 ans avec des problèmes de comportement sévères.	En familles d'accueil et en milieux résidentiels.	Utilisation des principes d'apprentissage social pour travailler sur les domaines suivants : • Arrêt du cycle de coercition; • Amélioration de la relation parents-enfant; • Alternatives aux mesures de discipline physiques.	• Parents ou familles d'accueil formées en CARE. • Intervenants et professionnels de santé mentale (p. ex. psychologues) formés en CARE. Professionnels de la santé sont des alliés et peuvent être aussi formés (p. ex. médecins, infirmiers, ergothérapeutes, etc.)	Facilitateurs et avantages : • L'intégration de la formation CARE aux formations existantes est un élément facilitateur à l'implantation; • La présence d'un formateur expérimenté sur place.
Gateway CALL (55) États-Unis	Approche : offrir une cascade de services pour identifier les enfants avec des problèmes de santé mentale et les orienter	Enfants et jeunes de moins de 18 ans ayant vécu un trauma et/ou	Services de protection de la jeunesse.	Plusieurs éléments : • Dépistage systématique pour les problèmes de santé mentale et l'exposition au trauma;	Intervenants et professionnels des services de la protection de la jeunesse.	Contenus d'intérêt : • Enfants (de l'étude) recevant le Gateway Call ont reçu plus de services (visites) de santé

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
	vers des services dans le système de santé. But : traiter les conséquences des traumatismes et les obstacles courants à l'identification, à l'évaluation et à l'orientation vers des services de santé mentale pour les enfants pris en charge par le système de protection de l'enfance.	présentant des problèmes émotionnels, sociaux ou comportementaux.		• Référence des enfants ayant des scores élevés au dépistage aux équipes CALL; • Consultation et évaluation diagnostique complète par l'équipe CALL; • Références et liaisons avec les organisations de santé mentale communautaires; • Réévaluation des enfants et suivis des progrès auprès des intervenants responsables.	Professionnels CALL chargés de recommander les modèles de traitement, orienter les enfants vers des services dans la communauté et lever les obstacles à l'accès aux services.	mentale; • Modèle n'est toutefois pas associé à une plus grande probabilité à recevoir des services de santé mentale ; • Ne semble pas avoir d'effets sur le nombre de placements ou autres résultats en matière de protection de l'enfance (sécurité, permanence). Barrières et autres désavantages : • Difficultés dans les collaborations dues entre autres à un changement organisationnel lié à l'équipe CALL et au roulement de personnel dans les services de protection de l'enfance et de santé comportementale; • Faible taux de participation.
Intensive In-home Child and Adolescent Psychiatric Service (IICAPS) (59) États-Unis	Principes : Fondée sur la psychopathologie du développement, part du principe que le parcours développemental d'un enfant est déterminé par les interactions complexes et continues entre les caractéristiques héréditaires du jeune et son environnement. Approches : écologique, axée sur la famille. But: améliorer la qualité de la compatibilité entre l'enfant et tous les systèmes familiaux, scolaires et communautaires	Enfants de 3 à 19 ans ayant des comportements agressifs et d'opposition, à risque de nécessiter un traitement en milieu hospitalier psychiatrique ou jugés non réceptifs à des services ambulatoires moins intensifs. Ils peuvent être référés par des	En milieu familial.	Collaboration avec le jeune et sa famille. Visites à domicile auprès de l'enfant et de sa famille (4 à 5 heures / semaine pendant 6 mois). Étapes du traitement 1. Engagement et évaluation (élaboration d'un plan de traitement initial axé sur le problème principal de l'enfant); 2. Travail et action (réalisation des objectifs et mesures du plan de traitement); 3. Conclusion et synthèse (renforcement des liens entre l'enfant, sa famille et	L'équipe de soins est constituée de 2 professionnels de santé mentale (dont au moins un possède une maîtrise). Ils doivent recevoir une formation IICAPS de 15 heures. Supervision hebdomadaire des cas par des superviseurs expérimentés et lors de réunions régulières co-animées par un pédopsychiatre.	Contenus d'intérêt : • Réduction de l'utilisation des services psychiatriques et des services d'urgence • Amélioration du fonctionnement de l'enfant et de sa famille; • Pourrait réduire le taux de placement hors domicile chez les jeunes présentant des problèmes émotionnels sévères (<i>Serious Emotional Disturbance</i>). Facilitateurs et avantages : • Programme offert sur 20 sites différents, largement mis en œuvre et soutenu par l'État.

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
	dans lesquels il est intégré.	services de santé ou mentale psychiatriques, le milieu scolaire, le milieu judiciaire.		les services nécessaires pour maintenir les progrès réalisés).		
Intensive Alternative Family Treatment (IAFT) (40) États-Unis	Principes et approches : • Repose sur la collaboration entre les jeunes placés, les familles et les organismes dans la planification et la mise en œuvre du traitement; • Utilise des éléments du modèle de TFC (<i>Treatment Foster Care</i>). But : répondre aux besoins des enfants avant qu'ils ne s'aggravent au point de nécessiter des traitements plus coûteux et plus restrictifs.	Enfants et jeunes âgés de 6 à 23 ans présentant des troubles de comportements et des problèmes de santé mentale (TDAH, trouble psychotique, trouble de la conduite, trouble anxieux, trouble dépressif/bipolaire, trouble du spectre de l'autisme, trouble de stress post-traumatique). Placement d'un seul enfant par famille d'accueil.	En familles d'accueil.	Combinaison de thérapie individuelle et familiale hebdomadaire. Les parents d'accueil sont formés et reçoivent du soutien continu par une équipe de professionnels pour composer avec les défis associés au placement de jeunes. Services IAFT : • Services intensifs; • Formations sur les soins tenant compte des traumatismes, la gestion des problèmes comportementaux, les techniques de désescalade, etc.; • Implication du jeune et de la famille dans le développement du et la mise en œuvre du plan de traitement avec l'équipe. • Niveau élevé de soutien donné aux parents d'accueil : • Contact quotidien en semaine afin d'encourager et de suivre les progrès du traitement; • Supervision hebdomadaire en face-à-face; • Assistance en cas de crise disponible 24 heures sur 24; • Deux jours de répit par mois.	Parents d'accueil ayant reçu une formation IAFT : responsables de travailler avec les professionnels impliqués dans les soins du jeune et d'implanter un plan de traitement compréhensif. Équipe de professionnels. Personnel de l'agence de placement.	Contenus d'intérêt : • Réduction du risque de passer à des services plus intensifs. Facilitateurs et avantages : • Permet d'offrir des soins et des services individualisés et plus intensifs que dans un milieu de soins psychiatriques résidentiels; • Les jeunes avec des besoins plus sévères pourraient bénéficier de ce type de programme; • Permet d'offrir un continuum de services tout en gardant le jeune dans sa famille d'accueil et dans sa communauté. Barrières et autres désavantages : • Variation dans l'implantation de modèle TFC. Coûts : • Moins coûteux que les soins psychiatriques résidentiels (<i>psychiatric residential treatment facilities</i>).
Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) (35,	Principes et approches : • <i>Family Care Treatment</i> : combinaisons des principes	Jeunes de moins de 18 ans présentant des	En milieu familial (famille d'origine, d'accueil, adoptive	• Analyse comportementale au domicile, en milieu scolaire et communautaire;	Superviseur de programme (<i>Case manager</i> , PhD en	Contenus d'intérêt : • Les jeunes ayant reçu ces services ont moins de problèmes

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
80) Suède, États-Unis	de MTFC avec une approche centrée sur la personne (plan de changement comportemental, mentorat, soutien, formation, implication des personnes aidantes); - Programme multimodal intensif ajusté aux besoins individuels; - Programme de formation. Buts : - Enseigner aux parents, comment superviser, discipliner et encourager efficacement leur enfant; - Améliorer la qualité de vie de la famille grâce à des services développés individuellement en mettant l'accent sur le soutien des compétences.	comportements antisociaux sévères. Jeunes pourraient présenter des handicaps développementaux	ou autres proches), scolaire et communautaire. Famille d'accueil.	- Analyse des besoins et des priorités; - Interventions ciblant les comportements prosociaux; - Encourager les discussions des proches avec le jeune pour améliorer les comportements; - Modélisation, pratique et rétroaction hebdomadaire pour implanter les stratégies mises en place; - Renforcer les relations avec les pairs qui ne présentent pas des comportements antisociaux. Procédures : - Rencontre initiale de la famille; - Formation au domicile (formateur disponible au moins 1 heure, 2 à 3 fois par semaine dans la communauté); - Appels quotidiens à la famille; - Rencontre hebdomadaire du jeune avec le thérapeute (<i>therapist</i>); - Accès téléphonique au thérapeute en tout temps.	analyse comportementale). Parents d'accueil formés pour soutenir le développement des compétences prosociales du jeune. Assistant de programme (effectue des appels quotidiens, offre des recommandations comportementales, coordination des communications). Thérapeute comportemental (<i>behavioral therapist</i>, chargé de développer les questions de l'appel quotidien, observations hebdomadaires au domicile et en milieu scolaire). Entraîneur de compétences (<i>skills trainer</i>, pratique les compétences prosociales dans la vie quotidienne).	dans leurs milieux de placement, présentent moins de comportements antisociaux et ont une meilleure performance scolaire. Ces jeunes sont moins exposés à des pairs ayant ce type de problèmes. Facilitateurs et avantages : - Ne nécessite pas un grand nombre de professionnels pour offrir les services. Barrières et autres désavantages : - Nécessite des ressources pour la formation de plusieurs individus; - La liste d'attente pour ces services est plus longue.
Multitiered systems of support (MTSS) framework (89) États-Unis	Principes et approches : - Approche de soins tenant compte des traumatismes; - Soutien aux étudiants avec des problèmes sociaux ou émotionnels.	Jeunes ayant vécu un trauma et présentant des problèmes émotionnels et comportementaux.	En milieu scolaire.	Services liés à un programme de counseling scolaire tenant compte des traumatismes. Tous les étudiants reçoivent des services de niveau 1 dans l'objectif de créer un environnement sécuritaire.	Conseillers scolaires ayant reçu une formation tenant compte des traumatismes (<i>trauma-informed training</i>) : Guider les jeunes en familles d'accueil en termes de leur santé et	Contenus d'intérêt : Permettrait aux conseillers scolaires d'identifier les problèmes de santé mentale et de soutenir les jeunes vivant en famille d'accueil.

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
	But : L'objectif principal de la mise en œuvre d'un programme d'orientation scolaire sensible aux traumatismes est de maximiser le temps pendant lequel un enfant a accès à l'apprentissage grâce à la sécurité et à l'engagement.			- Stratégies : promotion d'un climat scolaire positif, premiers soins psychologiques, gestion de crises, éducation du personnel sur les jeunes en famille d'accueil, formation en compétences de thérapie comportementale dialectique (DBT), et prévention de l'intimidation. - Partenariats : communauté scolaire, organismes communautaires de santé mentale, autorités policières, services de protection de l'enfance, intervenants du système judiciaire (juges, avocats, travailleurs de cas), foyers de groupe, familles, etc. Ceux avec des besoins plus spécifiques reçoivent des services de niveau 2 visant l'intervention précoce. - Stratégies : évaluation et dépistage, interventions de groupe (thérapie cognitive-comportementale CBT, compétences de thérapie comportementale dialectique DBT) - Partenariats : communauté scolaire, organismes communautaires de santé mentale, familles. Ceux avec des besoins d'intervention stratégique reçoivent	psychoéducation; Référer les jeunes vers les services lorsque nécessaire. Équipe de planification de soutien comportemental ayant pour rôle d'intégrer l'impact des traumatismes et des pratiques basés sur la preuve dans la planification du soutien comportemental.	Facilitateurs et avantages : - L'offre de séances de développement professionnel sur l'identification des traumatismes et sur le processus de références en milieu scolaire pourrait soutenir les conseillers scolaires (<i>school counselors</i>); - Les conseillers scolaires pourraient inviter les organismes communautaires (<i>community providers</i>) à présenter leurs ressources au personnel scolaire; - Les conseillers scolaires devraient essayer de comprendre l'impact des traumatismes sur le développement des jeunes en familles d'accueil afin de mieux les soutenir.

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
				des services de niveau 3 visant à offrir du soutien intensif. • Stratégies : thérapie individuelle et familiale intensive, traitement tenant compte des traumatismes. • Partenariats : communauté scolaire, organismes communautaires de santé mentale, familles. Différents types de changements peuvent être implantés dans le cadre de MTSS : formation sur le trauma, approche multidisciplinaire, expansion des services de counseling et de santé mentale, ateliers pour les familles sur les expériences averses durant l'enfance, etc.		
Pressley Ridge Treatment foster care (PR-TFC) (82) États-Unis	Principes et approches : • Similaire au modèle TFCO. Les programmes TFC (<i>treatment foster care</i>) offrent un traitement intensif et personnalisé; • Repose sur l'idée que les parents constituent l'agent de changement principal; • Basé sur la théorie d'apprentissage social. But : offrir des services intensifs pour l'acquisition de compétences transférables en milieu familial.	Adolescents (11 à 19 ans) présentant des problèmes émotionnels ou comportementaux qui pourraient bénéficier d'un traitement intensif et d'un environnement familial stable.	En milieu familial.	• Programme de traitement basé sur les services en famille d'accueil (durée d'environ 400 jours). • Procédures d'enseignement et de motivation des comportements adaptatifs. • Interventions offertes en milieu familial par des parents d'accueil professionnels (enseignement actif, intervention basée sur les compétences, liste d'objectifs quotidiens, système de points pour encourager les comportements ciblés).	Parents d'accueil « professionnels » (ayant reçu une formation avancée et du soutien clinique et technique). Soutien par des services incluant des agents de liaison (écoles, communauté, agences publiques, tribunal) et les services de santé mentale. Équipes composées de médecins, psychologues, thérapeutes, travailleurs sociaux et autres experts qui offrent de la formation et du soutien aux parents	Contenus d'intérêt : • Les programmes TFC seraient associés à des résultats similaires ou supérieurs aux soins résidentiels et seraient associés à des coûts moins élevés; • Le programme PR-TFC est associé à une amélioration du niveau de fonctionnement. De plus, les jeunes plus âgés nécessitent moins de temps dans le programme pour l'obtention d'une amélioration similaire. Coûts : • Le programme PR-TFC serait moins coûteux que le placement

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
					et jeunes et surveillent l'implantation du programme.	en foyer de groupe ou en résidence.
Treatment and Care for Kids (TrACK) (57) Australie	Principes et approches : - Programme intensif de soins en famille d'accueil; - Approche basée sur les forces, centrée sur les solutions et tenant compte des traumatismes; - Approche basée sur la création et le renforcement des relations avec les enfants et les jeunes; Les éléments clés du modèle sont: - Système tenant en compte des traumatismes; - Création de sécurité physique et émotionnelle; - Répondre aux besoins des jeunes et tolérer les comportements difficiles; - Soutenir les parents d'accueil (<i>carers</i>); - Accès à du soutien et des soins; - Soutien après les soins; - Amélioration de la communication et du soutien par les services. But : offrir une alternative aux enfants et jeunes vivant en milieux résidentiels (<i>residential care</i>) dont les problématiques	Enfants âgés de moins de 18 ans présentant des besoins complexes et des problèmes comportementaux.	En familles d'accueil. Services offerts au domicile, en milieu de travail, en milieu scolaire et dans le voisinage.	- Évaluation initiale des besoins du jeune et élaboration d'un plan d'intervention. - Évaluation des capacités des parents d'accueil pour déterminer leur tolérance aux comportements difficiles et à demeurer sensibles. - Soutenir et former les parents d'accueil à maintenir leur capacité de répondre de manière réflexive et non réactive. Renforcer l'importance d'utiliser la relation avec le jeune pour répondre aux déficits développementaux. - Accès aux consultations et formations spécialisées en tout temps. - Contact régulier en personne et au téléphone.	Spécialistes thérapeutiques (<i>therapeutic specialists</i>). Travailleurs sociaux (<i>foster care workers</i>). Équipe pour soutenir la dyade enfant-parent d'accueil. Équipe TrACK inclut un parent d'accueil formé, un travailleur social spécialisé et un spécialiste thérapeutique.	Contenus d'intérêt : - Bonne stabilité du placement dans le programme TrACK; - Les enfants sortant du programme ne retournent pas en milieu résidentiel; - Amélioration des problèmes comportementaux et émotionnels; - Développement de relations positives entre le jeune et le parent d'accueil. Facilitateurs et avantages : - L'intervention agit au niveau de la relation entre l'enfant et sa personne soignante; - Le programme a un aspect multidimensionnel et permet une approche plus holistique et longitudinale; - Développement d'un lien thérapeutique fort entre l'enfant et la personne soignante, et non avec un professionnel de la santé.

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
	sont considérées trop complexes pour être placés en famille d'accueil.					
Treatment Foster Care Oregon (64, 79, 81, 83) Aussi connu sous les appellations suivantes : - Treatment Foster Care Oregon – Adolescents (TFCO-A); - Treatment Foster Care Oregon – Older youth (TFCO-OY). États-Unis, Suède	Principes et approches : - Basé sur la théorie de l'apprentissage social et de l'approche <i>Wraparound</i>, Treatment Foster Care Oregon place la famille au centre du modèle. - Met l'accent sur le renforcement positif et l'acquisition de force morale. But : favoriser la vie en milieu familial plutôt qu'en milieu résidentiel, tout en formant les familles à accueillir le jeune.	Jeunes âgés de 12 à 17 ans (ou 11-18 selon les références) présentant des troubles émotionnels ou du comportement sévères ou ayant des comportements délinquants.	Milieu familial (famille d'origine ou famille d'accueil).	Quatre éléments clés : - Un environnement stable et stimulant visant à développer des compétences scolaires et des aptitudes pour une vie positive; - Une routine quotidienne avec des attentes et des limites clairement établies; - Une supervision étroite des allers-venues du jeune; - Un soutien pour aider le jeune à éviter les fréquentations déviantes et à développer des relations prosociales ainsi que des consultations psychiatriques au besoin. Les services prennent la forme de contacts quotidiens avec la famille d'accueil, deux contacts hebdomadaires pour le jeune et un contact hebdomadaire pour la famille d'origine ainsi qu'un accès 24/7 au <i>Team Leader</i> pour la famille d'accueil.	6-8 personnes comprenant : - Un <i>team leader</i> (maîtrise clinique) responsable de la coordination; - Un responsable du recrutement et de la formation des familles; - Un thérapeute familial (maîtrise clinique) - Un thérapeute individuel (maîtrise clinique); 2 à 3 formateurs dédiés aux jeunes (baccalauréat en sciences comportementales); - La famille d'accueil; - Un psychiatre consultant. Les membres de l'équipe de soins reçoivent une formation TFCO.	Contenus d'intérêt : - Une étude en Suède a montré une plus grande réduction des comportements intériorisés et extériorisés; - Le modèle est associé à moins de comportements violents, criminels et d'automutilation. Facilitateurs et avantages : - Formation disponible pour les familles; - Outils d'implantation disponibles. Barrières et autres désavantages : - N'autorise qu'un jeune par famille d'accueil; - L'implantation nécessite la coopération de multiples niveaux organisationnels. Coûts : - En Suède, le coût par jour est de É.-U. \$510, certaines études rapportent un rapport coût-bénéfice en faveur du TFCO comparativement aux prises en charge usuelles (valeur nette positive de É.-U. 100 000 \$). D'autres démontrent que le TFCO est associé à des coûts légèrement plus élevés que la même durée de placement en foyer de groupe, mais moins

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
Trust-Based Relational Intervention (TBRI) (88) États-Unis	Principes et approches : - Utilise l'approche de réponse idéale (<i>Ideal Response</i>) où la réponse de l'adulte doit rejoindre le niveau d'intensité du problème comportemental lors de l'épisode de correction. - Basé sur les principes d'habilitation, de connexion et de correction. - Aide les enseignants à mieux connaître le trauma et ses effets sur les jeunes, à reconnaître les comportements causés par le trauma, et à aider les jeunes à réguler ces comportements. Buts : - Aider les jeunes à se sentir en sécurité et soutenus dans leur environnement, en répondant à leurs besoins; - Réduire les comportements liés au stress; - Améliorer le fonctionnement psychosocial; - Prévenir les comportements perturbateurs avant qu'ils ne se produisent	Jeunes de la 7^e à la 12^e année présentant des comportements agressifs et perturbateurs. Ces jeunes peuvent présenter des situations complexes comme de la négligence, de la violence familiale, des difficultés scolaires, etc.	Rencontres de groupes (<i>nurture groups</i>) dans les unités résidentielles.	- Stratégies proactives enseignées lors d'activités en petit groupe : techniques d'autorégulation, compétences sociales (respect des autres, utilisation des paroles pour remplacer les comportements négatifs, gentillesse, acception des conséquences, demander la permission, etc.). Structure de groupes (<i>nurture groups</i>) - Révision des règles du groupe; - Activité pour faire le point; - Activité « pansement »; - Activité d'alimentation; - Pratique des compétences sociales; - Thérapie par le jeu; - Activité de clôture.	En milieu résidentiel : les employés du milieu résidentiel et le personnel de soutien comportemental sont formés en TBRI (formation de 2 jours). En milieu scolaire : Le personnel de soutien comportemental soutient les enseignants avec les étudiants présentant des problèmes (peuvent retirer le jeune de la classe pour un moment).	cher qu'en résidence de soins. Contenus d'intérêt : - Données d'efficacité limitées; - En milieu scolaire, les jeunes démontrent une diminution des comportements violents et du taux de références pour comportements agressifs; - En milieu scolaire, les jeunes rapporteraient leurs problèmes de manière plus fréquente au personnel de soutien.
Wraparound (WA) (24, 33, 60, 61, 65, 68) Aussi connu sous les appellations	Principes et approches : - Modèle de coordination des soins; - Axée sur la famille, culturellement adaptée et	Enfants et jeunes âgés de 4 à 20 ans présentant des problèmes émotionnels, de	En milieu familial (famille d'origine, d'accueil ou adoptive), milieu communautaire	Collaboration entre les familles, les fournisseurs de soins et de services et le réseau de soutien social de la famille pour établir un plan répondant aux besoins de	Le coordonnateur de soins (baccalauréat) est responsable de recevoir le jeune, de rassembler l'équipe (services et	Contenus d'intérêt : - Moins d'utilisation des services en institution; - Bien que des tendances vers la baisse des comportements

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
suivantes : • High Fidelity <i>Wraparound</i> (Wrap); • <i>Wraparound</i> Care Coordination; • Multidimensional Treatment Foster Care. États-Unis	basée sur la communauté; • Approche écologique; • Approche centrée sur les forces et sur l'augmentation du soutien naturel à la famille; • Basé sur une approche de planification de services et de soutien individualisée; • Basé sur le cadre de référence <i>System of care framework</i> et la théorie du changement de <i>Wraparound</i> (inspiré par l'apprentissage social et les théories comportementales et systémiques). Buts : • Maintenir les enfants et les jeunes qui ont des besoins élevés en santé mentale dans leur milieu familial, de manière efficace et sécuritaire; • Améliorer le fonctionnement du jeune dans tous les domaines de la vie; • Réduire le placement hors du milieu familial.	comportements et de santé mentale complexes, pouvant avoir besoin d'hébergement. Programme peut s'offrir par groupe d'âge : TFCO-A : jeune de 11-18 ans; TFCO-C jeune de 7-11 ans et TFCO--P enfant de 3-6 ans.	(organisation, fournisseur de services et soins, foyers de groupe ou en institution).	l'enfant et de la famille. • Processus en 4 étapes : engagement et préparation de l'équipe, élaboration du plan initial, mise en œuvre et transition. • Dans le service <i>Wraparound care coordination</i>, les jeunes sont référés à un coordinateur de soins qui leur offre du counseling de soutien, un accompagnement aux rendez-vous et à des activités de socialisation. • Les jeunes obtiennent des services qui leur permettent de renforcer leurs compétences à la vie autonome. • Les familles d'accueil reçoivent une formation spécialisée et ont accès à du soutien disponible 24/7.	réseau de soutien), de faciliter la planification des soins et d'aider à l'implantation des stratégies. L'équipe comprend aussi le jeune, les membres de la famille, les intervenants et les professionnels et les membres du réseau de soutien de la famille. L'équipe clinique est composée de six professionnels clés qui travaillent avec huit à dix familles d'accueil. Les coordonnateurs de soins sont généralement responsables de 10 à 15 familles. Un représentant de la jeunesse (<i>youth advocate</i>) offre du soutien et du counseling par les pairs. Les membres de l'équipe reçoivent une formation en <i>Wraparound</i>.	violents, des fugues, et une amélioration des résultats scolaires ont été observées par une étude, <i>Wraparound</i> n'est pas associé à des différences significatives. Le modèle n'est pas associé à des améliorations du fonctionnement. Facilitateurs et avantages : • Peut être implantée rapidement et de manière adaptée; • Peut mener à moins de coûts dans le système de la santé et dans d'autres agences gouvernementales. Barrières et autres désavantages : • Nécessite une attention particulière à la formation, la supervision et la fidélité aux pratiques; • Peut introduire un niveau de complexité additionnelle dans les systèmes existants. La collaboration entre les agences de services peut être difficile. Coûts : • Le coût est engendré par les coûts en personnel; • Serait moins coûteux que le traitement usuel; • Toutefois, <i>Wraparound</i> pourrait être plus coûteux qu'une approche communautaire intensive.

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
Youth Flexible Assertive Community Team (Youth Flexible ACT) (62) Pays-Bas, Norvège	Principes et approches : - Intégration et coordination des soins; - Offre de soins flexibles selon une séquence ascendante; - Soins de proximité (<i>outreach care</i>); - Offre de soins personnalisés. Buts : - Permettre aux jeunes et à leurs familles de reprendre le contrôle de leur vie; - Améliorer l'engagement du jeune pour réduire le risque d'abandon du traitement.	Jeunes âgés de moins de 22 ans présentant une situation complexe (risque d'autonégligence, décompensation psychiatrique, risque de suicide, violence, abus ou automutilation) et n'ayant pas de facteurs de protection. Ces jeunes peuvent présenter des difficultés dans plusieurs sphères de la vie quotidienne, dans plusieurs domaines (éducation, emploi, relations avec les pairs, santé, finances, etc.) et ne seraient pas capables de se présenter pour recevoir des soins et des services.	En milieu familial (visites au domicile). Format individuel et en famille.	Offre d'une gamme de services complète et holistique incluant le traitement des symptômes psychiatriques, du soutien aux besoins du quotidien, de la réhabilitation et du soutien au rétablissement (<i>recovery support</i>). Étapes de soins : - Phase initiale d'entrevues avec les jeunes, leurs familles, amis et autres figures de soutien. - Phase de traitement actif : l'équipe ACT travaille en collaboration avec le jeune et son entourage pour modifier les relations dans la famille, pour encourager l'autonomie, stimuler le contact avec les pairs et renforcer la participation à l'éducation, le travail et le loisir. - Phase finale de transition vers les soins adultes (<i>exiting youth flexible ACT</i>) : mise en place d'un plan de prévention de rechute, continuation du counseling, transfert des prescriptions à un médecin omnipraticien, etc.	Équipe multidisciplinaire : - Un thérapeute de famille (<i>systemic family therapist</i>); - Un spécialiste en éducation et emploi; - Des conseillers de parents et famille (<i>counselors</i>); - Un praticien principal (<i>head practitioner</i>, psychologue ou compétent pour le travail systémique (<i>systemic working</i>)) responsable d'offrir certaines thérapies; - Infirmière clinicienne psychiatrique (<i>psychiatric nurse practitioner</i>) en soutien au jeune et pour offrir du counseling aux parents; - Un travailleur social pour offrir des thérapies et du soutien, pour référer vers des ressources communautaires, et pour offrir du counseling aux parents; - Un psychiatre pour déterminer les besoins	Contenus d'intérêt : - Youth Flexible ACT offre des services personnalisés aux besoins du jeune qui peuvent entraîner des améliorations significatives. Facilitateurs et avantages : - Le modèle <i>Adult Flexible ACT</i> est le standard pour les adultes présentant des troubles de santé mentale sérieux aux Pays-Bas; Le modèle <i>Youth Flexible ACT</i> est de plus en plus répandu aux Pays-Bas et est implanté en Norvège; - Nécessite la collaboration des membres de l'équipe pour assurer l'intégration du traitement dans les différentes sphères de vie. Barrières et autres désavantages : - Les preuves sur l'efficacité de ce modèle sont insuffisantes; - L'âge limite du programme constitue une barrière; - La transition vers les services pour adultes présente des obstacles à en raison des problèmes d'organisation et le nombre de différents services qui existent. Ceci pourrait occasionner une perte d'engagement des jeunes avec les services de santé mentale.

Modèles de soins et de services Pays	Principes directeurs, approches théoriques et buts	Population	Contextes d'intervention	Services offerts	Professionnels impliqués et formations requises	Contenus d'intérêt, avantages et désavantages et coûts
					de traitements pharmacologiques; • Un coordonnateur de cas (<i>case manager</i>) qui intervient durant les rencontres d'équipe quotidiennes et les évaluations.	

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca