

OPTIMISATION DE L'OFFRE DE SERVICE DES TRAITEMENTS INTENSIFS EN SANTÉ MENTALE POUR LES JEUNES DE 13 À 17 ANS EN SITUATION DE CRISE PSYCHOPATHOLOGIQUE

AVIS D'ÉVALUATION

rédigé par
Marie-Pier Bouchard

en collaboration avec
Sara Delisle, Edith Paré-Roy

sous l'orientation scientifique de
Julien Desautels

©UETMISSS

Unité d'évaluation des technologies et des modes
d'intervention en santé et en services sociaux, 2024

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 



OPTIMISATION DE L'OFFRE DE SERVICE DES TRAITEMENTS INTENSIFS EN SANTÉ MENTALE POUR LES JEUNES DE 13 À 17 ANS EN SITUATION DE CRISE PSYCHOPATHOLOGIQUE

AVIS D'ÉVALUATION

rédigé par
Marie-Pier Bouchard

en collaboration avec
Sara Delisle, Edith Paré-Roy

sous l'orientation scientifique de
Julien Desautels

© UETMISSS, CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE –
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE (CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS), 2024
DIRECTION DE LA COORDINATION DE LA MISSION UNIVERSITAIRE

FÉVRIER 2024

CET AVIS EN UNE PAGE

CONTEXTE – Depuis quelques années, le nombre d'hospitalisations en pédopsychiatrie excède fréquemment et largement la capacité de l'unité située à l'Hôpital Fleurimont. De plus, certaines de ses hospitalisations sont parfois jugées non nécessaires. Devant ce constat, la Direction du programme jeunesse (DPJe) souhaite optimiser son offre de service pour la clientèle adolescente en crise psychopathologique grâce à l'implantation d'un nouveau programme intensif offert dans le contexte de vie (par exemple, dans la communauté, à domicile) des jeunes. L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux a réalisé une triangulation des données probantes, contextuelles et expérientielles afin de coconstruire des recommandations pour l'élaboration et l'implantation de ce service.

RECENSION DES ÉCRITS, DES DONNÉES CONTEXTUELLES ET EXPÉRIENTIELLES – La littérature scientifique comprend plusieurs modèles de soins alternatifs à l'hospitalisation et constate que les différents programmes intensifs dans le contexte de vie (PICV) s'apparentent davantage à un modèle de livraison des soins. Toutefois, l'ensemble des PICV démontre une efficacité similaire à l'hospitalisation pour les jeunes avec des présentations de troubles mentaux modérées à modérément sévères. Pour les besoins plus complexes, sévères ou persistants, l'hospitalisation demeure souvent nécessaire quoiqu'un PICV réduit la durée et la fréquence des hospitalisations. Bien que le nombre et la qualité des études ne permettent pas une méta-analyse pour identifier les éléments communs du programme, de nombreuses caractéristiques courantes sont identifiées. Les parties prenantes identifient notamment le besoin de répondre à la clientèle adolescente en crise psychopathologique, en temps et lieu opportuns, comme un défi à relever. De plus, elles soulignent l'importance de considérer l'environnement des jeunes et de répondre aux besoins des parents.

CONCLUSION – L'implantation d'un PICV pour la clientèle adolescente en crise psychopathologique au CIUSSS de l'Estrie – CHUS est appuyée par la triangulation des données scientifiques et contextuelles. L'efficacité de ce service est multifactorielle et indépendante du modèle choisi, mais implique un changement de paradigme et de pratiques pour inclure l'environnement et le système familial. Une vision commune, une offre de service claire, une collaboration multidisciplinaire et intersectorielle ainsi que des arrimages efficaces seront essentiels pour l'implantation de ce nouveau programme. La réponse rapide, en temps et lieu opportuns, le financement et la pénurie de main-d'œuvre seront des enjeux clés à adresser au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

RECOMMANDATIONS – Au total, 21 recommandations et 10 recommandations associées ont été élaborées. Le déploiement du mécanisme d'accès régional en santé mentale jeunesse et un plan de communication clair sont des prérequis. Une équipe multidisciplinaire et neuf formations spécifiques à l'exercice de leurs fonctions sont présentées. D'autres recommandations couvrent les critères d'admissibilité, le référencement vers le PICV et les portes d'entrée, l'évaluation de l'admissibilité, l'orientation des jeunes et la collaboration interéquipe. Un autre volet se concentre sur l'offre de service recommandée par la prise de contact, l'approche de soins, l'évaluation en continu, les types d'intervention, la couverture en dehors des heures régulières, la transition et la continuité des services. Finalement, une évaluation d'implantation et des impacts du PICV est recommandée.

LA MISSION

Soutenir la prise de décision des gestionnaires par diverses approches évaluatives, des technologies, modes d'intervention et programmes, en santé, santé publique et services sociaux et l'évaluation des interventions afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population estrienne. L'UETMISSS fonde ses travaux sur l'évaluation rigoureuse des données scientifiques, contextuelles et des savoirs expérientiels, ces derniers provenant des usagères et des usagers, leurs proches, la population et l'ensemble de la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS*.

**Intervenantes et intervenants, professionnelles et professionnels, gestionnaires*

UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

Marie-Pier Bouchard, M. Sc., MBA
Conseillère en évaluation à l'UETMISSS

Edith Paré-Roy
Personne conseillère en évaluation à l'UETMISSS

Ariane Brault, Ph. D.
Conseillère en évaluation à l'UETMISSS

Julien Desautels, ps.éd., Ph. D.
Coordonnateur – Enseignement et mobilisation des connaissances

Lucien Coulibaly, Ph. D
Conseiller en évaluation à l'UETMISSS

Sonia Ouellet
Agente administrative cl. 1

Cyrille Gérard Diffo, MD, M. Sc.
Conseiller en évaluation à l'UETMISSS

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025
ISBN 978-2-555-00681-2 (PDF)

© UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Pour tout renseignement sur ce document ou sur les activités de l'UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux
Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de
Sherbrooke – Hôpital et centre d'hébergement d'Youville
1036, rue Belvédère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4
Téléphone : (819) 780-2220, poste 16648
Courriel : UETMISSS.ciusse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Pour citer ce document : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS). OPTIMISATION DE L'OFFRE DE SERVICE DES TRAITEMENTS INTENSIFS EN SANTÉ MENTALE POUR LES JEUNES DE 13 à 17 ANS EN SITUATION DE CRISE PSYCHOPATHOLOGIQUE préparée par Marie-Pier Bouchard, Sara Delisle, Edith Paré-Roy et Julien Desautels, Février 2024 Sherbrooke, Québec (Canada), xxiii, 175 p.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

ÉQUIPE DE PROJET

RÉDACTION

Marie-Pier Bouchard	Conseillère en évaluation, Direction de la coordination de la mission universitaire (DCMU), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS)
---------------------	---

CONTRIBUTION AU PROJET (collaboration au sein de l'équipe)

Edith Paré-Roy	Personne conseillère en évaluation, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Sara Delisle	Conseillère en évaluation, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS (jusqu'en août 2023)

COMITÉ DE FORMULATION DES RECOMMANDATIONS

Mélanie Anctil	Spécialiste en activité clinique à l'unité des adolescente et adolescents à l'hôpital de jour de la pédopsychiatrie, Direction du programme jeunesse (DPJe), CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Marie-Claude Bourassa	Pédopsychiatre à la clinique externe de pédopsychiatrie, DPJe, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Amélie Desbiens-Tremblay	Chef de service de la trajectoire des troubles modérés à graves, Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD), CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Julien Desautels	Coordonnateur, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS), et chargé de cours en psychoéducation (intervention en contexte de crise, Université de Sherbrooke (UdS), formateur en intervention familiale, Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF)
Annie Glode	Chef de service au service aux jeunes 5-18 ans et aux services spécialisés, DPJe, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

CORRECTION D'ÉPREUVES ET MISE EN PAGE

Sonia Ouellet	Agente administrative cl. 1, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
---------------	--

ORIENTATION ET RÉVISION SCIENTIFIQUES ET APPROBATION FINALE

Julien Desautels	Coordonnateur, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS), et chargé de cours en psychoéducation (intervention en contexte de crise, Université de Sherbrooke (UdS), formateur en intervention familiale, Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF)
------------------	---

AUTRES PERSONNES AYANT CONTRIBUÉ À LA CONTEXTUALISATION

Maxime Dubé

Coordonnateur santé mentale jeunesse, transition vie adulte et réadaptation externe, DPJe, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Mélanie Anctil

Coordination des cliniques externes de pédopsychiatrie et du programme Mère-Enfant, DPJe, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

REMERCIEMENTS

L'UETMISSS tient à remercier toutes les personnes ayant contribué à la réalisation du présent rapport, particulièrement celles impliquées à la contextualisation des données scientifiques et à la formulation des recommandations.

DIVULGATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Aucun conflit à signaler

FINANCEMENT

Ce projet a été financé à même le budget de fonctionnement de l'UETMISSS.

RÉSUMÉ

Contexte – Depuis quelques années, le nombre d'hospitalisations en pédopsychiatrie excède fréquemment et largement la capacité de l'unité située à l'Hôpital Fleurimont. La disponibilité et l'accès limité aux services en amont et en aval de l'hospitalisation occasionnent des admissions à l'unité non nécessaires et des délais de congé hospitalier pour des raisons de sécurité. Devant ces constats, la Direction du programme jeunesse (DPJe) souhaite optimiser son offre de service pour la clientèle adolescente en crise psychopathologique avec l'implantation d'un nouveau programme intensif offert dans le contexte de vie (par exemple, dans la communauté, à domicile) des jeunes. L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux a réalisé une triangulation des données probantes, contextuelles et expérientielles afin de coconstruire des recommandations pour l'élaboration et l'implantation de ce programme.

Objectif – De manière à soutenir l'arrimage entre les services de la trajectoire en santé mentale jeunesse (SMJ), l'objectif de cet avis est d'identifier et de recommander les caractéristiques pour l'élaboration et l'implantation d'un programme intensif, immédiat et bref au CIUSSS de l'Estrie – CHUS qui serait offert à la clientèle adolescente en crise psychopathologique dans leur milieu (contexte) de vie.

Méthodologie – Une recherche documentaire a été réalisée en deux temps, en mars et en mai 2023, auprès de six banques de données (Medline, PsycInfo, EMBASE, Cochrane, CINAHL et Érudit), d'une sélection d'agences gouvernementales et de sociétés savantes. Une sélection indépendante a été réalisée en double, partiellement, et le niveau d'accord interjuges a été déterminé à l'aide du coefficient Kappa de Cohen. L'évaluation de la qualité des études a été réalisée en double, indépendamment. Toute disparité a été résolue par l'atteinte d'un consensus lors de discussions entre les membres de l'équipe.

La recension de la littérature scientifique a été réalisée sur les approches alternatives à l'hospitalisation pour la clientèle adolescente. Ces approches sont reconnues efficaces et sécuritaires pour stabiliser une crise psychopathologique dans le contexte de vie des jeunes et identifier les caractéristiques de l'organisation des services. La recension couvre les modèles de soins et de programmes intensifs (plus d'un contact par semaine) livrés à l'école, dans la communauté, à domicile ou dans un milieu de vie substitut comme les familles d'accueil, les ressources intermédiaires et les centres de réadaptation. Elle exclut, par contre, les modèles de programmes intensifs existants au CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour les crises psychopathologiques (suivi intensif en hôpital de jour et en clinique externe), les programmes de réadaptation pour une condition chronique, les services pour les crises psychosociales ou familiales sans enjeu psychiatrique, c'est-à-dire ceux reposant uniquement sur la pharmacothérapie ou les télésoins.

Une collecte de données administratives a été réalisée pour dresser le portrait de l'utilisation des services de pédopsychiatrie ainsi que les profils de leur clientèle, âgée de 13 à 17 ans, desservie au cours des cinq dernières années. Parallèlement, différentes parties prenantes, dont des jeunes représentant la clientèle cible, ont été consultées pour recueillir leurs savoirs expérientiels, leurs valeurs et leurs préférences. L'analyse thématique des thèmes recherchés et émergents a été réalisée directement à partir des enregistrements audio originaux. Une triangulation des données par thème, soit selon les caractéristiques de l'organisation des services, a été réalisée et présentée à un comité consultatif composé d'une pédopsychiatrie, de gestionnaires et d'intervenantes en santé mentale ou en pédopsychiatrie du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Les recommandations de cet avis d'évaluation ont été coconstruites lors des réunions du comité consultatif, couplées à un processus de développement collaboratif visant l'atteinte d'un consensus (sondage Delphi).

Résultats – Au total, vingt-deux publications ont été incluses dans la recension des écrits : onze revues systématiques, une revue narrative, deux chapitres de livres et huit études primaires récentes. Sur huit modèles alternatifs à l'hospitalisation recensés, quatre correspondaient aux critères de sélection : l'adaptation psychiatrique de la thérapie multisystémique, la gestion de crise intensive, les traitements intensifs à domicile et le modèle de préservation de la famille. La forte majorité des études a été réalisée auprès d'une clientèle adolescente ayant des présentations modérées à modérément sévères de troubles émotionnels ou du comportement. En dépit des limites des études, ces modèles démontrent tous une efficacité similaire ou supérieure à l'hospitalisation en pédopsychiatrie. La littérature suggère que le cadre optimal pour les jeunes est d'intégrer, lorsque nécessaire, une courte hospitalisation à un PICV. Les principaux facteurs en faveur d'une hospitalisation en unité psychiatrique comprennent le risque élevé de suicide, le risque de danger pour soi ou pour autrui, la dépression sévère ou les symptômes psychotiques ainsi que le niveau d'altération du fonctionnement à la maison ou avec les pairs et pairs.

En ce qui concerne l'organisation des services, on constate une variabilité substantielle entre les différents programmes étudiés en matière de durée, d'intensité (c.-à-d. la fréquence de contacts) et de type d'intervention. Néanmoins, certaines caractéristiques sont partagées. On trouve notamment la réponse immédiate et une couverture 24 h/24, 7 j/7 assurée par une garde médicale ou l'intervention de crise. Une majorité des programmes développés reposent sur les fondements de l'approche centrée sur la ou le jeune et la famille, la résolution de problèmes et l'approche écosystémique. Une livraison flexible (endroit et lieu selon les besoins de la famille et des jeunes), des interventions planifiées et un soutien par étape sont maintes fois nommés comme étant essentiels. Les interventions sont variées, multimodales et impliquent la famille. De plus, les descriptions de programmes incluent fréquemment des évaluations complètes comprenant une analyse fonctionnelle multidimensionnelle, un plan de sécurité, un plan de traitement individualisé et des révisions fréquentes pour ajuster les interventions en continu. Les équipes multidisciplinaires comprennent généralement des pédopsychiatres, des psychologues ou des thérapeutes titulaires d'une maîtrise, du personnel de soins infirmiers, des pédagogues, du personnel des services sociaux (par exemple, le travail social), et parfois du personnel pour la coordination des soins ainsi que du personnel administratif. La littérature soutient l'importance de collaborations multidisciplinaires, interéquipe et intersectorielles pour répondre aux besoins multiples et diversifiés de la clientèle adolescente en crise psychopathologique.

Données clinico-administratives du CIUSSS de l'Estrée – CHUS – Depuis 2018, le nombre annuel des visites aux urgences pour des raisons de santé mentale et d'admission à l'unité de pédopsychiatrie est relativement stable chez les jeunes de 13 à 17 ans. Les filles consultent davantage les urgences et les services spécialisés de pédopsychiatrie comparativement aux garçons. Les principales raisons des visites aux urgences pour des raisons de santé mentale sont les idées suicidaires, la crise situationnelle et l'anxiété ainsi que la dépression et l'automutilation. Au cours des deux dernières années, des augmentations ont été observées concernant le nombre de visites aux urgences pour des idées suicidaires et d'inscriptions de jeunes à l'hôpital de jour. Le diagnostic le plus fréquent associé à une admission à l'unité de pédopsychiatrie est le trouble de l'adaptation.

Perspectives des parties prenantes – À l'émergence d'une crise, les souhaits de se sentir en sécurité, d'être écouté et accompagné, et ce, au moment où le besoin est ressenti, ont été exprimés par les jeunes.

Cohéremment, les jeunes désirent avoir une implication dans le choix des traitements et sentir qu'on les respecte en tant que personne. Selon la perspective du parent, une étroite collaboration est importante pour répondre au sentiment de sécurité des jeunes. Quant aux proches, ce sont des besoins d'écoute et de « coaching » qui ressortent. Puisque l'hospitalisation reste nécessaire pour une portion des jeunes, l'ensemble des parties prenantes jugent que le PICV pourrait aussi être offert à la transition à domicile. Par ailleurs, la communauté interne soulève l'importance de considérer le risque de suicide, la dangerosité et la situation familiale (par exemple, le filet de sécurité) au moment de l'orientation (hospitalisation ou PICV). En Estrie, un besoin de service auprès de la clientèle adolescente est relevé pour le suivi de crise suicidaire et les troubles de l'adaptation.

Barrières et leviers – Pour l'implantation, une offre de service du PICV claire, unique et livrée par une équipe multidisciplinaire est jugée requise. Le mécanisme d'accès régional est identifié comme un levier pour soutenir les arrimages nécessaires, alors que la pénurie de main-d'œuvre et le manque de financement sont identifiés comme des freins. La collaboration et la sensibilisation des équipes et des départements clés seront des enjeux à considérer pour l'implantation. De plus, il y a l'impact du positionnement organisationnel en matière de gestion administrative, de financement et de logistique. Ce type de programme requiert un changement dans les pratiques actuelles pour s'adresser à l'individu, mais aussi à la famille et à l'environnement.

Limites – Le nombre et la qualité des études en général limitent la recommandation d'un modèle spécifique ou d'éléments communs du programme. Une analyse sous l'angle de la dysrégulation émotionnelle, comme souhaité par la demande originale, n'a pu être réalisée en raison du codage des données basé sur les diagnostics primaires. Enfin, les résultats abordent peu ou pas l'efficacité d'interventions intensives en santé mentale à domicile dans les situations de prise en charge par la protection de la jeunesse, ainsi que la perspective des familles de l'Estrie.

Conclusion – L'implantation d'un PICV pour la clientèle adolescente en crise psychopathologique au CIUSSS de l'Estrie – CHUS est appuyée par la triangulation des données scientifiques et contextuelles. L'efficacité de ce programme semble multifactorielle et indépendante du modèle choisi, mais implique un changement de paradigme et de pratiques pour inclure l'environnement et le système familial. Une vision commune, une offre de service claire, une collaboration multidisciplinaire et intersectorielle, ainsi que des arrimages efficaces seront essentiels pour l'implantation de ce nouveau programme. La réponse rapide en temps et lieu opportuns, le financement et la pénurie de main-d'œuvre seront des enjeux clés à adresser au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Recommandations– Au total, 21 recommandations et 10 recommandations associées ont été élaborées. Le déploiement du mécanisme d'accès régional en santé mentale jeunesse et un plan de communication clair sont des prérequis. Une équipe multidisciplinaire et neuf formations spécifiques à l'exercice de leurs fonctions sont présentées. D'autres recommandations couvrent les critères d'admissibilité, le référencement vers le PICV et les portes d'entrée, l'évaluation de l'admissibilité, l'orientation des jeunes et la collaboration interéquipe. Un autre volet se concentre sur l'offre de service recommandée par la prise de contact, l'approche de soins, l'évaluation en continu, les types d'intervention, la couverture en dehors des heures régulières, la transition et la continuité des services. Finalement, une évaluation d'implantation et des impacts du PICV est recommandée.

SUMMARY

Context – For several years, the number of young people hospitalized frequently exceeded the capacity of the child psychiatry inpatient unit located at Hôpital Fleurimont. The limited availability of and access to services has caused unnecessary hospitalizations and delays in discharge due to safety concerns. In response to these observations, the Direction du programme jeunesse (DPJe) wants to optimize their offer of services for adolescents in psychiatric crisis by implementing a new homed or community-based intensive service (HCBIS). The local Health Technology Assessment (HTA) unit carried out a triangulation of evidence, contextual data, and experiential data to co-construct recommendations for the development and implementation of this service.

Objective – In order to support the continuity of youth mental health care services at the CIUSSS de l'Estrie – CHUS, this assessment aims to identify and recommend the characteristics for the development and implementation of an intensive, immediate, and brief home or community-based service offered to young people in psychiatric crisis.

Methodology – A two-step comprehensive search was conducted in March and May 2023 in six electronic databases (Medline, Psycinfo, EMBASE, Cochrane, CINAHL, and Érudit), selected government agencies and scientific expert groups. Two reviewers screened a sample of abstracts and titles independently. The Cohen's Kappa coefficient was calculated to validate the inter-rater reliability. The quality of the selected studies was assessed by two reviewers independently. Discrepancies were discussed until an agreement was reached between both reviewers.

The literature review was carried out alternative approaches to inpatient care for young people in psychiatric crisis that are deemed effective and safe in order to identify the organisational structure and delivery modalities for such alternatives. The review included models of intensive care and services (more than one visit per week) delivered at school, in the community, at home, or in a substitute residential environment such as foster care, intermediate resources, and youth centers (rehabilitation centres for youth in difficulty). It excluded, however, models of intensive care and services already offered at the CIUSSS de l'Estrie – CHUS (day hospital, outpatient clinic), rehabilitation programs for a chronic condition, services for psychosocial or family crises without psychiatric issues, those based solely on pharmacotherapy or telecare.

Administrative health data was collected to understand the use of pediatric psychiatry services and the clinical profiles of the adolescents treated over the last 5 years. Meanwhile, various interested parties, including young people representing the target group, were consulted to collect their experiential knowledge, values, and preferences. A thematic analysis of the researched and emerging themes, encoded in an Excel spreadsheet, was carried out directly from the original audio recordings. A triangulation of the data by theme, according to the characteristics of the organization of the services, was carried out and presented to an advisory committee composed of a psychiatrist, managers, and mental health workers in child and adolescent psychiatry at the CIUSSS de Estrie – CHUS.

The recommendations were co-constructed during the meetings of the advisory committee based on the identification of a consensus position using the Delphi technique

Results – In total, 22 publications were included in the literature review: 11 systematic reviews, one narrative review, two book chapters, and eight recent primary studies. Out of eight alternative models to hospitalization identified, four corresponded to the selection criteria: multisystemic therapy -psychiatric care, intensive crisis management, intensive home treatment, and family preservation. Most studies focused on adolescents with moderate to moderately severe presentations of emotional and behavioral disorders. Despite the limitations of the studies, these models all demonstrate similar or greater effectiveness than inpatient mental healthcare for children and adolescents. The optimal framework for young people suggested by the literature recommends, when necessary, a short hospitalization coupled with HCBIS. A high risk of suicide, a risk of danger to oneself or others, severe depression or psychotic symptoms, and the functional impairment level at home or with peers are the main factors associated with inpatient admission in a psychiatric unit.

There is substantial variability between the different programs studied in terms of duration, intensity (i.e. frequency of contacts), and type of intervention. Some characteristics, however, are shared such as the immediate response and 24/7 coverage provided by medical on-call service or crisis intervention. The majority of services are based on individual and family-centered practice, problem-solving, and ecosystemic approaches. Flexible services (place and location depending on the needs of the family and young people), planned interventions, and step-by-step support are frequently identified as essential. The interventions are varied, multimodal, and involve the family. Moreover, program descriptions frequently include comprehensive assessments (including a multidimensional functional analysis), a safety plan, an individualized treatment plan, and frequent reassessments to continually adjust interventions. Multidisciplinary teams generally include child psychiatrists, psychologists or therapists with a master's degree, nurses, education specialists, social services staff (such as social workers), and sometimes, care coordinator, and administrative staff. The literature supports the importance of multidisciplinary, inter-team, and intersectoral collaborations to meet the diverse needs of adolescents in psychiatric crisis.

CIUSSS de l'Estrie – CHUS administrative health data - Since 2018, the annual numbers of emergency room visits for mental health reasons and admissions to the child psychiatry unit have been relatively stable among 13 to 17 year olds. More females consult the emergency department and the specialized child psychiatry services compared to males. The main causes for visits to the emergency room for mental health reasons are suicidal ideation, situational crises, and anxiety as well as depression and self-harm. Emergency department visits for suicidal thoughts, and young people's admission to the psychiatric day treatment program have increased over the last two years. The most common diagnosis associated with admission to the child psychiatry unit is adjustment disorder.

Interested parties' perspectives - When a crisis emerges, young people want to feel safe, to be heard and, to be supported, whenever they feel the need. Consistently, they desire to be involved in the treatment decision-making, and to feel respected as a person. From the parent's perspective, close collaboration is important for young people to feel cared for and safe. As for the families or guardians, the need for listening and “coaching” emerges. Since hospitalization remains necessary for a portion of young people, all collaborators believe that the HCBIS could also be offered as an inpatient transitional care. On the other hand, the internal community emphasizes that the risk of suicide, dangerousness level, and family environment (safety) should be considered for orientation (inpatient vs HCBIS). In Estrie, a need for service has been identified for monitoring adolescent suicidal crises and adjustment disorders.

Barriers and facilitators –For implementation, HCBIS should have a clear, singleservice offer delivered by a multidisciplinary team. The regional single-window system (in development) is identified as a facilitator to

support the necessary connections while labour shortage and the lack of financing are identified as obstacles. Collaboration and awareness among key teams and departments will be issues to consider for implementation. In addition, there is the impact of organizational positioning in terms of administrative management, financing, and logistics. This type of service also requires a change in current practices to address not only the individual but also the family and the environment.

Limitations – The number and quality of studies limit the recommendation of a specific model or even common program elements. An analysis from the perspective of emotional dysregulation (a transdiagnostic), as desired by the original request, could not be carried out due to the data coding of primary diagnoses in the studies. Finally, the findings cover a little or do not cover the effectiveness of HCBIS in the context of youth protection nor the perspective of families in Estrie.

Conclusions – Scientific and contextual data support the implementation of a HCBIS at the CIUSSS de l'Estrie – CHUS for adolescents in psychiatric crisis. The effectiveness of such a service seems multifactorial and independent of the chosen model but implies a change of practices and a paradigm shift to include the environment and the family system. A common vision, a clear service offer, multidisciplinary and intersectoral collaboration as well as effective connections will be essential for the implementation of this new service. Rapid response in due time and place, funding, and labor shortages will be the key issues to address for the CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Recommendations – This HTA report includes 21 recommendations and ten associated recommendations. A prior implementation of the regional single-window system and a clear communications plan are recommended as prerequisites. Recommendations also include a multidisciplinary team and, nine specific training courses. Other recommendations cover eligibility criteria, referral to the HCBIS and entry points, eligibility assessment, youth orientation, and inter-team collaboration. Another element of the recommendations focuses on first contact, care approach, ongoing assessment, types of intervention, coverage outside of operating hours, transition and continuity of services. Finally, an evaluation of the implementation and impacts of the HCBIS is recommended.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	1
1.1 CONTEXTE ET BESOINS DÉCISIONNELS.....	1
1.1.1 Définition de la crise.....	1
1.1.2 Résolution de crise	2
1.1.3 Offre actuelle de service en Estrie	3
1.1.4 Phénomène en croissance.....	5
1.2 PROBLÉMATIQUE.....	5
1.3 ENJEUX ET QUESTIONS DÉCISIONNELS	6
1.3.1 Question décisionnelle	6
2. MÉTHODOLOGIE.....	7
2.1 QUESTIONS D'ÉVALUATION.....	7
2.2 MODÈLE LOGIQUE ET CADRE D'ANALYSE	7
2.3 ENJEUX D'ÉTHIQUE ET D'ÉQUITÉ	9
2.4 RECENSION DES ÉCRITS	9
2.4.1 Stratégie de recherche	9
2.4.2 Sélection des études	9
2.4.3 Évaluation de la qualité des études	10
2.5 DONNÉES CONTEXTUELLES	10
2.5.1 Données clinico-administratives.....	10
2.5.2 Données expérientielles	11
2.5.3 Modélisation des processus	11
2.6 TRIANGULATION	12
2.7 MÉTHODE DE FORMULATION DES RECOMMANDATIONS	12
2.8 VALIDATION EXTERNE.....	13
3. RÉSULTATS.....	15
3.1 REVUE SYSTÉMATIQUE	15
3.1.1 Résultats de la recherche de la littérature.....	15
3.1.2 Description des articles inclus	15
3.1.3 Synthèse et interprétation des données probantes	17
3.2 PERSPECTIVES DES PARTIES PRENANTES	34
3.2.1 Perspectives des jeunes et des familles dans la littérature	34
3.2.2 Perspectives des jeunes en Estrie	35
3.2.3 Perspectives d'un parent	37
3.2.4 Valeurs et préférences des médecins, des gestionnaires, des intervenantes et intervenants	38
3.3 UTILISATION DES SERVICES ET DIAGNOSTICS.....	42
3.3.1 Portrait démographique des jeunes en Estrie.....	43
3.3.2 Tendances entre 2018 et 2023	44

4. DISCUSSION	49
4.1 SOINS EFFICACES ET SÉCURITAIRES EN CONTEXTE DE VIE ET CLIENTÈLE CIBLE	49
4.2 ORGANISATION DES SERVICES	50
4.3 BARRIÈRES ET LEVIERS À L'IMPLANTATION	53
5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	57
5.1 PRÉREQUIS AU DÉPLOIEMENT DU PROGRAMME INTENSIF EN CONTEXTE DE VIE	58
5.2 COMPOSITION DE L'ÉQUIPE	59
5.3 FORMATION DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE	60
5.4 CLIENTÈLE CIBLE	61
5.5 CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	61
5.6 RÉFÉRENCEMENT, PORTES D'ENTRÉE ET ANALYSE DES BESOINS.....	62
5.7 ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ DES NOUVELLES DEMANDES.....	63
5.8 ORIENTATION.....	63
5.9 COLLABORATION INTERÉQUIPE	64
5.10 DESCRIPTION DES SERVICES	64
5.10.1 Prise de contact.....	64
5.10.2 Offre de service	65
5.10.3 Évaluation en continu (mesure en continu).....	65
5.10.4 Types d'intervention	66
5.10.5 Couverture en dehors des heures régulières	67
5.10.6 Transition et continuité des services.....	67
5.11 ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION ET DES IMPACTS	67
6. ANNEXES	69
7. BIBLIOGRAPHIE	173

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I.	Pourcentage de quelques troubles de santé mentale confirmés par un(e) médecin ou un(e) spécialiste de la santé pour les jeunes du secondaire de l'Estrie en 2016-2017* 5
Tableau II.	Caractéristiques des alternatives à l'hospitalisation en contexte de vie (à domicile ou dans la communauté) pour la clientèle adolescente nécessitant des services spécialisés en santé mentale..... 19
Tableau III.	Comparaison de l'efficacité des modèles sur la clientèle et l'utilisation des services selon les données issues de la recherche..... 22
Tableau IV.	Critères potentiels d'admissibilité à un programme intensif en contexte de vie au 39
Tableau V.	Raisons des visites et des diagnostics les plus fréquents aux urgences psychiatriques pour la clientèle de 13 à 17 ans entre 2018 et 2023 45
Tableau VI.	Utilisation de l'hôpital de jour selon le réseau local de services entre 2018 et 2023 46
Tableau VII.	Profil général du nombre d'admissions et de la durée de séjour pour l'unité de pédopsychiatrie pour les 13-17 ans entre 2018 et 2023 46
Tableau VIII.	Revue systématique, revues narratives et livres inclus dans la recension.....103
Tableau IX.	Liste des études primaires couvertes par les revues systématiques incluses dans la recension115
Tableau X.	Description des études primaires incluses dans la recension des écrits.....122
Tableau XI.	Description des différents modèles d'organisation des traitements intensifs à domicile.....149
Tableau XII.	Expérience de la crise selon les perspectives des jeunes.....155
Tableau XIII.	Identification des besoins en situation de crise selon le point de vue des jeunes.....156
Tableau XIV.	Opinions sur l'offre du programme intensif en contexte de vie156
Tableau XV.	Répartition démographique des jeunes dans les réseaux locaux de services et leur utilisation des services pour des raisons de troubles de santé mentale pour l'année 2019-2020.....157
Tableau XVI.	Taux d'utilisation des services par réseau local de services pour l'année 2019-2020.....158
Tableau XVII.	Profil épidémiologique pour la santé mentale des jeunes en Estrie pour l'année 2019-2020159
Tableau XVIII.	Dénombrement des visites à l'urgence pour des raisons de santé mentale en fonction de la raison de visite pour la clientèle de 13 à 17 ans entre 2018 et 2023.....161
Tableau XIX.	Dénombrement par année des visites aux urgences pour des raisons de santé mentale chez les jeunes de 13 à 17 ans.....162
Tableau XX.	Dénombrement des diagnostics de santé mentale à l'urgence pour la clientèle de 13 à 17 ans entre 2018 et 2023163
Tableau XXI.	Distribution des diagnostics de santé mentale associés à une admission en centre hospitalier des jeunes de 13 à 17 ans à la suite d'une visite aux urgences entre 2018 et 2023.....164
Tableau XXII.	Nombre de jeunes de 13 à 17 ans réorientés à la suite d'une visite aux urgences pour des questions de santé mentale selon la raison de visites entre 2018 et 2023164
Tableau XXIII.	Raisons des visites aux urgences pour des questions de santé mentale associées avec un départ avant une prise en charge de la clientèle 13 à 17 ans entre 2018 et 2023.....165
Tableau XXIV.	Provenance des jeunes de 13 à 17 ans qui ont visité les urgences pour des raisons de santé mentale au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke entre 2018 et 2023166
Tableau XXV.	Distribution des admissions des jeunes de 13 à 17 ans à l'unité de pédopsychiatrie située à l'Hôpital Fleurimont entre 2018 et 2023 selon le type de trouble associé.....167

LISTE DES FIGURES

Figure I.	Distinction conceptuelle des différents types de crises Source : Séguin, Brunet et Leblanc (6) ..	2
Figure II.	Aperçu de l'accès aux services de santé et aux services sociaux par la clientèle adolescente en situation de crise psychopathologique au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.....	4
Figure III.	Modèle logique du projet de développement du nouveau service intensif dans le contexte de vie pour la clientèle adolescente en crise psychopathologique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.....	8
Figure IV.	Répartition des jeunes de 12 à 17 ans entre les réseaux locaux de services en Estrie (2019-2020)	43
Figure V.	Nombre d'inscriptions à l'hôpital de jour en pédopsychiatrie pour les jeunes de 13 à 17 ans entre 2018 et 2023.....	45
Figure VI.	Schématisation simple du cadre de traitement et des trajectoires possibles impliquant un service intensif en contexte de vie	50
Figure VII.	Évolution des admissions à l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Fleurimont pour la clientèle 13-17 ans en fonction du diagnostic primaire entre 2018 et 2023	168
Figure VIII.	Représentation simplifiée de l'accès au PICV pour la clientèle adolescente en crise psychopathologique tel qu'il est envisagé par le comité consultatif	170
Figure IX.	Représentation simplifiée de l'offre de service du PICV pour la clientèle adolescente en crise psychopathologique tel qu'il est envisagé par le comité consultatif	171

LISTE DES ANNEXES

Annexe I.	Grille PICOH employée pour la recension des écrits	69
Annexe II.	Stratégie détaillée de la recherche documentaire	71
Annexe III.	Liste des ressources consultées et historique pour la littérature grise scientifique.....	87
Annexe IV.	Guide d'entretien pour le groupe de discussion et les entretiens semi-dirigés avec les jeunes.	91
Annexe V.	Questionnaire pour la collecte de données auprès des proches de jeunes qui utilisent les services spécialisés de pédopsychiatrie	93
Annexe VI.	Concordance d'évaluation lors de la sélection des titres et des résumés	97
Annexe VII.	Diagramme de flux - PRISMA.....	99
Annexe VIII.	Publications rejetées avec justification lors de la lecture intégrale	101
Annexe IX.	Description des publications incluses dans la recension des écrits.....	103
Annexe X.	Évaluations de la qualité des revues systématiques avec l'outil AMSTAR II	131
Annexe XI.	Évaluation de la qualité des études primaires avec l'outil MMAT	133
Annexe XII.	Thérapie multisystémique (MST).....	139
Annexe XIII.	Gestion intensive de cas (Wraparound, ACT)	143
Annexe XIV.	Préservation de la famille (Homebuilders)	145
Annexe XV.	Programme de traitement intensif à domicile (STID).....	147
Annexe XVI.	Données codées par thème pour les entretiens avec les jeunes de l'hôpital de jour et de l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Fleurimont.....	155
Annexe XVII.	Synthèse des données recueillies à partir des portraits de la santé des jeunes en Estrie produits par l'INESSS et l'IUPLSSS	157
Annexe XVIII.	Données clinico-administratives par service	161
Annexe XIX.	Représentation de la trajectoire et de l'offre du PICV envisagée par le comité consultatif pour les recommandations	169

ABRÉVIATIONS

24 h/24, 7 j/7	24 heures par jour, 7 jours par semaine
AAH	De l'anglais Acute-at-Home
ACE	De l'anglais Adverse Childhood Experiences
ACT	De l'anglais Assertive Community Treatment
AIPW	De l'anglais Augmented Inverse Propensity Weighted Estimator
BeZUGH	Abréviation allemande de Home treatment bring inpatient-traitement outside (HOT-BITS)
CAFE	Programme Crise-Ado-Famille-Enfance
CIS	De l'anglais <i>Columbia impairment scale</i>
CGAS	De l'anglais <i>Children's Global Assessment Scale</i>
CGI	De l'anglais <i>Clinical Global Impressions Scale</i>
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CIUSSS	Centre intégré universitaire de soins et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CRDE	Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie
CRDI	Centre d'activités de jour sous le centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de l'Estrie
DI-TSA	Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DPJe	Direction du programme jeunesse
DPSMD	Direction des programmes en santé mentale et en dépendance
DSM-V	De l'anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition de l'American Psychiatric Association
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
ECR	Essai contrôlé randomisé
GAF	De l'anglais Global Assessment of Functioning Scale
GATSB	De l'anglais Guide to the Assessment of Test Session Behaviour
HCBI	De l'anglais Homebuilders Crisis Intervention

HJ	Hôpital de jour
HoNOSCA	De l'anglais Health of the Nation Outcome Scales
ICCS	De l'anglais <i>intensive community care service treatment</i>
JED	Jeunes en difficulté
MASMJ	Mécanisme d'accès régional en santé mentale jeunesse
MTP	De l'anglais Measurable Treatment Plan
MST	Programme de thérapie multisystémique, de l'anglais Multisystemic Therapy
N ou n	Nombre de personnes ou d'études
N/A	Non applicable
p/r	Par rapport
PAISM	Plan d'action interministériel en santé mentale
PEP	Programme Premier épisode psychotique
PI ou PII	Plan d'intervention individualisé
PICOH	Population, intervention, comparaison (comparateur), résultats (outcomes), contexte (healthcaresetting)
PICV	Programme intensif en contexte de vie
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux
QI	Quotient intellectuel
RLS	Réseau local de services
RS	Revue systématique
RTS	Réseau territorial de services
SDS	De l'anglais Supported Discharge Service
SHQ	De l'anglais Self-harm Questionnaire
SMA	Santé mentale adulte
SMJ	Santé mentale jeunesse
T	Période de temps
TAU	De l'anglais treatment as usual
TDA(H)	Trouble du déficit de l'attention (avec hyperactivité)
TID	Modèle de soins alternatifs traitement intensif à domicile

UETMISSS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
Y-ACT	Adaptation jeunesse du programme Assertive Community Treatment (ACT)
WCWL-CMH-PCS	De l'anglais Western Canada Waitlist Child Mental Health Priority Criteria Score

AVANT-PROPOS

RAPPROCHER LES SOINS DU MILIEU DE VIE

Bien que la situation sanitaire des dernières années ait constitué un facteur aggravant, les observations et les données indiquaient déjà un déclin de la santé mentale des jeunes, et ce, bien avant l'apparition de la COVID-19. Plusieurs corps professionnels en santé soulèvent leurs préoccupations quant aux enjeux moins visibles de la santé des jeunes au Québec, qui, durant cette période, ont vécu un niveau de stress sans précédent. D'un autre côté, cette période a permis de réduire certains tabous et de promouvoir l'importance du bien-être psychologique et physique.

Parallèlement, de nombreux défis, tels que la pénurie de main-d'œuvre dans le domaine de la santé et des services sociaux, poussent le système de santé à évoluer et à se moderniser. Dans cette optique, le Centre intégré universitaire en santé et en services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) a adopté sa stratégie 2023-2027, reposant sur une transformation de son approche de gouvernance, qui promeut notamment le chez-soi comme milieu le plus adapté au mieux-être.

Alignée à l'objectif de l'établissement de rapprocher les soins et les services du milieu de vie des usagers et usagers, la Direction du programme jeunesse souhaite innover en implantant un programme intensif dans le contexte de vie pour soutenir sa clientèle adolescente en crise psychopathologique. Avec ce projet, la direction souhaite contribuer à l'amélioration de la santé mentale des jeunes en Estrie et, ce faisant, réduire les visites aux urgences et les admissions en centre hospitalier autrement évitables. Alors que la continuité des services demeure une priorité du réseau, la direction souhaite développer son offre de service de manière à pouvoir offrir un service adapté aux besoins des jeunes au moment opportun, c'est-à-dire le bon service par la bonne personne au bon moment.

Dans ce contexte, l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS), en collaboration avec les parties prenantes, majoritairement en santé mentale jeunesse (médecins, gestionnaires, équipes d'intervention), propose des recommandations quant au développement et à l'implantation d'un programme intensif dans le contexte (milieu) de vie. Cet avis d'évaluation recommande, entre autres, une approche de soins reposant sur des interventions de crise, écosystémiques, de résolution de problèmes, centrées sur les jeunes et la famille. La livraison de ce programme par une équipe multidisciplinaire arrimée à l'offre de service actuelle du CIUSSS de l'Estrie – CHUS est préconisée.

Stéphanie McMahon

Directrice

Direction de la coordination de la mission universitaire

CIUSSS de l'Estrie – CHUS

1. INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE ET BESOINS DÉCISIONNELS

Empreinte de grands changements physiologiques et psychologiques, l'adolescence est une période où les jeunes peuvent vivre des difficultés psychologiques, que ce soit des problèmes de santé mentale ou des troubles mentaux. Un **problème de santé mentale** peut survenir à tout moment lorsqu'une personne vit une situation susceptible d'engendrer des perturbations dans son bien-être mental, émotionnel ou physique (1). Les perturbations qu'il engendre sont normalement d'une intensité plus faible que celles associées à un trouble mental. Un **trouble mental** ou maladie mentale réfère plutôt à l'« ensemble de dérèglements au niveau des pensées, des émotions et/ou du comportement qui reflètent un trouble biologique, psychologique ou développemental des fonctions mentales » (1). Un trouble mental peut entraîner une altération du fonctionnement au travail, des relations sociales (1) ou une détresse psychologique importante qui peut notamment mener à l'émergence d'une crise.

Afin d'optimiser son offre de service du continuum en santé mentale jeunesse (SMJ), la Direction du programme jeunesse (DPJe) s'interroge sur les services intensifs brefs en santé mentale pour la clientèle adolescente de 13 à 17 ans qui vit une crise psychiatrique ou psychopathologique en phase aiguë ou persistante. Une demande d'avis d'évaluation avec recommandations à ce sujet a donc été déposée à l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS).

1.1.1 DÉFINITION DE LA CRISE

Dans le domaine de la santé mentale, la **crise** correspond à une période relativement courte de déséquilibre psychologique chez une personne qui représente un problème important pour elle, et qu'elle ne peut fuir ni résoudre avec ses ressources habituelles de résolution de problèmes (2,3). La crise s'accompagne d'une altération importante du fonctionnement de la personne qui peut se manifester sur le plan affectif (anxiété, peur, dépression, etc.), cognitif (raisonnement et capacité de jugement en péril), comportemental (modification des activités quotidiennes, agressivité, pleurs, isolement, etc.) et physiologique (fatigue, tension musculaire, perte d'énergie, etc.) (4).

Une crise se déroule selon trois grandes phases (5). La première phase, la **phase aiguë ou de désorganisation**, s'observe lorsque la tension augmente, les stratégies employées deviennent inopérantes et que le stress provoque des réactions biochimiques chez la personne entravant ses capacités cognitives, dont sa capacité à résoudre le problème. Cherchant à relâcher le surplus de tension, les personnes peuvent entrer dans la seconde phase, soit celle de **passage à l'acte** (point de rupture des courbes à la [figure I](#)), prenant la forme d'un agir, d'une fuite, d'un comportement autoagressif comme une tentative de suicide, ou d'un comportement agressif dirigé vers autrui. Finalement, la troisième phase, de **récupération**, correspond à la période de relâchement de la tension pendant laquelle l'état de crise persiste. Sans aide, il y a un risque d'un autre passage à l'acte. Selon certains modèles, quoique la phase aiguë dure au plus de 24 à 72 heures, l'état de crise peut s'étendre sur une période de six à huit semaines (4).

Séguin (6) distingue principalement trois catégories de crises, chacune présentant des caractéristiques distinctes, notamment en ce qui concerne les facteurs déclencheurs, le développement et la progression de la crise, soit la crise psychosociale, la crise psychotraumatique et la crise psychopathologique. La [figure I](#) illustre le développement et la progression de ces trois types de crises.

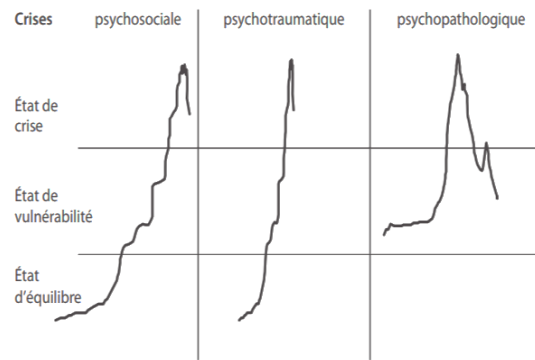


Figure I. Distinction conceptuelle des différents types de crises Source : Séguin, Brunet et Leblanc (6)

Une **crise psychosociale** survient lorsqu'elle « est reliée à une situation ou à une série de situations de vie imprévue jugée menaçante qui déstabilise une personne et met en péril ses conditions d'existence (par exemple : divorce, perte d'emploi, violence conjugale, deuil, problèmes financiers, etc.) » (7). Sa progression est souvent plus graduelle et signale une difficulté à trouver une réponse adaptée à l'évènement ou au cumul d'évènements déclencheurs.

Une **crise psychiatrique ou psychopathologique**, quant à elle, se manifeste par un déséquilibre psychologique important, une incapacité à composer avec la situation et à fonctionner normalement qui survient à la suite d'un **changement soudain et intense de l'état psychologique** d'une personne (par exemple : crise de panique, psychose, délires, etc.) (7). Sa progression est plus imprévisible, notamment en raison de la vulnérabilité causée par la présence d'un trouble mental, et sa résolution souvent plus complexe (5).

Dans son livre *L'intervention en situation de crise*, Séguin distingue deux types de crises psychopathologiques, soit celle causée ou déclenchée par un évènement de nature psychosociale, mais dont les manifestations sont en lien avec les caractéristiques du trouble (par exemple, une rupture amoureuse chez une personne vivant avec un trouble de personnalité limite) ou celle induite par les caractéristiques du trouble lui-même (par exemple, des hallucinations chez une personne schizophrène) (5).

Il est aussi à noter que la psychopathologie chez les jeunes est grandement influencée par la dysrégulation émotionnelle (DR) (8). Il s'agit d'un concept de transdiagnostic qui désigne l'incapacité à réguler l'intensité et la qualité des émotions. Cette dernière se manifeste cliniquement par une hyperexcitation, de l'instabilité de l'humeur, de l'irritabilité, de l'agressivité et des crises de colère. Fréquemment, la DR est observée conjointement avec des problèmes d'externalisation, d'internalisation et des troubles comorbides tels que l'anxiété, le trouble de la personnalité limite, l'état de stress post-traumatique et les troubles de l'humeur.

1.1.2 RÉOLUTION DE CRISE

Parallèlement, il est important de différencier les notions d'urgence et de crise (9). L'urgence est un état subjectif caractérisé par le sentiment qu'une intervention extérieure est nécessaire pour apaiser les tensions, l'inconfort et la désorganisation ressentie. La crise, quant à elle, est un état émotionnel qui requiert de trouver une solution à une problématique précise en développant « de nouvelles manières de voir et de faire, la mise en place de nouveaux mécanismes adaptatifs visant à surmonter la perturbation ». Ainsi, les crises engendrent bien souvent des situations d'urgence.

Dans les cas où la personne ne peut revenir à un état d'équilibre par elle-même ou avec le soutien nécessaire de son réseau, une intervention de crise peut alors être apportée par une aide professionnelle extérieure (4). De manière simplifiée, l'intervention de crise se définit comme « une **intervention immédiate, brève et directive** [offerte] à une personne qui traverse une situation de crise afin de stabiliser son état et d'assurer sa sécurité » (10). Selon une revue littéraire sur la résolution de la crise (11), les interventions se concentrent en deux phases : la résolution de crise et le traitement à domicile. Les aspects de la résolution de crise se caractérisent par une couverture 24 h/24, 7 j/7, une réponse rapide à l'urgence, des évaluations dans l'environnement (contexte de vie) de la personne et une référence vers le niveau de soins approprié. La seconde phase de traitement à domicile, quant à elle, repose sur une approche multidisciplinaire avec une prise en charge continue offrant des interventions intensives et une coordination des services sociaux pour la période de soins.

1.1.3 OFFRE ACTUELLE DE SERVICE EN ESTRIE

À l'émergence d'une crise ([figure II](#)), la population peut se tourner, selon l'état de la situation, vers l'urgence, l'équipe soignante (médecin de famille, intervenante ou intervenant) ou les services d'orientation. En Estrie, plusieurs services d'orientation vers les ressources de soutien en santé mentale peuvent être consultés par les jeunes et leurs familles. Il y a notamment les services téléphoniques tels que l'accueil psychosocial et le service d'urgence téléphonique Info-Santé 811 (option 2). Selon l'analyse des besoins, les personnes sont orientées vers les services de première ligne pour une crise situationnelle, vers le programme Jeunes en difficultés (JED) pour les problèmes d'ordre comportemental ou développemental, et finalement vers la santé mentale jeunesse (SMJ) pour les problématiques de santé mentale qui ne sont pas décompensées. Par exemple, une équipe en SMJ prend en charge les suivis étroits en cas de crises suicidaires. Les crises familiales sont, quant à elles, dirigées vers le programme Crise-ado-famille-enfance (CAFE), un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu.

Entre la première et la deuxième ligne, l'équipe de premiers épisodes psychotiques (PEP), sous la gouverne de la Direction des programmes santé mentale et dépendances (DPSMD), soutient la clientèle de 12 à 35 ans qui présente des symptômes d'un trouble psychotique (12,13). Cette équipe offre un suivi interdisciplinaire intensif pour soutenir les usagères, les usagers et leurs proches dans le cas d'un premier épisode. Le suivi offert allie le traitement médical de la psychose et le suivi psychosocial. Lors de situations plus intenses, différents services de 2^e ligne sont accessibles selon le requis clinique. Les urgences demeurent la principale porte d'entrée. Pour accéder aux services, il faut d'abord une évaluation médicale par une ou un psychiatre qui oriente les jeunes en fonction du risque et de l'intensité des besoins. Les références en pédopsychiatrie concernent habituellement les troubles en phase aiguë ou sévère et persistante.

L'offre de service en pédopsychiatrie comprend deux cliniques externes, un hôpital de jour et une unité de pédopsychiatrie. À l'exception d'une clinique externe à Granby, tous les services de 2^e ligne sont situés à l'Hôpital de Fleurimont. La clinique externe de Granby dessert les réseaux locaux de services (RLS) de la Haute-Yamaska et de la Pommeraie alors que celle de Sherbrooke dessert les sept autres RLS (Memphrémagog, Val Saint-François, Asbestos, Sherbrooke, Haut-Saint-François, Coaticook et Granit). L'hôpital de jour (HJ) accueille des jeunes de 13 à 17 ans des RLS de l'ensemble du territoire de l'établissement. Ayant une capacité maximale de **six places journalières**, l'HJ offre, en plus des soins, des activités de scolarisation dont la fréquentation est modulée selon le parcours thérapeutique de chaque jeune. Son accès est plutôt limité en raison des enjeux liés au transport des jeunes. L'unité de pédopsychiatrie a une **capacité de six lits** pour les jeunes de 13 à 17 ans. Avec l'ouverture prévue en 2024, l'unité de pédopsychiatrie du nouveau centre mère-enfant augmentera la capacité à dix lits (14).

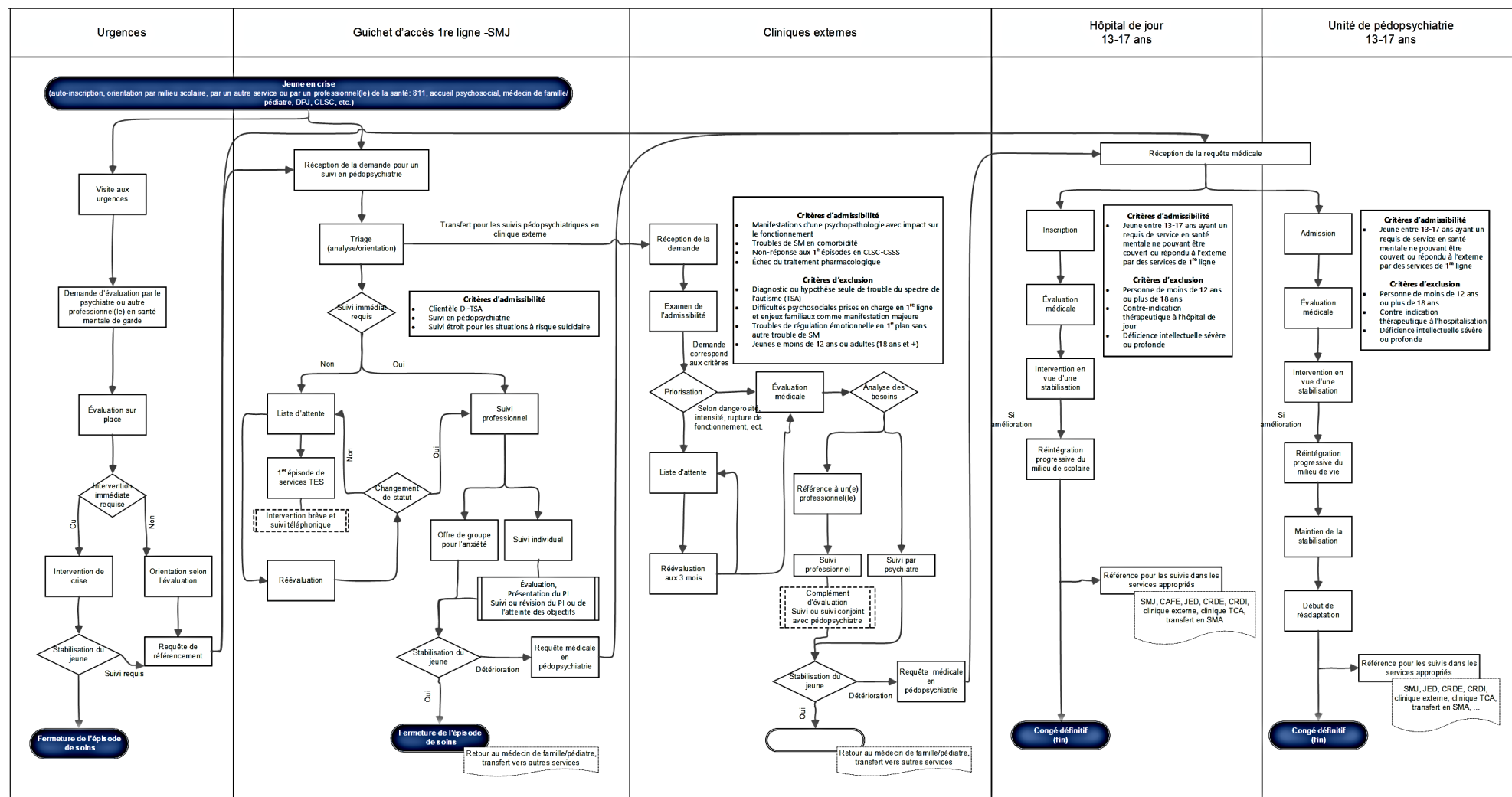


Figure II. Aperçu de l'accès aux services de santé et aux services sociaux par la clientèle adolescente en situation de crise psychopathologique au CIUSSS de l'Estrie – CHUS

CLSC: centre local de services communautaires, CRDE : centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie, CRDI : centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme, CSSS : centre de santé et de services sociaux, DI-TSA : déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, DPJ: direction de la protection de la jeunesse, JED : programme jeunes en difficulté, PI: plan d'intervention, SMA : santé mentale adulte, SMJ: santé mentale jeunesse.

NOTE MÉTHODOLOGIQUE: La modélisation a été réalisée grâce à un questionnaire soumis au personnel des services en santé mentale jeunesse du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. La méthodologie est disponible à la section 2. Le schéma est limité à la perspective des répondantes et des répondants, et donc l'ensemble des processus n'est pas représenté.

1.1.4 PHÉNOMÈNE EN CROISSANCE

Au Québec et au Canada, la santé mentale et le bien-être des individus se sont détériorés au cours de la pandémie (15) touchant plus fortement les jeunes de 15 à 24 ans selon les données de 2020 (16). Par ailleurs, les troubles de santé mentale étaient à l'origine de près d'une hospitalisation sur quatre (23 %) au Canada en 2020 pour les jeunes de 5 à 24 ans, dont 58 % étaient des filles (17). L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (18) révèle que 20,3 % des jeunes en Estrie ont reçu au moins un diagnostic médical de trouble anxieux, de dépression ou de trouble de conduite alimentaire en 2016-2017 ([tableau I](#)).

*Tableau I. Pourcentage de quelques troubles de santé mentale confirmés par un(e) médecin ou un(e) spécialiste de la santé pour les jeunes du secondaire de l'Estrie en 2016-2017**

Type de trouble	Pourcentage (%)
Trouble anxieux	18,5
Dépression	5,6
Trouble alimentaire	1,9
Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité	28,0

**Résultats de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire de 2016-2017 pour la région de l'Estrie (18)*

1.2 PROBLÉMATIQUE

Au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, l'unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie est fréquemment en surcapacité, c'est-à-dire que le nombre d'admissions excède le nombre de lits disponibles. Parmi les premiers constats de la DPJe, le milieu hospitalier se heurte à plusieurs défis lorsqu'une adolescente ou un adolescent vit une situation de crise psychopathologique. En effet, l'accès restreint à des services pré et posthospitalisation semble avoir un impact sur le nombre et la durée des hospitalisations. En effet, deux situations particulières semblent contribuer au phénomène, soit :

- L'admission en unité en raison du manque d'accès à une ressource d'intensité adéquate pour une prise en charge rapide et sécuritaire hors de l'hôpital (hospitalisation non nécessaire, mais admission faute de service adéquat disponible);
- Le report du congé hospitalier en raison de l'accès limité à des services permettant une transition et un retour sécuritaire dans le milieu de vie.

Plusieurs groupes de recherche ont relevé des préoccupations ou des effets possiblement iatrogènes pouvant être associés à une hospitalisation, notamment concernant l'autonomie des jeunes et l'impact sur les relations avec leur entourage (19). Ces préoccupations sont d'ailleurs partagées par l'équipe clinique de l'unité pédopsychiatrique qui soulève qu'une hospitalisation plus longue que nécessaire, ou non nécessaire, peut réduire l'autonomie des jeunes ainsi qu'affecter négativement l'implication et l'engagement des répondantes et répondants (déresponsabilisation). Plusieurs programmes permettant d'offrir une intervention brève, intensive et dans le contexte de vie¹ des jeunes ont ainsi été développés comme alternatives à l'hospitalisation. Selon les résultats des revues systématiques, ce type de

¹ Dans certaines références du gouvernement du Canada, l'expression « en contexte de vie » est employée pour caractériser le milieu de l'intervention correspondant au contexte *community-based*, *home-based* ou *home treatment*, et réfère au domicile, à l'école ou dans la communauté des jeunes. L'expression « en contexte de vie » a donc été privilégiée lors de la rédaction de cet avis.

programme contribue à prévenir les hospitalisations non nécessaires, à désengorger les urgences, à diminuer de façon significative la durée des hospitalisations, et ultimement à améliorer le fonctionnement des jeunes et de leur famille (20–22).

C'est dans ce contexte que le demandeur a relevé le besoin d'identifier un modèle de programme intensif offert dans le contexte de vie pour la clientèle adolescente en situation de crise psychopathologique qui pourrait être offert au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Parmi les objectifs, il y a le maintien ou le retour rapide et sécuritaire des jeunes dans leur milieu de vie, la prévention des hospitalisations et la réduction des durées de séjour en milieu hospitalier ainsi que leurs effets indésirables.

1.3 ENJEUX ET QUESTIONS DÉCISIONNELLES

L'enjeu primaire demeure d'assurer la sécurité et le bien-être des jeunes en situation de crise psychopathologique et de leurs proches (voir la [section 2.3](#)). Aussi, certains enjeux organisationnels, notamment associés à la prise de décision et à l'implantation, doivent également être soulevés.

Au Canada, plusieurs publications rapportent des constats semblables au service de pédopsychiatrie du CIUSSS de l'Estrie – CHUS concernant le manque de services appropriés s'adressant aux problèmes de santé mentale des jeunes (23). Selon la littérature, cette situation s'explique par un accès limité aux services adéquats et non d'une absence de ressources. Plus précisément, l'offre, limitée par des enjeux de financement et le manque de main-d'œuvre spécialisée, occasionnerait des délais d'attente importants (23). Pour le projet visé par le présent document, une préoccupation en ce sens a été émise, soit celle d'éviter de doubler les services actuels en intégrant cette prochaine offre dans le continuum actuel en fonction du requis clinique (24). Ainsi, les enjeux de personnel, l'arrimage et la coordination avec les services existants sont des considérations organisationnelles à envisager.

Dès le survol de la littérature, un enjeu potentiel pour la réalisation de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) a été identifié concernant la collecte de données. En effet, les meilleures pratiques et les lignes directrices sont souvent présentées par pathologie et non par type de traitement ou de service. Cette observation est d'ailleurs appuyée par les propos d'une pédopsychiatre du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Il a été proposé d'inclure, dans le comité consultatif, des membres du personnel clinique (par exemple, pédopsychiatre) pour intégrer leur opinion de spécialiste dans l'élaboration des recommandations. Parallèlement, l'inclusion de la perspective des jeunes et de leurs proches dans la démarche d'évaluation est aussi cruciale pour s'assurer de ne pas leur porter préjudice.

1.3.1 QUESTION DÉCISIONNELLE

Dans ce contexte, l'UETMISSS propose la question décisionnelle suivante : de manière à soutenir l'arrimage entre les services de la trajectoire en SMJ, quelles seraient les caractéristiques d'un programme² intensif³ qui pourrait être offert dans leur milieu de vie pour les jeunes de 13 à 17 ans en situation de crise psychopathologique au CIUSSS de l'Estrie – CHUS ?

² Le terme programme (25) réfère « à une série d'activités appuyées par un ensemble de ressources et visant à atteindre des résultats spécifiques au sein de groupes définis ». Dans ce rapport, il est utilisé au sens large et inclut notamment les projets, les types d'initiatives tels que les interventions, les projets pilotes, les processus et les services.

³ Notamment immédiat et bref, donc un programme ou un service de stabilisation de la crise ou de relais (c'est-à-dire en attente d'un transfert vers un service dont l'intensité correspond au requis clinique).

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 QUESTIONS D'ÉVALUATION

Pour soutenir la prise de décision, l'UETMISSS cherche à répondre aux questions suivantes :

Dimensions de sécurité et d'efficacité

- Q1 Quelles sont les approches intensives (programmes) sécuritaires et efficaces d'intervention de crise en contexte de vie pour une clientèle adolescente en crise psychopathologique⁴ ?

Dimension organisationnelle

- Q2 Quelles sont les caractéristiques de l'organisation des services et des programmes en contexte de vie qui permettent des interventions de crise ou de relais en santé mentale s'adressant à la clientèle adolescente en situation de crise psychopathologique ?
- Q3 Quels sont les leviers et les barrières dans l'élaboration et le déploiement d'un programme ou d'un service intensif en contexte de vie pour la clientèle adolescente en crise psychopathologique au CIUSSS de l'Estrie – CHUS ?

L'ETMI se concentre sur les modèles de programmes intensifs servant à stabiliser les jeunes en crise psychopathologique (phase aiguë ou persistante) en contexte de vie. Au cours de cette évaluation, l'expression « en contexte de vie » réfère à l'environnement dans lequel les jeunes évoluent ou résident au moment de la crise. L'expression « en contexte de vie » inclut donc le domicile familial, le milieu de vie substitut comme les familles d'accueil (résidence de type familial), les ressources intermédiaires, les services d'hébergement autres que psychiatriques (par exemple, centre de réadaptation jeunesse), les écoles et les autres lieux dans la communauté. La grille PICOH, qui détaille la population, l'intervention, les comparaisons et les résultats ciblés par la recension de la littérature, est disponible en [annexe I](#).

Toutefois, les modèles intensifs existants pour cette clientèle au CIUSSS de l'Estrie – CHUS (suivi intensif en HJ et en clinique externe) sont exclus. Les programmes de réadaptation pour une condition chronique, ceux pour les crises psychosociales sans enjeu psychiatrique ou reposant uniquement sur la pharmacothérapie et les télésoins, sont aussi exclus.

2.2 MODÈLE LOGIQUE ET CADRE D'ANALYSE

Considérant que la demande déposée à l'UETMISSS vise à soutenir l'élaboration ainsi que l'implantation d'un nouveau service en santé mentale pour la clientèle adolescente à partir des données probantes et contextuelles, l'utilisation du cadre d'implantation de Durlak et DuPré (26) a été privilégiée pour la rédaction de cet avis.

⁴ Cela comprend les interventions en matière de prise en charge et de retour sécuritaire dans le milieu de vie ainsi qu'en prévention des hospitalisations.

Dans leur recension systématique, Durlak et DuPré démontrent que la qualité d'implantation affecte les résultats des programmes de promotion et de prévention, et répertorient plus d'une vingtaine de facteurs susceptibles d'influencer ce processus. Leur cadre d'analyse repose sur les variables affectant le processus d'implantation, notamment celles liées à la communauté, aux pourvoyeuses ou pourvoyeurs et à l'innovation, ainsi que les aspects liés au fonctionnement organisationnel, au soutien technique et à la formation.

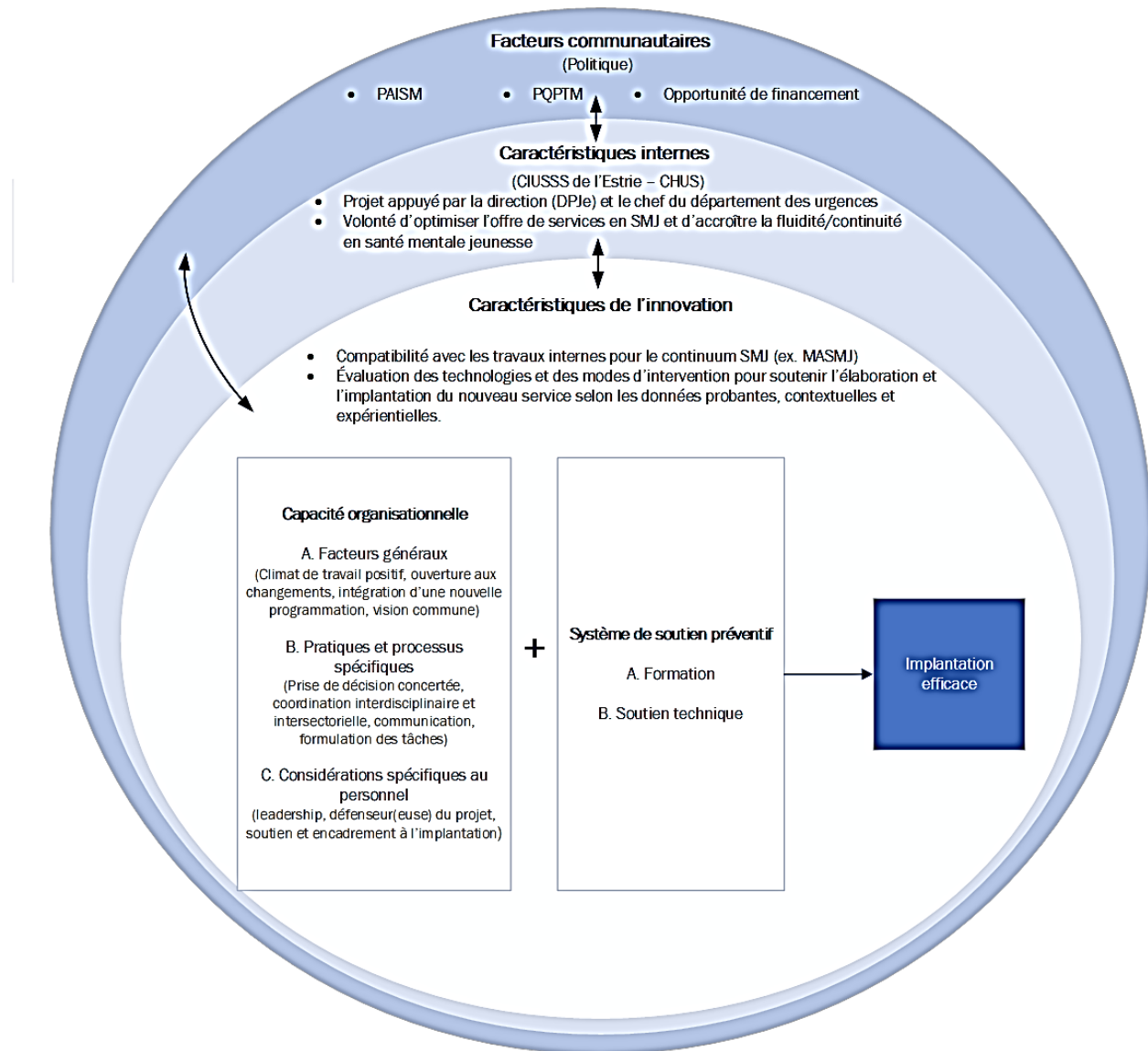


Figure III. Modèle logique du projet de développement du nouveau service intensif dans le contexte de vie pour la clientèle adolescente en crise psychopathologique du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Élaboré à partir du modèle de Durlak et Dupré (26).

Les flèches bidirectionnelles indiquent les interactions entre les variables.

Abréviations : MASMJ : mécanisme d'accès en santé mentale jeunesse, PAISM : plan d'action interministériel en santé mentale, PQPTM : programme québécois pour les troubles mentaux, SMJ : santé mentale jeunesse.

Les encadrés de la [figure III](#) représentent les éléments clés associés à la capacité de l'organisation et au système de soutien préventif qui sont nécessaires à une implantation efficace. Ces derniers éléments ont servi de cadre pour la triangulation et l'analyse des données.

2.3 ENJEUX D'ÉTHIQUE ET D'ÉQUITÉ

Le développement et l'implantation d'un programme d'intervention brève et intensive en contexte de crise psychopathologique chez les adolescentes et adolescents impliquent de nombreuses considérations éthiques. Une première analyse, basée sur les principes de base de la bioéthique proposés par Stone, soit la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie et la justice (27), a permis de souligner des enjeux qui devront être pris en considération tout au long du processus d'évaluation, de développement et d'implantation d'un tel programme.

Ainsi, pour une ou un jeune en situation de crise psychopathologique, l'enjeu primaire de **bienfaisance et de non-malfaisance** demeure la sécurité et le bien-être des jeunes et de leurs proches. D'une part, le programme doit offrir une intensité adéquate au requis clinique pour permettre le maintien ou le retour sécuritaire des jeunes dans leur milieu de vie, et d'autre part, il doit aussi permettre d'assurer la sécurité des intervenantes et intervenants. Dans la mesure du possible, l'organisation et la prestation des soins et des services doivent promouvoir, respecter et préserver l'**autonomie** des jeunes (y compris pour le consentement aux soins) et la responsabilisation de leurs répondantes et répondants.

De même, un enjeu pour l'équité ressort particulièrement, soit l'accessibilité (équité d'accès). Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS couvre un vaste territoire de Granby à Lac-Mégantic. Il est donc important de considérer un accès aux services en temps et lieu opportuns pour l'ensemble des jeunes et de leurs proches. À ce jour, l'accès à certains services constitue déjà un défi, par exemple l'accès pour les jeunes de Granby qui doivent se rendre à l'HJ situé à Sherbrooke.

2.4 RECENSION DES ÉCRITS

Afin de guider la recension des écrits, une grille PICOH et des critères de sélection ont été établis préalablement. Ils sont présentés à l'[annexe I](#).

2.4.1 STRATÉGIE DE RECHERCHE

La recherche documentaire a été réalisée en deux temps avec l'aide d'un bibliothécaire (Francis Lacasse). Le premier tour se concentrait sur les recensions systématiques et les méta-analyses. Par la suite, le second tour visait à identifier les études primaires publiées plus récemment et non incluses dans les revues systématiques. Pour la littérature grise, une recherche par mots-clés ou filtres a été réalisée auprès d'une sélection de sites Web gouvernementaux, de sociétés savantes et d'associations professionnelles. La stratégie et l'historique de la recherche documentaire sont disponibles à l'[annexe II](#) pour la littérature scientifique et à l'[annexe III](#) pour la littérature grise.

2.4.2 SÉLECTION DES ÉTUDES

Au premier tour, un pilote a été réalisé sur une vingtaine de titres afin de valider les critères de sélection. Par la suite, une double sélection indépendante (MPB, JD) a été réalisée sur un échantillon aléatoire de 120 titres et résumés. La résolution de conflits a été réalisée lors d'une discussion entre les membres de

l'équipe, jusqu'à l'atteinte d'un consensus. Le coefficient Kappa de Cohen a été utilisé pour déterminer la concordance d'évaluation entre les membres de l'équipe, l'atteinte d'un coefficient supérieur à 0,8 (28) était nécessaire afin de poursuivre en simple sélection (MPB).

Au cours des deux tours de sélection, il a été convenu de procéder à la lecture complète des publications dont le titre et le résumé ne permettaient pas de confirmer l'adéquation aux critères de sélection, notamment lorsque le milieu de l'intervention ou la population d'intérêt n'était pas clairement décrit.

L'extraction des données (autrices ou auteurs, année de publication, pays, devis d'étude, population cible, intervention, comparateur, méthodologie ou mesures utilisées, résultats clés) a été réalisée par un membre de l'UETMISSS (MPB ou EPR) à partir de grilles d'extraction prédéterminées.

2.4.3 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ÉTUDES

L'évaluation de la qualité méthodologique des études a été réalisée indépendamment par deux membres de l'UETMISSS (MPB et EPR) en employant l'outil *A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews* (AMSTAR II) (29) pour les revues systématiques et l'outil *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) (30) pour les études primaires. La résolution de conflits a été réalisée lors de discussions entre les deux membres de l'équipe jusqu'à l'atteinte d'un consensus.

2.5 DONNÉES CONTEXTUELLES

Afin de documenter la situation actuelle et les besoins au CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour la clientèle cible du projet, une collecte de données clinico-administratives et expérientielles a été réalisée. Ces données ont notamment permis de modéliser l'accès (trajectoire actuelle) aux services en 2^e ligne pour les jeunes en crise psychopathologique, et de vérifier l'utilisation de ces services, le profil des jeunes qui les utilisent ainsi que leurs besoins.

2.5.1 DONNÉES CLINICO-ADMINISTRATIVES

La série de portraits sur la santé des jeunes de l'Estrie réalisée en collaboration par l'Institut universitaire de première ligne en santé et en services sociaux (IUPLSSS) et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) en 2022 a été consultée. Cette série compile, entre autres, les profils sociodémographiques et épidémiologiques⁵ ainsi que l'utilisation des services en santé mentale des jeunes de 0 à 21 ans par RLS pour le territoire de l'Estrie pour la période du 1^{er} avril 2019 au 30 mars 2020.

De manière complémentaire, le centre DORISE (Données organisées du réseau informatique de santé de l'Estrie) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a été consulté pour colliger les données issues, entre autres, des banques MED-ÉCHO et Opera sur les **caractéristiques cliniques et démographiques** ainsi que sur **l'utilisation des services de 2^e ligne en santé mentale** des jeunes ayant consulté pour une crise psychopathologique au cours des cinq dernières années. Les données ciblent l'âge, le sexe, la raison de consultation, le territoire d'appartenance, le diagnostic, le nombre de visites et d'admissions, la durée de séjour ou de suivi.

⁵ Les profils épidémiologiques sont présentés en 16 catégories regroupant des affections similaires issues de la méthodologie de regroupement de groupes de population de l'ICIS (31).

2.5.2 DONNÉES EXPÉRIENTIELLES

Le recrutement des différentes parties prenantes a été réalisé avec le soutien du demandeur ou des équipes cliniques de l'HJ et de l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Fleurimont.

Afin de recueillir le savoir expérientiel et le point de vue de la clientèle, un échantillon de convenance a été recruté parmi les jeunes admis à l'unité de pédopsychiatrie ou inscrits à l'hôpital de jour de Fleurimont. L'échantillon était composé de jeunes de 14 à 17 ans ayant des profils variés en ce qui concerne les diagnostics, l'expérience dans les services et le lieu de résidence (différents RLS). Leur participation était volontaire. Après avoir pris connaissance du projet et de ses objectifs, une entente de participation était signée. Au total, sept courts entretiens individuels et semi-dirigés (environ 15 à 20 minutes) ont été réalisés.

Parallèlement, un groupe de discussion a été organisé pour recueillir la perspective du personnel, des gestionnaires et des médecins du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Le groupe était composé des deux pédopsychiatres, d'une infirmière clinicienne en clinique externe de pédopsychiatrie, d'une psychoéducatrice et de cinq gestionnaires, dont quatre de différents services du continuum en SMJ et une de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

Le recrutement (échantillon de convenance) auprès des groupes ciblés a été réalisé en collaboration avec le demandeur (MD) et les équipes des services de pédopsychiatrie.

Les guides d'entretien pour les jeunes et le groupe de discussion sont disponibles à l'[annexe IV](#).

Afin de recueillir le point de vue des familles de jeunes qui vivent ou ont vécu un épisode de crise psychopathologique, un questionnaire en ligne ([annexe V](#)) a été préparé et diffusé auprès des familles des jeunes de l'unité de pédopsychiatrie et de l'hôpital de jour de Fleurimont.

2.5.2.1 Analyse des thèmes

De manière itérative, une analyse thématique de contenu a été effectuée sur les données qualitatives issues des groupes de discussion et des entretiens semi-dirigés. L'analyse des enregistrements a permis de réaliser un premier codage des éléments en fonction des thèmes recherchés, de faire ressortir les thèmes émergents en lien avec l'analyse des propos recueillis et de les coder en fonction des thèmes principaux. L'extraction et le codage ont été effectués à l'aide de tableurs dans Excel.

2.5.3 MODÉLISATION DES PROCESSUS

Considérant les travaux en cours concernant le continuum de service en santé mentale jeunesse de la DPJe, la conception des diagrammes de processus a été réalisée en soutien à cette ETMI avec le logiciel Visio.

Une première modélisation a été réalisée pour la prise en charge actuelle des jeunes de 13 à 17 ans en crise psychopathologique au CIUSSS de l'Estrie – CHUS ([figure II](#)). Un court questionnaire a été envoyé au personnel de différents points de services en santé mentale jeunesse du CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour clarifier la trajectoire et l'organisation des services offerts sur le territoire de l'établissement. Le questionnaire comprenait des questions sur la clientèle, la réception des demandes, la composition des équipes, la durée et la fréquence des suivis, la charge de cas et les référencement (fin de service). Au

total, 14 réponses ont été obtenues, soit : au guichet d'accès de la première ligne ou en santé mentale jeunesse (n =4), en garde psychiatrique de l'urgence de Granby (n=1), en cliniques externes de pédopsychiatrie de Sherbrooke (n=2) et de Granby (n=5), à l'hôpital de jour (n=1) et en unité de pédopsychiatrie (n=1). Cette cartographie des services actuels était fournie à titre de support pour les échanges du groupe de discussion composé de médecins, de gestionnaires et de personnel de l'établissement.

Développée d'après l'orientation des recommandations du comité consultatif ([section 2.7](#)), une seconde modélisation présente la vision du comité en ce qui concerne l'intégration des activités du service intensif en contexte de vie dans l'offre de service.

2.6 TRIANGULATION

Une analyse par thème (résultat) d'intérêt a été réalisée en comparant les données provenant des différentes sources pour identifier les points de convergence et de divergence. Une synthèse narrative des données recueillies et de l'analyse a été présentée au comité consultatif composé de spécialistes, de gestionnaires, d'intervenantes et intervenants en santé mentale jeunesse ou en pédopsychiatrie. Lors des rencontres, les membres du comité ont commenté et débattu les résultats afin d'orienter les thèmes prioritaires qui devaient faire l'objet de recommandations.

2.7 MÉTHODE DE FORMULATION DES RECOMMANDATIONS

Un comité consultatif (CC) a été formé pour l'élaboration des recommandations. Les données triangulées issues de la littérature scientifique du contexte ainsi que des préférences des spécialistes, des gestionnaires et des jeunes usagères et usagers du CIUSSS de l'Estrie – CHUS ont été présentées aux membres du CC lors d'une rencontre (juin 2023). Les membres du CC ont été invités à émettre leurs opinions sur ces données ainsi qu'à coconstruire les recommandations préliminaires. Le critère principal guidant l'élaboration des recommandations préliminaires repose sur le niveau de preuve et la qualité des données probantes. Le second critère est l'intégration des données du contexte, incluant les considérations et les préférences des jeunes et des autres parties prenantes (PP).

Deux rencontres du comité (fin juin, début juillet) ont permis d'orienter les recommandations préliminaires présentées lors d'une quatrième rencontre (août 2023). Les commentaires du comité ont servi à bonifier les recommandations préliminaires avant le lancement du processus de consensus formel par la méthode Delphi. Cette méthode alloue à tous les membres du comité une voix égale tout en permettant le partage des opinions des autres membres de façon anonyme. Deux rondes itératives (août et septembre 2023) ont été nécessaires pour l'obtention d'un consensus pour la formulation des recommandations finales. Le consensus était atteint lorsqu'une recommandation atteignait 80 % (quatre personnes sur cinq) de réponses en accord ou très en accord, sans aucune réponse en désaccord ou très en désaccord. À la suite de l'analyse des résultats de chaque ronde, les membres pouvaient consulter les réponses et les commentaires des autres membres du CC, ainsi que des explications concernant les modifications aux libellés des recommandations proposées par l'UETMISSS.

Pour les recommandations, le niveau de consensus est jugé :

- Modéré à fort, lorsque 80 % des membres sont en accord ou très en accord, mais qu'une personne est neutre avec l'énoncé;
- Fort, lorsque tous les membres sont en accord ou très en accord;
- Très fort, lorsque 80 % et plus des membres du comité sont très en accord avec la recommandation.

2.8 VALIDATION EXTERNE

Considérant les enjeux de temps, aucune validation externe n'a été réalisée.

3. RÉSULTATS

3.1 REVUE SYSTÉMATIQUE

3.1.1 RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DE LA LITTÉRATURE

La stratégie de recherche documentaire a permis d'identifier 671 publications (doublons retirés). À la lecture des titres et des résumés, 79 publications ont été sélectionnées pour une lecture intégrale. Parmi celles-ci, 22 études correspondant aux critères de sélection ont été incluses dans la recension des écrits.

Parmi les études incluses, on trouve 11 revues systématiques (20–22,32–39) et 8 études primaires récentes (après 2019) (43–50). Une revue narrative (40) et deux chapitres ou extraits de livre (41,42) ont été inclus en complément d'information aux revues systématiques (RS).

3.1.2 DESCRIPTION DES ARTICLES INCLUS

Des descriptions détaillées des études de synthèse et des études primaires sont disponibles respectivement au [tableau VIII](#) et au [tableau X](#).

Parmi les écrits ou les études de synthèse, la revue narrative (40) ainsi que quatre revues systématiques (20–22,38) portent sur les alternatives à l'hospitalisation psychiatrique pour les enfants et la clientèle adolescente (moins de 18 ans) en contexte de crise, ou pour des problèmes ou troubles de santé mentale nécessitant des services spécialisés ou intensifs. Ces revues s'intéressent majoritairement à l'efficacité clinique des modèles de programmes alternatifs à l'hospitalisation (20–22), à leurs impacts sur l'utilisation des services d'urgence et les admissions en milieu hospitalier (21,22). Deux d'entre elles s'intéressent à l'acceptabilité et aux coûts (21,40), alors qu'une revue porte sur les perspectives des jeunes et des parents en matière d'accessibilité et de satisfaction (10).

Un livre, celui de McDougall et Cotgrove, s'intéresse à l'ensemble des programmes spécialisés en santé mentale au Royaume-Uni offerts pour la clientèle jeunesse, soit les services hospitaliers, les services intensifs dans la communauté et ceux à domicile (42). Le chapitre 1 définit les caractéristiques des services spécialisés en hôpitaux, dans la communauté et à domicile au Royaume-Uni. Le chapitre 7 se concentre sur la thérapie multisystémique (MST, de l'anglais *multisystemic therapy*). Le chapitre 8, rédigé par Biggins, s'intéresse aux les traitements à domicile. Le chapitre 13 concerne les critères de qualité des services spécialisés en santé mentale jeunesse du Royaume-Uni. Enfin, le chapitre 14 aborde les aspects d'éducation, de formation et de développement des compétences pour le personnel de ces services.

Une revue systématique s'intéresse, quant à elle, à l'impact des traitements dans différents contextes de soins (en clinique externe, en première ligne, dans la communauté ou dans les écoles) sur l'utilisation et les coûts à l'urgence pour la clientèle de moins de 18 ans avec des troubles mentaux (32). Une autre revue systématique porte sur les modèles de soins prolongés ou les services multidisciplinaires qui sont offerts pour les jeunes de 12 à 25 ans avec des troubles mentaux sévères, persistants et complexes (39).

Une importante proportion des études incluses dans les revues systématiques cible les jeunes avec des troubles émotionnels et du comportement. Dans une revue, Cochrane, Shepperd *et al.* précisent que ces désordres couvrent une vaste étendue de conditions externalisées et internalisées qui incluent le trouble de conduite, le trouble de déficit de l'attention (TDA) et le trouble bipolaire (21).

Aucune étude de synthèse ou de méta-analyse n'a été identifiée concernant l'identification d'éléments communs de pratique, par la recension, pour les programmes intensifs à domicile ou dans la communauté. La qualité et la quantité des preuves scientifiques ainsi que l'hétérogénéité (manque de consensus) des mesures utilisées, des instruments de mesure et des durées de suivi sont citées en tant que limites à la réalisation d'une méta-analyse par les groupes de recherche.

3.1.2.1 Population spécifique

Une revue systématique présente, sous la forme d'une synthèse narrative, les données expérimentales des modèles de programmes intensifs à domicile en Amérique du Nord offerts à des **jeunes avec une dysrégulation émotionnelle sévère** et à leurs familles (34).

À l'instar d'une revue narrative, un chapitre de livre décrit les interventions et les programmes reconnus pour prévenir la récurrence des **idées et des comportements suicidaires** ainsi que leurs effets auprès de la clientèle adolescente et de jeunes adultes en plus d'en tirer des constats pour les pratiques (41).

Une revue systématique intégrative (33) recense les interventions psychiatriques auprès des jeunes **en contexte de protection de la jeunesse**, soit les jeunes vivants en milieu résidentiel ou en famille d'accueil thérapeutique et qui nécessitent des soins aigus en santé mentale, des interventions de crise ou des soins d'urgence psychiatriques. L'objectif de cette revue est de décrire les bonnes pratiques et les interventions en santé mentale jugées pertinentes pour la clientèle en protection de la jeunesse.

3.1.2.2 Programme spécifique

Deux revues systématiques s'intéressent au programme MST développé aux États-Unis dans les années 1980 (35,36). La première publication, parue en 2013, est une revue préliminaire sur l'efficacité et l'efficience du programme pour les jeunes avec des problèmes psychologiques et de santé non extériorisés associés à de la maltraitance, à une maladie psychiatrique grave ou à des problèmes de comportements (35). La seconde publication, parue en 2017, s'intéresse exclusivement à l'efficacité du programme MST comparativement au traitement usuel selon les essais randomisés contrôlés (ECR) pour les jeunes de 10 à 17 ans avec des comportements antisociaux ou des troubles émotionnels sévères.

Finalement, une revue systématique porte sur l'efficacité du programme *Youth-Assertive Community Treatment* (Y-ACT), une adaptation du modèle ACT offert pour une population adulte, auprès de jeunes de 6 à 18 ans qui ont des troubles mentaux sévères⁶ et qui présentent un faible engagement auprès des services communautaires de santé mentale (37). Cette revue recense l'efficacité sur la sévérité des symptômes psychiatriques, l'amélioration du fonctionnement général ainsi que l'admission en unité psychiatrique.

3.1.2.3 Études primaires récentes

Parmi les études primaires récentes qui ont été incluses, six études portent sur différents modèles de traitements intensifs à domicile. On trouve une évaluation des impacts au Canada (45), un ECR en Allemagne (46), un ECR au Royaume-Uni (48), une étude qualitative en Autriche (49), un essai pilote non randomisé en Suisse (43) et une étude observationnelle longitudinale aux Pays-Bas (50). Plus particulièrement, l'étude autrichienne présente six modèles d'implantation de programmes de traitement

⁶ La revue inclut, dans leur définition pour les troubles mentaux sévères, les troubles de l'humeur, les troubles comportementaux, les troubles psychiatriques ou d'abus de substance.

intensif à domicile pour développer son modèle logique et identifier de possibles barrières à l'implantation dans leur pays (49). Les deux ECR portent sur une formule hybride de service où les services intensifs dans la communauté ou à domicile sont offerts lors du congé ou intègrent des périodes d'hospitalisation en unité psychiatrique. Les deux ECR comparent ainsi les effets du service intensif dans la communauté ou à domicile en soutien à un congé précoce des services hospitaliers, avec le traitement usuel, c'est-à-dire une admission en unité psychiatrique.

Une étude en contexte réel (*natural setting*) a été réalisée pour évaluer l'impact clinique du programme ACT, un modèle basé sur la gestion intensive de cas, pour la clientèle adolescente en Suisse (47).

Une étude rétrospective américaine s'intéresse à la modélisation de la prise de décision concernant l'hospitalisation psychiatrique de jeunes en crise qui reçoivent des traitements intensifs dans la communauté ou à domicile et aux facteurs influençant cette décision par les pédopsychiatres (44).

3.1.2.4 Qualité des études incluses

De manière générale, la qualité méthodologique des revues est relativement faible selon l'outil AMSTAR II, principalement en raison de l'absence d'un énoncé indiquant l'utilisation d'un protocole préétabli pour la réalisation de la revue, de l'absence d'une liste des études exclues avec justifications ainsi que du manque d'analyse des risques de biais des études primaires. Parmi les items critiques, la grande majorité des revues systématiques est limitée aux publications de langue anglaise et à l'absence de double extraction. Ces différents éléments, lorsque présents, viennent démontrer notamment la validité et la rigueur de la démarche scientifique. Quant à l'absence de certains items critiques, selon AMSTAR II, certaines hypothèses peuvent être émises, notamment en raison du contexte du domaine de recherche en sciences sociales. En effet, la majorité des revues ne justifie pas le choix des devis d'étude, bien que plusieurs études soulignent le faible nombre d'études et la faible qualité méthodologique comme des limites à leur revue systématique. Enfin, après l'évaluation avec AMSTAR II, cinq revues présentent une qualité critique (20,34–36,39), quatre une faible qualité (22,32,37,38) et deux une qualité modérée (21,33).

Les études primaires, quant à elles, présentent une qualité de faible à bonne après l'évaluation avec l'outil MMAT. L'étude qualitative (49) est de bonne qualité avec une méthodologie robuste en dépit du manque d'extrait de verbatim pour appuyer la validité des conclusions. Les essais randomisés (46,48) sont de qualité modérée à bonne, bien que la qualité méthodologique soit réduite par des taux d'attrition ou des données incomplètes, qui sont supérieurs aux taux recommandés par l'outil MMAT. La qualité des essais non randomisés quantitatifs (43,45,47,50) est modérée dans l'ensemble en raison de taux élevés d'attrition ou de données incomplètes. De plus, plusieurs de ces études utilisent des échantillons en contexte réel, mais fournissent peu d'informations permettant de juger de la représentativité de l'échantillon, limitant ainsi la généralisation des résultats. L'étude rétrospective (44), qui utilise un devis descriptif quantitatif, présente également cette limite concernant la généralisation de ces résultats, bien que l'étude soit de bonne qualité.

3.1.3 SYNTHÈSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES PROBANTES

Les écrits de synthèse sur les alternatives à l'hospitalisation psychiatrique pour les enfants et la clientèle adolescente (20–22,38,40) ont servi principalement à identifier les modèles de soins alternatifs et à définir la structure de la synthèse.

Parmi les alternatives à l'hospitalisation pour la clientèle jeunesse avec des troubles mentaux nécessitant un suivi spécialisé, on trouve **les modèles de soins** suivants (20–22,40): le programme MST, la gestion intensive de cas, le traitement intensif à domicile (TID), les services intensifs ambulatoires ou de proximité en clinique externe, le traitement intensif en l'hôpital de jour, le modèle de préservation de la famille, la famille d'accueil thérapeutique et les programmes résidentiels à court terme (traitement de jour). D'ailleurs, les quatre modèles de soins alternatifs, correspondant aux critères de sélection, sont présentés au [tableau II](#).

Bien que les modèles de soins alternatifs soient relativement cohérents entre les publications, la classification des différents programmes au sein de ces modèles varie d'une publication à l'autre. Des variations sont notamment observées dans les définitions employées, les inclusions ainsi que l'emploi interchangeable de certaines expressions décrivant les programmes, telles que la préservation de la famille, l'intervention basée sur la famille, l'intervention à domicile et la gestion intensive de cas (51). Par ailleurs, une revue systématique nord-américaine (34) conclut que, de manière générale, les interventions intensives à domicile pour les jeunes avec des troubles émotionnels sévères **représentent davantage un modèle de livraison des services qu'un modèle de soins**. Cette conclusion s'explique par la variabilité substantielle observée entre les services étudiés, notamment en ce qui concerne la durée, l'intensité, la taille des équipes, la formation du personnel et leurs théories du changement. Pour ne citer que quelques exemples, une revue distingue un modèle supplémentaire, fréquemment intégré au modèle de soins du TID, soit les programmes de congé rapide avec soutien ou de congé précoce (*supported discharge services*) (20). Il s'agit d'un modèle hybride de service combinant un traitement intensif à domicile, offert au moment du congé des services hospitaliers, tels que les urgences ou les unités psychiatriques. Les objectifs de ce modèle hybride sont souvent la prévention des hospitalisations et des réadmissions en unité psychiatrique ou le relais (transition), en attente d'intégrer les services réguliers. Des études récentes au Royaume-Uni (48), au Canada (45) et aux États-Unis (52) présentent des programmes similaires. En substitution à l'hospitalisation en unité pédopsychiatrique, un programme d'hospitalisation à domicile a fait l'objet d'une étude pilote en Suisse (43).

Le manque de consensus pour la classification des programmes au sein des différents modèles de soins alternatifs représente donc un défi pour l'agrégation des preuves scientifiques (34). Au regard des résultats collectés, il a été décidé de présenter globalement les données ou les informations convergentes. Dans ce cas précis, les programmes intensifs en contexte de vie (PICV) représentent, dans ce rapport, les résultats colligés pour l'ensemble des programmes répertoriés de modèles de soins alternatifs.

Tableau II. Caractéristiques des alternatives à l'hospitalisation en contexte de vie (à domicile ou dans la communauté) pour la clientèle adolescente nécessitant des services spécialisés en santé mentale

Modèle	Approche et objectif	Intervention et durée	Composition de l'équipe	Intensité	Charge de travail des intervenant(e)s
Thérapie multisystémique psychiatrique <i>(MST-psychiatric)</i> (20-22,34-36,39,40,42)	Adaptation du programme MST original (pour les jeunes contrevenant(e)s) Approche centrée sur la famille, thérapies orientées sur l'écologie sociale en ciblant les aspects individuels, familiaux, interpersonnels et environnementaux de la psychopathologie	Interventions intensives de courte durée (3 à 6 mois) dans le contexte de vie (à domicile, à l'école, etc.) Modèle original: Thérapies familiales et comportementales utilisées pour intervenir dans les systèmes sociaux clés. Adaptation pour la psychiatrie: Gestion des médicaments, intervention de crise disponible 24 h/24, 7 j/7, concentration sur la planification de la sécurité et la gestion de crise	- Thérapeute (clinicien(ne) avec un diplôme de maîtrise) et psychologue - Pédopsychiatre à temps partiel (supervision, gestion des médicaments) - Intervenante(s) de crise	Selon les études, entre 92 h et 97 h 30 (environ 57 h) en moyenne avec un(e) thérapeute	Thérapeute : Trois charges de cas

Modèle	Approche et objectif	Intervention et durée	Composition de l'équipe	Intensité	Charge de travail des intervenant(e)s
Gestion intensive de cas (37,39,47)	Coordination des services variés dans la communauté et gestion intensive de cas avec un volet de collaboration intersectorielle et multidisciplinaire pour la planification des soins	Services à domicile avec des interventions personnalisées (psychothérapies et médication) et des thérapies non traditionnelles comme des programmes spécialisés. Implication de la famille et de l'adolescent(e) dans l'équipe de planification des soins Durée non fournie, mais on mentionne une révision des résultats tous les six mois.	- Coordonnateur (-trice) de soins - Planification des soins par les : • enseignant(e)s • thérapeutes • médecins ou personnel des services sociaux	Non précisée Intervention de crise accessible 24/7	Non précisée
Traitement intensif à domicile (20,21,34,43,45,46,48,50)	Approche de résolution de problèmes couplée à une approche centrée sur les jeunes et leurs familles Cible les difficultés avec l'environnement psychosocial ainsi que les symptômes psychopathologiques	Durée variable entre les programmes (3 à 6 mois) Thérapie familiale et techniques d'intervention de crise en contexte familial : - Objectifs thérapeutiques pour le(la) jeune et la famille - Implication de la famille auprès du(de la) jeune pour l'identification des solutions afin de retourner à l'école ou au travail	- Pédopsychiatre - Psychologues - Personnel de soins infirmiers - Personnel éducatif - Intervenante(s) de cas - Personnel administratif	Intensité variable	Non précisée

Modèle	Approche et objectif	Intervention et durée	Composition de l'équipe	Intensité	Charge de travail des intervenant(e)s
Préservation de la famille (21,34)	Approche en prévention du placement et centrée sur l'identification des besoins psychosociaux, culturels, communautaires et de bien-être des jeunes et de la famille Cible le renforcement des relations, la résolution de problèmes, la gestion de la colère et la communication	Modèle <i>Homebuilders</i> : 6 à 12 semaines Modèle HBCI (NY, États-Unis) : adaptation à l'intervention de crise <i>Homebuilders</i> : 4 à 6 semaines Thérapie cognitivo-comportementale, interventions d'éducation, gestion des médicaments et gestion de cas - Implication de la famille pour les objectifs de traitement, le suivi de la progression du(de la) jeune, l'atteinte des objectifs familiaux et la gestion des comportements Les services peuvent inclure : - Le répit de courte durée (3 jours), le groupe de soutien et le programme de jour; - L'accès 24 h par jour; - Le traitement en collaboration intersectorielle; - L'aide alimentaire, pour le logement ou les autres besoins de base.	- Thérapeute - Pédiopsychiatre (supervision des thérapeutes, consultation et référencement) - Infirmier(-ère)s diplômé(e)s - Travailleur - (-euse)s sociaux(-ales)	Variable, selon les besoins des jeunes et de leurs familles <i>Homebuilders</i> : au moins une à deux fois (2 h) par semaine	Deux familles par thérapeute

Tableau III. Comparaison de l'efficacité des modèles sur la clientèle et l'utilisation des services selon les données issues de la recherche

Modèle	Programme	Clientèle	Efficacité		Limite
			Clinique	Organisationnelle	
Thérapie multisystémique psychiatrique (20-22,34-36,39,40,42)	<i>MST-psychiatric</i> , États-Unis	Jeunes de 10 à 17 ans avec des troubles émotionnels et du comportement sévères (ECS) - Testée auprès des jeunes avec une psychose, des idées suicidaires ou d'homicide, représentant un danger pour soi ou pour autrui.	Amélioration des paramètres suivants pendant le programme : - Sévérité des symptômes, - Symptômes internalisés, - Fonctionnement social, - Capacité d'adaptation (adaptabilité) de la famille, - Cohésion familiale (à court terme, effet dissipé à 4 mois). Au suivi, 12-16 mois : - Aucune amélioration significative pour les idées suicidaires, l'automutilation, le désespoir ou la dépression, - Effet de temps pour le programme MST.	- Ne remplace pas le besoin d'être hospitalisé pour une large proportion (44 %, une étude) de jeunes - Réduction de la durée de séjour des hospitalisations	<i>MST-psychiatric</i> a fait l'objet de deux études randomisées, dont la seconde a été arrêtée avant son terme. Échantillon de petite taille ($n_{total} = 128$ jeunes réparti(e)s entre deux études)
Gestion intensive de cas (37,39,47)	Wraparound Youth-ACT	Clientèle jeunesse et jeune adulte (groupe d'âge varie selon le programme, entre 5 et 25 ans) avec des troubles émotionnels sévères et du comportement ou avec des besoins complexes.	- Réduction de la sévérité des symptômes psychiatriques, notamment les symptômes psychotiques, les symptômes suicidaires, les comportements d'automutilation et les problèmes émotionnels - Amélioration du fonctionnement général pour la présence à l'école et les relations interpersonnelles.	- Réduction de la durée et de la fréquence des hospitalisations psychiatriques pour la majorité des suivis à un an. - Réduction du nombre d'admissions en unité psychiatrique, dans les services résidentiels de longue durée et dans les placements 12 mois après le service.	Aucune donnée d'essai randomisé pour la comparaison à l'hospitalisation. Devis quasi expérimentaux.

Modèle	Programme	Clientèle	Efficacité		Limite
			Clinique	Organisationnelle	
Traitement intensif à domicile (20,21,34,43,45,46,48,50)	Programmes de congé rapide avec soutien (Royaume-Uni, Canada, États-Unis) Modèle canadien At_Home (Suisse) HOTS-BITS (Allemagne) Modèle néerlandais (Pays-Bas)	Majoritairement des jeunes avec des troubles de santé mentale sévères ou des troubles émotionnels et du comportement en situation de crise psychopathologique requérant une admission à l'hôpital	- Amélioration du fonctionnement général et réduction du niveau d'incapacité (<i>impairment</i>) - Résultats comparables à l'hospitalisation pour la majorité des paramètres cliniques (n=5), au suivi à 8 mois et entre 2 et 5 ans (n=3) - Amélioration supérieure au groupe hospitalisé, uniquement des compétences en contexte de vie (n=1) - En contexte réel (n=1), amélioration comparable à un programme de jour de thérapie brève en résolution de problèmes pour des jeunes avec des besoins élevés en santé mentale	- Intégration possible avant ou pendant une hospitalisation courte dans le traitement (n=3) - Réduction de la fréquence ou de la durée de séjour pour des hospitalisations (n=5) - Réduction des réadmissions et de la durée de séjour dans les services d'urgence et les services planifiés (n=1) - Pour le modèle d'hospitalisation à domicile, réduction de la durée de traitement à 83 jours comparativement à l'hospitalisation en unité psychiatrique de 100 jours (n=1)	Services hautement hétérogènes pour la livraison des soins Plusieurs modèles intègrent ou acceptent une hospitalisation courte avant ou pendant le traitement (facteur de confusion pour le service uniquement).

Modèle	Programme	Clientèle	Efficacité		Limite
			Clinique	Organisationnelle	
Préservation de la famille (21,34)	HBCI, une adaptation plus brève du modèle <i>Homebuilders</i> (États-Unis)	Enfants ou adolescent(e)s avec des troubles émotionnels et du comportement en situation de crise psychopathologique requérant une hospitalisation	- Au suivi de 6 mois, amélioration pour le fonctionnement des jeunes et des familles - Résultats comparables à la gestion intensive de cas, mais différence significative pour la cohésion familiale et les comportements prosociaux	- Efficacité comparable à la gestion de cas intensive pour le nombre de jours en placement	Une seule étude randomisée avec des différences d'intensité de symptômes entre les groupes Absence de données comparatives avec l'admission en unité psychiatrique ou pour la satisfaction des jeunes et de leurs familles

3.1.3.1 Efficacité et sécurité

Points saillants

Les PICV tendent à montrer une efficacité comparable, voire supérieure, à l'hospitalisation en pédopsychiatrie, bien que des études de meilleure qualité soient nécessaires pour valider ces résultats.

Selon la littérature, le cadre optimal pour les jeunes avec des troubles émotionnels et du comportement est d'intégrer, lorsque nécessaire, une courte hospitalisation à un programme intensif à domicile. Pour les troubles sévères, complexes et persistants associés à des troubles mentaux, le cadre de soins requiert d'offrir des traitements personnalisés et d'être flexible, complet et centré sur la personne.

En ordre d'importance, les principaux facteurs qui influencent la décision d'opter pour une hospitalisation en unité psychiatrique plutôt qu'un suivi avec le PICV sont : le risque élevé de suicide, le risque de danger pour soi ou pour autrui, la dépression sévère ou les symptômes psychotiques ainsi que le niveau d'altération du fonctionnement à la maison ou avec ses semblables.

Bien qu'aucun modèle spécifique ne soit recommandé dans la littérature, l'efficacité des modèles de soins alternatifs dépend de multiples facteurs. Elle résulte notamment des interventions précoces, d'une connaissance approfondie des jeunes, des interventions ciblées sur les difficultés et les problèmes dans plusieurs domaines du fonctionnement, et de l'engagement dans le traitement jusqu'à la complétion du programme thérapeutique. Sur le plan professionnel et organisationnel, l'efficacité repose sur un personnel formé, qualifié et expérimenté ainsi qu'une supervision et un encadrement clinique adéquats.

Une description détaillée des modèles et de l'étendue de leur preuve scientifique sont disponibles en annexes pour la thérapie multisystémique ([annexe XII](#)), la gestion intensive de cas ([annexe XIII](#)), la préservation de la famille ([annexe XIV](#)) et le traitement intensif à domicile ([annexe XV](#)). Une synthèse des résultats clés de l'efficacité est disponible au tableau III. Lorsque réalisée, la principale comparaison pour l'efficacité provient uniquement d'un groupe témoin hospitalisé.

De manière générale, les études tendent à montrer une efficacité similaire, voire supérieure, à l'hospitalisation, bien que les preuves d'essais randomisés se limitent principalement aux jeunes avec des présentations modérées à modérément-sévères (20). D'après les conclusions d'une revue systématique (20), les services délivrés dans la communauté semblent une alternative prometteuse à l'hospitalisation pour les jeunes avec des troubles mentaux. Selon le groupe de recherche, ces résultats s'expliquent, d'une part, par l'atténuation potentielle des effets indésirables des hospitalisations longues comme la méfiance interpersonnelle et la faible estime de soi. D'autre part, l'environnement moins restrictif, la promotion de l'autonomie et de la confiance en soi stimulent l'engagement des jeunes et de leurs familles. Finalement, le travail avec la famille permet d'identifier les problèmes de la vie quotidienne.

Tous modèles confondus, les revues systématiques concluent que les données scientifiques disponibles limitent la capacité de tirer des conclusions pour identifier un modèle de soins ou un programme spécifique comme alternative pour les jeunes vivant une crise, ayant des troubles sévères, persistants et complexes de santé mentale, ou requérant une hospitalisation psychiatrique (20–22,39).

En effet, des études de meilleure qualité sont nécessaires selon l'ensemble des revues consultées en raison du faible niveau de preuve, de la qualité insuffisante et du manque de puissance statistique. Selon Shepperd *et al.* (21), le manque de preuve provenant des essais contrôlés randomisés limite la prise de décision éclairée. Ce groupe soulève, en surcroît aux précédentes limites, l'absence dans les études de la description des composantes clés des interventions (intensité ou durée des traitements, composition des équipes).

Clientèle

La forte majorité des études sur les programmes intensifs en contexte de vie ont été menées auprès de jeunes avec des troubles émotionnels et du comportement, en situation de crise ou requérant une hospitalisation en unité psychiatrique (tableau III).

Une étude rétrospective américaine (43) a identifié 20 facteurs qui influencent la décision d'hospitaliser des jeunes entre 4 et 19 ans et demi. Selon les résultats de l'évaluation réalisée par une équipe mobile de crise, la décision sur la prise en charge était effectuée sous une supervision clinique afin de déterminer la meilleure orientation pour les jeunes entre les options suivantes : l'hospitalisation, les services de stabilisation intensive par l'équipe, le suivi en clinique externe ou la réorientation vers d'autres services.

Sur le plan clinique, l'hospitalisation est privilégiée lors de préoccupations accrues pour la **sécurité** des jeunes ou d'autrui, d'un risque accru de suicide, d'une faible capacité de jugement ou de prise de décision, d'hétéroagressivité, d'impulsivité, des comportements de fuite (*runaway behavior*), d'autres comportements à risque et de l'automutilation non suicidaire. Les **symptômes psychiatriques**, tels que la psychose, les symptômes dépressifs, les problèmes de sommeil et le comportement oppositionnel, sont aussi des facteurs importants. Deux domaines du **fonctionnement, soit à la maison et interpersonnel**, sont jugés cruciaux dans la décision. Parmi les diagnostics psychiatriques, les troubles dépressifs et du spectre de la schizophrénie sont davantage associés à la décision d'hospitaliser. Un seul facteur démographique, l'**âge**, a été identifié. Le facteur le plus important pris en compte par l'équipe clinique est le risque élevé de suicide, suivi des facteurs augmentant le risque de danger pour soi ou pour autrui, la dépression sévère ou les symptômes psychotiques, et le niveau d'altération du fonctionnement à la maison ou avec ses semblables.

Dans le même ordre d'idées, Kwok *et al.* (20) concluent qu'il est impossible, selon les données disponibles, de confirmer si les alternatives à l'hospitalisation peuvent s'appliquer à une clientèle jeunesse avec des troubles sévères associés à un danger pour soi ou pour autrui. En effet, peu d'études incluent les jeunes présentant des risques immédiats ou sévères. Similairement, une autre revue systématique conclut que des recherches scientifiques sont nécessaires pour vérifier l'efficacité des alternatives à l'hospitalisation et mesurer les changements dans les populations complexes (34).

Quant au domaine du fonctionnement, une revue défend que les PICV sont une option peu pratique pour les jeunes lorsque **la situation à la maison est instable** ou que les responsables légaux ne sont pas prêts à soutenir le processus de traitement (39). Certaines études primaires incluent ces deux éléments dans les critères d'admissibilité (21,49). Néanmoins, aucune donnée sur l'efficacité des interventions de santé mentale intégrées au contexte de la protection de la jeunesse n'a été identifiée lors de la recension. D'autre part, certains critères cognitifs ou géographiques, tels qu'un quotient intellectuel supérieur à 70 (46,50) ou une proximité du lieu de résidence (49), comptent parmi les critères d'inclusion de quelques études.

Facteurs d'efficacité

Quelques facteurs jugés essentiels pour l'efficacité des PICV sont rapportés dans la littérature.

Selon McDougall, l'efficacité des modèles de soins pour les jeunes dépend d'un nombre essentiel de facteurs, dont : les interventions précoces, la connaissance approfondie de l'enfant, les interventions qui se focalisent sur les difficultés et les problèmes dans plusieurs domaines du fonctionnement, l'adhérence (engagement) au traitement et la complétion du programme thérapeutique (42).

À la suite d'une revue de la littérature, le *Policy Research Bureau* au Royaume-Uni en 2007 (42) conclut que l'efficacité, peu importe le milieu (hôpital, domicile, communauté), repose sur un personnel formé adéquatement, expérimenté et qualifié ainsi qu'un accès à du soutien et un encadrement clinique par des membres expérimentés. De plus, les collaborations intersectorielles et multidisciplinaires sont des éléments essentiels pour les jeunes avec des besoins complexes.

D'autre part, l'implantation est aussi importante que le contenu du programme. Certaines études, dont l'une sur le programme *MST-psychiatric*, ont d'ailleurs été arrêtées en raison de problèmes d'implantation (21,34,42).

Cadre optimal de traitement

Selon la littérature scientifique, les PICV ne remplacent pas complètement le besoin d'hospitalisation chez les jeunes entre 12 et 25 ans avec des troubles sévères, persistants et complexes de santé mentale, bien qu'ils en réduisent généralement la durée ou la fréquence (20,39). Les alternatives, qui intègrent ou tolèrent une courte hospitalisation⁷, démontrent une efficacité comparable à l'hospitalisation en seule modalité. De ce fait, plusieurs traitements dans la communauté réputés efficaces, comme la thérapie multisystémique et l'*Assertive Community Treatment* (ACT), intègrent des traitements en unité psychiatrique de courte durée (39).

De plus, une revue systématique récente (39) suggère que l'intégration d'une courte hospitalisation avec des programmes dans la communauté représente un cadre clinique optimal. Reconnaisant la complexité des programmes, cette revue souligne l'importance d'offrir des traitements personnalisés et d'avoir un cadre clinique pour ce groupe qui soit flexible, complet et centré sur la personne.

3.1.3.2 Caractéristiques organisationnelles et professionnelles

Points saillants

Plusieurs caractéristiques sont partagées, voire recommandées, par les associations médicales, entre les différentes alternatives à l'hospitalisation pédopsychiatrique, notamment :

- Une réponse rapide (en quelques heures) et une couverture 24 h/24, 7 j/7 assurées, en dehors des heures régulières, par une garde médicale ou des intervenantes et intervenants de crise.
- Des approches théoriques centrées sur la ou le jeune et sa famille, la résolution de problèmes, l'approche écosystémique et l'intervention de crise.

⁷ La durée (en jours) des hospitalisations acceptées varie dans la littérature.

- Une livraison flexible (endroit et lieu selon les besoins des jeunes et de la famille), des interventions planifiées et un soutien par étapes (continuité des services).
- Des modalités d'intervention variées, multimodales et impliquant la famille.
- Des évaluations complètes comprenant une analyse fonctionnelle multidimensionnelle, un plan de sécurité, un plan de traitement individualisé et des révisions fréquentes.
- Des équipes d'intervention expérimentées, qualifiées et multidisciplinaires (pédopsychiatres, psychologues ou thérapeutes titulaires de maîtrise, personnel en soins infirmiers, intervenant(e)s sociaux(-ales) ou éducatif(ve)s, personnel pour la coordination des soins, personnel administratif).
- Une collaboration multidisciplinaire, interéquipe et intersectorielle pour répondre aux besoins multiples et diversifiés de la clientèle adolescente en crise psychopathologique.

Au Royaume-Uni, le Royal College of Psychiatrists (2012) recommande que les modèles intensifs dans la communauté et de crises en SMJ partagent les caractéristiques suivantes (42) : une réponse immédiate, une couverture en dehors des heures régulières, un engagement assertif et des interventions intensives planifiées, le tout reposant sur une approche flexible et une approche de soins par étape. La majorité de ces éléments est d'ailleurs soutenue par les constats des revues systématiques.

Les notions de **couverture en dehors des heures régulières** et de **réponse immédiate** sont décrites respectivement comme l'accès 24 h/24, 7 j/7 à une professionnelle ou un professionnel, et ce, quelques heures après la demande (20,42). Dans la recension, une couverture 24 h/24, 7 j/7 est souvent assurée sous forme d'intervention de crise ou par une garde médicale (43,46,49).

L'**engagement assertif** est à une approche persistante comprenant des tentatives répétées de prise de contact, incluant un suivi immédiat des jeunes qui ne se présentent pas aux rendez-vous (42).

Une **approche flexible** fait référence à des rencontres dans des endroits sécuritaires convenus avec les jeunes ou les proches à un moment qui leur convient (20,21,42). Par ailleurs, plusieurs modèles offrent des soins locaux pour la famille et les jeunes dans un contexte moins restrictif (21), à domicile ou dans la communauté (20,42).

La notion d'**intervention intensive planifiée** repose sur un contact clinique fréquent, incluant plusieurs contacts par semaine, et la disponibilité du personnel jusqu'à la résolution du besoin d'intensification. **Quant à l'approche par étape**, elle soutient la continuité requise des soins avec les services standards (communautaires, de jour ou hospitalisation). Les spécialistes et la littérature sont d'avis qu'une planification du congé, tôt dans le processus, facilite la transition avec les autres composantes du continuum de service (34,37). Similairement, une planification d'un congé rapide (précoce) de l'unité psychiatrique est privilégiée par les programmes qui offrent les traitements à domicile ou dans la communauté après une hospitalisation (19,34).

Le concept de **relations de collaboration** se rapporte à la capacité à accéder à d'autres professionnelles et professionnels en SMJ ou agences, telles que requises, afin de répondre aux besoins des jeunes et de leurs responsables légaux. Plusieurs programmes, dont tous ceux intégrant la gestion intensive de cas, soulignent l'importance de la planification et de l'arrimage (coordination) des soins avec les unités psychiatriques, les services ambulatoires, le personnel en services sociaux, les médecins, le milieu scolaire, les services de crises, les services de la protection de la jeunesse et les services judiciaires (20,21,37,39,45,47,49). Certaines études proposent que l'équipe multidisciplinaire livre les soins collectivement ou partage un plan de traitement, minimalement avec l'équipe soignante (médecin, intervenante ou intervenant au dossier), l'usagère ou l'utilisateur et leur famille (39). Une étude qualitative autrichienne menée auprès de la communauté professionnelle et médicale en santé mentale recommande de coordonner les programmes à domicile avec les autres services par une approche de soins intégrés (49). Pour ce groupe, l'échange d'informations avec les services existants est jugé essentiel afin d'éviter les doublons, la confusion et le fardeau des familles. Une de leurs suggestions est d'établir clairement les rôles, les responsabilités et les aspects logistiques, et ce, pour chaque intervention. Une revue intégrative en contexte de protection de la jeunesse conclut que la collaboration interdisciplinaire est nécessaire, particulièrement pour des soins de santé mentale offerts en contexte de services résidentiels (en hébergement, par exemple en centre jeunesse) (33). Toutefois, le groupe de recherche constate que les moyens pour transférer cette collaboration dans la pratique ne sont pas étudiés. Aucune donnée n'a été identifiée dans la recension sur l'efficacité de ces interventions.

En contrepartie, la plupart de ces notions exigent de déterminer le profil des jeunes admissibles au service alternatif à l'hospitalisation (21).

Approches privilégiées des programmes intensifs en contexte de vie

Quatre grandes approches émergent des différents modèles alternatifs à l'hospitalisation, soit l'approche centrée sur les jeunes et leurs familles, la résolution de problèmes, l'intervention de crise et l'approche écosystémique.

L'approche centrée sur les jeunes et leurs familles vise la préservation ou le fonctionnement global de la famille. Cette approche est citée par sept revues systématiques (20–22,34–36,39), une revue narrative (40) et six études primaires (42,43,45,46,49,50). Dans l'ensemble des programmes identifiés comme des alternatives en contexte de vie à l'hospitalisation, elle se caractérise par l'implication de la famille dans le processus ou les traitements. L'approche peut prendre différentes formes :

- L'implication dans la planification des soins, l'identification des objectifs thérapeutiques pour la ou le jeune et sa famille ou des solutions pour retourner à l'école ou au travail;
- La participation active dans le traitement, l'atteinte des objectifs familiaux et la gestion des comportements. Dans le cas de la thérapie multisystémique, le parent est perçu comme un agent du changement dans l'équipe de soins;
- Le renforcement des liens familiaux ou des relations, la gestion de la colère et la communication sont souvent des objectifs de cette approche.

Les programmes utilisant des stratégies de préservation de la famille partagent des caractéristiques communes, telles qu'une réponse immédiate (en moins de 24 h), une couverture 24 h/24, 7 j/7, une faible charge de cas (2 à 4 cas), un faible nombre d'objectifs et des interventions intensives (8 à 10 h par semaine) sur une courte période de 4 à 8 semaines qui sont orientées vers les objectifs (51).

L'**approche de résolution de problèmes**, quant à elle, vise à développer (outiller, acquisition de compétences) les jeunes et leurs familles à répondre aux difficultés de leur environnement psychosocial ainsi qu'aux symptômes psychopathologiques. La majorité des PICV, notamment les programmes de TID, mise sur une approche de résolution de problèmes (20,21,34,43,45,46,48–50).

Plus particulièrement pour le modèle de soins de TID, l'**intervention de crise** est une stratégie d'intervention imbriquée à l'approche hybride de résolution de problèmes centrée sur les jeunes et leurs familles (20,22,34–37,39,40,42,45–47). Certains modèles de services en font une des approches clés. C'est le cas des services de congé rapide avec soutien qui sont offerts à la suite d'une visite aux urgences ou en transition au congé d'une hospitalisation. Ces services visent la prévention de l'hospitalisation ou des réadmissions. Parmi les autres modèles de soins alternatifs, plusieurs ont intégré l'intervention de crise pour adapter les modèles originaux à la clientèle adolescente en crise ou requérant une hospitalisation psychiatrique. Parmi les exemples, il y a le programme *Homebuilders Crisis Intervention* (HCBI), une adaptation du modèle de préservation de la famille à l'intervention de crise, et *MST-psychiatric*, l'adaptation de la thérapie multisystémique. Quoiqu'il existe différents modèles d'intervention de crise, le modèle employé est rarement spécifié dans les études incluses.

Finalement, l'**approche écologique ou écosystémique** considère simultanément différents aspects de la psychopathologie et de l'environnement des jeunes et des familles dans ses niveaux d'analyse et d'intervention, notamment concernant les aspects environnementaux, sociaux ou interpersonnels, culturels, communautaires, familiaux et individuels. L'approche est décrite implicitement dans plusieurs descriptions de modèles.

Types d'intervention

Les interventions offertes sont multimodales et diversifiées entre les modèles alternatifs à l'hospitalisation (pour plus de détails sur les modèles, se référer aux [annexes XII](#) à [XV](#)). Toutefois, les études décrivent fréquemment une combinaison d'interventions pour les traitements comprenant :

- Une évaluation initiale complète, incluant une analyse fonctionnelle, des causes et des besoins pour les jeunes ainsi que pour leur famille (20,21,34,42,49);
- Des révisions médicales ou des évaluations fréquentes (bimensuelles à mensuelles) (46,49,50);
- Des interventions de stabilisation de la crise qui comprennent l'élaboration d'un plan de sécurité et de gestion de crise (20,22,34–37,39,40,42,45–47);
- Un plan de traitement individualisé, souvent développé en impliquant la famille (21,34,46,49);
- Des stratégies et des interventions en résolution de problèmes et en éducation sociale (20,21,34,43,45,46,48–50);
- De la psychothérapie (37,39,46,47,50);
- De la pharmacothérapie et de la gestion des médicaments (20–22,34,35,39,42,46,50);
- Des thérapies individuelles pour les jeunes ou les membres de la famille ainsi que des thérapies familiales, selon leurs besoins et objectifs respectifs (35,36,43,45,46,50).

De manière plus ponctuelle, certains modèles offrent des groupes ou des services de soutien (pour l'emploi, le logement, l'aide alimentaire, etc.) afin de favoriser le bien-être. Ces offres se retrouvent principalement dans les modèles de préservation de la famille et de gestion intensive de cas ([tableau II](#)).

Plusieurs exemples de PICV recensés offrent un accès à des spécialistes ou assurent une liaison avec les services adéquats afin de traiter les comorbidités ou d'autres problèmes fréquemment rencontrés (39).

Parmi les exemples d'arrimage, on trouve notamment la liaison avec les autres services du continuum de santé mentale jeunesse (par exemple, le programme de jour et le suivi en clinique externe) ou des services pour assurer le bien-être des jeunes et des familles, tels que les services de la protection de la jeunesse et les services de répit de courte durée (21,34,37,39,47).

D'autre part, quelques programmes mentionnent l'utilisation de protocoles normalisés pour la livraison des services (21,35,36,45).

Intervention en protection de la jeunesse

Une revue systématique appuie l'hypothèse d'une corrélation entre des services de santé mentale bien ciblés en protection de la jeunesse et une stabilité du placement (33). Cette revue intègre huit études, principalement américaines et britanniques. Les résultats englobent plus de 21 000 personnes de 0 à 18 ans nécessitant des interventions de crise, des soins aigus ou d'urgence en psychiatrie, offerts à des jeunes en protection de la jeunesse (familles d'accueil, services résidentiels de soins, refuges).

Parmi les études couvertes par cette revue, l'une démontre que les jeunes et leurs familles ayant accès à des services de santé mentale ont plus de chances d'être réunis après un hébergement en famille d'accueil. Une seconde étude identifie le placement comme un facteur important pour prédire l'utilisation future des services en santé mentale. Cinq études décrivent les interventions de santé mentale réalisées. Ces interventions sont principalement offertes au début du processus de protection de la jeunesse et sont fournies aux familles d'accueil et aux jeunes en contexte de placement ou d'hébergement. Toutes ces interventions sont dispensées par une équipe multidisciplinaire. Les interventions de santé mentale en contexte de protection de la jeunesse incluent une évaluation de crise, des services de répit, une thérapie (counseling, entretiens thérapeutiques, thérapies), de l'éducation, du dépistage cognitif ou éducatif, des évaluations psychologiques et comportementales, du travail individuel et des soins de courte durée.

Durée des interventions et intensité

Comme observé dans le [tableau II](#) et le [tableau XI](#), la durée varie entre les exemples de PICV. On trouve des programmes brefs, de 4 à 6 semaines, et de courte durée, de 4 à 6 mois. La majorité des exemples semble viser une durée de traitement de 3 à 6 mois. Les quelques modèles brefs sont principalement axés sur l'apaisement de la crise et la planification de la transition pour assurer la continuité des soins.

Une revue systématique montre qu'en Amérique du Nord, les interventions d'une durée de 4 à 6 mois rapportent systématiquement plus d'améliorations que celles de 4 à 6 semaines pour la clientèle adolescente avec une dysrégulation émotionnelle sévère (34).

Pour l'intensité, plusieurs revues systématiques et études indiquent que les PICV prévoient une gestion de cas intensive (39) ou des interventions intensives planifiées et fréquentes, qui comprennent plusieurs contacts par semaine (42). L'exemple le plus intensif dans les PICV, celui de l'hospitalisation à domicile, prévoit un minimum d'une visite par jour d'une durée de 60 à 120 minutes (43).

En complément à une offre intensive, une grande majorité des services intensifs en contexte de vie intègrent l'accès à des intervenants et intervenants ou des médecins de garde pour offrir une couverture 24 h/24, 7 j/7 (20-22,34-37,39,42,43,46,47,49).

Composition des équipes et charge de travail

Une grande majorité des PICV sont offerts par des **équipes multidisciplinaires expérimentées** ou par des collaborations multidisciplinaires, et comprennent souvent une **collaboration intersectorielle** pour répondre à l'ensemble des besoins des jeunes et des familles (39,42). La composition des équipes de traitement comprend notamment (21,43,45,46,49,50) :

- Des pédopsychiatres, parfois à temps partiel;
- Des psychologues ou des thérapeutes, majoritairement titulaires d'un diplôme de 2^e cycle (maîtrise), responsables des traitements de psychothérapie;
- Du personnel en soins infirmiers, souvent responsable du prétriage à la réception des demandes;
- Du personnel en services sociaux comprenant le travail social;
- Du personnel éducatif;
- Du personnel pour la coordination des soins, à l'occasion;
- Du personnel administratif de soutien.

Dans une étude qualitative autrichienne sur les enjeux d'implantation d'un programme intensif à domicile (49), les médecins, les professionnelles et professionnels recommandent **une équipe multidisciplinaire similaire** composée de pédopsychiatres, de psychologues, de personnel éducatif, en travail social et en soins infirmiers, ainsi que de professionnelles et professionnels de la santé spécifiques, comme des ergothérapeutes. De plus, plusieurs personnes de ce groupe suggèrent de mettre en place des mesures préventives pour éviter le risque de roulement du personnel en raison des conditions de travail des équipes à domicile.

Dans la plupart des études, des pédopsychiatres assurent la supervision des professionnelles ou professionnels agissant comme des thérapeutes, la révision médicale des plans d'intervention individualisés (PII) et la gestion des médicaments.

Parmi les études incluses, peu de publications précisent la charge de cas des équipes d'intervention des PICV. Lorsque disponible, la charge de cas pour la clientèle adolescente avec des troubles émotionnels et du comportement, en crise ou requérant une hospitalisation, oscille entre 2 et 4 familles.

Formation, éducation et développement de compétences

Plusieurs publications suggèrent que le personnel des PICV soit expérimenté et habilité à travailler en interdisciplinarité, et supervisé régulièrement (42,49).

3.1.3.3 Autres dimensions (éthique, politique, juridique, économique)

Points saillants

La littérature identifie plusieurs thèmes d'implantation à considérer pour la mise en place d'un PICV. Il y a notamment l'influence de son positionnement organisationnel, les rôles et les responsabilités des différents groupes professionnels impliqués, et ce, principalement en ce qui concerne la gestion clinique des équipes. La pénurie de main-d'œuvre demeure un enjeu politique à considérer pour l'implantation.

Bien qu'un PICV permette de livrer un service en milieu rural, cela demande des ressources supplémentaires (temps, déplacements). De plus, ce type de service requiert un changement dans les pratiques actuelles en intégrant des considérations pour la famille et l'environnement lors de la prise en charge.

Identification d'enjeux d'implantation d'un programme intensif en contexte de vie

En complément à une recension des modèles d'implantation de programmes intensifs à domicile pour les jeunes, un groupe de recherche a consulté différents membres du personnel clinique et de gestion en SMJ afin d'identifier les enjeux d'implantation en Autriche (49).

Les enjeux d'implantation identifiés abordent sept thèmes différents, soit : le contexte, la géographie, l'épidémiologie et la socioéconomie, le socioculturel, l'éthique ainsi que la nature légale et politique.

Les enjeux du **contexte (*setting*)** se rapportent au positionnement organisationnel de la gouvernance des programmes à domicile. Parfois, les centres hospitaliers sont privilégiés pour faciliter le financement, la logistique et l'utilisation des services hospitaliers pendant les traitements à domicile. Un positionnement sous les services ambulatoires, qui intègrent déjà une philosophie de soins plus holistique, est également mentionné.

Quant aux **enjeux géographiques**, les programmes à domicile assurent l'accès au traitement en milieu rural, mais cela nécessite des ressources et des déplacements dans des secteurs moins densément peuplés. Offrir les programmes à domicile par les cliniques externes, déjà décentralisées, comparativement aux centres hospitaliers, permet de réduire certains de ces inconvénients.

En ce qui concerne **l'épidémiologie et la socioéconomie**, les programmes à domicile nécessitent un changement de paradigme en matière d'approche clinique, en prenant en compte le système familial et l'environnement des jeunes. Ce changement sous-entend d'étendre les soins offerts aux jeunes pour englober la famille et la fratrie ainsi que de considérer la volonté des parents à participer au traitement à domicile comme un critère d'éligibilité. Pour y parvenir, une définition de la clientèle jeunesse ciblée est nécessaire en matière de diagnostic et de sévérité des symptômes.

Du côté **socioculturel**, les enjeux portent sur les rôles des différents groupes de professionnelles et professionnels, ainsi que les possibles controverses pour déterminer la profession responsable de diriger et de gérer les équipes. Une majorité est en faveur des pédopsychiatres, mais quelques personnes suggèrent d'autres groupes professionnels, en s'appuyant sur les responsabilités limitées du corps médical au diagnostic et au traitement.

Les enjeux de nature **politique**, soit les préoccupations des professionnelles et professionnels, concernaient l'impact de la pénurie de main-d'œuvre sur l'introduction d'un nouveau programme et les besoins en investissement, incluant la formation du personnel. D'ailleurs, le financement et l'élaboration de politiques sont perçus respectivement comme un aspect à clarifier et un facilitateur pour l'implantation.

Quant aux **prérequis légaux** soulevés, ils dépendent du modèle organisationnel choisi (responsabilité des centres hospitaliers, des cliniques externes ou des services communautaires, par exemple). Parmi ces prérequis, on retrouve les assurances professionnelles ainsi que les compétences ou les certifications nécessaires pour que les membres de l'équipe puissent pratiquer indépendamment.

Les enjeux éthiques nommés concernaient particulièrement les enjeux de confidentialité et le partage de l'information entre les services ou les secteurs (par exemple avec l'école).

3.2 PERSPECTIVES DES PARTIES PRENANTES

Points saillants

Le passage aux urgences est fréquent en situation de crise. Plusieurs jeunes s'y dirigent à la suggestion des intervenantes ou intervenants scolaires ou en raison des délais d'attente pour rencontrer une équipe de soins.

En situation de crise, les jeunes souhaitent se sentir en sécurité, qu'on les écoute et les accompagne lorsque le besoin se fait ressentir. Ainsi, l'accès et la disponibilité en tout temps des intervenantes et intervenants sont essentiels, à leur avis. Une proportion importante estime que l'hospitalisation reste nécessaire dans leur situation pour répondre à ces besoins, mais qu'un service intensif dans la communauté serait utile pour les soutenir dans leur transition (retour) à domicile. Cette possibilité de soutenir la transition par le PICV est aussi suggérée par la communauté interne et les parents. D'autre part, la communauté interne soulève que le risque de suicide, la dangerosité et la situation familiale (par exemple, le filet de sécurité) devraient être pris en considération dans les critères de prise de décision pour l'orientation (hospitalisation ou PICV). Ce groupe cible un besoin de suivi pour les crises suicidaires et les troubles d'adaptation auprès de la clientèle adolescente en Estrie.

Les jeunes identifient l'écoute et les outils pour apaiser comme des aspects aidants en situation de crise. Ces jeunes désirent avoir une implication dans le choix de leur traitement et de ressentir qu'on les respecte en tant que personne. Pour le parent consulté, une étroite collaboration est essentielle pour répondre au sentiment de sécurité des jeunes. D'un autre côté, les différentes parties prenantes identifient le besoin d'avoir du coaching et d'être écoutées.

Dans la littérature, les jeunes, leurs proches, et leurs répondantes ou répondants mentionnent qu'en situation de crise, le système de santé doit être agile, intégrer les différents secteurs et offrir des services flexibles et rapidement accessibles qui promeuvent le rétablissement dans la communauté.

L'offre de service du PICV devrait être claire (critères, rôles et responsabilités), unique, livrée par une équipe multidisciplinaire et répondre aux besoins observés. Le mécanisme d'accès régional est identifié comme un levier pour soutenir les arrimages nécessaires alors que la pénurie de main-d'œuvre et le manque de financement sont identifiés comme des freins. La collaboration et la sensibilisation des équipes et des départements clés seront des enjeux à considérer pour l'implantation.

Un enjeu éthique (justice, équité) émerge de la consultation du parent en lien avec la disponibilité et l'accès limité à des intervenantes ou intervenants d'expression anglaise.

3.2.1 PERSPECTIVES DES JEUNES ET DES FAMILLES DANS LA LITTÉRATURE

Une revue systématique (38) s'est intéressée à la perspective et à l'expérience des jeunes et de leurs familles par rapport aux modèles alternatifs à l'hospitalisation pour des interventions en santé mentale ou des soins psychiatriques. Cette revue intègre les résultats de 19 études internationales, dont 8 britanniques, 7 nord-américaines, 3 australiennes et 1 danoise.

La majorité des programmes identifiés porte sur les interventions offertes à la suite d'une visite aux urgences. Toutefois, quatre de ces programmes se concentrent spécifiquement sur l'intervention de crise. En ce qui concerne l'accessibilité aux programmes de crise en santé mentale, quatre études ont exploré l'expérience des parents, des proches et des autres responsables légaux (PPR), et trois études ont porté sur celle des jeunes. Les constats généraux de la revue concernent les barrières, les réactions émotionnelles, les expériences et les besoins des jeunes, des parents, des proches et des autres responsables légaux.

Les barrières à l'engagement pour les jeunes sont la stigmatisation et la peur de s'ouvrir. Pour les parents, les proches et les autres responsables légaux, ces barrières incluent notamment : le manque de communication entre les services, le soutien inadéquat, l'impression de ne pas être impliqué et ni écouté ainsi que la crainte que leurs expériences parentales et leurs observations ne soient pas prises en compte. Les jeunes, les parents, les proches et les autres responsables légaux rapportent des réactions émotionnelles et des expériences négatives comme l'impuissance, l'exclusion, la frustration, l'anxiété, le changement fréquent de personnel, la répétition de leur histoire ainsi que le manque de compréhension et d'options. La littérature fait état de la souffrance, des expériences et des sentiments complexes de culpabilité, de loyauté et d'abandon ressentis par les parents, les proches et les autres responsables légaux.

Le besoin commun d'être écouté et respecté par l'équipe d'intervention de crise est nommé par les jeunes et les parents, les proches et les autres responsables légaux. Les jeunes identifient également le besoin d'exprimer sécuritairement leurs sentiments. Les parents, les proches et les autres responsables légaux expriment divers besoins, notamment celui d'être considérés, d'être orientés vers un réseau de soutien ou un accompagnement parental adéquat, ainsi que de développer des mécanismes d'adaptation pour gérer les crises des jeunes.

Du point de vue des parents, des proches et des autres responsables légaux, les services de crise adéquats devraient :

- Soutenir une cohésion (relation forte) entre les services hospitaliers et ceux de la communauté;
- Offrir un service immédiat en situation de crise;
- Promouvoir un engagement réel des jeunes et des parents, des proches et des autres responsables légaux par une livraison flexible des services, en temps réel, qui mise sur la prévention et le rétablissement dans la communauté.

De leur point de vue, la solution est d'avoir un système de soins agile, orienté vers un rétablissement en temps réel, qui intègre les secteurs hospitaliers et communautaires.

3.2.2 PERSPECTIVES DES JEUNES EN ESTRIE

Cette section présente les résultats des consultations locales menées auprès de la clientèle cible et de leurs familles au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

En mai 2023, sept entretiens semi-dirigés, d'une durée de 15 à 30 minutes, ont été réalisés auprès de la clientèle adolescente des services spécialisés en pédopsychiatrie, situés dans les locaux de l'Hôpital Fleurimont. Les personnes rencontrées, âgées de 14 à 17 ans, étaient hospitalisées à l'unité de pédopsychiatrie ou inscrites à l'HJ à la suite d'une visite aux urgences pour des troubles de conduite alimentaire, de l'anxiété ou des idées suicidaires. Les données détaillées par thématique sont disponibles à l'[annexe XVI](#).

3.2.2.1 Expérience de la crise

Parmi les jeunes ayant reçu un suivi en milieu scolaire ou avec une ou un psychologue, deux ont souligné qu'une fréquence d'un contact par semaine n'était pas suffisante.

Ainsi, au moment de la crise, deux personnes se sont présentées seules aux urgences, tandis que cinq étaient accompagnées de leurs parents. Sur les sept personnes, la majorité était des filles (71 %). Cinq d'entre elles ont exprimé une préférence pour l'hospitalisation ou l'inscription à l'hôpital de jour au moment de la crise.

Près de la moitié des jeunes associent le milieu hospitalier à un environnement calme, à l'abri de la pression extérieure. À la suite d'une hospitalisation, plusieurs craignent de retourner à la maison. Ces jeunes ont l'impression de s'habituer à l'unité, d'être loin des problèmes extérieurs et de percevoir l'extérieur (de l'unité de pédopsychiatrie) comme stressant. Une partie des jeunes identifie des aspects négatifs de leur expérience, tels que le souhait d'avoir davantage d'options pour les services et le sentiment d'être enfermé et contraint. Quelques jeunes soulignent le manque d'interaction sociale en exprimant le besoin de parler physiquement à des personnes autres que les intervenantes et intervenants de l'hôpital.

3.2.2.2 Besoins en situation de crise

Parmi les besoins des jeunes, l'accompagnement, le soutien, l'écoute ainsi que le besoin de parler avec une intervenante ou un intervenant sont communs à l'ensemble des entretiens semi-dirigés. Plus de la moitié des jeunes expriment le besoin, en situation de crise, d'avoir des intervenantes ou intervenants disponibles en tout temps (lorsque le besoin se fait ressentir) ou d'être accompagné 24 h/24, 7 j/7.

3.2.2.3 Expérience et besoins des parents selon la perspective des jeunes

Le contexte familial n'a pas été évoqué par l'ensemble des jeunes. Uniquement deux personnes ont mentionné un climat difficile à la maison avec leurs parents.

Plus de la moitié des jeunes soulèvent que leurs parents étaient sous le choc ou vivaient du stress. Deux jeunes ont soulevé que leurs parents n'étaient pas au courant de la situation avant leur consultation aux urgences pour des raisons de santé mentale. Deux jeunes mentionnent également le besoin d'aide de leurs parents pour d'autres raisons (dont un jeune avec un climat familial difficile).

Selon la perspective des jeunes, les familles ont également besoin d'accompagnement et d'écoute. Les jeunes mentionnent notamment le besoin de leur famille « de savoir quoi faire et comment réagir », de parler à des intervenantes ou intervenants et « d'apprendre à mieux comprendre » leur jeune. Un autre élément est soulevé par deux jeunes, soit le besoin de la famille de discuter avec leur enfant.

3.2.2.4 Opinion et intérêt pour un PICV

Près de la moitié des jeunes soulignent avoir une préférence pour un programme intensif à domicile, un tiers mentionne que ce service pourrait être une option après une courte hospitalisation et une personne ne le souhaite pas. D'ailleurs, une personne exprime le besoin de pouvoir retourner à l'hôpital, à certains moments, même si on lui offre un programme intensif dans son milieu.

Deux jeunes se disent à l'aise pour recevoir des visites à l'école alors qu'une personne exprime son malaise. Une autre personne souligne qu'elle préfère des services à l'extérieur de la maison et de l'école, par exemple au parc.

Les jeunes identifient quelques avantages potentiels à un PICV, dont les plus fréquemment nommés sont le confort de leur milieu de vie (dormir à la maison, être dans leurs affaires), une plus grande liberté et la présence de leur famille et leurs camarades. À l'inverse, l'inconvénient le plus fréquent est associé à la présence intermittente des intervenantes et intervenants qui pourrait affecter leur sentiment de sécurité. D'ailleurs, une personne était préoccupée par les interventions téléphoniques qu'elle jugeait insuffisantes.

En ordre d'importance, les caractéristiques souhaitées pour un PICV par les jeunes sont : une disponibilité en dehors des heures normales de travail (jour) et un suivi plusieurs fois par semaine. Différentes personnes ont exprimé le souhait de pouvoir communiquer, au besoin, avec une personne familière (membre de l'équipe), de privilégier les rencontres en personne ou de pouvoir retourner à l'hôpital à certains moments.

3.2.2.5 Priorités des jeunes en situation de crise

L'écoute et les outils pour apaiser sont identifiés par les jeunes comme étant les aspects les plus aidants en situation de crise.

Pour ce groupe, les aspects les plus importants sont associés à la notion de liberté et de choix (pouvoir sortir, faire des choix, avoir davantage de contrôle sur la situation) dans leur traitement, mais aussi dans leurs activités quotidiennes, et au désir d'interagir avec l'équipe d'intervention et leurs camarades. Ce groupe insiste sur l'importance de se sentir traité comme une personne normale, et pas uniquement comme une personne en difficulté.

3.2.3 PERSPECTIVES D'UN PARENT

Lors de la démarche, plusieurs tentatives ont été réalisées en vain pour consulter des parents. L'UETMISSS a tenté d'entrer en contact avec des organismes communautaires et des regroupements d'organismes en santé mentale en Estrie. De plus, elle a organisé des groupes de discussion et partagé des invitations par les services spécialisés en pédopsychiatrie. Toutefois, aucune inscription n'a été enregistrée. Un sondage en ligne a alors été développé et diffusé auprès des différents services de pédopsychiatrie. Une seule réponse a été obtenue.

Brièvement, le parent déclare que la situation familiale est celle d'un couple marié et que leur enfant a été suivi antérieurement à l'hôpital pour des raisons de santé mentale. La famille a vécu une situation de crise où elle a recherché de l'aide lorsque leur jeune s'isolait dans sa chambre, cessait de communiquer et était très déprimé. À défaut d'un médecin de famille, la famille a fait appel à plusieurs services lors des crises afin d'obtenir de l'aide, dont les services de police, le service 911, les urgences, un médecin en première ligne et le service 811 (Info-Santé, Info-Social). De manière générale, le parent est satisfait de la rapidité et de l'aide obtenues.

À la suite d'un appel au service Info-Santé 811, la rencontre avec un médecin de famille a permis de changer la situation. Les éléments aidants ont été l'évaluation de l'état de santé de leur jeune par le médecin, la référence en psychiatrie et le partage d'informations entre le psychologue traitant et le psychiatre de l'hôpital avant leur première rencontre.

L'enjeu rencontré a été de trouver l'aide professionnelle en anglais, disponible pour un nouveau dossier. Plusieurs semaines ont été nécessaires.

Bien que satisfait des services actuels, l'idée d'un programme intensif à domicile en situation de crise est bien reçue si cela permet d'obtenir toute l'aide possible, et ce, rapidement. Dans le contexte actuel, les réunions chaque semaine avec le psychiatre et la travailleuse sociale pour améliorer la communication, évaluer les besoins de leur enfant, préparer le retour à la maison et planifier ses objectifs, répondent bien au besoin présent. Par la suite, un soutien à domicile pour l'aider à progresser dans ses buts (trouver un travail et obtenir de l'aide pour son anxiété sociale) sera nécessaire.

De son point de vue, les programmes intensifs à domicile ne devraient pas s'appliquer aux situations où les jeunes refusent catégoriquement l'aide. L'important est d'établir une étroite coopération pour que la personne se sente bien entourée et en sécurité.

3.2.4 VALEURS ET PRÉFÉRENCES DES MÉDECINS, DES GESTIONNAIRES, DES INTERVENANTES ET INTERVENANTS

Le groupe de discussion, composé de deux pédopsychiatres (Sherbrooke et Granby), de quatre gestionnaires de différents services en santé mentale jeunesse, d'une gestionnaire en protection de la jeunesse, d'une infirmière clinicienne en clinique externe de pédopsychiatrie et d'une psychoéducatrice, s'est réuni en mai 2023. Le groupe a discuté des enjeux, des barrières et des leviers possibles et essentiels à considérer pour l'élaboration d'un PICV, dans un contexte local et régional. L'objectif est de répondre aux besoins de la clientèle cible, d'assurer la sécurité des jeunes, des proches et du personnel ainsi que de faciliter les arrimages entre les services existants.

3.2.4.1 Besoins de la clientèle jeunesse en crise psychopathologique

Lors d'une situation de crise, la porte d'entrée fréquemment utilisée par les jeunes est l'urgence, probablement en raison des défis liés à l'accès à des services en dehors des heures régulières. En raison des délais d'attente pour les services, certains jeunes, ne requérant pas une hospitalisation, passent plusieurs jours à l'urgence, car leurs parents ne sont pas à l'aise de les ramener à la maison.

En Estrie, le groupe identifie un bris de service ou un besoin pour les cas mitoyens entre la première et la deuxième ligne de soins, notamment pour :

- Les troubles d'adaptations importants ;
- Les suivis étroits de crise suicidaire ;
- Les jeunes requérant une intensification des services au-delà de la clinique externe, mais en deçà d'une hospitalisation en unité psychiatrique.

L'hôpital de Granby n'offre pas de programme de jour (HJ). En conséquence, les jeunes nécessitant ces services à Granby sont contraints de se déplacer à l'HJ de Sherbrooke. Le groupe suggère alors l'intervention d'une personne pouvant se déplacer deux ou trois fois par semaine pour soutenir l'intégration de ces jeunes, par exemple à l'école. L'ensemble du groupe est également d'accord sur le fait que les parents et les proches de jeunes vivant une situation de crise psychopathologique ont besoin de soutien et d'accompagnement

3.2.4.2 Élaboration et implantation

Objectifs à cibler par un PICV

Les membres du groupe de discussion proposent de positionner le programme comme un service de stabilisation et de relais pour la clientèle ayant des besoins mitoyens entre la première ligne et la deuxième ligne de services. Ainsi, les objectifs proposés sont les suivants :

- Prévenir les hospitalisations **non nécessaires** occasionnées par un manque de disponibilité dans les services actuels (en raison des listes d'attente et des délais);
- Répondre aux besoins momentanés d'intensification des services en santé mentale jeunesse, lorsque ceux-ci excèdent la capacité des intervenantes et intervenants responsables des cas;
- Lorsque requis, délivrer un service, en réponse aux besoins d'intensité et de compétences en contexte de protection de la jeunesse (collaboration intersectorielle avec la DPJ).
- Lorsque les cas sont connus des services, proposer un suivi de courte durée en collaboration avec les intervenantes ou intervenants déjà impliqués dans le dossier, et prévoir un retour rapide vers les services habituels.

Clientèle cible

La nécessité de spécifier la clientèle a été soulevée par trois personnes afin d'éviter les dédoublements de services. Le groupe suggère que l'âge (moins de 13 ans) ne constitue pas un obstacle à l'accès au PICV. Une synthèse de critères potentiels est disponible au [tableau IV](#).

Tableau IV. Critères potentiels d'admissibilité à un programme intensif en contexte de vie au CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Critère	Suggestion
Profil	- Troubles d'adaptation importants; - Trouble anxieux très sévère avec problèmes de fréquentation scolaire; - Troubles dépressifs plus importants avec des idées suicidaires, pour lesquels il est possible de maintenir un lien et de mettre en place un filet de sécurité.
Décision à considérer	- La dangerosité (n=2) est identifiée comme le critère prioritaire; - Le risque suicidaire et la capacité des parents à assurer la surveillance nécessaire; - Le milieu de vie; - La présence d'une pathologie, et non d'une condition chronique.
Admissibilité	- Engagement des parents - Capacité (intellectuelle) à participer aux interventions individuelles.
Exclusion	- Dangerosité nécessitant une hospitalisation; - Risque suicidaire élevé (n=2) ou parents incapable d'assurer la surveillance nécessaire; - Milieu de vie violent ou dysfonctionnel (n=2); - Déficience intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme.

Pour les psychoses, les jeunes nécessitant une intensification des services, en prévention de l'hospitalisation, pourraient bénéficier d'un programme intensif à domicile. L'équipe PEP intervient habituellement auprès de ces jeunes. Une collaboration interdirection pour cette clientèle devrait être envisagée.

Porte d'entrée

L'urgence est identifiée comme une porte d'entrée incontournable, tandis que les guichets d'accès représentent une option intéressante. Par ailleurs, un mécanisme d'accès en SMJ (MASMJ) est en développement. Ce mécanisme aura pour objectif d'agir en amont des urgences en redirigeant rapidement les jeunes vers les services appropriés.

Composition de l'équipe

Les membres du groupe de discussion proposent :

- Des pédopsychiatres, en consultation ou de garde, 7 jours sur 7, pour le volet médical;
- Des intervenantes ou intervenants pour le volet psychosocial;
- Des éducatrices ou éducateurs;
- Du personnel en soins infirmiers pour le suivi de la médication et des symptômes;
- Une psychoéducatrice ou un psychoéducateur pour les partenariats, notamment avec le milieu scolaire;
- Une ou un spécialiste en activités cliniques (SAC) en soutien pour les cas de crises complexes et difficiles (encadrement et supervision clinique).

Un enjeu soulevé a été la nécessité d'assurer une continuité des services en ayant une ou un pédopsychiatre attitré au service. Afin de favoriser la lecture de la situation et l'autonomie professionnelle, le groupe propose de privilégier le recrutement de membres d'ordres professionnels.

Formation et développement des compétences de l'équipe

Le personnel doit posséder des connaissances de base en santé mentale et en évaluation du risque suicidaire. Il est également suggéré que l'équipe interdisciplinaire suive la formation Omega de 4 jours ainsi que celle sur l'entretien motivationnel pour soutenir l'autonomie et le pouvoir d'agir des familles.

Sécurité de l'équipe

Quelques mesures ont été proposées pour assurer la sécurité de l'équipe lors des visites. Il est recommandé de bien documenter le contexte dans lequel l'intervention aura lieu (par exemple, en utilisant un questionnaire avec des questions préétablies pour les parents), d'utiliser des boutons de géolocalisation ou des fonctions de localisation des cellulaires. En cas de risque de violence, il a été suggéré que les membres de l'équipe soient accompagnés, qu'ils informent l'équipe de leurs déplacements ainsi que du temps prévu pour chaque visite, ou qu'ils envisagent un autre lieu de rencontre que le domicile ou l'hôpital, tel qu'une école.

Par ailleurs, il a été suggéré d'organiser des rencontres hebdomadaires pour discuter des cas difficiles en équipe.

Durée

Pour répondre au besoin d'intensité, quelques membres du groupe suggèrent un service de courte durée, d'une période de 6 à 8 semaines (n=1), pouvant aller jusqu'à 12 au maximum (n=1). On soulève l'importance de transmettre un message clair quant à l'objectif du programme afin de bien gérer les attentes et de favoriser la transition vers une trajectoire de soins régulière.

Arrimage et coordination

La nécessité de mettre en place des arrimages entre les services est fréquemment évoquée, avec une attention particulière pour éviter de dédoubler les services offerts. Une planification adéquate de la transition vers les services appropriés permet d'éviter les dédoublements dus à la réduction de l'intensité des services (par exemple, lors d'un suivi hebdomadaire ou bimensuel). Les arrimages ciblés pour la prise en charge incluent : les suivis étroits, les premiers épisodes psychotiques (PEP) et les jeunes en suivi à la clinique alimentaire (cohérence entre les interventions).

Concernant la collaboration intersectorielle avec la DPJ, il a été suggéré de conserver un corridor de communication et d'établir des critères d'admissibilité pour éviter que le programme ne devienne une option pour les débordements en protection de la jeunesse. La collaboration avec les services de la protection de la jeunesse est essentielle, car ils assurent la surveillance des familles. Aussi, une personne au sein de la DPJ pourrait agir comme « championne ou champion » pour identifier ou filtrer les cas à référer à l'équipe.

3.2.4.3 Considérations contextuelles pour l'implantation

Enjeux d'implantation

Les enjeux sont principalement de nature socioculturelle et organisationnelle. D'abord, on doit émettre une mise en garde de l'implantation d'un service unique, et non combler les lacunes de fonctionnement des services existants.

D'autre part, un travail de sensibilisation (éducation) est nécessaire auprès des urgentologues ainsi que des intervenantes et des intervenants responsables de l'évaluation des risques.

Par ailleurs, un enjeu concerne la continuité des services. L'orientation des jeunes à la fin de l'épisode de service et la planification de la transition devront être envisagées rapidement afin de respecter la durée cible du PICV.

Enfin, pour éviter des reports de congé pour les cas inconnus des services, une démarche auprès des guichets d'accès, dès le premier jour, permettra d'amorcer l'arrimage avec les ressources appropriées le plus tôt possible.

Leviers et barrières au CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Le financement, le budget alloué et la mise en place du MASMJ sont identifiés comme des facilitateurs respectivement pour l'implantation, le référencement et les arrimages d'un futur PICV. De plus, le projet est appuyé par le directeur de l'urgence et soutenu par le responsable de la pédopsychiatrie.

Malgré tout, le budget demeure limité. Dans le meilleur des cas, l'obtention du financement pour le projet permettra de recruter deux personnes à temps complet à Granby et trois à Sherbrooke. Dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre, le recrutement du personnel infirmier, d'intervenantes et d'intervenants pour offrir des services 7 j/7 est difficile. Une couverture 24 h/24, 7 j/7 ne sera peut-être pas envisageable, mais un soutien pourrait être disponible les fins de semaine.

Conditions de succès et pistes de solution

Une description claire de l'offre de service, des rôles, des responsabilités et des arrimages interéquipes bien définis et intégrés dans la hiérarchisation des services actuels sont identifiés comme des conditions de succès.

Selon le groupe, le déploiement du PICV requiert une description claire des critères d'éligibilité et de priorisation pour le référencement, une réponse rapide et une brève prise en charge. En soutien à l'orientation des jeunes en crise psychopathologique, l'implication des coordonnatrices ou coordonnateurs des services est suggérée pour éviter les visites aux urgences non nécessaires. Pour les situations où le requis est d'éviter une hospitalisation, l'implication des pédopsychiatres est recommandée. Pour les jeunes ayant une problématique connue des services en SMJ, il est jugé pertinent d'assurer un arrimage avec les services habituels et de vérifier si une intervenante ou un intervenant est déjà responsable du dossier. Dans ce cas, une collaboration de courte durée sera nécessaire entre les services.

Les pistes de solutions suggérées sont d'assurer une couverture 24 h/24, 7 j/7, une transition et une continuité des services par une coordination entre les équipes dès le début du processus. Pour y parvenir, un arrimage avec d'autres services offrant du 24 h/24, 7 j/7 est jugé nécessaire. Parmi les suggestions, le programme CAFE en Estrie pourrait être bonifié afin d'être disponible sept jours par semaine. De même, certains quarts de travail en hospitalisation pourraient être autorisés à renforcer leurs effectifs pour offrir une couverture téléphonique.

3.3 UTILISATION DES SERVICES ET DIAGNOSTICS

Pour cette section, deux types de ressources ont été consultées : les portraits détaillés sur la santé des jeunes en Estrie pour l'année 2019-2020, produits en collaboration par l'IUPLSSS et l'INESSS, et les données clinico-administratives sur cinq ans, entre 2018 et 2023. Ces documents ont servi respectivement à dresser un portrait par RLS et à identifier les tendances observées en matière de profil sur la santé mentale des jeunes, l'utilisation des services et l'évolution de la demande des services spécialisés en pédopsychiatrie des dernières années. Ces dernières données sont toutefois à interpréter avec prudence puisqu'elles contiennent des données couvrant la période de la pandémie de COVID-19.

Points saillants

Approximativement 70 % des jeunes de l'Estrie proviennent des RLS de Sherbrooke, de la Haute-Yamaska et de la Pommeraie, et représentent 75 % de l'utilisation des services en santé mentale.

En 2020, la prévalence des jeunes ayant des troubles majeurs de santé mentale est clairement plus élevée (55 %) que celle des jeunes ayant d'autres troubles de santé mentale (34 %) à Sherbrooke alors qu'on observe l'inverse dans les RLS de la Pommeraie et de la Haute-Yamaska.

Le nombre total de visites enregistrées à l'urgence pour des raisons de santé mentale chaque année est relativement stable sur les cinq dernières années, avec une légère diminution la première année de la COVID-19 et un retour à la moyenne ou une légère augmentation les années suivantes.

On constate que les jeunes qui ont visité les urgences en 2020-2021 avaient la moyenne de visites la plus élevée pendant la même période de cinq ans à Sherbrooke (moins de jeunes distincts, mais plus de visites multiples). Les principales raisons des visites aux urgences pour des raisons de santé mentale sont les idées suicidaires, la crise situationnelle, l'anxiété, la dépression et l'automutilation. Une augmentation importante des visites pour des idées suicidaires est observée au cours des deux dernières années.

L'hôpital de jour est majoritairement fréquenté par des jeunes du RLS de Sherbrooke. Une augmentation des inscriptions à l'hôpital de jour est observée pour les deux dernières années.

Le nombre d'admissions annuelles dans l'unité est relativement stable. Le diagnostic le plus fréquent associé à l'admission est le trouble de l'adaptation.

Davantage de filles consultent les urgences pour des raisons de santé mentale et des services spécialisés de pédopsychiatrie comparativement aux garçons.

3.3.1 PORTRAIT DÉMOGRAPHIQUE DES JEUNES EN ESTRIE

Les données plus détaillées sont disponibles dans le [tableau XV](#) et le [tableau XVII](#).

En 2019-2020, l'Estrie comptait plus de 29 000 jeunes de 12 à 17 ans. Au cours de cette période, 756 jeunes de 0 à 21 ans (6,77 %⁸) de la région ont reçu un diagnostic de trouble de santé mentale majeur⁹, et 11 959 jeunes (107 %¹⁰) un diagnostic de trouble de santé mentale léger à modéré¹⁰.

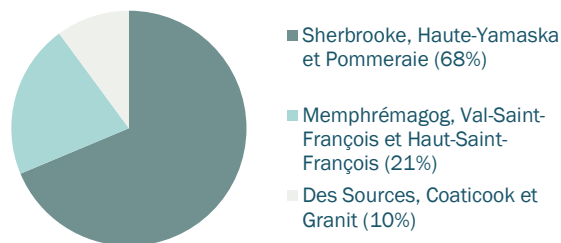


Figure IV. Répartition des jeunes de 12 à 17 ans entre les réseaux locaux de services en Estrie (2019-2020)

À Sherbrooke, la prévalence des jeunes ayant des troubles majeurs de santé mentale est plus élevée (55 %) que celle des jeunes atteints d'autres troubles de santé mentale (34%). Pour les deux autres RLS avec les taux démographiques les plus élevés (voir figure IV), soit la Pommerai et la Haute-Yamaska, c'est l'inverse. La prévalence des jeunes vivant avec d'autres troubles de santé mentale est deux fois plus élevée (34%) que celle des troubles de santé mentale majeurs (18%). Sinon, les pourcentages suivent les courbes démographiques, et les prévalences entre les troubles majeurs de santé mentale et les autres troubles de santé mentale sont pratiquement équivalentes. Le RLS de Memphrémagog présente toutefois un taux légèrement plus élevé de diagnostics de troubles de santé mentale majeurs (8%) en comparaison avec le RLS de la Pommerai, qui a un taux démographique nettement plus élevé (7%).

⁸ Le symbole %₀ indique qu'il s'agit d'un taux pour 1000 jeunes.

⁹ Les troubles de santé mentale majeurs comprennent, entre autres, le trouble délirant (incluant la schizophrénie) et le trouble de l'alimentation.

¹⁰ Les troubles de santé mentale légers à modérés incluent notamment les troubles de la personnalité, la toxicomanie ou la dépendance à l'alcool, aux médicaments ou aux drogues ainsi que les troubles émotionnels ou du comportement de l'enfance ou de l'adolescence.

3.3.1.1 Utilisation des services pour des raisons de santé mentale

Des descriptions relatives aux nombres de jeunes et aux taux d'utilisation des services pour l'année 2019-2020 sont disponibles dans le [tableau XV](#) et le [tableau XVI](#).

Selon les données des portraits sur la santé des jeunes en 2019-2020, la majorité des services est utilisée par les trois RLS ayant les taux démographiques les plus élevés, soit Sherbrooke, la Haute-Yamaska et la Pommeraiie. Ces résultats sont semblables pour la catégorie des jeunes de 12 à 21 ans (70 %, 20 % et 9 %). De ce nombre, les admissions à l'hôpital concernent 9,4 % des jeunes ayant visité les urgences pour un trouble de santé mentale.

Le RLS du Val-Saint-François (VSF) enregistre le plus haut pourcentage de jeunes ayant séjourné à l'hôpital, avec 16,2 %, suivi des RLS de la Pommeraiie, de la Haute-Yamaska et de Sherbrooke, qui présentent tous un taux d'hospitalisation autour de 10 %. Enfin, le Granit atteint 8,8 % avec l'un des plus hauts taux de visites à l'urgence (28,1 %) pour des raisons de trouble de santé mentale.

L'analyse plus approfondie du RLS du Val-Saint-François montre une faible utilisation des services de première ligne et un faible taux de visites à l'urgence, mais le plus haut taux de jeunes ayant revisité l'urgence pendant l'année (29,7 %). Celui-ci est accompagné par le RLS de Memphrémagog, avec 31,8 %.

Le RLS des Sources obtient des résultats allant dans le sens inverse, c'est-à-dire qu'il présente parmi les plus hauts taux de visites en première ligne (23,9 %) et à l'urgence (36,3 %). Par contre, ce taux chute à 22,2 % pour les jeunes ayant revisité l'urgence pendant l'année et seulement à 4,4 % pour les hospitalisations.

Enfin, les RLS du Haut-Saint-François et de Coaticook affichent les plus bas taux d'hospitalisations et de jeunes ayant revisité l'urgence pendant l'année, avec une marge de 10 %.

3.3.2 TENDANCES ENTRE 2018 ET 2023

Cette section présente les points saillants des cinq dernières années sur l'utilisation des services des urgences de Sherbrooke et de Granby, de l'hôpital de jour et de l'unité en pédopsychiatrie de l'Hôpital Fleurimont pour la clientèle de 13 à 17 ans.

3.3.2.1 Visites aux urgences pour des raisons de santé mentale

Entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2023, environ 2249 visites ont été enregistrées de jeunes de 13 à 17 ans aux urgences de l'Hôpital de Granby et de l'Hôpital Fleurimont pour des raisons de santé mentale et d'abus de substances. La clientèle avait un âge moyen de 15,2 ans et était composée d'une majorité de filles (64 %).

Sur une période de cinq ans, 25 % des jeunes de 13 à 17 ans ont visité plus d'une fois les urgences pour des raisons de santé mentale. À l'Hôpital Fleurimont, deux visites par jeune à l'urgence, sur cette période, sont comptabilisées pour des raisons de santé mentale. L'Hôpital de Granby enregistre un ratio nettement inférieur, soit 1,2 visite par jeune pour cette même période. Ces ratios sous-estiment probablement l'utilisation réelle des urgences au cours de ces cinq années pour ces jeunes, car les données excluent les visites effectuées avant l'âge de 13 ans ou après 18 ans.

Le taux d'admissions après une visite aux urgences est nettement plus élevé à Sherbrooke (17,9 %) qu'à Granby (1,9 %), mais présente un taux de départs, avant une prise en charge, plus faible (5,1 % comparativement à 9,1 %). Le taux de dossiers transférés oscille entre 3 % et 6,9 % selon le centre hospitalier, alors que le taux de dossiers réorientés est de 2 %.

Tableau V. Raisons des visites et des diagnostics les plus fréquents aux urgences psychiatriques pour la clientèle de 13 à 17 ans entre 2018 et 2023

Top 5 des raisons de visites à l'urgence	Top 5 des diagnostics à l'urgence
1. Idées suicidaires	1. Dépression et idées suicidaires
2. Crise situationnelle et anxiété	2. Autres symptômes affectifs
3. Dépression et automutilation	3. Anxiété
4. Usage de drogues et de substances	4. Autre trouble mental, trouble d'adaptation et trouble panique
5. Tentative de suicide	5. Tentative de suicide

Les raisons les plus fréquentes des visites aux urgences, similaires pour Sherbrooke et Granby, sont : les idées suicidaires (43,8 %); l'anxiété et la crise situationnelle (18,5 %) ainsi que la dépression et l'automutilation (10,4 %). Les diagnostics, quant à eux, sont majoritairement la dépression et les idées suicidaires dans 49 % des cas à Granby et 26 % à Sherbrooke. Les tentatives de suicide représentent 14,7 % des diagnostics à Sherbrooke. Pour les deux sites, l'anxiété représente environ 10 %, et les autres troubles mentaux entre 11 % et 12 % des diagnostics. Les tendances entre 2018 et 2023 pour les raisons des visites aux urgences et les diagnostics sont disponibles à l'annexe XVIII.

Les admissions à la suite d'une visite à l'urgence sont majoritairement liées à des diagnostics de dépression et d'idées suicidaires, de symptômes affectifs, de tentatives de suicide et d'autres troubles mentaux.

3.3.2.2 Inscription à l'hôpital de jour

Entre 2018 et 2023, l'HJ a accueilli, en moyenne, 146,6 jeunes entre 13 et 17 ans annuellement, soit environ 19 visites par année. L'âge moyen de ces jeunes, majoritairement des filles (85 %), est de 15 ans. Durant cette période, 18,2 % des jeunes ont fréquenté l'HJ au moins deux années financières différentes.

Une augmentation des inscriptions a été observée pour les années 2021-2022 et 2022-2023, avec un pic pendant la 2^e année de la COVID-19 (2021-2022).

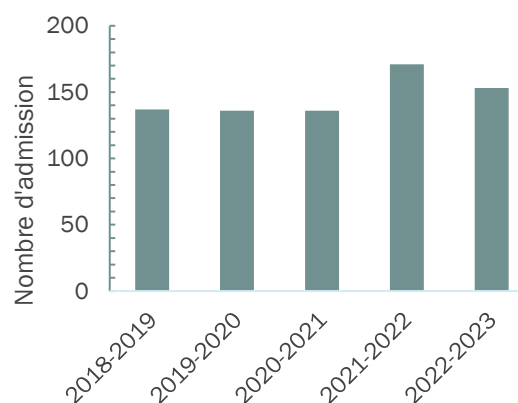


Figure V. Nombre d'inscriptions à l'hôpital de jour en pédopsychiatrie pour les jeunes de 13 à 17 ans entre 2018 et 2023

Au [tableau VI](#), on observe que les jeunes provenant des RLS de Sherbrooke, de la Haute-Yamaska et du Haut-Saint-François ont fréquenté l'HJ pendant une période plus longue en moyenne. À l'inverse, les jeunes des RLS du Granit, de la Pommeraie et de Coaticook y ont séjourné moins longtemps. La majorité des personnes inscrites à l'HJ proviennent du RLS de Sherbrooke, suivi de loin par celui de la Haute-Yamaska.

Tableau VI. Utilisation de l'hôpital de jour selon le réseau local de services entre 2018 et 2023

	Nombre de jeunes	Nombre de visites	Moyenne de visites/jeune/an
RLS de Sherbrooke	362	7841	21,7
RLS de la Haute-Yamaska	81	1631	20,1
RLS du Haut-Saint-François	31	567	18,3
RLS de Val Saint-François	32	526	16,4
RLS de Memphrémagog	55	859	15,6
RLS de Coaticook	26	338	13
RLS de la Pommeraie	25	315	12,6
RLS du Granit	30	298	9,9

3.3.2.3 Admission à l'unité de pédopsychiatrie

Entre le 1^{er} avril 2018 et 31 mars 2023, 528 admissions à l'unité de pédopsychiatrie ont été enregistrées pour des jeunes entre 13 et 17 ans (âge moyen : 15,3 ans; 85 % des filles). En moyenne, c'est l'équivalent de 118,4 personnes distinctes chaque année, avec une durée de séjour de 18,1 jours.

Le nombre de personnes distinctes admises par année est relativement constant sur la période de cinq ans avec une fréquence d'admission de 1,2 fois par année, à l'exception de l'année 2021-2022, qui enregistre une augmentation de 28,4 % par rapport à la moyenne. En effet, comme le montre la [figure VII](#), le nombre d'admissions associées à un diagnostic primaire de trouble anxieux, de trouble de l'humeur ou de trouble de conduite alimentaire atteint en 2021-2022 leurs valeurs les plus élevées sur la période de cinq ans.

Tableau VII. Profil général du nombre d'admissions et de la durée de séjour pour l'unité de pédopsychiatrie pour les 13-17 ans entre 2018 et 2023

Moyenne du nombre d'admissions par année	Ratio d'admission par jeune sur 5 ans	Moyenne du ratio d'admission par jeune par année	Durée moyenne de séjour sur 5 ans (jours)
139,2±25,2	1,3	1,2±0,1	18,1

On trouve, parmi les diagnostics d'admission les plus fréquents, le trouble de l'adaptation (24 %), les troubles affectifs¹¹ (18 %), les troubles de conduite alimentaire (12 %), les troubles anxieux¹² (8 %) et les épisodes dépressifs (5 %).

¹¹ Collige les données des troubles affectifs bipolaires et des autres troubles de l'humeur (affectifs).

¹² Collige uniquement les données des diagnostics de troubles anxieux et dépressifs mixtes ainsi que des autres troubles anxieux précisés. Il s'agit donc des résultats d'une analyse des sous-groupes de la classification des troubles anxieux (12 diagnostics), présentée au [tableau XXV](#).

En ordre décroissant, les troubles ayant des durées moyennes de séjour (DMS) les plus longues sont :

- Les troubles de conduite alimentaire : les troubles de l'anorexie (111 jours), les autres troubles alimentaires (35,5 jours) et la boulimie (23,9 jours);
- Les autres troubles de l'humeur (affectifs) (34,3 jours) et le trouble affectif bipolaire (29,5 jours);
- Le trouble de l'adaptation (28,4 jours);
- L'épisode dépressif (26,4 jours);
- Les autres signes et symptômes relatifs à l'humeur (23,9 jours).

À l'inverse, les autres troubles anxieux, les troubles de conduite et les intoxications enregistrent des durées moyennes de séjour plus courtes (entre 11 et 12 jours).

4. DISCUSSION

4.1 SOINS EFFICACES ET SÉCURITAIRES EN CONTEXTE DE VIE ET CLIENTÈLE CIBLE

La première question d'évaluation visait à identifier les approches intensives, soit les modèles de programmes sécuritaires et efficaces d'intervention de crise en contexte de vie.

En dépit des limites des études, les modèles de programmes intensifs à domicile ou dans la communauté semblent être une alternative prometteuse pour la clientèle adolescente requérant une hospitalisation psychiatrique ou présentant des troubles émotionnels et du comportement en situation de crise. À l'instar de la conclusion de Moffet et *al.*, les interventions intensives à domicile pour cette clientèle représentent davantage un modèle de livraison des services qu'un modèle de soins. En effet, une variabilité substantielle des différents services et programmes étudiés est observée, notamment pour la durée, l'intensité, la taille des équipes, la formation du personnel et les théories du changement. Néanmoins, les modèles et les services montrent, dans l'ensemble, une efficacité similaire à l'hospitalisation pour les jeunes ayant des présentations modérées à modérément sévères.

Quant aux jeunes avec des troubles mentaux sévères, persistants et complexes, leurs besoins diversifiés requièrent une offre de service déployée au-delà des modèles alternatifs recensés. Toutes sources confondues (incluant les données expérientielles colligées auprès des jeunes), l'hospitalisation demeure nécessaire pour une proportion variable de jeunes. Dans ces cas, l'offre d'un programme intensif dans la communauté ou à domicile, indépendamment du modèle de soins, tend à réduire la durée et la fréquence des hospitalisations. Plusieurs modèles, dont le *supported discharge services* (SDS) au Royaume-Uni, le *Home treatment bring inpatient-treatment outside* (HOT-BITS) en Allemagne et *Acute-At-Home* (AAH) en Alberta, intègrent ou acceptent de courtes périodes d'hospitalisation avant ou pendant la prise en charge par l'équipe du programme intensif à domicile ou dans la communauté.

Ayant de nombreuses caractéristiques communes, l'efficacité de ces modèles semble être multifactorielle. Plutôt que de dépendre d'un modèle particulier, elle provient davantage d'interventions précoces, d'une connaissance approfondie de la ou du jeune, d'interventions qui se concentrent sur les difficultés et les problèmes dans plusieurs domaines du fonctionnement, de l'engagement au traitement et à la complétion du programme thérapeutique. L'efficacité repose aussi sur ce que Durlak et Dupré considèrent comme le système préventif de soutien, c'est-à-dire du personnel adéquatement formé, expérimenté et qualifié ainsi que l'accès à du soutien et l'encadrement clinique. Au sein des services où la famille est impliquée et considérée comme un membre à part entière de l'équipe, l'éducation des parents, des proches et des responsables légaux peut potentiellement s'intégrer à ce système. D'ailleurs, les collaborations intersectorielles et multidisciplinaires sont des éléments essentiels pour répondre aux jeunes des besoins complexes.

4.2 ORGANISATION DES SERVICES

La seconde question d'évaluation portait sur l'identification des caractéristiques d'un modèle d'organisation des services d'intervention de crise ou de relais dans le milieu de vie, s'adressant à la clientèle adolescente en situation de crise psychopathologique.

Dans le contexte du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, la triangulation des données et des sources privilégie un programme intensif offert dans la communauté comme alternative à l'hospitalisation non nécessaire ou encore à la transition post-hospitalisation pour les jeunes en crise psychopathologique. Les différentes sources appuient la pertinence d'adopter un cadre de traitement qui intègre, lorsque nécessaire, une courte hospitalisation pour stabiliser la crise ([figure VI](#)). Parallèlement, le groupe de discussion a suggéré que le PICV pourrait apporter, pour les cas déjà pris en charge dans les services réguliers, une offre de service temporaire et complémentaire à celle des équipes soignantes lorsqu'une intensification des services est requise à court terme.

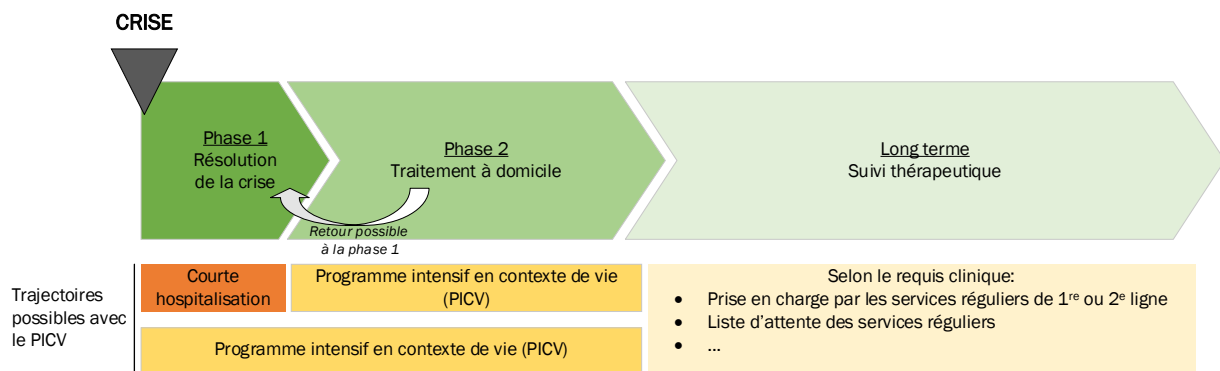


Figure VI. Schématisation simple du cadre de traitement et des trajectoires possibles impliquant un service intensif en contexte de vie

Clientèle cible

L'offre de service actuelle du secteur jeunesse du CIUSSS de l'Estrie – CHUS rencontre des défis pour répondre aux besoins mitoyens entre les services de première et de deuxième ligne. Les idées suicidaires, l'anxiété, la dépression et l'automutilation représentent la majorité des visites de santé mentale aux urgences des jeunes de 13 à 17 ans. Les troubles anxieux et les troubles de l'humeur représentent 60 % des admissions à l'unité de pédopsychiatrie pour les jeunes de 13 et 17 ans au cours des cinq dernières années en Estrie. Bien souvent associés à la dysrégulation émotionnelle (8), plusieurs diagnostics incluant les troubles anxieux et les troubles de l'humeur sont associés à des durées moyennes de séjour (DMS) plus longues depuis 2018. Ces données viennent appuyer les observations du demandeur. Selon la communauté interne, un service intensif en contexte de vie devrait s'adresser notamment aux personnes présentant un trouble d'adaptation important, une difficulté à fréquenter le milieu scolaire associée à un trouble anxieux sévère ou un trouble dépressif avec des idées suicidaires, sans imminence d'un passage à l'acte, pour lequel il est possible de maintenir un lien et de mettre en place un filet de sécurité suffisant.

Critères de décision et d'orientation

Des préoccupations pour la **sécurité** des jeunes ou d'autrui, telles que le risque accru de suicide, l'identification d'une situation ou le facteur de dangerosité, comptent parmi les facteurs de décision clinique en faveur d'une hospitalisation en contexte de crise psychopathologique. Les **symptômes psychiatriques**, et parfois certains diagnostics tels que les troubles dépressifs et les troubles du spectre de la schizophrénie, sont aussi associés à la décision clinique d'hospitaliser dans les écrits scientifiques.

Deux domaines du **fonctionnement, à la maison et interpersonnel**, sont jugés cruciaux dans la prise de décision. D'une part, les membres de la communauté interne travaillant en santé mentale jeunesse et en pédopsychiatrie soulèvent l'importance de la présence d'un filet de sécurité pour accompagner les soins à domicile, principalement assuré par des proches volontaires et prêts à s'impliquer. D'autre part, les écrits scientifiques mentionnent certaines conditions défavorables à un traitement à domicile, par exemple une situation instable (par exemple, violence) au domicile ou des responsables légaux réticents à soutenir le processus de traitement. Aussi, la recension des écrits rapporte peu de données sur l'efficacité des modèles d'intervention à domicile ou dans la communauté lorsqu'ils sont réalisés en contexte de protection de la jeunesse (PJ). Par conséquent, aucune conclusion sur l'efficacité et la sécurité d'un PICV pour les jeunes en PJ est tirée à partir des données recensées dans cette ETMI.

Dans le même ordre d'idées, l'élaboration d'un plan de sécurité est identifiée comme un incontournable par plusieurs programmes intensifs à domicile ou dans la communauté pour la clientèle adolescente en crise psychopathologique.

Approches théoriques

À l'instar de la littérature scientifique sur la résolution de crise, les preuves scientifiques des différents modèles alternatifs à l'hospitalisation ainsi que les entretiens avec des jeunes font ressortir le besoin d'une offre de service en deux phases **indissociables** : la résolution de crise et le traitement à domicile.

La première phase, de résolution de crise, se caractérise, entre autres, par le besoin des jeunes d'obtenir de l'aide professionnelle et d'avoir une réponse rapide (quelques heures après la demande) à leur sentiment d'urgence. Cette phase comprend une évaluation dans l'environnement (contexte de vie) de la personne et une référence vers le niveau de soins approprié. Considérant les objectifs de prévenir les visites aux urgences et les hospitalisations non nécessaires, une forte majorité des alternatives à l'hospitalisation intègrent l'intervention de crise ou une garde médicale, offerte 24 h/24, 7 j/7. Parfois, la couverture en dehors des heures régulières est uniquement accessible par téléphone. Dans une certaine mesure, une couverture téléphonique rapide pour répondre aux situations d'urgence de la clientèle permet aussi de réduire certains enjeux géographiques associés à l'accès aux services dans les zones rurales (réduction des déplacements vers les services centralisés dans les grands centres). Pour des préoccupations de sécurité, l'hospitalisation est parfois privilégiée pendant cette phase. Toutefois, l'hospitalisation peut être écourtée par une transition vers un traitement intensif à domicile dès que la situation le permet.

Les traitements à domicile sont déployés en trois grandes approches : centrée sur le jeune et la famille, écosystémique et de résolution de problèmes. Ainsi, de nombreuses considérations concernant l'influence de l'environnement et de la famille sont incluses dans l'offre de service. La famille est donc impliquée à différentes étapes, en plus de recevoir parfois des services tels que de la thérapie, de l'éducation et du soutien sous différentes formes (aide alimentaire ou pour le logement, groupe de soutien, service de répit, etc.). Les collaborations multidisciplinaires et intersectorielles, par exemple avec les services de la protection de la jeunesse et du milieu scolaire, sont jugées essentielles pour soutenir la clientèle.

Ces différents constats soulignent l'importance de proposer une offre de service reposant sur une évaluation complète et multidimensionnelle, comprenant une analyse fonctionnelle et une évaluation des facteurs prédictifs, précipitants et de maintien de la crise, tant sur le plan individuel, familial qu'environnemental. De plus, l'évaluation ou la révision médicale est effectuée fréquemment pour ajuster les interventions en continu auprès de la clientèle adolescente en crise. C'est d'ailleurs cohérent avec l'approche du plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM) en vigueur au Québec.

Équipe multidisciplinaire

Les besoins diversifiés et complexes de la clientèle requièrent un travail interdisciplinaire. Dans l'ensemble, les différentes sources suggèrent une équipe composée de :

- Psychologues;
- Psychoéducatrices ou psychoéducateurs;
- Intervenantes ou intervenants pour le volet psychosocial, notamment en travail social et en éducation spécialisée;
- Personnel de soins infirmiers pour le triage (évaluation à la réception de la demande), le suivi de la médication et des symptômes;
- Spécialiste en activités cliniques, en soutien pour les cas complexes (encadrement et supervision clinique).

On mentionne qu'il existe parfois des besoins de personnel pour la coordination des soins et le soutien administratif. L'implication de pédopsychiatres dans les équipes est souvent mentionnée afin de fournir une consultation, une révision ou une garde 7 j/7 pour le volet médical.

Parmi les exigences en termes de compétences, il est suggéré que le personnel possède des connaissances de base en santé mentale et en intervention de crise. De plus, le personnel devrait être expérimenté, formé et apte à travailler en interdisciplinarité, en maintien de la sécurité (par exemple, la formation OMEGA) et en entretien motivationnel.

Interventions

Une livraison flexible est fréquemment désignée comme étant essentielle pour promouvoir l'engagement des jeunes, de leurs proches, de leurs répondantes et de leurs répondants. Ainsi, l'intensité des interventions est variable (un à deux contacts par semaine jusqu'à plusieurs contacts par jour) en fonction des requis contextuels et cliniques. Des interventions planifiées dans un lieu de leur choix permettent de répondre aux besoins et aux préoccupations des jeunes et des familles sur le plan du confort et de la sécurité. Ces interventions reposent sur un plan de

traitement personnalisé, souvent élaboré en impliquant la famille, et des stratégies multimodales qui comprennent des interventions en résolution de problèmes, de l'éducation sociale, de la psychothérapie, des thérapies individuelles et familiales ainsi que de la pharmacothérapie. Toutes les parties prenantes locales consultées soulignent l'importance d'être à l'écoute de la famille et de lui offrir des interventions. Ensemble, ces stratégies, qui impliquent et considèrent la famille et l'environnement, permettent de répondre aux besoins complexes de la clientèle, mais aussi de l'outiller à affronter les prochaines crises.

Durée

Les interventions, d'une durée de 4 à 6 mois, rapportent systématiquement plus d'améliorations que celles de 4 à 6 semaines pour la clientèle adolescente avec une dysrégulation émotionnelle sévère. Les parties prenantes privilégient une offre de service ne dépassant pas 12 semaines, mais soutiennent l'importance d'assurer une transition tôt dans le processus et un arrimage entre les services pour soutenir la continuité. Ce constat est également cohérent avec la philosophie du programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) déployé au Québec. Des enjeux d'efficacité et de coordination sont, par ailleurs, soulevés concernant le respect de la durée cible du PICV et la continuité des services. Ainsi, la transition doit être planifiée et la référence vers d'autres services devrait être réalisée et personnalisée afin de faciliter l'engagement dans l'intervention ou le traitement proposé.

4.3 BARRIÈRES ET LEVIERS À L'IMPLANTATION

Dans le contexte du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, la sécurité des jeunes en crise psychopathologique demeure l'enjeu prioritaire. L'implantation d'un PICV s'inscrit dans l'intention de fournir un service correspondant aux exigences cliniques et, par conséquent, d'optimiser les services en santé mentale jeunesse. Ainsi, pour prévenir les visites aux urgences et les hospitalisations non nécessaires, le programme intensif à domicile ou dans la communauté exige la **capacité d'assurer une réponse rapide en temps et lieu opportuns**. Concrètement, cette capacité dépend de plusieurs facteurs généraux à l'organisation, mais aussi spécifiques à la direction et à l'équipe. Parmi les facteurs transversaux, on retrouve l'**adoption d'une vision commune**, actualisée par des processus clairs, des moyens de communication efficaces et une collaboration renforcée. Pour l'implantation d'un PICV, cette vision comprend des **critères d'éligibilité et de priorisation (balises) clairement définis** pour le référencement ainsi que des activités de **sensibilisation** auprès des partenaires internes et intersectoriels, tels que les urgences et le milieu scolaire, afin de promouvoir un accès rapide en temps opportun.

La mise en place d'équipes dans un PICV permettra d'élargir l'accès à des services intensifs en milieu rural (éloigné des grands centres). Cette implantation requiert des déplacements et la disponibilité des ressources (humaines et matérielles). Considérant le contexte de pénurie de main-d'œuvre, il est suggéré de mettre en place des mesures préventives pour prévenir le risque de roulement du personnel en raison des conditions de travail des équipes à domicile. Il est également recommandé d'étudier et de préciser les rôles et les responsabilités des différents groupes.

L'implantation de plusieurs pratiques incontournables (conditions de succès) spécifiques aux processus a été soulevée : les arrimages entre les services, la prise de décision concertée et la collaboration intersectorielle.

Indissociables de la continuité des services, les arrimages comprennent, entre autres, des corridors de communication clairs et une planification dès le début du processus de transition vers les services adéquats pour éviter les délais d'attente ou les dédoublements engendrés par la réduction de l'intensité des services du PICV. Il est nécessaire de définir les rôles et les responsabilités de chaque personne concernée et de réfléchir aux mécanismes de collaboration, en tenant compte des enjeux de confidentialité et du partage de l'information entre les services ou les secteurs (par exemple, avec l'école). De plus, une forte cohésion entre les services hospitaliers et ceux de la communauté est identifiée comme un levier, selon la perspective des jeunes avec des troubles mentaux et de leurs proches.

D'un autre côté, l'implication des familles est identifiée comme un levier important à intégrer pour répondre aux besoins de sécurité et d'accompagnement des jeunes. Les familles, comme les jeunes, soulignent le besoin d'être respectées et de se sentir écoutées par les équipes en période de crise. Dans le cas contraire, la situation est perçue comme **une barrière à l'engagement** qui affecte l'efficacité des services. Un changement de culture est nécessaire. D'une part, la famille est considérée comme un membre à part entière de l'équipe de soins et pourra jouer un rôle clé dans le rétablissement de leur jeune. D'autre part, les membres de la famille peuvent également être la cible d'interventions pour les soutenir dans la résolution de la crise actuelle et les outiller à affronter les prochaines crises.

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, qui dessert une population anglophone, devrait envisager l'inclusion de personnel capable de s'exprimer en anglais dans l'équipe du PICV, afin de favoriser une équité d'accès à ce nouveau programme.

Transversalement à la capacité organisationnelle et au système de soutien préventif, des préoccupations ont émergé de la littérature et des consultations concernant l'impact de la pénurie de main-d'œuvre sur l'introduction d'un nouveau programme ainsi que les besoins en investissement et en formation du personnel. Le financement et l'élaboration de politiques sont perçus respectivement comme des éléments à clarifier et des facilitateurs pour l'implantation.

Limites de cette ETMI

Bien qu'elle permette de dégager de nombreux constats pertinents pour l'implantation d'un PICV, la présente évaluation comporte certaines limites. Tout d'abord, le nombre et la qualité méthodologique générale des études limitent la capacité à identifier les éléments communs d'efficacité des différentes alternatives à l'hospitalisation pour la clientèle adolescente en crise psychopathologique. De plus, l'identification des caractéristiques et des facteurs d'implantation pour la dysrégulation émotionnelle, comme souhaité par la demande originale, est l'une des principales limites de cette évaluation. Les données clinico-administratives et scientifiques reposent majoritairement sur un codage des diagnostics primaires. Ainsi, peu de données spécifiques à la dysrégulation émotionnelle, qui est décrite dans la littérature comme un transdiagnostic (commun à plusieurs pathologies) ou une comorbidité (8), étaient disponibles. L'analyse des résultats se limite principalement à la catégorie générale des troubles émotionnels et du comportement, dont les descriptions des diagnostics inclus varient selon les différentes

sources. De plus, les données recueillies restreignent la capacité à conclure sur l'efficacité des modèles d'intervention intensive en santé mentale à domicile dans un contexte de protection de la jeunesse.

Bien que quelques publications abordent la perspective des parents, cette ETMI présente une limite quant à la perspective des familles ou des responsables légaux en l'Estrie. Cette limite est principalement due à la difficulté de joindre et de recruter ces personnes. Les entretiens et l'inclusion des proches au comité consultatif auraient constitué une valeur ajoutée pour s'assurer de l'adéquation des recommandations aux besoins, aux valeurs et aux préférences des parents.

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Cette évaluation visait à optimiser l'offre de soins et de programmes intensifs destinés à la clientèle adolescente en crise psychopathologique au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. La pertinence d'implanter un programme intensif en contexte de vie pour cette clientèle est appuyée par la triangulation des données scientifiques et contextuelles. Les données scientifiques suggèrent que l'efficacité d'un tel programme est multifactorielle et indépendante du modèle choisi, mais qu'elle implique un changement de paradigme et de pratiques pour inclure l'environnement et le système familial. Une vision commune, une offre de service claire, une collaboration multidisciplinaire et intersectorielle ainsi que des arrimages efficaces seront essentiels pour l'implantation de ce nouveau programme. La réponse rapide en temps et lieu opportuns, le financement et la pénurie de main-d'œuvre seront des enjeux clés à adresser au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

La coconstruction des recommandations finales a permis de développer 21 recommandations et 10 recommandations associées, réparties selon les thèmes suivants : prérequis au déploiement du PICV, composition de l'équipe, formation des membres de l'équipe, clientèle cible, critères d'admissibilité, examen de l'admissibilité des nouvelles demandes, référencement, orientation, collaboration interéquipe, description des services (prise de contact, offre de service, évaluation en continu, type d'intervention, couverture en dehors des heures régulières, transition et continuité), et évaluation de l'implantation et des impacts.

Recommandations

L'élaboration des recommandations du projet sur le PICV a été guidée par les prémisses suivantes :

- Les objectifs du PICV sont d'offrir un service intensif et bref correspondant au requis clinique de la ou du jeune. Ce service permet, lorsqu'il est adéquat, de **prévenir** les visites aux urgences, les hospitalisations ou les réadmissions non nécessaires¹³ en pédopsychiatrie ou de **réduire** la durée des hospitalisations en répondant à l'un ou plusieurs des besoins suivants en situation de crise psychopathologique :
 - (I) Besoin de **relais**, soit en attendant la disponibilité d'un service de première ou de deuxième ligne;
 - (II) Besoin d'**intensification** des services pour maintenir sécuritairement les jeunes dans leur environnement;
 - (III) Besoin de **transition** à la suite d'une hospitalisation ou d'une participation à l'hôpital de jour en pédopsychiatrie pour soutenir la réintégration à l'école ou à domicile.
- Lors de situations d'intensification des services, l'intervenante ou l'intervenant régulier au dossier demeure responsable du dossier (intervenante ou l'intervenant principal ou pivot). Les services intensifs du PICV s'ajoutent temporairement au dossier, et ce, de manière complémentaire (collaboration).
- Le MASMJ, actuellement en développement, remplacera éventuellement les différents guichets d'accès pour l'ensemble du continuum de soins et de services en SMJ.

¹³ Dans certaines situations, la visite aux urgences, l'hospitalisation ou la réadmission peuvent s'avérer être la meilleure option ou nécessaires.

Des diagrammes ont été modélisés pour représenter la compréhension, la vision et l'opinion du comité concernant l'intégration et l'implantation du PICV au sein de l'offre de service de la DPJe du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Ces diagrammes sont disponibles à l'[annexe XIX](#).

5.1 PRÉREQUIS AU DÉPLOIEMENT DU PROGRAMME INTENSIF EN CONTEXTE DE VIE

	Recommandation et recommandation associée	Consensus
1	Perçu comme un prérequis incontournable pour l'accès, la fluidité et la continuité des services, la mise en place du mécanisme d'accès régional en SMJ (MASMJ) devrait, dans la mesure du possible, être réalisée préalablement à l'implantation et au déploiement du programme intensif en contexte de vie (PICV). Dans l'éventualité où le PICV est implanté avant le MASMJ sur l'ensemble des territoires du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, la réception et l'évaluation des demandes pour le PICV devraient être temporairement arrimées aux guichets d'accès locaux en SMJ et transférées, le plus tôt possible, une fois ce dernier implanté.	Très fort
1.1 (associée)	Une agente ou un agent de liaison au sein du MASMJ devrait être mandaté en tant que responsable de l'analyse de l'admissibilité, de la communication et des arrimages intra et interdirections pour le PICV.	Informel très fort (pré-Delphi)
2	Un plan de communication, clair et détaillé, concernant le déploiement, les portes d'entrée, les objectifs, le rôle et les responsabilités du PICV, devrait être préparé et déployé auprès : - Des directions suivantes : Direction du programme jeunesse (DPJe), Direction adjointe des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP), Direction des programmes santé mentale et dépendances (DPSMD), Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), Direction des services généraux (DSG) et les départements de médecine d'urgence. - Des partenaires externes (tels que le milieu scolaire ou les organismes communautaires jeunesse), des groupes de médecine familiale (GMF) et des pédiatres.	Fort

Lors du plan de communication, l'information présentée aux partenaires externes, aux GMF et aux pédiatres concernant la mise en place du PICV devrait être brève (abrégée) et établir clairement les portes d'entrée. Il a été suggéré que le plan de communication présente le MASMJ, avec une mention sur le type de référencement possible. Ainsi, les partenaires externes n'auront qu'à retenir les coordonnées du MASMJ.

5.2 COMPOSITION DE L'ÉQUIPE

	Recommandation et recommandation associée	Consensus
3	Le PICV devrait être composé d'une équipe multidisciplinaire comprenant minimalement : • Du personnel en éducation spécialisée pour l'accompagnement, le suivi et la mise en place des moyens; • Des professionnelles ou professionnels en travail social ou en psychoéducation pour l'évaluation multidimensionnelle et l'élaboration du plan d'intervention individualisé (système, arrimage, régulation et gestion des émotions, interventions familiales, travail sur le terrain avec la famille, etc.); • D'une ou un SAC pour la supervision clinique, la discussion de cas complexes et l'arrimage avec les autres équipes ou programmes; • D'une infirmière ou un infirmier et d'une ou un pédopsychiatre de référence, à consulter au besoin.	Fort
3.1 (associée)	Considérant le chevauchement possible des besoins de la clientèle ciblée entre les niveaux de soins et le contexte de pénurie de main-d'œuvre, le travail multidisciplinaire devrait être soutenu par le rattachement à l'équipe suivante : • SAC en SMJ de première ou de deuxième ligne; • Professionnelles ou professionnels de 1^{re} ou 2^e ligne en soutien (avec une proportion de leurs tâches réservée à l'équipe); • Médecins de famille ou pédiatres au dossier; • Occasionnellement (c.-à-d. besoins ponctuels), infirmière ou infirmier praticien spécialisé en santé mentale (IPSSM) ou infirmière ou infirmier clinicien des cliniques externes de pédopsychiatrie de Granby et de Sherbrooke (suivi de la prise de médicaments et évaluation des effets secondaires, par exemple); • Occasionnellement (c.-à-d. besoins ponctuels), pédopsychiatres pour discuter des cas et de l'orientation à prendre ou pour ajuster la médication; • Collaboration avec les autres programmes d'intervention de crise desservant la clientèle jeunesse et les familles (par exemple, le programme CAFE).	Modéré à fort

Une vision macroscopique des services de la DPJE sera nécessaire afin d'identifier les personnes en place pouvant contribuer au PICV et d'encadrer leurs contributions.

Précisions sur le cheminement entre les niveaux de soins

Une référence vers le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) pourrait s'avérer nécessaire pour favoriser le cheminement entre les niveaux de soins et faciliter la co-intervention.

Pour les cas déjà connus et suivis par un service de première ou de deuxième ligne, les personnes au dossier (intervenantes ou intervenants pivots, médecins de famille, pédiatres ou pédopsychiatres) devraient être sollicitées.

Précisions concernant le suivi pharmacologique

Pour les dossiers en attente d'une prise en charge en clinique externe de pédopsychiatrie, l'implication de la ou du pédopsychiatre répondant pourrait être envisagée pour des ajustements mineurs de médication. Si la médication a été prescrite par une ou un médecin de famille (ou pédiatre), cette personne devrait être sollicitée en premier pour le suivi pharmacologique. Ensuite, la ou le pédopsychiatre répondant pourrait émettre des suggestions ou offrir une consultation téléphonique, à la demande.

	Recommandation et recommandation associée	Consensus
4	La sélection des titres des professionnelles ou professionnels ainsi que la répartition du temps de travail au sein de l'équipe du PICV devraient être flexibles. Selon le poste à combler, il est recommandé de cibler des formations spécifiques correspondant à l'exercice de leurs fonctions.	Très fort

5.3 FORMATION DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE

	Recommandation et recommandation associée	Consensus
5	Pour répondre à la clientèle en crise psychopathologique et en pédopsychiatrie dans leur contexte de vie, les formations spécifiques recommandées sont : • Connaissances de base en santé mentale et en intervention de crise; • Formation OMEGA de quatre jours; • Évaluation du risque suicidaire, y compris le repérage du risque suicidaire auprès des jeunes de moins de 14 ans, évaluation du risque suicidaire avec les particularités propres au trouble du spectre de l'autisme (TSA); • Gestion du risque suicidaire après l'évaluation; • Évaluation multidimensionnelle; • Entretien motivationnel; • Techniques de résolution de problèmes; • Gestion des émotions et de la tolérance à la détresse; • Thérapie cognitivo-comportementale (pour l'accompagnement).	Très fort

À noter que certaines formations, telles que l'évaluation multidimensionnelle, pourraient ne pas s'appliquer à l'ensemble de l'équipe. Les formations devraient être offertes en fonction des responsabilités et des activités de chaque membre au sein de l'équipe.

5.4 CLIENTÈLE CIBLE

	Recommandation et recommandation associée	Consensus
6	Le PICV devrait desservir, de manière générale, la clientèle adolescente qui correspond aux différents types de crise psychopathologique, peu importe le diagnostic de trouble mental, soit : • La crise causée ou déclenchée par un évènement de nature psychosociale, mais dont les manifestations (altération du fonctionnement) sont en lien avec les caractéristiques d'un trouble mental; • La crise induite par les caractéristiques du trouble.	Informel très fort (pré-Delphi)
7	Le groupe de jeunes ciblé pour le PICV devrait être composé de personnes âgées de 12 à 17 ans (groupe d'âge de l'école secondaire). L'âge ne devrait pas être un critère d'exclusion.	Informel très fort (pré-Delphi)

5.5 CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

	Recommandation et recommandation associée	Consensus
8	Les critères d'admissibilité devraient être définis par des éléments communs aux manifestations de différents troubles mentaux, tels qu'une altération importante du fonctionnement (général, scolaire, familial, personnel), <u>OU</u> une intensité importante des symptômes psychopathologiques, <u>OU</u> un risque pour la sécurité sans l'imminence d'un passage à l'acte, <u>OU</u> un risque de passage à l'urgence si l'intensité de service n'est pas mise en place. Commentaire : Les notions d'altération et de risque doivent être définies et être clairement balisées.	Très fort
9	Durant la période d'implantation, les critères d'admissibilité et de décision devraient être révisés chaque mois par une équipe (ou un comité) multidisciplinaire afin d'être réajustés selon les enjeux d'exclusion et d'admissibilité rencontrés. Commentaire : Un comité de vigie et d'amélioration a été suggéré.	Très fort
9.1 (associée)	La participation d'une ou un IPSSM ou d'une ou un pédopsychiatre par secteur (Granby et Sherbrooke) est recommandée. Commentaire : Se référer à la précision sur le cheminement entre les niveaux de soins de la recommandation 3.	Très fort

5.6 RÉFÉRENCEMENT, PORTES D'ENTRÉE ET ANALYSE DES BESOINS

	Recommandation et recommandation associée	Consensus
10	Pour les situations nécessitant une intensification des services, une transition ou un relais, le référencement au PICV devrait : • Provenir de psychiatres ou de pédopsychiatres à la suite d'une évaluation médicale, ou des SAC de la pédopsychiatrie, pour les cas en suivi régulier lorsqu'il s'agit d'une demande en provenance de la pédopsychiatrie; • Passer par le MASMJ pour toute autre demande (par exemple, celles des intervenantes et intervenants de première ou deuxième ligne des services sociaux, de l'urgence, etc.). Commentaire : Se référer à la note de la recommandation 1 pour la période de transition.	Modéré à fort
11	Pour les situations de crise nécessitant une intervention rapide (2 à 4 heures), les jeunes et les familles devraient s'adresser au service Urgence-détresse. Selon la situation, Urgence-détresse pourra : • Pendant les heures régulières, transmettre au MASMJ les demandes qui semblent correspondre aux critères du PICV; • En dehors des heures régulières et pendant la période de garde du PICV, consulter la personne de garde pour le PICV; • En dehors des heures régulières du MASMJ et de la période de garde (nuit), gérer la crise par téléphone et, ensuite, référer au MASMJ ou aux urgences, au besoin. Commentaire : Pour la période de garde recommandée, se référer à la recommandation 19.	Fort

5.7 ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ DES NOUVELLES DEMANDES

	Recommandation et recommandation associée	Consensus
12	Une fois la demande relayée au PICV, un membre de l'équipe devrait évaluer l'admissibilité et établir un premier contact, en personne ou par téléphone, dans un délai de 2 à 4 heures pour : • Évaluer la situation; Considérant que la situation familiale et l'environnement influencent l'efficacité des soins, l'évaluation devrait tenir compte de la présence d'un filet de sécurité¹⁴ propice à un traitement intensif de la ou du jeune dans son milieu de vie actuel (domicile, famille d'accueil, centre jeunesse, etc.). À défaut d'un filet suffisant, le dossier devrait être réorienté vers les services correspondant aux caractéristiques du contexte. • Apaiser l'urgence; • Mettre en place des solutions temporaires et amorcer les arrimages avec les services actifs, présents dans la vie de la ou du jeune, en attendant l'attribution et la prise en charge par un membre de l'équipe du PICV.	Fort
12.1 (associée)	Une évaluation du risque, de l'urgence et du danger devrait être réalisée pour soutenir l'évaluation de l'admissibilité. Les cas présentant une imminence d'un passage à l'acte suicidaire ou hétéroagressif devraient être réorientés vers les services d'urgence.	Très fort
12.2 (associée)	Pour les nouvelles demandes, le membre de l'équipe de garde devrait : évaluer l'admissibilité et effectuer le premier contact rapide (entre 2 et 4 heures). Commentaire : Se référer à la recommandation 19 concernant la couverture en dehors des heures de service.	Fort

5.8 ORIENTATION

	Recommandation et recommandation associée	Consensus
13	Pour les cas complexes ou ambigus, la ou le SAC attiré au PICV devrait être consulté. Au besoin, cette personne pourra se référer aux IPSSM ou aux pédopsychiatres.	Très fort

¹⁴ Le filet de sécurité fait notamment référence à la présence de parents, d'autres adultes significatifs, d'intervenantes ou intervenants actifs, par exemple, en situation d'hébergement en centre jeunesse.

5.9 COLLABORATION INTERÉQUIPE

	Recommandation et recommandation associée	Consensus
14	La mise en place d'un mécanisme formel ou d'un canal de communication visant à instaurer une réciprocité et une prise de décision concertée est recommandée pour faciliter la collaboration et le travail intersectoriel. Ce mécanisme cible notamment les échanges entre le PICV, les services de la protection de la jeunesse ainsi que les programmes de déficience intellectuelle et physique et du TSA. Il sera important d'établir rapidement une collaboration pour les situations suivantes : • Lorsque le programme intensif est déployé pour une ou un jeune ayant un dossier actif dans les services de la protection de la jeunesse; • Lorsque l'évaluation initiale laisse présager une compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant (par exemple, refus des parents, négligence, incapacité du milieu à assurer la sécurité, etc.); • Lorsque le problème est davantage lié à des enjeux comportementaux qu'à des enjeux de santé mentale.	Très fort
14.1 (associée)	Pour toutes les demandes de collaboration ou d'arrimage intra*¹⁵ et interdirections, l'équipe du PICV devrait se référer à l'agente ou agent de liaison du MASMJ et aux SAC responsables de transiger avec l'ensemble des directions (équipes) concernées par la demande. Commentaire : Se référer à la sous-recommandation 1.1 concernant l'agente ou agent de liaison au MASMJ.	Fort

5.10 DESCRIPTION DES SERVICES

5.10.1 PRISE DE CONTACT

	Recommandation et recommandation associée	Consensus
15	Dès la première rencontre, l'équipe devrait clarifier, auprès de la clientèle, le cadre thérapeutique du PICV, avec la présentation du cadre et des paramètres d'intervention définis en ce qui concerne la durée, les rôles de chaque personne et les objectifs.	Fort

La mise en place de ce plan d'intervention clarifierait les limites d'intervention de l'équipe du PICV et préviendrait le clivage avec les services réguliers, en première ou en deuxième ligne, responsables d'assurer le suivi thérapeutique à long terme, au besoin.

¹⁵ Réfère notamment aux arrimages avec les services en première ligne de la DPJe.

5.10.2 OFFRE DE SERVICE

	Recommandation et recommandation associée	Consensus
16	L'offre de service du PICV devrait reposer sur une approche flexible offerte en deux phases : Une 1^{re} phase intensive (plus ou moins deux semaines) devrait viser à stabiliser ou à apaiser l'urgence ressentie par la ou le jeune et sa famille par des interventions, plus d'un contact par semaine, reposant sur quelques (1 à 2) objectifs prioritaires déterminés à la suite de l'évaluation initiale. Une fois la situation stabilisée ou l'urgence apaisée, une 2^e phase devrait proposer des interventions de durée et d'intensité variables établies à la suite d'une évaluation multidimensionnelle. Selon la gravité de la situation et le requis clinique, l'offre de service pourrait être reconduite jusqu'à une durée de 12 semaines.	Fort

Le comité précise qu'une fois l'état apparent stabilisé et le sentiment d'urgence apaisé, une révision de la cote de priorisation pour les services réguliers ainsi qu'une évaluation multidimensionnelle pour l'identification des besoins devraient être réalisées afin d'orienter les prochaines étapes.

De surcroît, la durée des services proposés par le PICV devrait être ajustée en fonction de la gravité du profil clinique, offrant en moyenne un suivi de 4 à 8 semaines. Toutefois, elle pourrait être prolongée jusqu'à 12 semaines afin d'accroître l'acquisition de compétences et de stratégies de résolution de problèmes habilitant les jeunes et leurs familles à mieux répondre aux prochaines crises et à prévenir les hospitalisations.

5.10.3 ÉVALUATION EN CONTINU (MESURE EN CONTINU)

	Recommandation et recommandation associée	Consensus
17	Les évaluations devraient être reconduites fréquemment pour actualiser (ajuster) les interventions en continu en matière de durée, d'intensité et de directivité, notamment en fonction du niveau de mobilité (capacité à se mettre en action, motivation au changement) et de la sévérité du profil clinique de la ou du jeune et de sa famille. L'évaluation devrait être actualisée : • Chaque semaine au cours de la phase intensive; • Toutes les <u>quatre</u> semaines durant la phase de durée et d'intensité variables.	Très fort
17.1 (associée)	L'évaluation multidimensionnelle devrait être soutenue par la création ou la mise en place d'un court protocole d'évaluation composé de quelques questionnaires standardisés et d'outils maison, permettant d'évaluer certaines dimensions individuelles, parentales et familiales.	Fort

L'évaluation professionnelle doit toujours prévaloir. Dans une optique de démontrer la pertinence du PICV, un protocole, en plus de soutenir l'évaluation et d'orienter la planification de l'intervention, permettrait un monitoring et une évaluation des effets du programme de manière relativement simple.

5.10.4 TYPES D'INTERVENTION

	Recommandation et recommandation associée	Consensus
18	Un plan d'intervention individualisé devrait être développé à la suite d'une évaluation multidimensionnelle. Il devrait proposer des stratégies d'intervention individuelles et familiales, qui impliquent les parents, le milieu scolaire ou les autres milieux correspondant aux problématiques identifiées. Ces stratégies devraient être basées sur des approches de résolution de problèmes à court terme et écosystémique.	Très fort
18.1 (associée)	Le comité recommande que le plan d'intervention personnalisé inclue un plan de sécurité et des interventions adaptées aux besoins prioritaires de la ou du jeune en situation de crise. Parmi les types d'intervention, le PICV peut, entre autres, offrir de l'éducation sur l'hygiène de vie, des techniques et des outils (gestion des émotions, tolérance à la détresse, résolution de problèmes) et, lorsque nécessaire, des interventions d'entretien motivationnel.	Fort
18.2 (associée)	La famille étant le principal filet de sécurité, le comité recommande d'offrir des interventions écosystémiques auprès de la famille visant notamment l'hygiène de vie (par exemple, la gestion du cellulaire durant la nuit) et le renforcement des facteurs de résilience familiale ¹⁶ .	Très fort

Lors du PQPTM (vision de soins par étapes), il sera nécessaire d'ajuster, au préalable, les phases liées au PICV en fonction des outils et des interventions destinés aux jeunes et à leurs familles.

Il a été suggéré que le plan d'intervention individualisé soit transmis au service qui assurera la prise en charge lors d'un transfert personnalisé. Pour les cas pris en charge dans un service régulier, il a été suggéré de réévaluer et d'ajuster le plan d'intervention individualisé (PII) préexistant pour y inclure le nouveau service.

Pour soutenir les interventions, le comité recommande l'utilisation des outils de l'unité de pédopsychiatrie, spécifiquement développés pour répondre à la situation de crise.

¹⁶ Les facteurs de résilience familiale sont le système de croyances (vision positive, sens à l'adversité), l'organisation (flexibilité et cohésion familiales, accès et utilisation des ressources), la communication et la résolution de problèmes.

5.10.5 COUVERTURE EN DEHORS DES HEURES RÉGULIÈRES

	Recommandation et recommandation associée	Consensus
19	Une garde assurée par un membre de l'équipe du PICV devrait être offerte minimalement en soirée, jusqu'à 20 h (idéalement 24 h/24, 7 j/7, si elle est assurée par une ou un partenaire externe du programme), afin de prévenir les visites aux urgences et d'assurer un premier contact rapide.	Modéré à fort
19.1 (associée)	Pour la clientèle suivie par le PICV, un numéro de téléphone (ligne directe) pour joindre la personne de garde devrait être accessible. Des balises cliniques concernant l'accès à cette ligne seront nécessaires pour les jeunes et leurs familles et devront être réévaluées en phase d'implantation. Commentaire : Pour les nouvelles demandes, se référer à la sous-recommandation 12.2.	Modéré à fort

Parmi les options soulevées, une garde téléphonique régionale effectuée par une ou un cadre a été suggérée.

L'évaluation de la condition de santé physique et mentale (poser un diagnostic) est un acte réservé à la profession infirmière et médicale. En contexte de crise psychopathologique, la disponibilité de ce type de professionnel doit être significative pour soutenir une couverture 24 h/24, 7 j/7. Toutefois, les autres professionnelles et professionnels ont les compétences pour évaluer la situation psychosociale, l'urgence et les interventions à réaliser.

5.10.6 TRANSITION ET CONTINUITÉ DES SERVICES

	Recommandation et recommandation associée	Consensus
20	La transition devrait être planifiée et organisée de manière personnalisée, à la suite d'une demande de transfert interservices complétée ou après une discussion entre les SAC des équipes correspondantes. Lors de la transition, une rencontre entre les intervenantes et intervenants ainsi que la famille serait à privilégier.	Très fort

5.11 ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION ET DES IMPACTS

	Recommandation et recommandation associée	Consensus
21	Une évaluation de l'implantation et des impacts du PICV, en collaboration avec les équipes de mobilisation des connaissances (DCMU), est recommandée afin de documenter le degré d'implantation, d'identifier les facteurs facilitant ou nuisant à l'implantation et d'analyser l'efficacité du PICV.	Très fort

6.ANNEXES

Annexe I. Grille PICOH employée pour la recension des écrits

Population	Jeunes de 13 à 17 ans en situation de crise psychopathologique (Exemples de problèmes de santé mentale associés à l'état de crise : trouble de la personnalité limite, dysrégulation émotionnelle, troubles alimentaires, automutilation, tentative de suicide, etc.).
Intervention	Programme intensif d'intervention de crise dans le milieu de vie (stabilisation de la crise ou de relais).
Comparateur	Services habituels (hospitalisation, clinique externe en pédopsychiatrie, hôpital de jour), urgences psychiatriques.
Résultats (Outcomes)	Dimension sécurité et efficacité : • Approches intensives (programmes) sécuritaires et efficaces pour la prise en charge en milieu de vie, la prévention, la sortie et la transition des hospitalisations en pédopsychiatrie. • Éléments de programmes ou standards de qualité professionnelle (clinique) et des programmes. Dimension organisationnelle : • Description des modèles de programmes intensifs dans le contexte de vie: clientèle, approche, intensité (fréquence ou nombre de contacts par semaine) et charge de travail des intervenant(e)s, activités, professionnel(le)s, organisation des services, barrières et leviers, etc. • Effets des modèles identifiés sur : ○ la clientèle, plus particulièrement sur les symptômes liés à l'épisode de crise et leur répondant(e); ○ l'utilisation des services (efficacité organisationnelle) : durée de séjour, nombre d'hospitalisations évitées ou nombre d'admissions en unité pédopsychiatrique, taux de prise en charge, coûts, barrières et leviers.
Contexte de l'intervention (Healthcare setting)	Milieu de vie des jeunes sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Annexe II. Stratégie détaillée de la recherche documentaire

Tour 1 – Études de synthèse

HISTORIQUES DE RECHERCHE – 29 MARS 2023

Récapitulatif

Medline (OVID)	109 références
Psycinfo (OVID)	83 références
Embase (OVID)	158 références
Cochrane Database of Systematic Reviews (via EBM Reviews d'OVID) + Database of Abstracts of Reviews Of Effects + Health Technology Assessment	6 références
CINAHL	112 références
Érudit	16 références
Total (avant le retrait des doublons)	484 références
Références après le retrait des doublons	325 références

Medline (OVID)

Database(s): Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to March 28, 2023 Search Strategy:

#	Searches	Results
1	adolescent/ or Adolescent Health Services/ or Adolescent psychiatry/	2207263
2	(teen* or youth* or adolescen* or juvenile* or (young adj2 (adult* or person* or individual* or people* or population* or man or men or wom#n)) or youngster* or highschool* or college* or "junior high" or ((secondary or high*) adj2 (school* or education))).ti,ab.	869142
3	1 or 2	2666594
4	Mental disorders/ or mental health/ or mentally ill persons/ or psychological distress/	233907
5	((mental* or psychiatric* or psychologic*) adj2 (disorder* or health or illness* or ill or diagnosis or problem* or disease* or breakdown* or condition* or distress)).ti,ab,kf.	405710
6	4 or 5	509196
7	3 and 6	116222
8	crisis intervention/	6183
9	(cris?s adj2 (intervention* or resolution or recovery or response* or stabili?at* or treatment* or therap* or service* or program*)).ti,ab,kf.	4287
10	((intensive or acute* or rapid or urgent) adj5 (intervention* or recovery or response* or treatment* or therap* or service* or program*)).ti,ab,kf.	316552
11	8 or 9 or 10	325059
12	residential facilities/ or assisted living facilities/ or group homes/ or halfway houses/	9214
13	Residential Treatment/ or Home care services/ or Home Care Services, Hospital-Based/	41381
14	Community Mental Health Centers/ or Community Mental Health Services/	21778
15	((home or homecare or residential or community) adj3 (treatment* or therap* or intervention* or care or service*)).ti,ab,kf.	121764
16	(alternative* adj3 (hospital* or admission* or Institutional* or inpatient*)).ti,ab,kf.	2206
17	home.ti,ab,kf. /freq=2	97843
18	residential*.ti,ab,kf. /freq=2	14500
19	domicil*.ti,ab,kf. /freq=2	1569
20	"community based".ti,ab,kf. /freq=2	19969
21	12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20	250632
22	11 and 21	7333
23	7 and 22	459
24	((mental* or psychiatric* or psychologic*) adj2 (cris?s or emergency or emergencies or severe or acute)).ti,ab,kf.	23480
25	3 and 21 and 24	521
26	23 or 25	876
27	"systematic review"/	224622
28	systematic reviews as topic/	10266
29	"systematic review".pt.	224622
30	exp "Review Literature as Topic"/	22124
31	exp "review"/	3135805
32	review.pt.	3129050
33	(review or reviews).ti,kf.	705488
34	"review of reviews".ti,ab,kf.	842
35	((systematic* or scoping or "state-of-the-art" or umbrella or narrative or integrative or comprehensive or rapid) adj3 (review* or overview*)).ti,ab,kf.	398856
36	((systematic* or evidence) adj1 (assess* or search* or research* or synthe* or literature)).ti,ab,kf.	104787
37	"state-of-the-art".ti.	11959
38	(scoping adj2 (study or studies)).ti.	241
39	Overview*.ti.	48341
40	meta-analysis/	178419
41	meta-analysis as topic/	22232

#	Searches	Results
42	meta-analysis.pt.	178419
43	(meta-analy* or metaanaly* or metanaly* or metasynthe* or "meta synthe*").ti,ab,kf.	268689
44	guideline.pt.	16553
45	"practice guideline".pt.	30306
46	guidelines as topic/	42060
47	practice guidelines as topic/	127490
48	"practic* guid*".ti,ab,kf.	44237
49	(guideline* or guidance*).ti,kf.	129136
50	(CPG or CPGs).ti.	6379
51	Evidence based medicine/	76011
52	Evidence based practice/	11925
53	evidence*.ti,kf.	284651
54	(best adj2 practice*).ti,ab,kf.	39758
55	((common or practice or program*) adj1 element*).ti,ab,kf.	3168
56	Technology Assessment, Biomedical/	10970
57	(HTA or HTAs or "technology assessment*" or "technology overview*" or "technology appraisal*").ti,ab,kf.	11082
58	consensus/	20286
59	consensus development conferences, NIH as topic/	335
60	consensus development conferences as topic/	2679
61	consensus development conference, NIH.pt.	801
62	consensus development conference.pt.	12343
63	(consensus or recommendation* or "committee opinion*" or "position statement*" or "position paper*" or standard or standards).ti,ab,kf.	1688679
64	27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63	5415811
65	26 and 64	192
66	limit 65 to ((english or french) and last 15 years)	109

Psycinfo (OVID)

Database(s): APA PsycInfo 1806 to March Week 3 2023 Search Strategy:

#	Searches	Results
1	adolescence 13 17 yrs.ag.	492240
2	adolescent psychiatry/	6193
3	college students/ or high school students/ or junior high school students/	133584
4	(teen* or youth* or adolescen* or juvenile* or (young adj2 (adult* or person* or individual* or people* or population* or man or men or wom#n)) or youngster* or highschool* or college* or "junior high" or ((secondary or high*) adj2 (school* or education))).ti,ab.	665672
5	1 or 2 or 3 or 4	909484
6	mental disorders/ or mental health/ or distress/	195366
7	((mental* or psychiatric* or psychologic*) adj2 (disorder* or health or illness* or ill or diagnosis or problem* or disease* or breakdown* or condition* or distress)).ti,ab,id.	421935
8	6 or 7	457890
9	5 and 8	97289
10	crisis intervention/ or crisis intervention services/	5723
11	(cris?s adj2 (intervention* or resolution or recovery or response* or stabili?at* or treatment* or therap* or service* or program*)).ti,ab,id.	6780
12	((intensive or acute* or rapid or urgent) adj5 (intervention* or recovery or response* or treatment* or therap* or service* or program*)).ti,ab,id.	41953
13	10 or 11 or 12	50667

#	Searches	Results
14	residential care institutions/ or assisted living/ or group homes/ or halfway houses/	13303
15	home care/	7495
16	community mental health centers/ or community mental health services/	10730
17	((home or homecare or residential or community) adj3 (treatment* or therap* or intervention* or care or service*)).ti,ab,id.	69797
18	(alternative* adj3 (hospital* or admission* or Institutional* or inpatient*)).ti,ab,id.	904
19	home.ti,ab,id. /freq=2	52188
20	residential*.ti,ab,id. /freq=2	14949
21	domicil*.ti,ab,id. /freq=2	366
22	"community based".ti,ab,id. /freq=2	11581
23	14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22	130710
24	13 and 23	4107
25	9 and 24	386
26	crises/	6114
27	serious mental illness/	6320
28	((mental* or psychiatric* or psychologic*) adj2 (cris?s or emergency or emergencies or severe or acute)).ti,ab,id.	21448
29	26 or 27 or 28	29815
30	5 and 23 and 29	412
31	25 or 30	717
32	"systematic review"/	774
33	"literature review"/	23006
34	(review or reviews).ti,id.	205156
35	"review of reviews".ti,ab,id.	300
36	((systematic* or scoping or "state-of-the-art" or umbrella or narrative or integrative or comprehensive or rapid) adj3 (review* or overview*)).ti,ab,id.	73102
37	((systematic* or evidence) adj1 (assess* or search* or research* or synthe* or literature)).ti,ab,id.	26269
38	"state-of-the-art".ti.	1273
39	(scoping adj2 (study or studies)).ti.	77
40	Overview*.ti.	8731
41	meta analysis/	5350
42	("meta-analy*" or metaanaly* or metanaly* or metasynthe* or "meta synthe*").ti,ab,id.	50942
43	treatment guidelines/	9059
44	"practic* guid*".ti,ab,id.	11126
45	(guideline* or guidance*).ti,id.	37160
46	(CPG or CPGs).ti.	139
47	evidence based practice/	20553
48	best practices/	6211
49	evidence*.ti,id.	86647
50	(best adj2 practice*).ti,ab,id.	20491
51	((common or practice or program*) adj1 element*).ti,ab,id.	2645
52	(HTA or HTAs or "technology assessment*" or "technology overview*" or "technology appraisal*").ti,ab,id.	1029
53	(consensus or recommendation* or "committee opinion*" or "position statement*" or "position paper*" or standard or standards).ti,ab,id.	316408
54	32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53	689287
55	31 and 54	133
56	limit 55 to ((english or french) and last 15 years)	83

EMBASE (OVID)Database(s): **Embase** 1974 to 2023 March 28 Search Strategy:

#	Searches	Results
1	adolescent/ or adolescence/	1765168
2	college student/ or high school student/	30497
3	(teen* or youth* or adolescen* or juvenile* or (young adj2 (adult* or person* or individual* or people* or population* or man or men or wom#n)) or youngster* or highschool* or college* or "junior high" or ((secondary or high*) adj2 (school* or education))).ti,ab.	1215819
4	1 or 2 or 3	2484802
5	mental disease/ or mental health/ or distress syndrome/	493356
6	((mental* or psychiatric* or psychologic*) adj2 (disorder* or health or illness* or ill or diagnosis or problem* or disease* or breakdown* or condition* or distress)).ti,ab,kf.	516395
7	5 or 6	742494
8	4 and 7	137372
9	crisis intervention/	6602
10	(cris?s adj2 (intervention* or resolution or recovery or response* or stabili?at* or treatment* or therap* or service* or program*)).ti,ab,kf.	5352
11	((intensive or acute* or rapid or urgent) adj5 (intervention* or recovery or response* or treatment* or therap* or service* or program*)).ti,ab,kf.	452863
12	9 or 10 or 11	462084
13	residential home/ or assisted living facility/ or halfway house/	12012
14	residential care/ or home care/ or home mental health care/	82157
15	community mental health service/ or community mental health center/	3787
16	((home or homecare or residential or community) adj3 (treatment* or therap* or intervention* or care or service*)).ti,ab,kf.	160996
17	(alternative* adj3 (hospital* or admission* or Institutional* or inpatient*)).ti,ab,kf.	3081
18	home.ti,ab,kf. /freq=2	138667
19	residential*.ti,ab,kf. /freq=2	17887
20	domicil*.ti,ab,kf. /freq=2	1697
21	"community based".ti,ab,kf. /freq=2	25255
22	13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21	332967
23	12 and 22	10708
24	8 and 23	423
25	psychiatric emergency/	594
26	((mental* or psychiatric* or psychologic*) adj2 (cris?s or emergency or emergencies or severe or acute)).ti,ab,kf.	32247
27	25 or 26	32345
28	4 and 22 and 27	430
29	24 or 28	763
30	"systematic review"/ or "systematic review (topic)"/	453846
31	"systematic review*".kf.	49636
32	"review"/	2890869
33	(review or reviews).ti,kf.	835140
34	"review of reviews".ti,ab,kf.	1014
35	((systematic* or scoping or "state-of-the-art" or umbrella or narrative or integrative or comprehensive or rapid) adj3 (review* or overview*)).ti,ab,kf.	494156
36	((systematic* or evidence) adj1 (assess* or search* or research* or synthe* or literature)).ti,ab,kf.	135420
37	"state-of-the-art".ti.	14843
38	(scoping adj2 (study or studies)).ti.	268
39	Overview*.ti.	60554
40	meta-analysis/	287940
41	"meta analysis (topic)"/	52329

#	Searches	Results
42	("meta-analy*" or metaanaly* or metanaly* or metasynthe* or "meta synthe*").ti,ab,kf.	357584
43	practice guideline/	546897
44	"practic* guid*".ti,ab,kf.	62378
45	(guideline* or guidance*).ti,kf.	183944
46	(CPG or CPGs).ti.	7762
47	evidence based medicine/	123461
48	evidence based practice/	81361
49	evidence*.ti,kf.	321554
50	(best adj2 practice*).ti,ab,kf.	59959
51	((common or practice or program*) adj1 element*).ti,ab,kf.	3747
52	biomedical technology assessment/	16994
53	(HTA or HTAs or "technology assessment*" or "technology overview*" or "technology appraisal*").ti,ab,kf.	18369
54	consensus/	100057
55	consensus development/	27181
56	(consensus or recommendation* or "committee opinion*" or "position statement*" or "position paper*" or standard or standards).ti,ab,kf.	2457826
57	30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56	6579093
58	29 and 57	218
59	limit 58 to ((english or french) and last 15 years)	158

COCHRANE + DATABASE OF ABSTRACTS OF REVIEWS OF EFFECTS + HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (OVID – EBM REVIEWS)

Database(s): EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 to March 28, 2023, EBM Reviews - Database of Abstracts of Reviews of Effects 1st Quarter 2016, EBM Reviews - Health Technology Assessment 4th Quarter 2016 Search Strategy:

#	Searches	Results
1	adolescent/ or adolescent health services/ or adolescent psychiatry/	220
2	(teen* or youth* or adolescen* or juvenile* or (young adj2 (adult* or person* or individual* or people* or population* or man or men or wom#n)) or youngster* or highschool* or college* or "junior high" or ((secondary or high*) adj2 (school* or education))).ti,ab,kw.	3461
3	1 or 2	3551
4	mental disorders/ or mental health/ or mentally ill persons/ or psychological distress/	135
5	((mental* or psychiatric* or psychologic*) adj2 (disorder* or health or illness* or ill or diagnosis or problem* or disease* or breakdown* or condition* or distress)).ti,ab,kw.	1422
6	4 or 5	1480
7	3 and 6	263
8	crisis intervention/	3
9	(cris?s adj2 (intervention* or resolution or recovery or response* or stabili?at* or treatment* or therap* or service* or program*).ti,ab,kw.	30
10	((intensive or acute* or rapid or urgent) adj5 (intervention* or recovery or response* or treatment* or therap* or service* or program*).ti,ab,kw.	1420
11	8 or 9 or 10	1450
12	residential facilities/ or assisted living facilities/ or group homes/ or halfway houses/	12
13	Residential Treatment/ or Home care services/ or Home Care Services, Hospital-Based/	74
14	Community Mental Health Services/ or community mental health centers/	11
15	((home or homecare or residential or community) adj3 (treatment* or therap* or intervention* or care or service*).ti,ab,kw.	769
16	(alternative* adj3 (hospital* or admission* or Institutional* or inpatient*).ti,ab,kw.	17
17	(home or residential* or domicil* or "community based").ti,ab,kw.	973

#	Searches	Results
18	12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17	1299
19	11 and 18	53
20	7 and 19	6
21	((mental* or psychiatric* or psychologic*) adj2 (cris?s or emergency or emergencies or severe or acute)).ti,ab,kw.	106
22	3 and 18 and 21	4
23	20 or 22	10
24	limit 23 to (english or french) [Limit not valid in CDSR,DARE; records were retained]	10
25	limit 24 to last 15 years	6

CINAHL

#	Query	Results
S01	MH "Adolescence" OR MH "Adolescent health services" OR MH "Adolescent psychiatry"	601,705
S02	(MH "Students, High School") OR (MH "Students, College")	40,663
S03	TI ((teen* or youth* or adolescen* or juvenile* or (young N2 (adult* or person* or individual* or people* or population* or man or men or woman or women)) or highschool* or college* or "junior high" or ((secondary or high*) N2 (school* or education)))) OR AB ((teen* or youth* or adolescen* or juvenile* or (young N2 (adult* or person* or individual* or people* or population* or man or men or woman or women)) or highschool* or college* or "junior high" or ((secondary or high*) N2 (school* or education))))	407,445
S04	S1 OR S2 OR S3	819,576
S05	MH "mental disorders" OR MH "mental health" OR MH "psychological distress"	120,255
S06	TI (((mental* or psychiatric* or psychologic*) N2 (disorder* or health or illness* or ill or diagnosis or problem* or disease* or breakdown* or condition* or distress))) OR AB (((mental* or psychiatric* or psychologic*) N2 (disorder* or health or illness* or ill or diagnosis or problem* or disease* or breakdown* or condition* or distress)))	214,972
S07	S5 OR S6	260,487
S08	S4 AND S7	57,938
S09	MH "crisis intervention"	4,754
S10	TI ((cris?s N2 (intervention* or resolution or recovery or response* or stabili?at* or treatment* or therap* or service* or program*))) OR AB ((cris?s N2 (intervention* or resolution or recovery or response* or stabili?at* or treatment* or therap* or service* or program*)))	2,951
S11	TI (((intensive or acute* or rapid or urgent) N5 (intervention* or recovery or response* OR treatment* OR therap* or service* or program*))) OR AB (((intensive or acute* or rapid or urgent) N5 (intervention* or recovery or response* OR treatment* OR therap* or service* or program*)))	84,970
S12	S9 OR S10 OR S11	91,373
S13	MH "residential facilities" OR MH "halfway houses" OR MH "community living" OR MH "assisted living")	27,979
S14	MH "residential care" OR MH "home health care" OR MH "Psychiatric home care"	33,785
S15	(MH "Community Mental Health Services")	11,210
S16	TI (home OR domicil* OR residential* OR "community based") OR AB (home OR domicil* OR residential* OR "community based")	227,045
S17	TI (((homecare or residential or community) N3 (treatment* or therap* or intervention* or care or service*))) OR AB (((homecare or residential or community) N3 (treatment* or therap* or intervention* or care or service*)))	63,442
S18	TI (alternative* N3 (hospital* or admission* or Institutional* or inpatient*)) OR AB (alternative* N3 (hospital* or admission* or Institutional* or inpatient*))	1,235
S19	S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18	300,075
S20	S12 AND S19	6,891
S21	S8 AND S20	284
S22	MH "psychiatric emergencies"	1,087

S23	TI (((mental* or psychiatric* or psychologic*) n2 (cris?s or emergency or emergencies or severe or acute))) OR AB (((mental* or psychiatric* or psychologic*) N2 (cris?s or emergency or emergencies or severe or acute)))	13,118
S24	S22 OR S23	13,769
S25	S4 AND S19 AND S24	363
S26	S21 OR S25	583
S27	(MH "Systematic Review")	119,582
S28	PT systematic review	140,712
S29	PT review	358,678
S30	(MH "Literature Review")	8,961
S31	TI review OR TI reviews	280,709
S32	TI "review of reviews" OR AB "review of reviews"	400
S33	(MH "Scoping Review")	6,333
S34	TI (((systematic* or scoping or "state-of-the-art" or umbrella or narrative or integrative or comprehensive or rapid) N3 (review* or overview*))) OR AB (((systematic* or scoping or "state-of-the-art" or umbrella or narrative or integrative or comprehensive or rapid) N3 (review* or overview*)))	185,927
S35	TI ((systematic* OR evidence) N1 (search* OR research* OR assess* OR synthe* OR literature)) OR AB ((systematic* OR evidence) N1 (search* OR research* OR assess* OR synthe* OR literature))	55,395
S36	TI "state of the art"	2,930
S37	TI (scoping N2 (study or studies))	197
S38	TI overview*	14,828
S39	(MH "Meta Analysis")	68,583
S40	PT "Meta Analysis"	51,695
S41	PT "meta synthesis"	1,880
S42	TI metanaly* OR AB metanaly*	183
S43	TI metaanaly* OR AB metaanaly*	1,374
S44	TI meta-analy* OR AB meta-analy*	104,958
S45	TI metasynthes* OR AB metasynthes*	445
S46	TI meta-synthes* OR AB meta-synthes*	1,308
S47	(MH "Practice Guidelines")	86,591
S48	PT "Practice Guidelines"	15,696
S49	TI guidance* OR AB guidance*	56,699
S50	TI guideline* OR AB guideline*	184,311
S51	TI cpg OR cpgs	413
S52	(MH "Professional Practice, Evidence-Based+") OR (MH "Medical Practice, Evidence-Based")	84,468
S53	Ti evidence*	88,150
S54	AB ("evidence base*" N2 (review* OR overview*))	2,551
S55	TI best N2 practice* OR AB best N2 practice*	27,011
S56	TI ((common or practice or program*) N1 element*)) OR AB ((common or practice or program*) N1 element*))	1,999
S57	TI (technology N2 (assessment OR overview* OR appraisal*)) OR AB (technology N2 (assessment OR overview* OR appraisal*))	5,083
S58	TI (HTA OR HTAS) OR AB (HTA OR HTAS)	1,630
S59	(MH "Consensus")	7,362
S60	TI (consensus or recommendation* or "committee opinion*" or "position statement*" or "position paper*" or standard or standards) OR AB (consensus or recommendation* or "committee opinion*" or "position statement*" or "position paper*" or standard or standards)	456,993
S61	S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51 OR S52 OR S53 OR S54 OR S55 OR S56 OR S57 OR S58 OR S59 OR S60	1,385,374
S62	S26 AND S61	140

S63	Limiters - Expanders - Search modes - Boolean/Phrase	Published Date: 20080101-; Apply	Language: English, French subjects	equivalent	6,276,587
S64	S62 AND S63				112

ÉRUDIT

(Titre, résumé, mots-clés : adolescen* OR jeune* OR young OR youth)

ET

(Titre, résumé, mots-clés : psychiatr* OR menta*)

ET (

Titre, résumé, mots-clés : intensi* OR crise* OR urgen* OR crisis OR emergenc* OR acute* OR severe)

ET

(Titre, résumé, mots-clés : maison* OR domicil* OR milieu OR communaute* OR communit* OR résiden* OR home*)

ET

(Publié depuis 2008) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB'])

16 références

Tour 2 : études primaires récentes

HISTORIQUES DE RECHERCHE – 12 MAI 2023

Récapitulatif

Medline (OVID)	167 références
Psycinfo (OVID)	131 références
Embase (OVID)	219 références
Cochrane Database of Systematic Reviews (via EBM Reviews d'OVID) NB: Dans OVID, deux ressources "Database of Abstracts of Reviews Of Effects" + "Health Technology Assessment" cessent la couverture en 2016. Elles ne furent donc pas intégrées dans cette recherche.	2 références
CINAHL	184 références
Érudit	16 références
Total (avant le retrait des doublons)	719 références
Références après le retrait des doublons	473 références
Références après le retrait des références ayant déjà été repérées lors de la première phase de la recherche (axée sur les revues systématiques des 15 dernières années)	334 références

Medline (OVID)Database(s): **Ovid MEDLINE(R)** ALL 1946 to May 11, 2023 Search Strategy:

#	Searches	Results
1	adolescent/ or Adolescent Health Services/ or Adolescent psychiatry/	2211260
2	(teen* or youth* or adolescen* or juvenile* or (young adj2 (adult* or person* or individual* or people* or population* or man or men or wom#n)) or youngster* or highschool* or college* or "junior high" or ((secondary or high*) adj2 (school* or education))) .ti,ab.	875700
3	1 or 2	2674510
4	Mental disorders/ or mental health/ or mentally ill persons/ or psychological distress/	235272
5	((mental* or psychiatric* or psychologic*) adj2 (disorder* or health or illness* or ill or diagnosis or problem* or disease* or breakdown* or condition* or distress)) .ti,ab,kf.	410045
6	4 or 5	513652
7	3 and 6	117116
8	crisis intervention/	6203
9	(cris?s adj2 (intervention* or resolution or recovery or response* or stabili?at* or treatment* or therap* or service* or program*)) .ti,ab,kf.	4319
10	((intensive or acute* or rapid or urgent) adj5 (intervention* or recovery or response* or treatment* or therap* or service* or program*)) .ti,ab,kf.	318395
11	8 or 9 or 10	326950
12	residential facilities/ or assisted living facilities/ or group homes/ or halfway houses/	9224
13	Residential Treatment/ or Home care services/ or Home Care Services, Hospital-Based/	41449
14	Community Mental Health Centers/ or Community Mental Health Services/	21790
15	((home or homecare or residential or community) adj3 (treatment* or therap* or intervention* or care or service*)) .ti,ab,kf.	122659
16	(alternative* adj3 (hospital* or admission* or Institutional* or inpatient*)) .ti,ab,kf.	2213
17	home.ti,ab,kf. /freq=2	98740
18	residential*.ti,ab,kf. /freq=2	14641
19	domicil*.ti,ab,kf. /freq=2	1579
20	"community based".ti,ab,kf. /freq=2	20168
21	12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20	252380
22	11 and 21	7376
23	7 and 22	461
24	((mental* or psychiatric* or psychologic*) adj2 (cris?s or emergency or emergencies or severe or acute)) .ti,ab,kf.	23695
25	3 and 21 and 24	524
26	23 or 25	881
27	limit 26 to (yr="2019 -Current" and (english or french))	167

Psycinfo (OVID)

Database(s): APA PsycInfo 1806 to May Week 2 2023 Search Strategy:

#	Searches	Results
1	adolescence 13 17 yrs.ag.	494843
2	adolescent psychiatry/	6221
3	college students/ or high school students/ or junior high school students/	134743
4	(teen* or youth* or adolescen* or juvenile* or (young adj2 (adult* or person* or individual* or people* or population* or man or men or wom#n)) or youngster* or highschool* or college* or "junior high" or ((secondary or high*) adj2 (school* or education))).ti,ab.	669846
5	1 or 2 or 3 or 4	915000
6	mental disorders/ or mental health/ or distress/	197312
7	((mental* or psychiatric* or psychologic*) adj2 (disorder* or health or illness* or ill or diagnosis or problem* or disease* or breakdown* or condition* or distress)).ti,ab,id.	425308
8	6 or 7	461469
9	5 and 8	98266
10	crisis intervention/ or crisis intervention services/	5785
11	(cris?s adj2 (intervention* or resolution or recovery or response* or stabili?at* or treatment* or therap* or service* or program*).ti,ab,id.	6826
12	((intensive or acute* or rapid or urgent) adj5 (intervention* or recovery or response* or treatment* or therap* or service* or program*).ti,ab,id.	42181
13	10 or 11 or 12	50969
14	residential care institutions/ or assisted living/ or group homes/ or halfway houses/	13372
15	home care/	7538
16	community mental health centers/ or community mental health services/	10761
17	((home or homecare or residential or community) adj3 (treatment* or therap* or intervention* or care or service*).ti,ab,id.	70235
18	(alternative* adj3 (hospital* or admission* or Institutional* or inpatient*).ti,ab,id.	907
19	home.ti,ab,id. /freq=2	52577
20	residential*.ti,ab,id. /freq=2	15037
21	domicil*.ti,ab,id. /freq=2	369
22	"community based".ti,ab,id. /freq=2	11659
23	14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22	131552
24	13 and 23	4133
25	9 and 24	392
26	crises/	6160
27	serious mental illness/	6377
28	((mental* or psychiatric* or psychologic*) adj2 (cris?s or emergency or emergencies or severe or acute)).ti,ab,id.	21629
29	26 or 27 or 28	30062
30	5 and 23 and 29	412
31	25 or 30	723
32	limit 31 to ((english or french) and yr="2019 -Current")	131

EMBASE (OVID)

Database(s): Embase 1974 to 2023 May 11 Search Strategy:

#	Searches	Results
1	adolescent/ or adolescence/	1774326
2	college student/ or high school student/	30794
3	(teen* or youth* or adolescen* or juvenile* or (young adj2 (adult* or person* or individual* or people* or population* or man or men or wom#n)) or youngster* or highschool* or college* or "junior high" or ((secondary or high*) adj2 (school* or education))) .ti,ab.	1225216
4	1 or 2 or 3	2499295
5	mental disease/ or mental health/ or distress syndrome/	498812
6	((mental* or psychiatric* or psychologic*) adj2 (disorder* or health or illness* or ill or diagnosis or problem* or disease* or breakdown* or condition* or distress)) .ti,ab,kf.	521945
7	5 or 6	750199
8	4 and 7	138950
9	crisis intervention/	6618
10	(cris?s adj2 (intervention* or resolution or recovery or response* or stabili?at* or treatment* or therap* or service* or program*)) .ti,ab,kf.	5396
11	((intensive or acute* or rapid or urgent) adj5 (intervention* or recovery or response* or treatment* or therap* or service* or program*)) .ti,ab,kf.	455829
12	9 or 10 or 11	465098
13	residential home/ or assisted living facility/ or halfway house/	12079
14	residential care/ or home care/ or home mental health care/	82507
15	community mental health service/ or community mental health center/	3827
16	((home or homecare or residential or community) adj3 (treatment* or therap* or intervention* or care or service*)) .ti,ab,kf.	162166
17	(alternative* adj3 (hospital* or admission* or Institutional* or inpatient*)) .ti,ab,kf.	3095
18	home.ti,ab,kf. /freq=2	139932
19	residential*.ti,ab,kf. /freq=2	18051
20	domicil*.ti,ab,kf. /freq=2	1715
21	"community based".ti,ab,kf. /freq=2	25500
22	13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21	335553
23	12 and 22	10768
24	8 and 23	428
25	psychiatric emergency/	604
26	((mental* or psychiatric* or psychologic*) adj2 (cris?s or emergency or emergencies or severe or acute)) .ti,ab,kf.	32502
27	25 or 26	32601
28	4 and 22 and 27	436
29	24 or 28	772
30	limit 29 to ((english or french) and yr="2019 -Current")	219

Database(s): EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 to May 9, 2023

Search Strategy

NB.: Dans OVID, les deux ressources "Database of Abstracts of Reviews Of Effects" et "Health Technology Assessment" cessent leur couverture en 2016. Elles ne furent donc pas intégrées dans cette recherche.

#	Searches	Results
1	[adolescent/ or adolescent health services/ or adolescent psychiatry/]	0
2	(teen* or youth* or adolescen* or juvenile* or (young adj2 (adult* or person* or individual* or people* or population* or man or men or wom#n)) or youngster* or highschool* or college* or "junior high" or ((secondary or high*) adj2 (school* or education))))).ti,ab,kw.	1081
3	1 or 2	1081
4	[mental disorders/ or mental health/ or mentally ill persons/ or psychological distress/]	0
5	((mental* or psychiatric* or psychologic*) adj2 (disorder* or health or illness* or ill or diagnosis or problem* or disease* or breakdown* or condition* or distress)).ti,ab,kw.	819
6	4 or 5	819
7	3 and 6	165
8	[crisis intervention/]	0
9	(cris?s adj2 (intervention* or resolution or recovery or response* or stabili?at* or treatment* or therap* or service* or program*)).ti,ab,kw.	12
10	((intensive or acute* or rapid or urgent) adj5 (intervention* or recovery or response* or treatment* or therap* or service* or program*)).ti,ab,kw.	655
11	8 or 9 or 10	665
12	[residential facilities/ or assisted living facilities/ or group homes/ or halfway houses/]	0
13	[Residential Treatment/ or Home care services/ or Home Care Services, Hospital-Based/]	0
14	[Community Mental Health Services/ or community mental health centers/]	0
15	((home or homecare or residential or community) adj3 (treatment* or therap* or intervention* or care or service*)).ti,ab,kw.	272
16	(alternative* adj3 (hospital* or admission* or Institutional* or inpatient*)).ti,ab,kw.	11
17	(home or residential* or domicil* or "community based").ti,ab,kw.	440
18	12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17	524
19	11 and 18	37
20	7 and 19	6
21	((mental* or psychiatric* or psychologic*) adj2 (cris?s or emergency or emergencies or severe or acute)).ti,ab,kw.	55
22	3 and 18 and 21	1
23	20 or 22	7
	Limit 2019 et +	2

CINAHL

#	Searches	Results
S01	MH "Adolescence" OR MH "Adolescent health services" OR MH "Adolescent psychiatry"	598,274
S02	(MH "Students, High School") OR (MH "Students, College")	40,359
S03	TI ((teen* or youth* or adolescen* or juvenile* or (young N2 (adult* or person* or individual* or people* or population* or man or men or woman or women)) or highschool* or college* or "junior high" or ((secondary or high*) N2 (school* or education)))) OR AB ((teen* or youth* or adolescen* or juvenile* or (young N2 (adult* or person* or individual* or people* or population* or man or men or woman or women)) or highschool* or college* or "junior high" or ((secondary or high*) N2 (school* or education))))	406,635
S04	S1 OR S2 OR S3	815,743
S05	MH "mental disorders" OR MH "mental health" OR MH "psychological distress"	119,048
S06	TI (((mental* or psychiatric* or psychologic*) N2 (disorder* or health or illness* or ill or diagnosis or problem* or disease* or breakdown* or condition* or distress))) OR AB (((mental* or psychiatric* or psychologic*) N2 (disorder* or health or illness* or ill or diagnosis or problem* or disease* or breakdown* or condition* or distress)))	214,803
S07	S5 OR S6	259,147
S08	S4 AND S7	58,105
S09	MH "crisis intervention"	4,684
S10	TI ((cris?s N2 (intervention* or resolution or recovery or response* or stabili?at* or treatment* or therap* or service* or program*))) OR AB ((cris?s N2 (intervention* or resolution or recovery or response* or stabili?at* or treatment* or therap* or service* or program*)))	2,964
S11	TI (((intensive or acute* or rapid or urgent) N5 (intervention* or recovery or response* OR treatment* OR therap* or service* or program*))) OR AB (((intensive or acute* or rapid or urgent) N5 (intervention* or recovery or response* OR treatment* OR therap* or service* or program*)))	84,903
S12	S9 OR S10 OR S11	91,245
S13	MH "residential facilities" OR MH "halfway houses" OR MH "community living" OR MH "assisted living"	27,709
S14	MH "residential care" OR MH "home health care" OR MH "Psychiatric home care"	33,072
S15	(MH "Community Mental Health Services")	11,036
S16	TI (home OR domicil* OR residential* OR "community based") OR AB (home OR domicil* OR residential* OR "community based")	226,139
S17	TI (((homecare or residential or community) N3 (treatment* or therap* or intervention* or care or service*))) OR AB (((homecare or residential or community) N3 (treatment* or therap* or intervention* or care or service*)))	63,280
S18	TI (alternative* N3 (hospital* or admission* or Institutional* or inpatient*)) OR AB (alternative* N3 (hospital* or admission* or Institutional* or inpatient*))	1,235
S19	S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18	298,113
S20	S12 AND S19	6,901
S21	S8 AND S20	287
S22	MH "psychiatric emergencies"	1,065
S23	TI (((mental* or psychiatric* or psychologic*) n2 (cris?s or emergency or emergencies or severe or acute))) OR AB (((mental* or psychiatric* or psychologic*) N2 (cris?s or emergency or emergencies or severe or acute)))	13,158
S24	S22 OR S23	13,780
S25	S4 AND S19 AND S24	367
S26	S21 OR S25	588
	Limiters - Published Date: 20190101-; Language: English, French Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	184

ÉRUDIT

(Titre, résumé, mots-clés : adolescen* OR jeune* OR young OR youth)

ET

(Titre, résumé, mots-clés : psychiatr* OR menta*)

ET (

Titre, résumé, mots-clés : intensi* OR crise* OR urgen* OR crisis OR emergenc* OR acute* OR severe)

ET

(Titre, résumé, mots-clés : maison* OR domicil* OR milieu OR communaute* OR communit* OR résiden* OR home*)

ET

(Publié depuis 2008) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB'])

16 références

Annexe III. Liste des ressources consultées et historique pour la littérature grise scientifique

Nom de la ressource	URL	Date de la recherche	Outil de recherche (répertoire des publications, base de données, moteur de recherche intégré au site, etc.)	Nbre de publications retenues	Nbre de résultats consultés (évaluation de la pertinence par titre et résumé (si disponible))
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)	https://www.cadth.ca/fr	2023-03-09	Moteur de recherche du site	1	260
Ministère de la Santé et du Bien-Être de l'Alberta.	https://open.alberta.ca/publications	2023-03-10	Répertoire des publications - Recherche par mots-clés	0	79
Gouvernement de l'Ontario	https://www.publications.gov.on.ca/fr/	2023-03-09	Moteur de recherche du site	0	75
Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes (Ontario)	https://www.cymha.ca/fr/index.aspx	2023-03-09	Répertoire des publications		75
Qualité de service de santé Ontario (QSSO)	https://www.hqontario.ca/Am%C3%A9liorer-les-soins-gr%C3%A2ce-aux-donn%C3%A9es-probantes/%C3%89valuations-des-technologies-de-la-sant%C3%A9/Examens-et-recommandations	2023-03-09	Répertoire des publications - Recherche par thématiques	0	24
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).	https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications.html	2023-03-09	Répertoire des publications- Recherche par thématiques	1	34
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	https://www.nice.org.uk/guidance/published?ndt=Guidance&ndt=Quality%20standard	2023-03-09	Moteur de recherche du site		29
International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)	http://www.inahta.org/publications/	2023-03-09	Moteur de recherche du site		77

Nom de la ressource	URL	Date de la recherche	Outil de recherche (répertoire des publications, base de données, moteur de recherche intégré au site, etc.)	Nbre de publications retenues	Nbre de résultats consultés (évaluation de la pertinence par titre et résumé (si disponible))
International HTA Database	https://database.inahta.org/	2023-03-09	Recherche dans les bases de données : MESH et mots-clés	2	45
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	https://digital.ahrq.gov/health-it-tools-and-resources/ahrq-digital-healthcare-research-publications-database-search	2023-03-09	Moteur de recherche de la base de données (par titre)		136
Haute Autorité de Santé (HAS)	https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2875208/fr/rechercher-une-recommandation-un-avis	2023-03-13	Répertoire des publications par thème		329
Queensland Government (Australia). Health Technology Reference Group	https://www.health.qld.gov.au/clinical-practice	2023-03-13	Navigation sur le site		Non déterminé
American academy of child and adolescent psychiatry	https://www.aacap.org/	2023-03-13	Navigation sur le site	1	Non déterminé
Canadian academy of child and adolescent psychiatry	https://www.cacap-acpea.org/	2023-03-13	Navigation sur le site		Non déterminé
Canadian Paediatric Society	https://cps.ca/en/documents	2023-03-13	Moteur de recherche du site		Non déterminé
UETMI du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	https://ccsmtl-mission-universitaire.ca/fr/etmi	24-02-2023	Répertoire des publications	0	Non déterminé
UETMISSS du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	https://www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca/recherche-enseignement-et-innovation/evaluation-des-technologies-et-des-modes-d'intervention-en-sante-et-services-sociaux/	24-02-2023	Répertoire des publications	2 (1 rapport et son étude publiée)	Non déterminé
UETMI-SM du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	https://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/recherche-et-enseignement/iusmm/recherche-enseignement-et-evaluation-liusmm/uetmi-sm	24-02-2023	Répertoire des publications	1	Non déterminé

Nom de la ressource	URL	Date de la recherche	Outil de recherche (répertoire des publications, base de données, moteur de recherche intégré au site, etc.)	Nbre de publications retenues	Nbre de résultats consultés (évaluation de la pertinence par titre et résumé (si disponible))
UETMIS du CHUM	https://www.chumontreal.qc.ca/repertoire/unite-devaluation-technologies-modes-dintervention-sante-uetmis/projets	24-02-2023	Répertoire des publications	0	Non déterminé
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	https://rechercheCIUSSSnm.ca/nouvelles/?_sft_typesnouvelles=publications	24-02-2023	Répertoire des publications avec les filtres suivants : Publications, Santé mentale de l'enfant et de l'adolescent	0	13
UETMI-SMJS de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel	https://pinel.qc.ca/unite-devaluation-des-technologies-et-modes-dintervention/	24-02-2023	Répertoire des publications	0	Non déterminé
UETMISSS du CIUSSS de la Capitale-Nationale	https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/mission-universitaire/etmisss/publications	24-02-2023	Répertoire des publications	4	Non déterminé
Chaire de recherche de l'Université Laval	https://www.praticssante.chaire.ulaval.ca/projets-de-recherche/	24-02-2023	Répertoire des publications	0	Non déterminé
UETMI du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	http://institutditsa.ca/publications/etmi-et-revues-de-litterature	27-02-2023	Répertoire des publications	0	Non déterminé
UETMIS du CHU de Québec, Université Laval		27-02-2023	Répertoire des publications	0	Non déterminé
Hôpital Sainte-Justine	https://www.chusj.org/fr/Professionnels-de-la-sante/Evaluation-des-technologies/Publications-et-evaluations	27-02-2023	Répertoire des publications	0	Non déterminé

MeSH :Medical Subject Headings, SMJS : Santé mentale, justice et sécurité.

Au total, 12 publications pour la littérature grise scientifique ont été ajoutées au processus de sélection des écrits.

Thème 1 : Expérience de la crise
(Raisons et/ou besoins qui ont mené vers les services de pédopsychiatrie)

Les services de pédopsychiatrie servent, entre autres, à apporter une aide professionnelle externe quand un jeune vit une période de déséquilibre psychologique ou de désorganisation importante qu'il n'arrive pas à régler seul(e) ou avec l'aide de ses proches par exemple. Ça peut se manifester de différentes façons que ça soit au niveau des émotions, de la capacité à raisonner, des comportements ou encore comment le jeune se sent dans son corps. C'est ce qu'on appelle une crise et c'est souvent à la suite d'une crise qu'on est admis à l'unité ou à l'hôpital de jour.

Question 1- Identification des besoins de départ

Est-ce que ça vous est déjà arrivé, une crise? C'est-à-dire un moment où vous avez eu besoin d'une aide extérieure pour vous aider à reprendre le contrôle? Si oui, pouvez-vous me raconter comment ça s'est passé ? Décrivez-moi, en quelques mots, comment et pour quelles raisons vous êtes ou avez été admis à l'unité ou à l'hôpital de jour?

Sous-question 1.1 (pour des précisions)

Au moment où vous avez compris que vous aviez besoin d'aide, quels étaient vos **besoins** ?

Sous-question 1.2

Quels étaient les besoins de vos familles ? Étaient-ce les mêmes que les vôtres ou étaient-ils différents?

Thème 2 : Interventions reçues

Question 2 – Retour et réflexion sur leur parcours de soins et services

Au moment de la crise, quels services/interventions avez-vous reçus ?

Sous-question 2.1

Est-ce que ces services répondaient à vos besoins? Si oui, comment?

Sous-question 2.2

Qu'est-ce qui vous a le plus aidé, qui a fait une différence? Pourquoi, comment ?

Sous-question 2.3

Qu'est-ce que vous auriez changé? Qu'auriez-vous souhaité avoir de différent? Pourquoi, comment ?

Thème 3 Opinion sur un programme intensif dans ton milieu de vie

Question 3

En période de crise, si on vous offrait un programme intensif dans votre milieu de vie, qu'en penseriez-vous?

Question 4

Quels sont les avantages d'avoir une intervention à domicile lors d'une crise selon vous? Est-ce qu'il y a des inconvénients? Si oui, lesquels?

Thème 4 Les attentes

Question 5 - Attentes

De manière générale, pour les jeunes qui vivent un épisode de crise, quels sont leurs souhaits, leurs attentes selon vous? **Qu'est-ce qui est le plus important pour eux ?**

Annexe V. Questionnaire pour la collecte de données auprès des proches de jeunes qui utilisent les services spécialisés de pédopsychiatrie

Mise en contexte

L'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS) collabore avec la pédopsychiatrie qui souhaite mettre en place un nouveau service d'intervention dans le milieu de vie (à domicile, à l'école ou dans la communauté) pour les jeunes qui vivent une situation de **crise psychopathologique**.

Une crise psychopathologique est une période où l'état psychologique d'une personne change de façon soudaine et intense, créant un déséquilibre au cours duquel la personne n'arrive plus à fonctionner normalement ou à résoudre la situation par elle-même (par exemple : crise de panique, psychose, délires, etc.).

Une crise psychopathologique peut se manifester de différentes façons, soit sur le plan affectif (anxiété, peur, dépression, etc.), cognitif (raisonnement et capacité de jugement en péril), comportemental (modification des activités quotidiennes, agressivité, pleurs, isolement, etc.) ou physiologique (fatigue, tension musculaire, perte d'énergie, etc.)

Avec ce sondage, nous souhaitons comprendre les préoccupations et les besoins des proches de jeunes vivant ou ayant vécu un épisode de crise psychopathologique. Spécifiquement, nous souhaitons recueillir votre point de vue concernant les services et l'accompagnement pouvant être offerts en période de crise afin d'assurer que les solutions proposées correspondent aux besoins des jeunes et de leurs proches.

Ce que vous allez nous partager est précieux et sera pris en considération notamment dans les recommandations que nous remettrons à la pédopsychiatrie concernant la mise en place d'un service d'intervention dans le milieu de vie. C'est votre chance de pouvoir influencer leur décision.

Il n'y a pas de mauvaise réponse; les éléments positifs et négatifs sont aussi importants. Vos réponses seront traitées de manière **confidentielle** et anonyme. Aucune information permettant de vous identifier ne sera divulguée dans le rapport ni conservée dans nos dossiers.

Situation familiale

*Question obligatoire

1. Dans quelle ville demeurez-vous? *
2. Quelle est votre situation familiale ? *
 - ☐ Marié (e)
 - ☐ Union civile
 - ☐ Séparé (e)
 - ☐ Divorcé(e)
 - ☐ Célibataire
 - ☐ Veuf ou veuve
 - ☐ Autre

3. Est-ce que l'une ou plusieurs des situations suivantes s'applique à votre situation? *

- ☐ Famille intacte (Couple vivant avec ses enfants)
- ☐ Famille monoparentale
- ☐ Famille recomposée
- ☐ Famille d'accueil

4. Avez-vous au moins une personne de moins de 18 ans, ayant reçu un service en pédopsychiatrie, à charge ou sous votre responsabilité? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ À l'occasion
- ☐ Jeune présentement en hébergement ou placé(e)

Si non à la question 4, passer à la question 13.

Expérience de la crise

Les services de pédopsychiatrie offrent une aide professionnelle externe quand un ou une jeune vit une crise psychopathologique (lorsque **l'état psychologique du ou de la jeune change de façon soudaine et intense et que son fonctionnement en est altéré (changé)**). Pour la suite, l'expression « **votre jeune** » sera utilisée pour référer aux personnes de moins de 18 ans sous votre responsabilité ou à charge.

5. Est-ce que votre jeune est ou a déjà été suivi pour des problèmes de santé mentale? *

- ☐ Non
- ☐ Oui. *Pouvez-vous préciser quel service ou professionnel et le lieu (scolaire, hôpital, CLSC, ect)*

6. Est-ce que votre enfant a déjà vécu un épisode de crise? C'est-à-dire un moment où il a eu besoin d'une aide extérieure pour l'aider à reprendre le contrôle. *

- ☐ Non
- ☐ Oui
- ☐ Je ne suis pas certain(e)

Si oui ou pas certain, passer à la question 7.

Si non, passer à la question 12.

7. Quels sont les éléments ou les raisons qui ont poussé votre jeune ou vous-même à aller chercher de l'aide ? Pourquoi?

8. Au moment de la crise, quels services avez-vous interpellés en premier afin d'obtenir de l'aide?

- ☐ Service de police
- ☐ 911
- ☐ Visites aux urgences
- ☐ Médecin de famille
- ☐ Milieu scolaire (ex. intervenant(e) ou enseignant(e) à l'école)
- ☐ Organismes communautaires
- ☐ 811 (service d'info-santé ou info-services sociaux)

- ☐ Accueil psychosocial
☐ Autre. Préciser lequel SVP?

9. Parmi les services ou les interventions que vous avez reçus par la suite, qu'est-ce qui vous a le plus aidé ou qui a fait une différence? Pourquoi? SVP, nommer le service ou le type de professionnel rencontré (intervenant, psychologue, médecin, psychiatre, etc.) et le lieu (clinique, CLSC, hôpital, etc.).
10. Que changeriez-vous parmi les services ou les interventions reçus? Qu'est-ce que vous n'avez pas aimé et pourquoi?
11. Qu'auriez-vous souhaité avoir reçu comme services ou interventions?

Service d'intervention dans le milieu de vie (à domicile, à l'école ou dans la communauté)

Qu'entend-on par une intervention de crise? C'est une intervention qui est rapide, au moment où vous en avez besoin, brève (courte durée) et intensive (plusieurs contacts ou visites par semaine) et dont l'objectif est de stabiliser le jeune pour qu'il retrouve un certain équilibre.

12. Dans une situation où votre jeune ou celui que vous accompagnez est en crise et a besoin d'une aide rapidement, souhaiteriez-vous avoir accès à un programme intensif à votre domicile ou dans le **milieu de vie du jeune (à l'école, par exemple)?***

- ☐ Non
☐ Oui
☐ Peut-être

Et pourquoi?

13. Selon vous, quelles sont les conditions nécessaires pour qu'un programme intensif dans le milieu de vie (par exemple : à domicile ou dans la communauté) soit sécuritaire, efficace et intéressant pour les jeunes et leurs proches? *
14. À votre avis, y a-t-il des situations ou conditions particulières où ce type de service ne devrait pas être offert? *

Les attentes des parents, des proches ou des répondant(e)s

15. Pour les parents, les proches ou les répondant(e)s des jeunes qui vivent un épisode de crise, **qu'est-ce qui est le plus important selon vous ?***

16. Avez-vous des commentaires, suggestions ou précisions à porter à notre attention ?

17. Au besoin, accepteriez-vous que l'on vous contacte pour obtenir des précisions?*

- ☐ Non
☐ Oui.

Merci d'indiquer votre prénom, votre numéro de téléphone (ou adresse courriel) ainsi que le meilleur moment pour vous joindre.

Nous vous remercions sincèrement d'avoir pris le temps de répondre à ce sondage.

De la part de l'UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Annexe VI. Concordance d'évaluation lors de la sélection des titres et des résumés

Taille de l'échantillon aléatoire : 120 titres et résumés

Génération de la liste aléatoire en ligne avec les paramètres suivants (31-03-2023) :

Valeur minimale	1
Valeur maximale	325
Nombre distinct (tirage sans remise)	65

Matrice de la concordance des évaluations réalisées par deux membres de l'équipe

		Évaluation 1 (MPB)			Marge de rangées (MR)	
		Inclus	Exclus	Peut-être		
Évaluation 2 (JD)	Inclus	6	1	0	7	(MR 1)
	Exclus	0	103	1	104	(MR 2)
	Peut-être	1	0	8	9	(MR 3)
Marge des colonnes (MC)		7	104	9	120	(n)
		(MC1)	(MC2)	(MC 3)		

Formule κ de Cohen (calcul à partir de la matrice)

$$\kappa = \text{coefficient de corrélation} = \frac{(pO - pE)}{(n - pE)} = 0,896$$

$$pO = \text{entente observée} = \frac{\text{Nbre inclus}_{\text{par les deux}} + \text{Nbre exclus}_{\text{par les deux}} + \text{Nbre peut-être}_{\text{par les deux}}}{n} = 117,000$$

$$pE = P_{\text{inclus}} + p_{\text{exclus}} + P_{\text{peut-être}} = 91,217$$

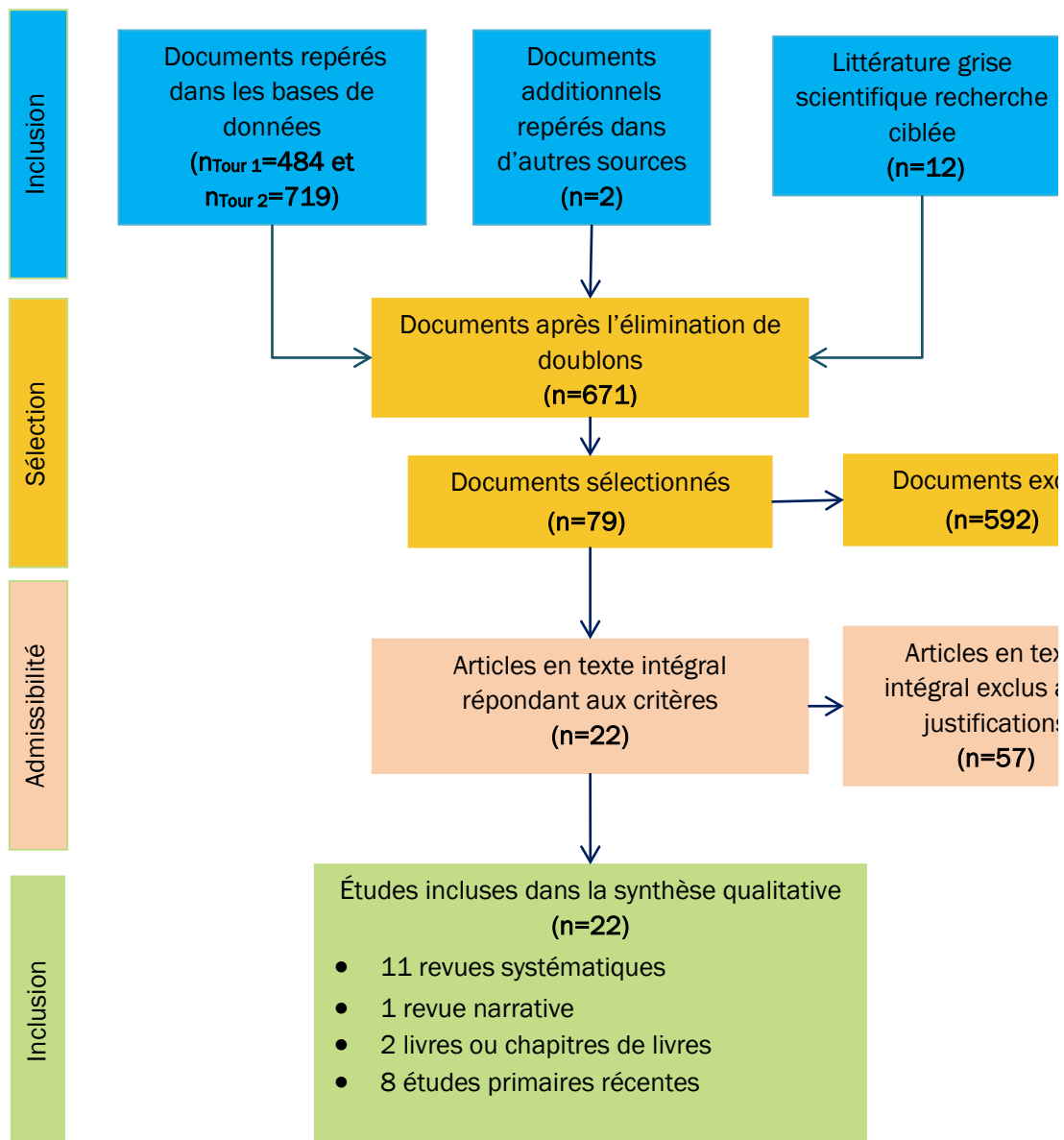
$$p_{\text{Inclus}} = \frac{[(MC1 * MR1)]}{n} = 0,408$$

$$p_{\text{Exclus}} = \frac{[(MC2 * MR2)]}{n} = 90,133$$

$$p_{\text{Peut-être}} = \frac{[(MC3 * MR3)]}{n} = 0,675$$

Accord entre les évaluateurs

$$\% \text{ d'entente} = \frac{(pO / n) * 100}{1} = 97,5$$



Annexe VIII. Publications rejetées avec justification lors de la lecture intégrale

Auteur(-trice)	Année	Titre	Raison d'exclusion
CADTH, Agency, Canada's Drug and Health Technology	2015	Mental Health Treatment Programs or Centres for Patients Presenting with Acute Mental Distress: Clinical Effectiveness, Safety, and Guidelines	Aucune mention à savoir si les études incluses couvrent la clientèle jeunesse population.
Carpenter et Tracy	2015	Home treatment teams: what should they do? A qualitative study of patient opinions	Population adulte.
Costa <i>et al.</i>	2021	Review of Mental Health First Aid Programs	Étude excluant les interventions de crise.
Cuddeback et Morrissey	2010	Integrating service delivery systems for persons with a severe mental illness	Description ne correspondant pas au PICOH.
Currier, Fisher et Caine.	2010	Mobile crisis team intervention to enhance linkage of discharged suicidal emergency department patients to outpatient psychiatric services: a randomized controlled trial	Population adulte.
Darveau <i>et al.</i>	2019	Enjeux d'implantation des équipes mobiles d'intervention de crise. Note informative	Population adulte.
Dussault, Giguère et St-Jacques	2019	Organisation des services d'urgence hospitalières pour la clientèle nécessitant des soins psychiatriques : modèles et interventions visant à réduire la durée de séjour et les temps d'attente	Population adulte.
Flannery, Adams et O'Connor	2011	A community mental health service delivery model: integrating the evidence base within existing clinical models	Description ne correspondant pas au PICOH.
Guhne <i>et al.</i>	2020	Psychosocial therapies in severe mental illness: Update on evidence and recommendations	Population peu spécifique, aucune mention pour les jeunes.
Jairam <i>et al.</i>	2022	The Challenge of Managing Children in out-of-Home Care (with Severe Mental Health Difficulties): Light at the End of the Tunnel?	Type de publication: résumé de congrès.
Killaspy <i>et al.</i>	2008	Developing mental health services in response to research evidence	Type de publication: résumé de congrès.
Killaspy <i>et al.</i>	2022	Community-based social interventions for people with severe mental illness: A systematic review and narrative synthesis of recent evidence	Population adulte.
Leverett <i>et al.</i>	2020	Crisis and Adolescents: Assessments and Initial Management	Description ne correspondant pas au PICOH.
Ly, <i>et al.</i>	2017	Services de santé mentale desservant à la fois les adolescents et les jeunes adultes : efficacité des modèles de prestation de services de santé mentale et interventions psychosociales spécifiques aux jeunes vivant avec un trouble du spectre bipolaire (Rapport ETMISS-SM)	Description ne correspondant pas au PICOH.
Marcus et Stergiopoulos	2022	Re-examining mental health crisis intervention: A rapid review comparing outcomes across police, co-responder and non-police models	Description ne correspondant pas au PICOH.

Auteur(-trice)	Année	Titre	Raison d'exclusion
Marshall <i>et al.</i>	2019	3.18 Addressing Psychiatric Boarding in the Emergency Department: A Novel Program to Support Youth and Families after Emergency Department Discharge	Type de publication : résumé d'affiche (congrès).
Muesham <i>et al.</i>	2018	Association between clinical observations and a mobile crisis team's level of care recommendations	Population adulte majoritairement. Aucune donnée pour la clientèle adolescente uniquement.
Newton <i>et al.</i>	2017	A systematic review of management strategies for children's mental health care in the emergency department: update on evidence and recommendations for clinical practice and research	Description ne correspondant pas au PICOH.
Olfson	2009	Review: limited evidence to support specialist mental health services as alternatives to inpatient care for young people with severe mental health disorders	Type de publication : commentaire sur la revue de Shepperd <i>et al.</i> , 2009.
Quinlan-Davidson <i>et al.</i>	2021	Evaluating quality in adolescent mental health services: a systematic review	Description ne correspondant pas au PICOH.
Randall et Wakefield	2010	Achieving full compliance with standards for assertive community treatment programs in Ontario: Does sponsoring agency type matter?	Description ne correspondant pas au PICOH.
Ribbers <i>et al.</i>	2023	The Crisis and Transition Services (CATS) Model: A Program to Divert Youths in Mental Health Crisis From the Emergency Department	Type de publication : description de modèle sans données ou méthodologie à l'appui.
Siddiqui <i>et al.</i>	2022	Scaling up community-delivered mental health support and care: A landscape analysis	Description ne correspondant pas au PICOH.
Sjolie, Karlsson et Kim	2010	Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome - a literature review	Étude excluant les interventions auprès de la population adolescente.
Sood <i>et al.</i>	2017	Flexible assertive community treatment (FACT) model in specialist psychosis teams: An evaluation	Description ne correspondant pas au PICOH.
Sowar <i>et al.</i>	2018	Psychiatric Community Crisis Services for Youth	Type de publication : résumé de congrès.
Thorning et Dixon	2020	Forty-five years later: The challenge of optimizing assertive community treatment	Population adulte.
Tumuluru et Sorter	2020	Creating a Unicorn: Developing a Perfect Partial Hospitalization Program	Type de publication : résumé de congrès.
Wang <i>et al.</i>	2021	45.2 Mobile Mental Health Crisis Teams for Youth: A Systematic Review	Type de publication : résumé de congrès.
Yohannan <i>et al.</i>	2017	Exploring attrition, fidelity, and effectiveness of wraparound services among low-income youth of different racial backgrounds	Description ne correspondant pas au PICOH.

Annexe IX. Description des publications incluses dans la recension des écrits

Tableau VIII. Revues systématiques, revues narratives et livres inclus dans la recension

Auteur(-trice) Année Pays	Type d'étude	Population	Intervention	Comparateur	Résultat d'intérêt ou objectif	Milieu	Description de la méthodologie
Brent, 2021 International	Chapitre de livre (revue narrative)	Adolescent(e)s et jeunes adultes suicidaires	Approches psychosociales et pharmaceutiques	N/A	1. Description des interventions établies pour prévenir le début ou la récurrence des idées ou des comportements suicidaires et leurs effets 2. Recommandations pour la pratique	Non précisé	Méthodologie non disponible
Clisu <i>et al.</i>, 2022 International (États-Unis, Canada, Allemagne, Royaume-Uni)	Revue systématique de la littérature	Enfants et adolescent(e)s en situation de crise de santé mentale (<18 ans)	Alternatives à l'hospitalisation	Admission pour une hospitalisation pour tous les types de milieux hospitaliers (<i>inpatient setting</i>)	1. Efficacité sur la prévention des admissions (admissions évitées) et sur la durée de séjour 2. Amélioration des paramètres psychologiques des enfants et des adolescent(e)s à la suite des interventions	Autre que le milieu hospitalier	Recherche documentaire • Date de la recherche : octobre 2020, mise à jour mai 2021 • Trois bases de données : PsychInfo, PubMed et Web of Sciences • Révision des listes de références pour identifier des études additionnelles • Exclusion : études avec des participant(e)s de 18 ans et plus, de langue autre que l'anglais, revues avec peu ou pas de mesure de résultats et études où il y a une admission à un moment de l'intervention. • Double sélection indépendante des études, résolution de conflits par consensus Extraction des données • Résumé détaillé des études • Évaluation indépendante des risques de biais avec les outils de Cochrane reviews (RoB) pour les ECR et les ENCR, et résolution de conflits par consensus

Auteur(-trice) Année Pays	Type d'étude	Population	Intervention	Comparateur	Résultat d'intérêt ou objectif	Milieu	Description de la méthodologie
Kirkland <i>et al.</i>, 2018 International (États-Unis, Canada, Pays-Bas, Royaume-Uni)	Revue systématique de la littérature	Moins de 18 ans avec des troubles mentaux	Interventions en santé mentale	Les différents milieux de soins	Efficacité des soins en clinique externe, soins primaires, dans la communauté ou dans les écoles, sur l'utilisation des urgences et le coût des interventions à l'urgence.	Clinique externe, soins primaires, dans la communauté ou dans les écoles	Recherche documentaire • Date de la recherche : 2000 à 2016 • Deux bases de données : PsychInfo, PubMed • Inclusion : Essai contrôlé ou étude de cohorte, avec une attention pour les enfants, la clientèle adolescente ou la population mixte composée de ≥80 % de moins de 18 ans, intervention ou programme non pharmaceutique, rapporte au moins un résultat en lien avec les urgences • Exclusion : études dans un contexte d'hospitalisation ou d'intervention aux urgences, de langue autre que l'anglais, études dont les interventions portent sur l'automutilation ou les abus de substances sans traitement pour une comorbidité de trouble mental • Double sélection indépendante d'un échantillon de 100 publications, résolution de conflits par consultation d'une tierce partie jusqu'à l'atteinte d'un coefficient d'intercorrélation supérieur à 0,8 Extraction des données • Par une personne selon un gabarit préétabli • Double évaluation indépendante des risques de biais avec les outils de Cochrane reviews (RoB) pour les ECR et les ENCR, et résolution de conflits par la consultation d'une tierce partie

Auteur(-trice) Année Pays	Type d'étude	Population	Intervention	Comparateur	Résultat d'intérêt ou objectif	Milieu	Description de la méthodologie
Kwok, Yuan et Ougrin, 2016 International (États-Unis, Allemagne, Royaume-Uni)	Revue systématique de la littérature	Enfants et adolescent(e)s avec les troubles de santé mentale requérant une hospitalisation psychiatrique (inclus les troubles du développement, du comportement, alimentaires, de l'humeur, anxieux, de la personnalité, psychotiques et de toxicomanie)	Services intensifs et complets dans la communauté	Hospitalisation psychiatrique	Comparaison de l'efficacité clinique	Dans le milieu et la communauté	Recherche documentaire - Date de la recherche : décembre 2016 - Trois bases de données : PsychInfo, Ovid Medline et Embase Révision des listes de références pour identifier des études additionnelles - Inclusion : ECR portant sur un programme intensif dans la communauté comparé à l'hospitalisation, une majorité ($\geq 75\%$) de moins de 18 ans qui requiert normalement une hospitalisation. - Exclusion : études avec une mesure de qualité de JADAD de moins de 2, étude sans une description claire du modèle de traitement communautaire ou sans groupe contrôle complètement indépendant - Double sélection indépendante des titres et des résumés, résolution de conflits par la consultation d'une tierce partie jusqu'à l'atteinte d'un coefficient d'intercorrélation supérieur à 0,8 Extraction des données - Double évaluation indépendante des risques de biais avec la mesure de JADAD - Méthode d'extraction des données non fournie

Auteur(-trice) Année Pays	Type d'étude	Population	Intervention	Comparateur	Résultat d'intérêt ou objectif	Milieu	Description de la méthodologie
Lathi <i>et al.</i>, 2016 International (États-Unis, Royaume-Uni, Australie)	Revue intégrative systématique de la littérature	Jeunes en protection de la jeunesse nécessitant des soins psychiatriques	Intervention ou soins aigus de santé mentale, ou intervention de crise ou soins d'urgence psychiatriques	N/A	Effets de différents types de soins en santé mentale pour les jeunes en contexte de protection de la jeunesse (description des bonnes pratiques et des interventions pertinentes)	Milieu résidentiel en protection de la jeunesse ou en famille d'accueil thérapeutique	• Recherche documentaire • Date de la recherche : 20 mai 2016 (aucune restriction de temps) • Sept bases de données : PubMed, EBSCOhost, Ovid Medline, Eric, CINAHL, Elsevier Science Direct, Cochrane database • Révision manuelle des listes de références pour identifier des études additionnelles • Exclusion : de langue autre qu'anglais, population autre qu'adolescente, étude sans une équipe de soins aigus, d'intervention de crise ou de santé mentale, chapitres de livres, lettres aux éditeurs(-trices) ou résumés de congrès • Protocole PRISMA (revue systématique) et la liste de validation TIDieR d'Hoffman, 2014 • Quadruple sélection indépendante des titres et des résumés avec résolution de conflits par consensus Extraction des données • Triple évaluation indépendante de la qualité avec l'outil MMAT, résolution par consensus entre 2 membres de l'équipe • Analyse qualitative des publications avec description des études incluses et des interventions en santé mentale avec l'outil TIDieR (12 items) Limites • Langue anglaise, biais potentiel envers les pays occidentaux • Haut risque de biais en raison du manque de résultat ou de l'indisponibilité des protocoles des études.

Auteur(-trice) Année Pays	Type d'étude	Population	Intervention	Comparateur	Résultat d'intérêt ou objectif	Milieu	Description de la méthodologie
Lamb, 2009 International	Revue narrative	Enfants et adolescent(e)s requérant un traitement intensif pour des problèmes sévères et complexes de santé mentale	Alternatives à l'hospitalisation	N/A	Revue sur les preuves associées aux alternatives à l'hospitalisation pour les dimensions suivantes : acceptabilité, efficacité chez l'adulte, coût-efficacité, hospitalisation comme un résultat, types d'études sur le sujet et modèles de soins	Hors hospitalisation	- Aucune méthodologie disponible - Revue narrative
McDougall et Cotgrove, 2014 Grande-Bretagne	Livre	Enfants et adolescent(e)s ayant besoin de services spécialisés	Services spécialisés en santé mentale : hôpital, services intensifs dans la communauté et à domicile	N/A	Présente les différents modèles de soins et de services et couvre notamment les aspects suivants : - Points saillants et résumé des recherches - Bonnes pratiques en émergence - Modèles de services, - Évaluation - Formation et développement de compétences	Hôpital, services intensifs dans la communauté et à domicile	Méthodologie non disponible, liste des références disponibles

Auteur(-trice) Année Pays	Type d'étude	Population	Intervention	Comparateur	Résultat d'intérêt ou objectif	Milieu	Description de la méthodologie
Moffet <i>et al.</i>, 2018 Amérique du Nord	Revue systématique de la littérature	Jeunes avec une dysrégulation émotionnelle sévère et leurs familles	Programmes intensifs à domicile	Varié	Preuves expérimentales pour les interventions à domicile auprès des populations avec un problème psychiatrique	À domicile	Recherche documentaire - Date de la recherche : 1995 à 2016 - Recherche par mots-clés - Bases de données : PsychInfo, MEDLINE, Google Scholar - Révision manuelle des listes de références pour identifier des études additionnelles - Inclusion : étude avec un devis expérimental ou quasi expérimental - Exclusion : population âgée, interventions exclusivement dédiées à l'abus de substance, autisme ou problèmes de santé physique, interventions non intensives (moins d'une heure par semaine) ou non initiées à la suite d'une instabilité psychiatrique, études réalisées en dehors de l'Amérique du Nord Extraction des données - Non fournie Limites - Méthodologie insuffisante ou absente pour le processus de sélection des études et l'extraction des données. Aucune évaluation de la qualité des études. - Aucune distinction des preuves selon le modèle de soins à domicile (p. ex. MST et modèle de traitements intensifs à domicile)

Auteur(-trice) Année Pays	Type d'étude	Population	Intervention	Comparateur	Résultat d'intérêt ou objectif	Milieu	Description de la méthodologie
Pane <i>et al.</i>, 2013 États-Unis	Revue préliminaire	Enfants avec des problèmes psychologiques et de santé non extériorisés, soit des difficultés liées à de la maltraitance, des troubles psychiatriques graves, du comportement ou des problèmes de santé	Thérapie multisystémique (MST)	N/A	1. Efficacité ou efficience de la MST pour réduire les symptômes ou promouvoir des résultats positifs pour les jeunes avec des problèmes psychologiques et de santé non extériorisés 2. Populations spécifiques ou démographiques pour lesquelles la MST est efficace ou efficiente 3. Coût-efficacité de la MST	À déterminer selon l'étude	Recherche documentaire - Date de la recherche : 1985 à 2011 - Bases de données : PubMed, Web of sciences, Medline, PsychInfo, Clinicaltrials.gov, DARE, Web of knowledge et Cochrane CENTRAL - Révision manuelle des listes de références pour identifier des études additionnelles - Inclusion : étude empirique originale, MST comme intervention d'intérêt, échantillon de 15 personnes ou plus, en anglais et révisé par les pair(e)s. Extraction des données - Double évaluation indépendante de la qualité avec le Quality Index et le coefficient de corrélation interévaluation Kappa Limites - Biais des études : Implication du créateur de la MST dans plus de la moitié des études - Petit échantillon d'études uniques - Présence d'un facteur de confusion: la moitié des groupes de la MST (échantillon des études) ont reçu les deux traitements (conditions témoins et expérimentales)

Shepperd <i>et al.</i>, 2009 International (États-Unis, Royaume-Uni, Allemagne)	Revue systématique de la littérature	Enfants et adolescent(e)s entre 5 et 18 ans avec problèmes de santé mentale requérant des services spécialisés excédant la capacité d'une clinique externe	Alternatives à l'hospitalisation	Hospitalisation psychiatrique	1. Résultats primaires : Efficacité (pour les symptômes spécifiques à la condition et le fonctionnement psychologique général), acceptabilité et coût des alternatives à l'hospitalisation. 2. Intervalle et prévalence des différents modèles de services en prévention de l'hospitalisation	Autre que l'hospitalisation	Recherche documentaire • Date de la recherche : Entre octobre 2006 et août 2007 • Bases de données: Cochrane (EPOC, CENTRAL, systematic reviews), OVID (MEDLINE, AMBASE, British nurses index, RCN, CINAHL, PsychInfo) ainsi que plusieurs autres ressources électroniques • Révision manuelle des listes de références pour identifier des études additionnelles • Inclusion : ECR, étude avec un contrôle temporel (au moins 2 sites d'intervention pour les 2 groupes), aucune limite pour la langue de publication • Exclusion des études sans alternative à l'hospitalisation ou sans contrôle en hospitalisation, des études ayant: ○ Des groupes cliniquement différents entre les hospitalisations et les services alternatifs ○ Des jeunes avec des troubles développementaux, légers ou comorbides de santé mentale, ○ Des jeunes hospitalisé(e)s pour une maladie physique chronique ou de la maltraitance, • Double sélection indépendante partielle des titres et des résumés ainsi qu'à la lecture complète. • Validation d'un échantillon de la sélection (n=20) par deux psychiatres • Résolution de conflits par discussion Extraction des données • Double extraction indépendante des données • Contact avec les auteur(trice)s pour les informations manquantes • Double évaluation indépendante de la qualité pour les biais de sélection, l'évaluation des caractéristiques de base de leurs groupes, les biais de performance et les biais d'attrition Synthèse narrative par type d'intervention Limites des études incluses • Limites méthodologiques, faible niveau de preuve, manque de puissance statistique, qualité variable des études
---	--------------------------------------	--	----------------------------------	-------------------------------	--	-----------------------------	---

Auteur(-trice) Année Pays	Type d'étude	Population	Intervention	Comparateur	Résultat d'intérêt ou objectif	Milieu	Description de la méthodologie
Tan et Fajardo, 2017 International (États-Unis, Royaume-Uni, Norvège, Suède)	Revue systématique de la littérature	Jeunes de 10 à 17 ans avec des comportements antisociaux ou des troubles émotionnels sévères	Thérapie multisystémique (MST)	Traitement usuel	Efficacité de la thérapie multisystémique (MST) soutenue par les ECR	À domicile	Recherche documentaire • Date de la recherche : novembre 2015 • Bases de données : Ovid Medline, PsychInfo, Embase • Révision manuelle des listes de références pour identifier des études additionnelles • Double sélection indépendante des titres et des résumés • Inclusion : ECR avec MST comme traitement expérimental et traitement usuel en groupe contrôle, échantillon de jeunes entre 10 à 17 ans avec des problèmes comportementaux ou émotionnels. • Exclusion : Revues, essais en cours, études de suivi, de faible qualité à l'outil JADAD, langue autre que l'anglais, études sans données sur l'efficacité ou sur une condition physique exclusivement Extraction des données • Évaluation de l'insu à l'allocation et de la qualité des études incluses avec l'échelle de JADAD Extraction des caractéristiques des études et de la synthèse narrative des résultats Limites • Études européennes et américaines seulement, biais potentiel de sélection dans 50 % des études incluses, publications en anglais seulement, faible niveau de preuve pour l'efficacité de la MST chez les jeunes avec des dérèglements émotionnels sévères

Auteur(-trice) Année Pays	Type d'étude	Population	Intervention	Comparateur	Résultat d'intérêt ou objectif	Milieu	Description de la méthodologie
Vijverberg <i>et al.</i>, 2017 International (États-Unis, Royaume-Uni, Suisse, Australie)	Revue systématique de la littérature	Jeunes de 6 à 18 ans ayant des troubles mentaux sévères et faiblement engagé(e)s auprès des services dans la communauté en santé mentale	<i>Youth-Assertive community treatment (ACT)</i> Adaptation du modèle ACT pour la jeunesse	Non spécifié	Efficacité de Youth-Assertive community treatment (ACT) sur : 1. Sévérité des symptômes psychiatriques (problèmes émotionnels, de symptômes psychotiques ou d'abus) 2. Amélioration du fonctionnement général (présence à l'école, relations interpersonnelles et activités prosociales) 3. Admission en unité psychiatrique (hospitalisation)	Domicile/ communauté	Recherche documentaire - Date de la recherche : mars 2017 - Bases de données : Pubmed, Cochrane Library, PsychInfo et CINAHL - Recherche par mots-clés et MESH, réalisée par un bibliothécaire d'expérience - Révision manuelle des listes de références pour identifier des études additionnelles - Double sélection indépendante des titres et des résumés et résolution de conflits par discussion - Inclusion : traitement qui comporte au moins 6 des 8 éléments centraux du programme ACT et qui examine au moins 1 des 3 résultats d'intérêt de la revue, langue anglaise Extraction des données - Extraction simple par un membre de l'équipe avec validation par un second membre - Gabarit d'extraction - Évaluation de la qualité et du niveau de preuve des études incluses avec l'échelle du Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Calcul des effets de taille avec le coefficient Cohen's Limites - Nombre et qualité faibles des études incluses, niveau de recommandation globalement moyen, majoritairement des études américaines

Vusio <i>et al.</i>, 2020 International (Royaume-Uni, États-Unis, Australie, Canada, Danemark)	Revue systématique de la littérature	Jeunes de 0 à 25 ans ayant vécu une crise de santé mentale ou un problème sévère de santé mentale ainsi que leurs parents ou leurs répondant(e)s	Modèles alternatifs à l'hospitalisation en santé mentale	Traitement usuel	Perspectives des enfants, des jeunes et de leurs parents concernant les modèles de soins alternatifs à l'hospitalisation : 1. Expériences en termes d'accessibilité 2. Satisfaction	Autre que l'hospitalisation	Recherche documentaire • Protocole soumis à la base PROSPERO • Date de la recherche : janvier 1990 à décembre 2018, mise à jour en juin 2019 • Bases de données: EMBASE, Medline, PsychInfo, Scopus, Web of Sciences, CINAHL et ASSIA • Recherche par mots-clés pour les publications • Stratégies de recherche complémentaires pour des études additionnelles: recherche par bibliographies et par citations à partir des études retenues à la suite de la recherche documentaire par mots-clés • Double sélection indépendante des titres et des résumés ainsi qu'à la lecture complète et résolution de conflits par une tierce personne Inclusion : modèles qui s'appliquent à la crise ou à des problèmes aigus de santé mentale et qui sont des alternatives à l'hospitalisation ou réduisent la durée de séjour • Exclusion : population de 25 ans et plus ou étude qui porte sur la perspective des membres du personnel, revues systématiques, chapitres de livre, dissertations, littérature grise et études sur les jeunes contrevenant(e)s, publications qui ne sont pas en langue anglaise Extraction des données • Extraction initiale sur un échantillon (<i>pilot</i>), puis gabarit appliqué à toutes les publications • Double extraction indépendante des données • Évaluation de la qualité et du niveau de preuve des études incluses avec l'outil MMAT • Synthèse narrative des résultats Limites • Exclusion de plusieurs études potentiellement pertinentes sur la base de la langue • Études avec des échantillons de petite taille, composés majoritairement de mères ou de femmes (faible représentation de la perspective des pères et des hommes).
--	--------------------------------------	---	--	------------------	---	-----------------------------	---

Auteur(-trice) Année Pays	Type d'étude	Population	Intervention	Comparateur	Résultat d'intérêt ou objectif	Milieu	Description de la méthodologie
Woody <i>et al.</i>, 2019 International (Australie, Grande-Bretagne, États-Unis, Canada, Finlande et Nouvelle-Zélande)	Revue systématique de la littérature	Jeunes entre 12 et 25 ans avec des troubles mentaux sévères, persistants et complexes	Modèles de services offrant des soins prolongés ou des services multidisciplinaires pour répondre aux besoins complexes et à long terme de cette population	N/A	Efficacité, modèle de livraison des soins	Tous les milieux	Recherche documentaire • Date de la recherche : 2000 à janvier 2017 • Bases de données : EMBASE, PubMed, PsychInfo, Scopus, EMBASE, CINAHL et INFORMIT • Stratégie de recherche développée en collaboration avec un(e) bibliothécaire avec l'utilisation de MESH et de mots-clés pour les caractéristiques de la population • Recherche complémentaire à partir des études pertinentes sur le sujet et les sites gouvernementaux : Google et Cochrane Library • Recherche par bibliographies à partir des études incluses et consultation d'un(e) expert pour identifier les possibles trous de recherche • Stratégie de sélection des titres sur ENDNOTE par l'utilisation de filtres pour le forage de texte pour retirer des thèmes inappropriés, double sélection indépendante des titres et des résumés, et lecture complète et résolution de conflits par discussion • Aucune limite sur les comorbidités Synthèse des données • Synthèse narrative selon les milieux de soins et les thèmes communs Limites • Informations limitées sur l'efficacité des traitements résidentiels ou à l'hôpital • Biais potentiels des études portant sur les personnes avec un requis de soins aigus plutôt que sur les services aux personnes avec un trouble sévère, persistant et complexe en santé mentale • Description peu détaillée des cohortes et des échantillons des études • Nombre important d'études avec des limites méthodologiques

Tableau IX. Liste des études primaires couvertes par les revues systématiques incluses dans la recension

		Étude incluse dans les revues systématiques										
Publication (auteur(trice), année de publication)	Type de devis (tel que rapporté dans les RS)	Clisu <i>et al.</i> , 2022	Kirkland <i>et al.</i> , 2018	Kwok, Yuan et Ougrin, 2016	Lathi <i>et al.</i> , 2016	Moffet <i>et al.</i> , 2018	Pane <i>et al.</i> , 2013	Shepperd <i>et al.</i> , 2009	Tan et Fajardo, 2017	Vijverberg <i>et al.</i> , 2017	Vusio <i>et al.</i> , 2020	Woody <i>et al.</i>
Asarnow, 2015	Étude non contrôlée avec devis pré et post-intervention	x								x		
Adrian, 2014	Devis pré et post-intervention									x		x
Ahrens, 2007	Devis pré et post-intervention									x		x
Albert, 2015	Étude qualitative										x	
Andreasson, 2017	Protocole d'ECR										x	
Assan, 2008												x
Baier, 2013	Devis pré et post-intervention									x		
Barth, 2007	Devis quasi expérimental					x						
Blizzard, 2017												x
Boege, 2015	ECR			x								
Borduin, 2009	ECR								x			
Brennan, 2016	Étude qualitative										x	
Brunk, 1975	ECR						x					
Butler, 2011	ECR								x			
Byfort, 2007	ECR			x								
Carlisle, 2012	Étude de cohorte rétrospective		x									
Chai, 2012	Devis pré et post-intervention									x		
Chia, 2013												x

		Étude incluse dans les revues systématiques										
Publication (auteur(trice), année de publication)	Type de devis (tel que rapporté dans les RS)	Clisu <i>et al.</i> , 2022	Kirkland <i>et al.</i> , 2018	Kwok, Yuan et Ougrin, 2016	Lathi <i>et al.</i> , 2016	Moffet <i>et al.</i> , 2018	Pane <i>et al.</i> , 2013	Shepperd <i>et al.</i> , 2009	Tan et Fajardo, 2017	Vijverberg <i>et al.</i> , 2017	Vusio <i>et al.</i> , 2020	Woody <i>et al.</i>
Cole, 2011	Devis quantitatif non randomisé				x							
Conway, 2015												x
Cordell, 2015											x	
Crane, 2005	Devis quasi expérimental					x						
Darwish, 2006	Évaluation du service	x										x
Duffy, 2013												x
Ellis ,2005 (se base sur Ellis, 2004)	ECR						x					
Ellis, 2004	Étude pilote pour les ECR						x					
Ellis, 2005a	ECR						x					
Ellis, 2005b (se base sur Ellis, 2005a)	ECR						x					
Ellis, 2007 (se base sur Ellis, 2005a)	ECR						x					
Ellis, 2008 (se base sur Ellis, 2005 a)							x					
Ellis, 2010 (se base sur Naar-King, 2009)	Étude pilote pour les ECR						x					
Ellis, 2012							x					
Evans, 1997	ECR					x						

		Étude incluse dans les revues systématiques										
Publication (auteur(trice), année de publication)	Type de devis (tel que rapporté dans les RS)	Clisu <i>et al.</i> , 2022	Kirkland <i>et al.</i> , 2018	Kwok, Yuan et Ougrin, 2016	Lathi <i>et al.</i> , 2016	Moffet <i>et al.</i> , 2018	Pane <i>et al.</i> , 2013	Shepperd <i>et al.</i> , 2009	Tan et Fajardo, 2017	Vijverberg <i>et al.</i> , 2017	Vusio <i>et al.</i> , 2020	Woody <i>et al.</i>
Evans, 2003	ECR							x				
Fawley-King, 2012	Devis quantitatif non randomisé				x							
Gillig, 2004	Évaluation du service	x										
Ginnis, 2013	Étude qualitative de cas										x	
Godley, 2002	ECR									x		
Godley, 2006	ECR									x		
Godley, 2010	ECR									x		
Godley, 2015	ECR									x		
Gowers, 2007	ECR			x				x				
Gowers, 2010	ECR		x									
Greenfield, 1995	Étude de cohorte rétrospective (groupe de contrôle historique)	x										
Grimes, 2011	Étude de cohorte prospective		x									x
Hart, 2008	Étude qualitative de cas										x	
Henggeler, 1992	ECR								x			
Henggeler, 1997	ECR								x			
Henggeler, 1999	ECR	x		x		x	x	x	x			x
Henggeler, 2003	ECR	x		x		x	x					x
Herpertz-Dahlmann, 2014	ECR			x								

		Étude incluse dans les revues systématiques										
Publication (auteur(trice), année de publication)	Type de devis (tel que rapporté dans les RS)	Clisu <i>et al.</i> , 2022	Kirkland <i>et al.</i> , 2018	Kwok, Yuan et Ougrin, 2016	Lathi <i>et al.</i> , 2016	Moffet <i>et al.</i> , 2018	Pane <i>et al.</i> , 2013	Shepperd <i>et al.</i> , 2009	Tan et Fajardo, 2017	Vijverberg <i>et al.</i> , 2017	Vusio <i>et al.</i> , 2020	Woody <i>et al.</i>
Hintikka, 2003												x
Hodges, 2013												x
Huey, 2004	ECR	x		x		x	x		x			
Jones, 2010	ECR		x									
Kaplan, 2013											x	
Kennair, 2011												x
Kiser, 1996	Étude sans contrôle pré et post	x										
Lamb, 2009	Revue narrative (étude descriptive)				x							
Lay, 2001	Étude sans contrôle pré et post	x										
Leichtman, 2001												x
Letourneau, 2009	ECR								x			
Mathai, 2009												x
Mattejat, 2001	ECR			x				x				
McFarlane, 2014	Devis quasi expérimental									x		
McGarvey, 2014	Devis pré et post-intervention									x		
McGrew, 2009												x

		Étude incluse dans les revues systématiques										
Publication (auteur(trice), année de publication)	Type de devis (tel que rapporté dans les RS)	Clisu <i>et al.</i> , 2022	Kirkland <i>et al.</i> , 2018	Kwok, Yuan et Ougrin, 2016	Lathi <i>et al.</i> , 2016	Moffet <i>et al.</i> , 2018	Pane <i>et al.</i> , 2013	Shepperd <i>et al.</i> , 2009	Tan et Fajardo, 2017	Vijverberg <i>et al.</i> , 2017	Vusio <i>et al.</i> , 2020	Woody <i>et al.</i>
Mental Health Justice Health Alcohol and Drug Services, 2013												x
Milburn, 2008	Étude descriptive quantitative				x							
Mosier, 2001	Étude sans contrôle pré et post	x										
Naar-King, 2007 (se base sur Ellis, 2005a)	ECR						x					
Naar-King, 2009	Étude pilote pour les ECR						x					
Nadkarni, 2012												x
Narendorf, 2017	Étude qualitative										x	
NSW Health (n.d.)												x
Ogden, 2004	ECR								x			
Olasoji, 2017	Étude qualitative										x	
Ornelas, 2007	Étude descriptive quantitative				x							
Ospina-Pinillos, 2018	Étude qualitative										x	
Ougrin, 2018	ECR										x	
Pardi, 2018	Étude qualitative										x	
Parker, 2003	Évaluation du service	x										
Preyde, 2011												x
Pycroft, 2015	Étude qualitative				x					x		

		Étude incluse dans les revues systématiques										
Publication (auteur(trice), année de publication)	Type de devis (tel que rapporté dans les RS)	Clisu <i>et al.</i> , 2022	Kirkland <i>et al.</i> , 2018	Kwok, Yuan et Ougrin, 2016	Lathi <i>et al.</i> , 2016	Moffet <i>et al.</i> , 2018	Pane <i>et al.</i> , 2013	Shepperd <i>et al.</i> , 2009	Tan et Fajardo, 2017	Vijverberg <i>et al.</i> , 2017	Vusio <i>et al.</i> , 2020	Woody <i>et al.</i>
Richards, 2006	Étude descriptive quantitative				x							
Richardson, 2014	ECR		x									
Roberts, 2017	Étude descriptive quantitative										x	
Roots, 2009	ECR			x								
Rowland, 2005	ECR	x				x	x	x				x
Schley, 2008	Devis pré et post-intervention									x		
Schley, 2011												x
Schley, 2012												x
Schmidt, 2006	<i>Matched sample control group</i>	x										
Schoenwald, 2000	ECR	x		x			x					
Sfar-Gandoura, 2017	Étude descriptive quantitative										x	
Sheidow, 2004	ECR			x			x					
Silberstein, 1968	ECR	x						x				
Simon, 2012	ECR		x									
Simpson, 2010												x
Styron, 2006												x
Sukhera, 2017	Étude qualitative										x	
Sundell, 2008	ECR								x			
Swadi, 2005												x
Swensen, 2010	ECR						x					
Thomas, 2018	Étude descriptive quantitative										x	

		Étude incluse dans les revues systématiques										
Publication (auteur(trice), année de publication)	Type de devis (tel que rapporté dans les RS)	Clisu <i>et al.</i> , 2022	Kirkland <i>et al.</i> , 2018	Kwok, Yuan et Ougrin, 2016	Lathi <i>et al.</i> , 2016	Moffet <i>et al.</i> , 2018	Pane <i>et al.</i> , 2013	Shepperd <i>et al.</i> , 2009	Tan et Fajardo, 2017	Vijverberg <i>et al.</i> , 2017	Vusio <i>et al.</i> , 2020	Woody <i>et al.</i>
Timmons-Mitchell, 2006	ECR								x			
Underwood, 2004												x
Urban, 2015	Devis pré et post-intervention									x		
Urban, 2016	Devis pré et post-intervention									x		
Vanderploeg, 2009												x
Vanderploeg, 2016	Évaluation du service	x										
Wattenberg, 2004	Devis quantitatif non randomisé				x							
Weiss, 2013	ECR								x			
Wharff, 2012	Étude de cohorte (groupe de contrôle historique)	x										
Wilmshurst, 2002	ECR	x				x						
Winsberg, 1980	ECR	x		x				x				
Wright, 2016	Devis mixte										x	

Abréviations : Case grise : Devis non spécifié par les revues systématiques; ECR : essai contrôlé randomisé; RS : revue systématique.

Tableau X. Description des études primaires incluses dans la recension des écrits

Auteur(trice) Année Pays	Devis (<i>study design</i>)	Échantillon	Nombre de participant(e)s (% selon les genres)	Intervention (durée)	Comparateur, s'il y a lieu	Mesure des résultats	Constat clé	Limite principale de l'étude
Boege et al., 2021 (Allemagne)	Essai clinique randomisé contrôlé (essai de non- infériorité)	Population : Enfants et adolescent(e)s admis(e)s en pédopsychiatrie, 1 hôpital en Allemagne. Critères d'inclusion : • Hospitalisation : <72 heures • Diagnostic psychiatrique à l'admission • L'enfant et/ou l'adolescent(e) vivaient en milieu familial • Trajet d'une heure maximum pour se rendre à l'hôpital. • QI : <70. • Famille ayant des compétences linguistiques suffisantes en allemand Période de recrutement : Entre octobre 2011 et janvier 2013.	Nombre: Départ : 100 jeunes (54 dans le groupe expérimental et 46 dans le groupe contrôle. Suivi à 8,4 mois : 78 jeunes Suivi à 4.3 années : 51 jeunes. % selon le genre : au départ, 58,5 % de filles pour le groupe contrôle; 59,4 % de filles pour le groupe expérimental.	Le groupe expérimental : séjour moyen hospitalier de 47,65 jours, suivi par 12 semaines de traitement à domicile. Le groupe contrôle : séjour hospitalier de 69,41 jours.	Traitement habituel (hospitalisation)	• Niveau de fonctionnement psychosocial : CGAS. • Sévérité du niveau de perturbation psychopathologique : HoNOSCA A. • Compétences des parents p/r à la gestion des symptômes de leurs enfants : HoNOSCA B. • Appréciation du traitement (satisfaction et élément le plus positif; suites du traitement): entrevues qualitatives semi-dirigées avec les parents des jeunes.	Constats : • Stabilité des effets pour les 2 types de traitement (BeZuHG et TAU) à 4,3 ans (T4); aucun des 2 traitements ne s'est avéré supérieur à l'autre. Les 2 groupes ont rapporté des tailles d'effet importantes de T1 à T4. • 50 % des jeunes étaient encore en soins ambulatoires après leur sortie, contrairement à 37,5 % des patient(e)s du groupe d'intervention. • Le traitement à domicile entraîne une plus grande satisfaction des parents que les soins hospitaliers. • Les parents acquièrent davantage de compétences lorsque le traitement a lieu à domicile que lorsque l'enfant ou l'adolescent(e) est hospitalisé(e). Conclusion : Le traitement à domicile peut être une alternative viable à l'hospitalisation pour les enfants et les adolescent(e)s qui souffrent d'une maladie mentale. Les effets positifs du traitement à domicile perdurent à long terme.	• Perte de suivi de 33 % entre T3 et T4 pouvant limiter la représentativité des résultats. • Les facteurs de confusion n'ont pu être analysés vu la petite taille de l'échantillon. • Seules des entrevues avec les parents ont été menées puisque peu de jeunes voulaient participer à une entrevue.

Auteur(trice) Année Pays	Devis (<i>study design</i>)	Échantillon	Nombre de participant(e)s (% selon les genres)	Intervention (durée)	Comparateur, s'il y a lieu	Mesure des résultats	Constat clé	Limite principale de l'étude
Chen <i>et al.</i> , 2023	Étude descriptive quantitative rétrospective utilisant une approche par apprentissage automatique	Population : Enfants et adolescent(e)s âgé(e)s de 4 à 19,5 ans (moyenne = 14 ans) ayant eu recours à une équipe mobile de crise pour une crise psychiatrique, au Nevada (Las Vegas et Reno). Critères d'inclusion : Évaluation de l'équipe mobile de crise et collecte de données systématiques. Critères d'exclusion : Aucun. Période : Entre janvier 2015 et mai 2019.	Nombre : L'échantillon comprend 4 786 évaluations, correspondant à 4 338 jeunes (certain(e)s jeunes ont eu plus d'une évaluation). % selon le genre : 56 % filles	Non spécifiée (l'étude ne porte pas sur une intervention spécifique, mais bien sûr les facteurs associés à une hospitalisation)	Pas de comparateur.	• Sévérité de la crise psychiatrique : CAT et diagnostics du DSM-5. • Admission pour une hospitalisation en unité psychiatrique : données dans le dossier des patient(e)s	Constats : Variables les plus importantes pour la décision d'hospitaliser un(e) jeune : risque suicidaire élevé, suivi par manque de jugement ou de capacité à prendre des décisions, danger pour les autres, impulsivité, fugue, autres comportements à risque, automutilation non suicidaire, symptômes psychotiques ou dépressifs, problèmes de sommeil, comportements d'opposition, mauvais fonctionnement à la maison ou avec les pairs, troubles dépressifs ou schizophréniques, et âge. Conclusion : Pour réduire les hospitalisations psychiatriques, les services de proximité doivent cibler les facteurs les plus importants associés à la nécessité d'un niveau de soins plus élevé chez les jeunes en crise psychiatrique.	• Le modèle a été développé à partir de données provenant de jeunes ayant recours aux services du MCRT et n'était donc pas représentatif de tous les jeunes en crise psychiatrique (p. ex. : les données des jeunes qui ont fait des tentatives de suicide très graves n'ont pas été prises en compte). • Les informations cliniquement pertinentes provenant de données non structurées (comme les récits cliniques) n'ont pas été incluses.

Auteur(trice) Année Pays	Devis (<i>study design</i>)	Échantillon	Nombre de participant(e)s (% selon les genres)	Intervention (durée)	Comparateur, s'il y a lieu	Mesure des résultats	Constat clé	Limite principale de l'étude
Graf et al., 2021	Essai non randomisé quantitatif	Population : Enfants et adolescent(e)s de 6 à 17 ans (<i>moyenne</i> = 13,7 ans) souffrant de troubles mentaux aigus ayant reçu des services au CAP, à Bern (Suisse), soit dans l'une des unités de soins, soit dans le programme de soins à domicile (AT_HOME). Critères d'inclusion : • Foyer stable dans un rayon de 30 min du CAP. • Capacité de parler et de comprendre l'allemand. • Consentement éclairé par les parents et les patient(e)s de < 13 ans Critères d'exclusion : • Présence de risques aigus et graves de la protection de l'enfance au sein du foyer du jeune • Présence d'une mise en danger aiguë de soi-même ou d'autrui nécessitant une protection immédiate Période : Entre le 1er mai 2019 et le 20 juillet 2020	Nombre : N = 133 jeunes, dont 37 dans le programme de soins à domicile et 96 dans le programme habituel d'hospitalisation (I-TAU). % selon le genre : 54 % filles	Temps moyen pour le programme de soins à domicile = 83,73 jours; pour le I-TAU (hospitalisation) = 100,76 jours.	Le groupe contrôle comprend les jeunes ayant reçu le traitement habituel (soins à l'hôpital).	• Sévérité du niveau de perturbation psychopathologique : HoNOSCA et HoNOSCA-SR (auto-évaluation). • Niveau de fonctionnement psychosocial : GAF. • Effets du traitement : méthode AIPW. • Satisfaction p/r au traitement : questionnaire rempli par des parents et des patient(e)s de < 12 ans.	Constats : • Réduction significative des symptômes psychopathologiques chez les patient(e)s ayant reçu les soins à domicile, sans qu'il ait de différence entre ce groupe et le groupe contrôle. • La satisfaction des patient(e)s et de leurs familles p/r au traitement à domicile était généralement élevée. Conclusion : Le traitement à domicile peut être une alternative efficace pour les enfants et les adolescent(e)s souffrant de troubles mentaux aigus qui auraient été traité(e)s auparavant en tant que patient(e)s hospitalisé(e)s.	• Les données du GAF n'étaient disponibles que pour l'admission et n'ont donc pas pu être utilisées pour l'évaluation de la trajectoire de traitement. Les données HoNOSCA (SR) n'étaient disponibles que pour l'admission et la sortie et ne permettent pas d'évaluer les résultats à long terme. • Comme il s'agit d'une étude non randomisée, des différences systématiques entre les 2 groupes de traitement ont pu se produire, ce qui limite la validité externe des résultats. Répartition inégale du nb de patient(e)s dans les 2 groupes.

Auteur(trice) Année Pays	Devis (<i>study design</i>)	Échantillon	Nombre de participant(e)s (% selon les genres)	Intervention (durée)	Comparateur, s'il y a lieu	Mesure des résultats	Constat clé	Limite principale de l'étude
Khalfan <i>et al.</i> , 2022	Essai non randomisé quantitatif (évaluation d'impact)	Population : Enfants et adolescent(es) ayant reçu des services au Child and Adolescent Addiction and Mental Health and Psychiatry Program (CAAMHPP), en Alberta, à Calgary. Critères d'inclusion : Non spécifiés Critères d'exclusion : Non spécifiés Période : Entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2020	Nombre : 660 jeunes ayant reçu le traitement intensif à domicile (AAH - Acute at Home); 9 534 jeunes ayant reçu d'autres services (hospitalisation, urgence, consultation avec rendez-vous) 2603 admissions pour le traitement intensif à domicile; 18 603 admissions pour les autres services % selon le genre : Pour le traitement à domicile, % selon le nombre de patient(e)s : 59,39 % = filles; 34,24 % = garçons; jeunes trans et non-binaires : 0,15 % % selon le nombre d'admissions : 63,5 % = filles; 32,5 % = garçons; 4 % = jeunes trans et non-binaires	Temps moyen : Pour le traitement à domicile, avant juin 2019 = 104 jours; après mai 2019 = 51 jours	Le groupe de jeunes ayant reçu d'autres services que le traitement intensif à domicile	• Comparaison des groupes avec les données démographiques et cliniques : WCWL-CMH-PCS, ACE Survey et MTP • Comparaison de la durée du traitement et du nb de réadmissions : date d'admission et de sortie, nb et type de consultation dans les dossiers	Constats : • Le groupe ayant reçu le traitement intensif à domicile a connu une réduction des taux de réadmission et des durées de séjour après le traitement. • La composition familiale, le sexe, 7 items de l'ACE, 9 items du WCWL-CMH-PCS ont permis de distinguer les personnes du groupe AAH (traitement à domicile) de celles ayant reçu les autres services. Conclusion : Le traitement intensif à domicile est bénéfique, en particulier pour la réduction des taux de réadmissions et des durées de séjour après le traitement.	• Les données quantitatives recueillies mettent en évidence certains effets des traitements, mais ne donnent que peu d'indications sur la dynamique qui sous-tend les processus cliniques et relationnels à la base du modèle du traitement intensif à domicile.

Auteur(trice) Année Pays	Devis (<i>study design</i>)	Échantillon	Nombre de participant(e)s (% selon les genres)	Intervention (durée)	Comparateur, s'il y a lieu	Mesure des résultats	Constat clé	Limite principale de l'étude
Mantzouranis et al., 2019	Étude quantitative sans répartition aléatoire	Population : Adolescent(e)s (M = 15,8 ans) souffrant de maladies mentales graves. Critères d'inclusion : Les adolescent(e)s suivi(es) par les équipes de l'ACT (<i>assertive community treatment</i>) dans le canton de Vaud, en Suisse, entre 2010 et 2014, ont été inclus(e)s dans l'étude. Critères d'exclusion : Aucun Période : Entre 2010 et 2014.	Nombre : 179 adolescent(e)s % selon le genre : 43,02 % de l'échantillon total = filles	Temps moyen = 185,46 jours	Pas de comparateur.	• Difficultés liées à la santé mentale : HoNOSCA • Fonctionnement global : GAF	Constats : Les difficultés émotionnelles et les problèmes extériorisés étaient réduits; le fonctionnement psychologique et social des patient(e)s s'est amélioré après l'ACT. • Une proportion considérable de patient(e)s (14 % à 21 %) ont cliniquement récupéré à un niveau fonctionnel. Conclusion : Le ACT peut avoir des résultats cliniques positifs dans des contextes européens.	• Les résultats considèrent l'ACT comme un traitement unique et uniforme et ne font pas de différence entre les 5 types d'intervention proposée. • L'accord interjuges entre les clinicien(ne)s n'a pas été testé par rapport à l'utilisation des outils HoNOSCA et GAF.

Auteur(trice) Année Pays	Devis (<i>study design</i>)	Échantillon	Nombre de participant(e)s (% selon les genres)	Intervention (durée)	Comparateur, s'il y a lieu	Mesure des résultats	Constat clé	Limite principale de l'étude
Muskens et <i>al.</i> , 2019	Étude observationnelle longitudinale	Population : Enfants et adolescent(es) de 11 à 18 ans (moyenne= 14,8 ans) en crise psychiatrique sévère ayant reçu des programmes de traitement intensif à domicile offerts par le Karakter Child and Adolescent Psychiatry à Nijmegen, aux Pays-Bas. Critères d'inclusion : • QI < 70 ou intelligence moyenne basée sur une évaluation du fonctionnement Critères d'exclusion : • Admission : < 2 semaines en unité psychiatrique • Âge : > 11 ans ou < 18 ans. Période : Du 1er janvier 2015 au 28 février 2016.	Nombre : 112 enfants et adolescent(e)s % selon le genre : 51,8 % de l'échantillon total = filles	Temps moyen du traitement à domicile = entre 4 et 5 mois.	Comparaison pré et post-intervention (temporelle) à 3 périodes : T0 (à l'admission), T1 (après 2 mois de traitement) et T2 (après 4 mois de traitement).	• Types de symptômes de santé mentale et leur sévérité : HoNOSCA.	Constats : Diminution significative des symptômes : au T0, le score HoNOSCA était de 18.82; au T1, de 13.03; et au T2, de 9.4. Conclusion : Avec une diminution des symptômes de plus de 50 % en 4 mois et une réduction du risque d'hospitalisation, ce modèle semble prometteur et pertinent sur le plan clinique.	• Pour plusieurs jeunes, il y avait des données manquantes, ce qui a mené à l'exclusion et donc à un possible biais de sélection. • L'absence de randomisation et d'un groupe contrôle limite la validité externe des résultats. • Les données ont été recueillies à la fin du traitement intensif à domicile. Il n'y a donc pas de données sur les effets à long terme ni sur les éléments les plus efficaces du traitement.

Auteur(trice) Année Pays	Devis (<i>study design</i>)	Échantillon	Nombre de participant(e)s (% selon les genres)	Intervention (durée)	Comparateur, s'il y a lieu	Mesure des résultats	Constat clé	Limite principale de l'étude
Ougrin et al., 2021 Royaume- uni Modèle SDS (supported discharge services)	Essai clinique randomisé contrôlé	Population : Adolescent(e)s de 12 à 18 ans (M = 16,29 ans) admis(es) en psychiatrie au Royaume-Uni, au South London and Maudsley NHS Foundation Trust (SLaM), soit dans un traitement "intensive community care service" (ICCS), soit en milieu hospitalier (TAU). Critères d'inclusion : • Admission à l'hôpital pour des soins psychiatriques • Âge = entre 12 ans 0 mois et 17 ans 11 mois • Capacité et volonté de donner un consentement éclairé oral et écrit pour les jeunes de < 16 ans avec l'assentiment des parents, ou le consentement des parents avec l'assentiment des jeunes de > de 16 ans pour participer à l'étude Critères d'exclusion : • Sortie immédiate après la première	Nombre : N = 133 adolescent(e)s, dont 53 ICCS et 53 TAU % selon le genre : 62,3 % du groupe ICCS = filles; 67,9 % du groupe TAU = garçons	Temps moyen du traitement ICCS = 116,32 jours et du traitement habituel d'hospitalisation = 50 jours.	Le groupe contrôle a reçu le traitement habituel (en milieu hospitalier)	• Comportements d'automutilation : SHQ • Amélioration clinique : CGI-I. • Fonctionnement psychosocial et sévérité des symptômes : HoNOSCA • Niveau de perturbation : CIS. • Nb total de présentations aux services d'urgence pour automutilation : données tirées des dossiers électroniques des patient(es). • Taille et poids. • Capacité de lecture : Wide Range Achievement Test, 4e édition. • Habiletés en mathématique : Wide Range Achievement Test, 4e édition. • Comportement pendant les tests éducatifs : GATSB • Barrières à la sortie de l'hôpital : problèmes clés qui ont empêché la sortie : évaluation par les cliniques traitantes • Nb total de présentations aux services d'urgence, nb total de réadmissions dans les hôpitaux psychiatriques, nb total de lits occupés lors des réadmissions, nb total de séances de thérapie	• Les données sont incomplètes : 23 % des patient(e)s n'ont pas été évalué(e)s pour le suivi 6 mois après la randomisation initiale. • L'étude s'appuyait sur un échantillon de petite taille; il est possible qu'elle n'ait pas permis de détecter des différences importantes entre les traitements.	Constats : • Les jeunes du groupe ayant reçu un suivi intensif dans la communauté (ICCS) étaient plus de deux fois moins susceptibles de signaler avoir eu plusieurs épisodes d'automutilation au cours du suivi (6 mois après la randomisation initiale). • Pas de différences statistiquement significatives entre les 2 groupes pour les autres résultats (sévérité des symptômes, niveau de perturbation, nombre de séances de psychothérapie, capacité de lecture, poids, taille, habiletés en mathématique, nb de réadmissions en unité psychiatrique, nb de présentations à l'urgence, comportements pendant les tests éducatifs, barrières à la sortie de l'hôpital et proportion de jeunes prenant des médicaments psychotropes.) • Les patient(e)s admi(e)s dans des unités d'hospitalisation privées ont passé en moyenne 118,4 jours de moins à l'hôpital s'ils étaient dans le groupe ICCS par rapport au groupe TAU.

Auteur(trice) Année Pays	Devis (<i>study design</i>)	Échantillon	Nombre de participant(e)s (% selon les genres)	Intervention (durée)	Comparateur, s'il y a lieu	Mesure des résultats	Constat clé	Limite principale de l'étude
		évaluation par les clinicien(ne)s des équipes d'hospitalisation • Sortie 72 h après l'admission • Admission par des services nationaux et spécialisés dotés d'une capacité d'intervention intensive • Admission lorsque les équipes de soins étaient au maximum de leur capacité. Période : Pas spécifiée dans l'article				psychologique, proportion de jeunes prenant des médicaments psychotropes : dans les dossiers électroniques des patient(e)s.		Conclusion : Chez les adolescent(e)s souffrant de troubles psychiatriques graves nécessitant un traitement hospitalier, l'ICCS ne montre aucune différence par rapport à l'hospitalisation sur la plupart des résultats cliniques à 6 mois de suivi, mais il pourrait être associé à certains avantages, tels que la réduction du risque d'automutilation répétée.

Auteur(trice) Année Pays	Devis (<i>study design</i>)	Échantillon	Nombre de participant(e)s (% selon les genres)	Intervention (durée)	Comparateur, s'il y a lieu	Mesure des résultats	Constat clé	Limite principale de l'étude
Zeichmeister- Koss <i>et al.</i> , 2019	Étude qualitative	Population : Professionnel(le)s de la santé œuvrant dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescent(e)s, provenant de différentes régions de l'Autriche Critères d'inclusion : Non spécifiés Critères d'exclusion : Non spécifiés Période : Non spécifiée	Nombre : 10 professionnel(le)s de la santé (3 pédopsychiatres; 1 psychologue clinicienne; 1 avocate et psychologue; 1 psychologue et gestionnaire; 1 psychologue; 1 travailleuse sociale; 1 avocate; 1 sociologue). % selon le genre : 70 % = femmes	N/A	Pas de comparateur.	Enjeux liés à l'implantation de services à domicile en Autriche pour une clientèle pédopsychiatrique ayant des troubles de santé mentale : questionnaire (écrit ou oral) avec questions ouvertes complété par des professionnel(le)s de la santé travaillant dans le domaine de la santé mentale des jeunes.	Constats : Les principaux défis : les services à domicile peuvent remettre en question les normes socioculturelles et il peut y avoir un manque de ressources humaines pour assurer ces services, d'où la nécessité de trouver des solutions spécifiques au contexte pour bien intégrer les services à domicile dans les structures de financement et de prestation existantes. Conclusion : L'implantation devrait donc s'accompagner d'une stratégie de suivi et d'évaluation afin de générer des données plus solides sur l'efficacité, la sécurité et la qualité des services à domicile, ainsi que pour identifier les obstacles et les facilitateurs de l'implantation spécifiques à l'Autriche, de sorte que des adaptations puissent être initiées.	- Chaque groupe professionnel était représenté par 1 à 3 professionnel(le)s. De plus, tous les groupes professionnels et tous les types de prestataires de services et de régions autrichiennes n'ont pas été représentés. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés. - Puisque les services à domicile n'avaient pas été implantés en Autriche au moment de l'étude, les personnes interrogées n'avaient pas d'expérience préalable de tels services. Les réponses peuvent donc représenter des préoccupations ou des hypothèses plutôt que des barrières et des facilitateurs.

Symboles < : moins que, > : plus que.

Acronymes AAH : *Acute- at-Home*, ACT : *Assertive Community Treatment*; ACE : *Adverse Childhood Experiences*, AIPW : *Augmented Inverse Propensity Weighted Estimator*, BeZUGH/HOT-BITS : acronymes allemand et anglais signifiant *Home treatment brings inpatient-treatment outside*, CAP : *Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy*, CAT : *Crisis Assessment Tool*, CGAS : *Children's Global Assessment Scale*, CGI : *Clinical Global Impressions Scale*, DSM-V : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition*, GAF : *Global Assessment of Functioning Scale*, GATSB : *Guide to the Assessment of Test Session Behaviour*, HoNOSCA : *Health of the Nation Outcome Scales*, ICCS : *intensive community care service treatment*, M : moyenne, MTP : *intensive community care service treatment*, N/A : non applicable, p/r : par rapport, QI : quotient intellectuel, SHQ : *Self-harm Questionnaire*, T : temps; TAU : *Treatment as usual*, WCWL-CMH-PCS : *Western Canada Waitlist Child Mental Health Priority Criteria Score*.

Annexe X. Évaluations de la qualité des revues systématiques avec l'outil AMSTAR II

Item	Description (Items jugés critiques par Shea <i>et al.</i> , 2017, sont en gris pâle)	Revue systématique incluse dans la recension des écrits										
		Clisu <i>et al.</i> , 2022	Kirkland <i>et al.</i> , 2018	Kwok, Yuan et Ougrin, 2016	Lahti <i>et al.</i> , 2018	Moffett <i>et al.</i> , 2018	Pane <i>et al.</i> , 2013	Shepperd <i>et al.</i> , 2009	Tan et Fajardo, 2017	Vijverberg <i>et al.</i> , 2017	Vusio <i>et al.</i> , 2020	Woody <i>et al.</i> , 2019
1	Les questions de recherche et les critères d'inclusion de la revue comprenaient-ils les éléments de la grille PICO?											
2	Le rapport de la revue contenait-il un énoncé explicite selon lequel les méthodes de la revue ont été établies avant sa réalisation, et le rapport justifiait-il tout écart important par rapport au protocole?											
3	Les choix des types d'études (devis) inclus dans la revue ont-ils été expliqués?											
4	La stratégie de recherche de littérature était-elle exhaustive?											
5	La sélection des études a-t-elle été réalisée en double?											
6	L'extraction des données a-t-elle été réalisée en double?											
7	Une liste des études exclues et une justification de leur exclusion ont-elles été fournies?											
8	Les études incluses ont-elles été décrites en détail?											
9	Le risque de biais des études individuelles incluses dans la revue a-t-il été évalué ?											
10	Les sources de financement des études incluses sont-elles mentionnées?											
11	Si une méta-analyse a été effectuée, les méthodes utilisées pour réaliser une combinaison statistique des résultats sont-elles appropriées?											

12	Si une méta-analyse a été effectuée, les effets potentiels du risque de biais des études individuelles sur les résultats de la méta-analyse ou d'autres synthèses des données probantes ont-ils été évalués?											
13	Les auteurs de la revue ont-ils tenu compte du risque de biais dans les études primaires au moment d'interpréter ou de discuter des résultats de la revue?											
14	L'hétérogénéité observée dans les résultats de la revue a-t-elle été expliquée et analysée de façon satisfaisante?											
15	S'ils ont réalisé une synthèse quantitative, les auteurs (-trices) de la revue ont-ils effectué un examen adéquat du biais de publication et abordé ses effets probables sur les résultats de la revue?											
16	Les auteurs(-trices) de la revue ont-ils déclaré toutes les sources potentielles de conflits d'intérêts, y compris le financement reçu pour réaliser la revue?											
Nombre d'items critiques faibles (rouge)		2	1	3	0	4	2	0	2	2	1	3
Nombre d'items non critiques faibles (rouge)		1	2	2	3	3	4	2	3	1	2	3
Confiance globale pour les résultats de la revue (Box 2, Shea <i>et al.</i> , 2017)		Faible	Faible	Critique	Modérée	Critique	Critique	Modérée	Critique	Faible	Faible	Critique

(Traduction libre de l'outil tel que présenté par Framarin, 2019)

Légende: Oui Oui, partiellement Non Ne s'applique pas

- Étude qualitative

Catégorie des devis d'étude	Critère de qualité méthodologique	Zeichmeister-Koss <i>et al.</i> , 2019
Questions de sélection (tous types d'études)	1 Est-ce que les questions de recherche sont claires?	
	2 Est-ce que les données collectées permettent de répondre à la question de recherche?	
	<i>Une évaluation plus approfondie peut ne pas être faisable ou appropriée lorsque la réponse est « Non » ou « Je ne sais pas » à une ou aux deux questions de sélection.</i>	
1. Qualitative	1.1. Est-ce que l'approche qualitative est appropriée pour répondre à la question de recherche?	
	1.2. Est-ce que les méthodes de collecte de données qualitatives permettent de répondre à la question de recherche?	
	1.3. Les conclusions sont-elles adéquatement dérivées des données?	Méthodologie semble robuste, il n'y a peu ou pas d'extrait disponible (uniquement des exemples) pour évaluer ce point.
	1.4. L'interprétation des résultats est-elle suffisamment appuyée par des données?	
	1.5. Existe-t-il une cohérence entre les sources de données qualitatives, la collecte, l'analyse et l'interprétation?	

Légende: Oui Ne sait pas ou partiellement Non

- Essais contrôlés randomisés

Catégorie de devis d'étude	Critère de qualité méthodologique	Boege <i>et al.</i> , 2021	Ougrin <i>et al.</i> , 2021
Questions de sélection (tous types d'études)	1 Est-ce que les questions de recherche sont claires?		
	2 Est-ce que les données collectées permettent de répondre à la question de recherche?		
	<i>Une évaluation plus approfondie peut ne pas être faisable ou appropriée lorsque la réponse est « Non » ou « Je ne sais pas » à une ou aux deux questions de sélection.</i>		
2. Essai contrôlé randomisé quantitatif	2.1. La randomisation est-elle correctement effectuée?		
	2.2. Les groupes sont-ils comparables au départ (baseline)?	Les auteur(e)s ont indiqué que plusieurs tests statistiques ont été réalisés et ont montré que les groupes sont comparables. Toutefois, dans le tableau, on observe quelques différences notables : dans le groupe contrôle, il y avait 11 % de jeunes ayant »Neurotic, stress-related, and somatoform disorders (F4) » et 25 % dans le groupe du traitement.	
	2.3. Est-ce que les données sont complètes pour les résultats?	Taux d'attrition élevé entre le T1 et le T4 à 4,3 ans avec un échantillon final qui correspond environ à la moitié du nombre initial (abandon et non-réponse), acceptable à T3 (avec 14,1 %) avec un suivi de 8 mois.	Le taux de données complètes est inférieur à ce qui est considéré comme acceptable dans le document de l'outil MMAT.
	2.4. Est-ce que l'évaluation des résultats se fait en aveugle ?	Incertain, mais on précise que les mesures ont été prises par un(e) psychologue de recherche indépendante.	
	2.5. Les participant(e)s ont-ils(elles) adhéré à l'intervention assignée?	L'intervention initiale (programme) a peu d'abandons, donc le traitement a été relativement bien suivi. C'est davantage l'attrition qui affecte les résultats.	

Légende: Oui Ne sait pas ou partiellement Non

- Essais non randomisés quantitatifs

Catégorie de devis d'étude	Critère de qualité méthodologique	Graf <i>et al.</i> , 2021	Khalfan <i>et al.</i> , 2022	Mantzouranis <i>et al.</i> , 2019	Muskens <i>et al.</i> , 2019
Questions de sélection (tous types d'études)	1 Est-ce que les questions de recherche sont claires?				
	2 Est-ce que les données collectées permettent de répondre à la question de recherche?				
	<i>Une évaluation plus approfondie peut ne pas être faisable ou appropriée lorsque la réponse est « Non » ou « Je ne sais pas » à une ou aux deux questions de sélection.</i>				
3. Essai non randomisé quantitatif	3.1. L'échantillon est-il représentatif de la population cible?	Utilisation rétrospective d'une évaluation d'implantation auprès de la population cible (référence explicite à une hospitalisation, ayant utilisé le groupe expérimental (At_HOME) ou services usuels) et volontaire. Échantillon relativement faible et surreprésentation des patient(e)s avec un trouble anxieux dans le groupe à domicile.	Échantillon en contexte réel (naturel), cohérent avec l'objectif. Toutefois, peu de détails sur l'échantillon et sur les indicateurs de représentativité.		Devis pré et postexpérimental. Aucune donnée sur la population pour comparer si l'échantillon est représentatif. Il y a l'exclusion sur le QI, l'âge et le temps hospitalisé. Possible non-représentativité, puisque des participant(e)s ont été exclu(e)s en raison de données manquantes.
	3.2. Les mesures sont-elles appropriées pour le résultat et l'intervention (ou l'exposition)?	Oui, les mesures ont été prises par les clinicien(ne)s et les jeunes avec des outils standardisés et validés ainsi qu'avec des questionnaires de satisfaction pour le jeune et les parents. Toutefois, les mesures n'ont pas été prises par insu.		Les mesures sont appropriées, car l'étude utilise des outils validés fréquemment employés pour évaluer les difficultés liées à la maladie mentale pour les jeunes et le fonctionnement général. Toutefois, aucun accord interjuges a été convenu pour l'évaluation.	Il y a un risque de biais pour les évaluations. Ces dernières étaient réalisées par les clinicien(ne)s responsables du suivi normal des patient(e)s.

Catégorie de devis d'étude	Critère de qualité méthodologique	Graf <i>et al.</i> , 2021	Khalfan <i>et al.</i> , 2022	Mantzouranis <i>et al.</i> , 2019	Muskens <i>et al.</i> , 2019
	3.3. Est-ce que les données sont complètes pour les résultats?	Partiellement. Taux de non-réponses pour les questionnaires par les parents et les jeunes entre 20 et 40 % selon le questionnaire.		Pas d'abandon, mais les données sont incomplètes pour 30,3 % des patient(e)s parce que les personnes ont refusé de revoir l'équipe après leur congé, la fin du programme informel ou par téléphone.	Il y a un haut taux d'attrition entre les temps de collecte. Toutefois, l'analyse des profils des répondant(e)s pour les données manquantes n'indique aucune différence.
	3.4. Les facteurs de confusion sont-ils pris en compte dans la conception et l'analyse?		Non, il s'agit d'un échantillon réel. Les différences de caractéristiques socio-économiques, cliniques ou autres, entre les groupes, sont peu regardées. On souhaite plutôt constater l'effet de l'implantation sur les autres services que de vérifier l'effet du traitement.	L'objectif de l'étude est de dresser un portrait de l'efficacité en contexte réel. Bien que les facteurs de confusion n'aient pas été pris en compte dans la conception de l'étude, il y a peu d'impact sur l'analyse.	L'étude analyse 7 variables comme modérateurs dans l'analyse et emploie des exclusions sur le QI, l'âge et le temps hospitalisé.
	3.5. Pendant la période de l'étude, l'intervention a-t-elle été administrée (ou l'exposition s'est-elle produite) comme prévu ?	Un seul abandon en raison du comportement violent envers les membres de l'équipe.	Ne le sait pas (contexte réel).	Ne le sais pas (contexte réel).	Plusieurs participant(e)s ont arrêté le traitement pour diverses raisons (p. ex. : manque de motivation) et ont été référé(e)s à d'autres services.

Légende: ■ Oui ■ Ne sait pas ou partiellement ■ Non

- Étude descriptive quantitative

Catégorie de devis d'étude	Critère de qualité méthodologique	Chen <i>et al.</i> , 2023
Questions de sélection (tous types d'études)	1 Est-ce que les questions de recherche sont claires?	
	2 Est-ce que les données collectées permettent de répondre à la question de recherche?	
	<i>Une évaluation plus approfondie peut ne pas être faisable ou appropriée lorsque la réponse est « Non » ou « Je ne sais pas » à une ou aux deux questions de sélection.</i>	
4. Étude descriptive quantitative	4.1. La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche ?	
	4.2. L'échantillon est-il représentatif de la population cible ?	L'échantillon provenant des évaluations d'équipes mobiles de crises est adéquat considérant l'objectif de l'étude. Toutefois, des limites par rapport à la représentativité sont soulevées par le groupe de recherche.
	4.3. Les mesures sont-elles appropriées ?	Outil standardisé et semi-structuré développé pour l'évaluation de la crise (données de base), mais incertain si validé, codage des thèmes en groupe avec des experts de contenu et analyse des thèmes
	4.4. Le risque de biais de non-réponse est-il faible ?	
	4.5. L'analyse statistique est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche ?	

Légende: Oui Ne sait pas ou partiellement Non

Annexe XII. Thérapie multisystémique (MST)

MST (20–22,34–36,39), un des programmes les plus étudiés, repose sur une approche d'écologie sociale (traitement écosystémique) qui considère que l'interaction des différents systèmes, composant un réseau complexe, dont fait partie le jeune, influence son comportement. Le programme original MST a été développé aux États-Unis dans les années 1970 et vise à réduire les comportements extériorisés tels que le comportement antisocial ou l'abus de substance, de prévenir la récidive chez les jeunes à risque de placement ou d'incarcération. Le programme est déployé selon un protocole normalisé. Il a été implanté dans plusieurs autres pays, dont en Grande-Bretagne, avec plus de 25 équipes, bien que l'efficacité du programme dans son ensemble n'y a pas été étudiée selon ce que rapporte McDougall (42).

- Description du programme

Adaptés au contexte psychiatrique, deux essais contrôlés randomisés (5 publications) ont été publiés entre 1999 et 2005 auprès des jeunes avec des troubles émotionnels et du comportement sévères (ECS) aux États-Unis (20–22,34–36,39). Cette adaptation, connue maintenant sous le nom *MST-psychiatric*, inclut l'ajout de pédopsychiatres ainsi que des intervenants ou intervenantes de crise disponibles 24 h/24, 7 j/7. Parmi les nouvelles activités, il y a la gestion des médicaments, l'emphase sur la mise en place d'un plan de sécurité et la gestion de crise. Après la stabilisation des jeunes, le protocole normalisé du programme MST est suivi (39). Des analyses fonctionnelles sont employées pour identifier les causes des problèmes avant d'intervenir sur leurs facteurs de risque. L'implication des jeunes, de leurs familles et de leurs réseaux de soutien est au cœur des interventions thérapeutiques. Les services peuvent être apportés au domicile familial ou à tout autre endroit dans la communauté (22). Dans les cas où l'hospitalisation est nécessaire, le thérapeute continue ses services dans le milieu hospitalier (21). En Australie, le programme *Intensive Mobile Youth Outreach Service* (34) a aussi été développé à partir du modèle MST pour desservir une clientèle âgée entre 14 et 25 ans avec des problèmes sévères de santé mentale, considérée à haut risque (par exemple, suicidaire) ayant une difficulté démontrée à s'engager dans les services cliniques. À l'instar des études américaines, le programme est mené par une équipe multidisciplinaire similaire à celle du *MST-psychiatric*, à laquelle s'ajoutent des psychologues.

- Efficacité clinique

Le premier ECR sur *MST-psychiatric* compare le programme à l'hospitalisation en unité psychiatrique auprès de jeunes qui se sont présentés aux urgences avec une psychose, des idées suicidaires ou d'homicide ou représentant un danger pour soi ou pour autrui (21). Les publications sur cette étude montrent qu'au terme du programme, *MST-psychiatric* montre une amélioration de plusieurs paramètres psychologiques, dont les symptômes extériorisés, et des bénéfices pour la famille(20–22). En effet, le programme obtient des résultats équivalents à l'hospitalisation pour la sévérité des symptômes, les symptômes internalisés, le fonctionnement social et la capacité d'adaptation de la famille selon les répondants. Le programme montre des bénéfices avec une amélioration supérieure pour la capacité d'adaptation selon les jeunes, la cohésion familiale en début de programme, moins d'absence à l'école ainsi que pour la réduction des tentatives de suicide (autorapportée et rapportée par les proches), des idées suicidaires, du désespoir, de la

dépression et de l'anxiété. L'hospitalisation montre, quant à elle, de meilleurs résultats sur l'estime de soi. Dans les deux groupes, leurs bénéfices ne sont pas maintenus après le suivi à 12 mois. Un groupe de recherche soulève qu'il s'agit probablement d'un effet du temps qui passe plutôt qu'un effet du traitement(20).

Le second ECR paru en 2005 compare l'efficacité du programme comparativement au traitement intensif dans la communauté pour des jeunes avec des problèmes sévères de santé mentale. Bien que l'étude montre des bénéfices du programme *MST-psychiatric* pour les symptômes extériorisés et internalisés(22), l'étude a cessé avant sa complétion. En effet, le groupe de recherche indique avoir rencontré un haut taux d'attrition dans les deux groupes (approximativement 45%) et des enjeux avec la fidélité d'implantation du traitement occasionnés par un manque de thérapeutes (21,34).

De nombreuses revues systématiques (20–22,34,36) concluent que MST semble être efficace, tout comme l'hospitalisation, pour améliorer l'état des jeunes avec des troubles ECS à court terme. Certaines revues nuancent néanmoins que des études supplémentaires sont nécessaires pour valider son efficacité auprès de cette population (21,36).

- *Efficacité organisationnelle*

du premier essai clinique randomisé, une étude de suivi montre que 44% du groupe MST a été hospitalisé dans les mois suivants le programme alors que la plupart d'entre eux avaient évité l'admission en cours de programme (22). Toutefois, le groupe de recherche dénote une durée de séjour par épisode plus courte. D'un autre côté, l'ECR de 2005 montre une réduction du nombre de jours en placement. Une troisième étude parue en 2011 relève que le programme stimulait l'engagement dans les soins et le service (39).

Une revue systématique rapporte que les coûts associés à l'intensité du programme *MST-psychiatric* (entre 92h à 97h en moyenne avec le thérapeute) sont approximativement équivalents à ceux d'une hospitalisation (34), mais selon une autre revue systématique, une étude soutiendrait qu'à la complétion du programme, ce dernier est coût-efficace pour réduire les comportements externalisés et internalisés (20).

- *Implication et satisfaction de la famille*

du programme MST, les parents sont considérés comme les agents du changement (21). Une étude relève une plus grande satisfaction des jeunes et de leurs familles pour la participation au programme *MST-psychiatric* que pour le groupe hospitalisé (20), toutefois, une revue systématique précise que cette différence est petite et non significative (21).

- *Limites et biais des études*

Certaines revues systématiques soulèvent plusieurs limites, mais aussi des risques de biais pour les études sur *MST-psychiatric* notamment pour le jugement de l'auteur et le support au jugement des études (21,35). De manière plus générale, une revue parue en 2013 portant exclusivement sur MST révèle que plus de la moitié des études sur le programme et ses adaptations impliquent le créateur du programme, que les données reposent sur un petit échantillon d'étude unique et qu'il y a la présence d'un facteur de confusion, soit que la moitié des groupes MST de ces études

ont reçu les deux traitements (conditions témoin et expérimentale)(35). D'ailleurs, une seconde revue Tan et Fajardo soulèvent, dans leur revue systématique parue en 2017 sur MST, le besoin de poursuivre les recherches sur l'efficacité de *MST-psychiatric* auprès des jeunes avec une dysrégulation émotionnelle (36).

Encadré 1 Points saillants sur le programme MST psychiatric

Le programme MST psychiatric :

- Améliore une variété de paramètres psychologiques associés à l'état de crise psychopathologique comme les tentatives de suicide et les bénéfices pour la famille (adaptabilité et cohésion à court terme);
- Aucun effet à long terme sur les idées suicidaires, sur les symptômes dépressifs du jeune ou le contrôle parental
- Ne remplace pas le besoin d'hospitalisation pour une large proportion de jeunes, mais réduit la durée de séjour.
- L'intensité nécessaire auprès de cette clientèle par le programme entraîne des dépenses potentiellement équivalentes à celles de l'hospitalisation

Les revues systématiques concluent que l'effet du programme est temporaire (*time effect*) et donc limité dans le temps, soit moins d'une année. Des études supplémentaires sont nécessaires pour valider son efficacité auprès des jeunes avec des troubles émotionnels sévères.

La gestion intensive de cas (39) est un modèle de soins qui englobe la famille qui est accessible 24 h/24, 7 j/7 pour une clientèle adolescente, incluant souvent les jeunes adultes, avec des troubles émotionnels sévères. Ce modèle repose sur une planification et une coordination des services offerts dans la communauté et des références en psychiatrie, réalisée en collaboration par un coordonnateur ou une coordonnatrice de soins et la famille. Les principaux objectifs des programmes de gestion intensive de cas sont la prévention des hospitalisations ou des placements.

- Description du programme

Parmi les modèles de programmes étudiés dans la littérature pour la clientèle adolescente avec des troubles de santé mentale, il y a Wraparound et Youth-ACT, l'adaptation du modèle *Assertive Community Treatment* (ACT) pour une clientèle adolescente.

Le programme Youth-ACT (39) offre une variété de services personnalisés et complets qui incluent des interventions en pharmacothérapie, de suivi des symptômes, de la psychothérapie et de la psychoéducation, de la gestion de la maladie et des compétences de récupération (recovery skills), de la gestion intensive de cas et des interventions de crise accessibles 24 h/24, 7 j/7. Des services de réadaptation pour le soutien à l'emploi, les conseils concernant l'abus de substance et de l'aide pour le développement de l'autonomie (independent living skills) sont aussi intégrés à la programmation clinique.

Le modèle Wraparound(39) est un programme qui fournit une coordination intensive des soins dans la communauté qui assure un engagement continu avec les services ambulatoires. Les interventions incluent des groupes de soutien pour la famille ou pour les jeunes, de l'éducation au jeune et à la famille, du répit à l'intérieur ou l'extérieur du domicile, des services d'intervention et de stabilisation de la crise ainsi que des thérapies expressives et expérimentales.

- Efficacité Clinique

Une revue systématique (37), incluant 13 études, s'intéressait à l'efficacité Youth-ACT auprès des jeunes de 18 ans et moins avec une variété de symptômes psychiatriques incluant la psychose, l'abus de substance, les troubles émotionnels et du comportement. De manière générale, les résultats de 10 études appuient l'efficacité du programme pour la réduction de la sévérité des symptômes psychiatriques, notamment les symptômes psychotiques, les symptômes suicidaires, les comportements d'automutilation et les problèmes émotionnels. Une amélioration significative du fonctionnement général avec des effets de taille de petit à fort est appuyée par 8 études dont les effets plus importants sont pour la présence à l'école (6 études) et les relations familiales (2 études).

Les 4 études réalisées spécifiquement auprès des jeunes avec des troubles émotionnels indiquent toutes une efficacité clinique. Les effets de taille rapportés varient de moyen à fort selon les symptômes, notamment pour une réduction importante des symptômes de l'humeur, le risque suicidaire (suicidality) et l'automutilation. Toutefois, une étude n'a rapporté aucun effet lorsque ce programme est offert en supplément aux services en clinique externe.

Pour le programme Wraparound, une étude a démontré que cette approche soutient le maintien d'un engagement continu avec les services ambulatoires de santé mentale (clinique externe) alors qu'une seconde étude rapporte une amélioration significative dans le fonctionnement clinique selon des mesures normalisées (39).

Un ECR compare deux programmes de préservation de la famille, celui du programme américain Homebuilders et un de ces variants, au modèle de soins de gestion intensive de cas (21,34). Au recrutement, les jeunes du groupe de gestion intensive de cas présentaient des symptômes plus importants et avaient plus de chances de représenter un risque pour eux ou elles-mêmes (34). À 6 mois, tous les groupes ont connu des améliorations, quoiqu'aucune différence entre les groupes n'a été rapportée pour le fonctionnement de l'enfant ou de la famille ou pour la différence de traitement (21,34). Cette étude rapporte de petites améliorations des comportements au suivi à court terme et une meilleure amélioration pour l'estime de soi au suivi de 6 mois en faveur de la gestion intensive de cas (21,34). La majorité des jeunes (plus de 80%) de l'étude ont été maintenus dans leur communauté (34).

- *Efficacité organisationnelle*

Dans leur première année suivant le début dans le programme Youth-ACT, la clientèle adolescente et jeune adulte a requis un taux d'admission en unité psychiatrique similaire à celui du groupe témoin, toutefois, la durée des séjours était plus courte (39).

Comparativement à un programme de préservation de la famille, la gestion intensive de cas n'a démontré aucune différence pour le nombre de jours en placement selon une étude (21).

- *Limites des études*

Une revue systématique (5 études) indique qu'aucune preuve scientifique provenant d'essais contrôlés randomisés (ECR) a été identifiée pour comparer l'efficacité de la gestion intensive de cas à l'hospitalisation psychiatrique(21).

Annexe XIV. Préservation de la famille (Homebuilders)

Dans cette recension des écrits, les exemples de programmes pour le modèle de préservation de la famille (21,34) testés auprès d'une clientèle adolescente (5 à 17 ans) nécessitant une hospitalisation psychiatrique se basent sur le modèle de programme américain Homebuilders. L'objectif primaire est la prévention du placement pour des jeunes à risque.

- *Description du programme*

Le modèle original Homebuilders (21) mise sur l'identification des besoins individuels et familiaux pour les aspects psychosociaux, culturels, communautaires et de bien-être. Normalement, le programme a une durée entre 6 à 12 semaines. Une adaptation intensive du programme, connue sous le nom HomeBuilders Crisis Intervention (HBCI), a été développée à New York aux États-Unis pour la prévention de l'hospitalisation, dont la durée de 4 à 6 semaines. Les composantes du programme incluent l'établissement de relations, le recadrage des problèmes, la gestion de la colère, la communication, le choix d'objectifs de traitements et la thérapie cognitivo-comportementale.

Les services sont offerts en fonction des différents besoins individuels et familiaux et peuvent inclure des groupes de soutien par les pairs, des programmes de traitements de jours, de l'aide alimentaire, pour le logement ou autre service de base. Dans certains cas, le programme autorise des placements de courte durée (3 jours) pour offrir du répit.

Le travail des thérapeutes du programme comprend des sessions (contact) pour suivre le progrès avec les membres de la famille et de la collaboration intersectorielle. Un ou une pédopsychiatre supervise les thérapeutes et fournit de la consultation et des références vers les services. Du personnel avec une grande expérience du domaine des soins infirmiers et du domaine du travail social peut aussi contribuer aux traitements. De l'intervention de crise est accessible 24h par jour.

- *Efficacité clinique*

Un seul essai contrôlé randomisé a été réalisé sur l'efficacité du programme Homebuilders et de son variant d'intervention de crise HCBI comparativement à la gestion intensive de cas auprès d'une cliente adolescente avec des troubles émotionnels et du comportement en situation de crise qui requiert une hospitalisation (21). Au congé, entre 4 à 6 semaines suivant le recrutement, le programme HBCI montrait une petite différence significative en sa faveur pour la cohésion familiale et les comportements prosociaux favorisant l'adaptabilité (21). Lors du suivi à 6 mois, l'ensemble des jeunes des trois groupes ont montré une amélioration (34) sans qu'aucune différence significative pour le fonctionnement des jeunes et de leurs familles (34). Une revue systématique soulève que les petites différences entre les groupes sont difficiles à interpréter, car le groupe de gestion intensive de cas présentait des jeunes avec des symptômes plus importants ainsi qu'une plus probabilité significativement plus grande de représenter un danger pour soi (34). De plus, la même revue systématique soutient que les améliorations observées étaient plus faibles que celles décrites dans les études précédentes (34).

- *Efficacité organisationnelle*

Un ECR soutient que le programme HBCI et le programme original Homebuilders ont montré une efficacité similaire à la gestion intensive de cas pour le nombre de jours en placement pour la clientèle avec des troubles émotionnels et du comportement en crise requérant une hospitalisation (21,34).

- *Implication et satisfaction des jeunes et des familles*

Aucune donnée sur l'implication ou la satisfaction n'est rapportée dans les revues systématiques incluses dans la recension (21,34).

- *Limites des études*

Les résultats recensés pour les programmes de préservation de la famille reposent sur une seule étude randomisée dont des différences dans l'intensité des symptômes sont rapportées pour l'une des conditions. Une revue rapporte que le modèle HBCI n'a pas fait l'objet de publications supplémentaires (34).

Encadré 2 Points saillants

Une seule étude a été repérée pour l'efficacité du modèle de préservation de la famille auprès des jeunes avec des troubles émotionnels et du comportement en situation de crise psychopathologique.

- Aucune donnée randomisée pour comparer son efficacité à l'hospitalisation n'a été repérée
- L'étude suggère que l'adaptation du modèle Homebuilders à l'intervention de crise (HBCI) a une efficacité similaire à celle d'un programme de gestion intensive de cas.

Annexe XV. Programme de traitement intensif à domicile (STID)

Il s'agit du modèle le plus hétéroclite. En effet, une revue systématique considère même que l'hétérogénéité entre les programmes de traitement intensif à domicile (TID) représente davantage un modèle de livraison des soins qu'un modèle de soins alternatifs à l'hospitalisation (34).

Deux revues systématiques(21,34) et cinq études primaires (43,45,46,49,50) rapportent des résultats d'efficacité ou des caractéristiques d'implantation d'exemples de traitements intensifs à domicile pour les jeunes avec des troubles de santé mentale. À partir des résultats de leur revue systématique précédemment publiée, Zechmeister-Koss *et al.* ont identifié 6 modèles de traitements à domicile qui ont servi à identifier les enjeux d'implantation pour les TID en Autriche (49). Parmi l'ensemble des études incluses, trois modèles de TID sont rapportés pour l'Allemagne, soit les modèles Mannheimer, StäB et HOT-BITS (BeZuHG) (46,49), deux modèles canadiens (34,45,49) et un modèle néerlandais (49,50).

- Description des programmes

Parmi les exemples recensés, on trouve un essai pilote pour un modèle d'hospitalisation à domicile réalisé en Suisse afin de remplacer l'hospitalisation en unité psychiatrique (43). Au contraire, plusieurs modèles intègrent ou acceptent une hospitalisation courte en complément ou avant le traitement intensif à domicile (21,45,46,49,50). En effet, leur objectif est bien souvent la prévention de l'hospitalisation ou le relais (transition) au congé d'une hospitalisation. Le modèle albertain Acute At Home cible particulièrement les jeunes qui se présentent aux urgences, qui ont besoin d'une réponse immédiate, mais qui ne nécessitent pas une hospitalisation (45). Plusieurs offrent une couverture en intervention de crise ou l'accès à un médecin de garde 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 en dehors des heures régulières du programme (43,46,49).

Malgré la grande hétérogénéité, on trouve quelques éléments récurrents entre les différents programmes existants (21,49) :

- Volonté de répondre aux difficultés dans l'**environnement psychosocial** et soulager les **symptômes psychiatriques** (21) en développant des objectifs de traitements pour les jeunes et les familles;
- Combinaison d'approches de **résolution de problèmes et centrée sur les jeunes et leurs familles**, notamment grâce à des thérapies individuelles pour les jeunes et leurs familles, mais aussi des thérapies familiales, de soutien et d'éducation sociale (21,43,45,46,49,50);
- Traitements par des **équipes multidisciplinaires** expérimentées auprès des jeunes avec des troubles mentaux et composées bien souvent de pédopsychiatres, de psychologues, de personnel en soins infirmiers, de pédagogues et de personnel administratif (21,43,45,46,49,50);
- **Collaboration et coordination** avec les services en santé mentale jeunesse, en particulier pour les services hospitaliers et dans certains cas, avec les écoles et les services de la protection de la jeunesse (45,49). Toutefois, les références, soit la porte d'entrée utilisée, pour les programmes intensifs à domicile, diffèrent grandement entre les modèles (49).

- **Critères d'éligibilité** pour les jeunes et leurs familles :
 - a. Lieu de résidence à proximité d'une clinique, soit à un maximum de 30 à 60 minutes en voiture (49);
 - b. Contexte de vie en milieu de type familial, non institutionnel (49) ;
 - c. Ayant au moins un répondant ou une répondante qui veut s'engager dans le traitement (21,49);
 - d. Un quotient intellectuel supérieur à 70 est utilisé comme critère d'inclusion pour quelques exemples de programmes en Europe (46,50).

La durée cible ou réelle des programmes varie grandement (21), mais plusieurs études rapportent des durées de 3 à 6 mois (21,43,46).

Une description détaillée de différents exemples de STID est disponible ci-dessous sous forme de tableau et présente les informations suivantes par modèle de STID : la clientèle, l'approche, les interventions, la durée, la composition de l'équipe, l'intensité et la charge de travail des équipes.

Tableau XI. Description des différents modèles d'organisation des traitements intensifs à domicile

Modèle et clientèle	Approche et objectifs	Intervention et durée	Composition de l'équipe	Intensité	Charge de travail des intervenant(e)s
Acute at home, Canada (45) Jeunes de 5 à 17 ans en crise qui se présentent aux urgences (Alternative à l'hospitalisation suite à une visite à l'urgence)	Approches d'intervention de crise, de résolution de problèmes et centrée sur les jeunes et leurs familles pour aider la famille et le jeune à gérer les problèmes de santé mentale à la maison et à l'intérieur de leur communauté plutôt qu'en milieu hospitalier (soutien clinique, psychiatrique et gestion de cas)	Intervention de stabilisation intensive à domicile et transfert vers les services ambulatoires: - Soutien en santé émotionnelle ou mentale - Intervention de crise - Thérapies individuelles et familiales - Thérapie brève, intervention et résolution de problèmes - Éducation et information sur la santé et le bien-être - Orientation vers d'autres services au besoin	Équipe interdisciplinaire élargie : - Thérapeutes familiaux - Infirmier(ère)s - Clinicien (ne)s en santé mentale - Ergothérapeutes - Personnel administratif - Superviseur(e) clinique - Gestionnaire de cas - Personnel des services ambulatoires	Fréquence augmentée des visites à domicile et/ou des consultations au téléphone	Non précisée
Modèle canadien (34,49) Jeunes avec des troubles émotionnels ou du comportement	Traitements intensifs à domicile disponibles pour tous les jeunes référés pour des traitements résidentiels Approche centrée sur les jeunes et leurs familles	Coordination et coopération avec les centres de traitements résidentiels, l'intervention de crise et la gestion de cas - Plan individuel basé sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la psychoéducation et la résolution de problèmes	- Clinicien (ne)s en santé mentale, - Professionnel(le)s en santé mentale - Assistant(e)s de recherche - Personnel en travail social	Non précisée	Non précisée
AT_HOME, Suisse (43)	Hospitalisation à domicile (Remplacement des	Durée maximale: 3 à 4 mois	- Médecins - Psychologues clinicien(ne)s	Au moins 1 visite par jour	Capacité du programme:

Modèle et clientèle	Approche et objectifs	Intervention et durée	Composition de l'équipe	Intensité	Charge de travail des intervenant(e)s
Jeunes de 6 à 17 ans avec troubles mentaux sévères ayant un besoin d'hospitalisation, excluant les situations sévères en protection de la jeunesse au domicile, de danger pour soi ou pour autrui qui requiert une prise en charge immédiate	hospitalisations par des soins à domicile exclusivement) Se concentre sur les interactions patient(e) dans leur environnement: réduction des symptômes et amélioration du fonctionnement des jeunes et du système	Soutien par des professionnel(le)s en santé mentale et thérapies spécialisées multimodales, dont les traitements sont composés de : - Psychothérapies individuelles pour les jeunes (2x semaine) et pour les parents ou répondant(e)s (1x semaine) - Éducation sociale et thérapie de soutien (habilitation, formation en compétences sociales, développement de compétences, etc.) (2 à 3 x semaine)	- Éducateur(trice)s en services sociaux - Infirmier(ère)s spécialisé(e)s	(60 à 120 min, plusieurs fois par jour au besoin) Contact pour les urgences 24 h/24, 7 j/7	maximum de 10 familles traitées à la fois
HOT-BITS (BeZuHG), Allemagne (46,49) Clientèle de 5 à 17 ans avec un diagnostic d'admission en psychiatrie et qui vit en milieu familial	Hospitalisation courte suivi du programme à domicile pour une Procédure normalisée Plan de traitement individualisé, discuté avec la famille	Hospitalisation réduite et programme HOT-BITS de 12 semaines Éléments principaux du programme: - Évaluation complète - Création de l'alliance thérapeutique tôt avant le congé de l'unité d'hospitalisation - Plan de traitement individualisé discuté avec la famille comprenant de la gestion de cas, de la thérapie individuelle, de la psychoéducation et/ou pharmacothérapie - Révision bi-hebdomadaire du plan de traitement par le ou la pédopsychiatre - Gestion de crise par l'équipe ou par les médecins de garde	Équipe de programme (5j / 10h) - Infirmier(ère)s - 1 psychologue - 1 pédopsychiatre - Personnel éducatif - Ergothérapeute Coopération avec services sociaux, écoles et médecin de famille	Intervention de crise 5j/10h par l'équipe de programme et médecin de garde 24 h/24, 7 j/7	Non précisée
Modèle néerlandais (50)	Combinaison de traitement intensif à	Traitement intensif à domicile avec possible admission courte (moins de 2	- Pédopsychiatre(s) - Psychologue(s)	Non précisé	Non précisé

Modèle et clientèle	Approche et objectifs	Intervention et durée	Composition de l'équipe	Intensité	Charge de travail des intervenant(e)s
Jeunes de 11 à 18 ans avec des symptômes psychiatriques sévères (dépression sévère, refus de s'alimenter, trouble obsessionnel compulsif incapacitant, souvent accompagné de refus scolaires)	domicile avec des soins de haute intensité en unité psychiatrique Approche de résolution de problèmes, centrée sur les jeunes et leurs familles pour améliorer leur relation, la réintégration à l'école, au travail et dans les activités (passe-temps), réduire les comportements autodestructeurs et augmenter la motivation des jeunes pour la thérapie.	semaines) en unité psychiatrique (6 lits, 24 h/24, 7 j/7) avant ou pendant le programme - Thérapies de résolution de problèmes - Thérapie familiale d'attachement - Interventions individuelles (méditation, thérapie cognitivo-comportementale, etc.) - Évaluation mensuelle des jeunes et de leurs familles par des psychiatres et des psychologues - Au besoin, pharmacothérapie et thérapies psychologiques	- Infirmier(ère)s praticien(ne)s		

- *Efficacité clinique*

Comparaison à l'hospitalisation

Une revue systématique(21) incluant 2 ECR (Allemagne, États-Unis) qui comparent des programmes intensifs à domicile avec l'hospitalisation conclut qu'il n'y a aucune différence avec l'hospitalisation. Dans l'une de ces études, les jeunes avaient été hospitalisés entre 1 à 3 semaines en hôpital psychiatrique avant le début du programme à domicile d'une durée de 6 mois. Une de ces deux études ne démontre aucune différence statistiquement entre les groupes expérimentaux et témoins pour les symptômes identifiés ou l'adaptation à l'école ou au travail lors du suivi à 2 et 5 ans.

Parmi les études portant sur les programmes de congé précoce, deux ECR européens comptabilisant 206 jeunes ont comparé l'efficacité d'un STID après une courte hospitalisation psychiatrique à l'hospitalisation usuelle (traitement usuel). L'étude allemande montre des résultats comparables à la complétion de l'essai et au suivi de 8 mois entre le groupe STID et le groupe hospitalisé avec une augmentation du fonctionnement psychosocial et une réduction du niveau de déficience (impairment) (20,46). Les résultats du suivi à long terme montrent que les effets stables et durables pour le programme STID au suivi de 4 ans, notamment avec un niveau plus important de compétences acquises dans le milieu de vie que le groupe hospitalisé uniquement (46). L'étude britannique, quant à elle, montre aussi des résultats comparables 6 mois après le recrutement pour la majorité des mesures cliniques observées¹⁷ et une probabilité réduite d'épisodes répétés d'automutilation pour le groupe STID (48). Un modèle similaire a aussi fait l'objet d'une étude longitudinale sans groupe de contrôle aux Pays-Bas à la différence que l'hospitalisation courte, de moins de 2 semaines, est intégrée au besoin au traitement pendant la participation des jeunes au programme STID (50). Sur une période de 4 mois, une réduction de plus de 50 % des symptômes cliniques, incluant une diminution du risque d'hospitalisation, est observée.

Un essai pilote a été réalisé en Suisse pour vérifier la possibilité d'offrir l'hospitalisation à domicile, par le programme AT_HOME, en remplacement l'hospitalisation traditionnelle en psychiatrie. Testé auprès de 133 jeunes, l'essai montre un effet de traitement comparable entre les deux groupes (43). Le groupe de recherche conclut qu'une validation avec un essai randomisé et un suivi à long terme est nécessaire pour généraliser les résultats.

Comparaison à des programmes résidentiels

En Ontario, les données d'une évaluation des effets des traitements intensifs à domicile et un programme résidentiel de thérapie brève de résolution de problèmes (5 jours par semaine) en contexte réel et d'un essai randomisé subséquent suggèrent une amélioration des symptômes des jeunes avec des besoins élevés ou très élevés en santé mentale (34). L'essai montre une amélioration considérable et comparable pour les mesures d'internalisation, d'externalisation et les compétences sociales au congé après 3 mois et au suivi d'un an (34).

- *Efficacité organisationnelle*

Comparaison à l'hospitalisation

Les modèles de STID, qui intègrent ou acceptent une hospitalisation en unité psychiatrique avant ou pendant le programme, montrent une réduction de la fréquence ou de la durée d'hospitalisation(46,48,50). En Alberta, une étude récente (45) évalue les effets du programme Acute At Home sur l'utilisation des urgences et les admissions en unité psychiatrique pour des jeunes de 5 à 17 ans qui sont référés par les services d'urgence, au congé d'un programme de jour ou d'une unité d'hospitalisation en santé mentale. Les références étaient principalement justifiées par des comportements dangereux ou les pensées

¹⁷ Les mesures observées comprennent l'automutilation, le fonctionnement global, la sévérité des symptômes psychiatriques, les habiletés de lecture et en mathématiques, le poids et la grandeur, l'utilisation de la psychothérapie et la médication.

d'automutilation. Comparativement aux traitements usuels, le groupe Acute At Home a montré une réduction des réadmissions et des durées de séjour dans les services d'urgence ou planifiés.

Pour le modèle AT_Home, l'essai montre une réduction de la durée de traitement du groupe d'hospitalisation à domicile (83 jours) comparativement à celle du groupe hospitalisé en unité psychiatrique (100 jours) (43).

- *Implication et satisfaction des jeunes et des familles*

Des stratégies de thérapie familiale et des techniques d'intervention de crise sont utilisées pour évaluer les jeunes dans leur contexte familial et pour élaborer les objectifs thérapeutiques individuels et familiaux. Les parents sont mis à contribution pour soutenir l'acquisition de nouvelles façons de fonctionner pour leur enfant et ainsi retourner à l'école ou au travail (21).

Une étude ne démontre aucune différence quant à la satisfaction des parents entre le traitement intensif à domicile et l'hospitalisation en unité psychiatrique (20). Une autre étude, celle du modèle HOT-BITS, montre qu'approximativement deux fois plus de parents (70% des parents) ont été satisfaits du traitement reçu au sein du groupe ayant utilisé le STID au congé d'une courte hospitalisation comparativement au groupe témoin qui a été hospitalisé seulement (46). D'ailleurs, 43% du groupe HOT-BITS affirment lors du suivi de 4 ans que les éléments les plus efficaces ont été l'aide professionnelle intensive et les conseils à la maison.

Pour le modèle AT_Home (Suisse), l'essai ne montre aucune différence significative pour la satisfaction des parents entre le groupe d'hospitalisation à domicile et le groupe en unité psychiatrique (43).

- *Limites des études*

L'hétérogénéité des programmes TID est probablement l'une des principales limites. À cela s'ajoute, les échantillons de petite taille pour plusieurs études, ce qui limite les possibilités pour détecter des différences (43) ainsi que les descriptions incomplètes des services, notamment pour l'intensité.

Plusieurs études excluent des jeunes selon leur localisation géographique (distance du centre traitant) ou ne tiennent pas compte de groupes de jeunes particulièrement vulnérables comme ceux en situation sévère de la protection de la jeunesse au domicile (43,46,49).

Tableau XII. Expérience de la crise selon les perspectives des jeunes

Sous-thème	Description (n= nombre de personnes ayant mentionné ce point sur un total de 7)
Suivi antérieur à la crise	- Rencontre avec l'intervenant(e) en milieu scolaire (n=3) - Suivi individuel par un(e) psychologue (n=3) - Plusieurs visites aux urgences (n=2) - Plusieurs hospitalisations dans l'année (n=1) - Aucun suivi antérieur ou ne le sait pas (n=2) - Suivi familial par un(e) psychologue (n=1)
Accès aux services spécialisés	Visites aux urgences (n=7) - À la recommandation de professionnel(le)s de la santé (n=2), d'intervenant(e)s de l'école (n=2) - En raison des délais d'attente pour accéder aux services après une demande au médecin de famille (n=2)
Impression des services en milieu hospitalier (Réaction émotionnelle aux services)	Aspects positifs - Fais du bien d'être dans un environnement tranquille (n=3), sans la pression extérieure (n=1 des 3) - Approche appréciée des intervenant(e)s (n=4) - Point fort : présence des intervenant(e)s en tout temps (n=5) Aspects négatifs - Sentiment d'être enfermé et de ne pas avoir le choix (n=2), désir d'avoir des options de services (n=1) - Crainte ou préoccupation de retourner dans son milieu après une longue hospitalisation (n=3) - Besoin de parler physiquement à des gens autres que des intervenant(e)s (n=2)
Réactions émotionnelles des parents	- Sous le choc, stress (n=4) - N'étaient pas au courant de la situation (n=2) - Souhait que leur jeune ne soit pas hospitalisé (n=1), que leur jeune aille mieux (n=1) - Sentiment de culpabilité (n=1)
Interventions reçues	- Outils (pour apaiser, pour exprimer ses émotions, etc.) (n=3) - Lectures et travaux thérapeutiques (n=2)

Tableau XIII. Identification des besoins en situation de crise selon le point de vue des jeunes

Besoin	Description (n= Nombre de personnes ayant mentionné ce point sur un total de 7)
Des jeunes	- Besoin d'être en sécurité (n=4), d'aide (n=4), d'écoute (n=3), d'être entouré (manque ressenti de soutien familial, n=2), de sortir de sa routine et de la maison (n=1) - Disponibilité des intervenant(e)s en tout temps ou d'être accompagné 24 h/24, 7 j/7 (n=4) - En cas d'hospitalisation : • Être préparé au retour à domicile ou au travail, la peur de sortir, de se sentir en sécurité à sa sortie(n=3) • Ne pas dépendre de l'hôpital par la suite (n=2)
Des familles (selon les jeunes)	- Besoin de savoir quoi faire et comment réagir (n=2), de parler à un(e) intervenant(e) (n=1), d'apprendre à mieux comprendre leur jeune (n=1) - Besoin de parler avec leur jeune (n=2)

Tableau XIV. Opinions sur l'offre du programme intensif en contexte de vie

PICV	Description (n= nombre de personnes ayant mentionné ce point sur un total de 7)
Intérêt pour ce type de service	- Oui, aurait préféré cette option (n=3) - Non (n=3), mais accepterait de participer après quelques jours d'hospitalisation (n=2 de 3)
Avantages	- Mieux dans son milieu de vie (dormir à la maison, être dans ses affaires) (n=4) - Sentiment d'être plus libre (n=2) - Moins de déplacement (n=2) - Être avec sa famille ou ses ami(e)s (n=2) - Implication de la famille (n=1) - Plus facile de partager des choses sur sa personne (n=1)
Inconvénients	- Intervenat(e)s ne sont pas toujours là (n=4), ce qui réduit le sentiment de sécurité (n=2) - Interventions par téléphone non suffisantes (n=1) - Maison (environnement trop confortable), difficile pour la motivation (n=1) - Possibilité que les parents écoutent ou entendent les conversations avec l'intervenant(e) ou la psychologue (n=1)
Caractéristiques souhaitées	- Disponibilité des intervenant(e)s en dehors des heures normales de jour (n=3) - Suivi plusieurs fois par semaine (n=2) - Communiquer avec une personne (en parlant de l'équipe d'intervention) que l'on connaît déjà (n=1) - En présentiel, pas que par téléphone (n=1) - Possibilité de revenir à l'hôpital à certains moments (répit des sources de stress, de ce qui se passe à la maison, au travail ou à l'école) (n=1)

Annexe XVII. Synthèse des données recueillies à partir des portraits de la santé des jeunes en Estrie produits par l'INESSS et l'IUPLSSS

Tableau XV. Répartition démographique des jeunes dans les réseaux locaux de services et leur utilisation des services pour des raisons de troubles de santé mentale pour l'année 2019-2020

	Jeunes 0-21 ans		Jeunes 12-17 ans		Jeunes 12-21 ans					
Utilisation des services	Nombre	% du RTS	Nombre	% du RTS	Nombre	% du RTS	Nombre total des visites aux urgences	Nombre de jeunes ayant reçu des services aux urgences	Nombre de jeunes ayant revisité les urgences	Nombre d'admissions (jeunes) suivant une visite aux urgences
Haute-Yamaska	21303	19%	5704	20%	9322	19%	258	190	39	19
Pommerai	14507	13%	3862	13%	6200	12%	144	113	24	11
Des Sources	2848	3%	787	3%	1238	2%	65	45	10	2
Memphrémagog	8906	8%	2455	8%	3975	8%	121	85	27	6
Coaticook	3619	3%	1010	3%	1625	3%	47	36	4	1
Sherbrooke	41132	37%	10187	35%	19500	39%	450	332	68	36
Val Saint-François	7868	7%	1999	7%	3142	6%	51	37	0,11	6
Haut Saint-François	6877	6%	1801	6%	2811	6%	48	42	4	2
du Granit	4595	4%	1304	4%	2025	4%	77	57	12	5
RTS de l'Estrie (total)	111 655	100%	29 109	100%	49 838	100%	1261	937	199	88

Note : RLS : Réseau local de services; RTS : Réseau territorial de l'Estrie.

Source : Portraits de la santé de jeunes en Estrie, INESSS et IUPLSSS, 2022

Tableau XVI. Taux d'utilisation des services par réseau local de services pour l'année 2019-2020

RLS	Jeunes 0- 21 ans	Jeunes 12-21 ans			
	% ayant utilisé des services du programme SMJ-mission CLSC	% de jeunes différent(e)s ayant reçu des services aux urgences	% jeunes différent(e)s ayant revisité les urgences dans l'année	Moyenne des visites urgences	% jeunes différent(e)s admi(e)s à l'hôpital suivant une visite aux urgences
Haute-Yamaska	24	20,4	20,5	1,4	10
Pommerai	28,7	18,2	21,2	1,3	9,7
Des Sources	23,9	36,3	22,2	1,4	4,4
Memphrémagog	23,5	21,4	31,8	1,4	7,1
Coaticook	21,3	22,2	11,1	1,3	2,8
Sherbrooke	12,1	17	20,5	1,4	10,8
Val Saint-François	12,5	11,8	29,7	1,4	16,2
Haut Saint-François	18,6	14,9	9,5	1,1	4,8
Du Granit	13,1	28,1	21,1	1,4	8,8
RTS de l'Estrie (moyenne)	18,5	18,8	21,2	1,3	9,4

RLS : Réseau local de services; RTS : Réseau territorial de l'Estrie, % : taux pour mille.

Note : Le gradient colorimétrique varie selon le pourcentage (%) où le vert représente les taux les plus bas et le rouge représente les taux les plus élevés.

Source des données: Portraits de la santé des jeunes en Estrie, INESSS et IUPSSS, 2022.

Tableau XVII. Profil épidémiologique pour la santé mentale des jeunes en Estrie pour l'année 2019-2020

Utilisation des services par RSL	Jeunes 0-21 ans							
	Démographie		Trouble de santé mentale majeur†			Autre trouble de santé mentale ‡		
	Nombre	% du RTS	Nombre	‰ jeunes	% (nombre du RLS/ nombre total au RTS)	Nombre	‰	% RLS/ RTS
Haute-Yamaska	21303	19%	85	4	11%	2664	125,1	22%
Pommeraie	14507	13%	54	3,7	7%	1535	105,8	13%
Des Sources	2848	3%	15	5,3	2%	338	118,7	3%
Memphrémagog	8906	8%	60	6,7	8%	1086	119,59	9%
Coaticook	3619	3%	18	5	2%	386	106,7	3%
Sherbrooke	41132	37%	416	10,1	55%	4090	99,4	34%
Val Saint-François	7868	7%	49	6,2	6%	802	101,9	7%
Haut Saint-François	6877	6%	37	5,4	5%	680	98,9	6%
Du Granit	4595	4%	22	4,8	3%	378	88,3	3%
RTS de l'Estrie (total)	111 655	100%	756	6,8	100%	11 959	107,1	100%

RLS : Réseau local de services; RTS : Réseau territorial de l'Estrie, ‰ : taux pour mille.

† (p. ex. : trouble délirant [comprenant schizophrénie], trouble de l'alimentation, autre trouble mental majeur [comprenant trouble bipolaire])

‡ (p. ex. : trouble de la personnalité limite, toxicomanie ou dépendance à l'alcool, aux médicaments ou aux drogues, trouble émotionnel ou comportemental de l'enfance ou de l'adolescence)

Note sur la méthodologie pour les portraits : La méthodologie *Grouper* permet de classer 226 affections en 164 branches en fonction de la complexité des cas, puis en 16 catégories regroupant des affections similaires (ICIS, 2020). Une personne est classée dans une seule branche et une seule catégorie.

Source: Portraits sur la santé des jeunes en Estrie, INESSS et IUPLSSS, 2022

Urgences de l'Hôpital de Granby et à l'Hôpital Fleurimont

Tableau XVIII. Dénombrement des visites à l'urgence pour des raisons de santé mentale en fonction de la raison de visite pour la clientèle de 13 à 17 ans entre 2018 et 2023

Raison de la visite	Fleurimont				Granby				Total			
	Nombre estimé de jeunes *	Nombre de visites	Ratio visites/jeunes	% des visites totales	Nombre estimé de jeunes *	Nombre de visites	Ratio visites/jeunes	% des visites totales	Nombre estimé de jeunes *	Nombre de visites	Ratio visites/jeunes	% des visites totales
Idées suicidaires	650	689	1,1	45,1	343	295	1,2	47,5	993	984	1,0	43,8
Anxiété / Crise situationnelle	264	278	1,1	18,2	152	137	1,1	21,1	416	415	1,0	18,5
Dépression ou Automutilation	169	179	1,1	11,7	57	56	1,0	7,9	226	235	1,0	10,4
Usager de toxiques / drogues	80	82	1,0	5,4	47	47	1,0	6,5	127	129	1,0	5,7
Tentative de suicide	93	95	1,0	6,2	33	32	1,0	4,6	126	127	1,0	5,6
Comportement bizarre	44	46	1,0	3,0	14	11	1,3	1,9	58	57	1,0	2,5
Comportement violent / homicide	34	36	1,1	2,4	16	16	1,0	2,2	50	52	1,0	2,3
Altération du niveau de conscience	28	29	1,0	1,9	23	22	1,0	3,2	51	51	1,0	2,3
Hallucinations	37	39	1,1	2,6	10	10	1,0	1,4	47	49	1,0	2,2
Confusion	27	27	1,0	1,8					27	27	1,0	1,2
Anorexie	9	9	1,0	0,6	11	10	1,1	1,5	20	19	1,1	0,8
Trouble comportement chez l'enfant	7	7	1,0	0,5	3	3	1	0,4	10	10	1,0	0,4
Inquiétude quant à la sécurité du patient					8	8	1	1,1	8	8	1,0	0,4
Problème social	7	7	1,0	0,5					7	7	1,0	0,3
Total sur la période de 5 ans	1136	1527	2,0	100	594	722	1,2	100	1730	2249	1,3	100

Case grise : donnée non précisée.

Note : * Il s'agit d'une estimation, car le nombre correspond à la somme des données annuelles sur une période de 5 ans pour chaque raison de visite. Les données pour le total sur cinq ans permettent d'évaluer que 25 % (n=436) de ces jeunes ont visité les urgences différentes années.

Tableau XIX. Dénombrement par année des visites aux urgences pour des raisons de santé mentale chez les jeunes de 13 à 17 ans.

Raison visite [code] en ordre décroissant d'importance	Nombre de visites aux urgences par année														
	Fleurimont					Granby (Haute-Yamaska)					Total				
	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
Idées suicidaires	63	71	38	89	82	112	92	109	172	204	175	163	147	261	286
Anxiété / Crise situationnelle	31	33	22	35	31	59	50	51	65	53	90	83	73	100	84
Dépression ou Automutilation	13	4	12	19	9	31	27	37	35	49	44	31	49	54	58
Usage de toxiques / drogues.	9	12	11	8	7	10	28	15	10	19	19	40	26	18	26
Tentative de suicide	3	2	9	11	8	13	18	12	24	28	16	20	21	35	36
Comportement bizarre	6	2	3	1	2	10	7	5	11	13	16	9	8	12	15
Altération du niveau de conscience	12	3	4	6	1	10	3	1	7	8	22	6	5	13	9
Comportement violent / homicide	4	3	2	4	3	10	7	3	7	7	14	10	5	11	10
Hallucinations	3	0	2	3	2	5	5	9	10	10	8	5	11	13	12
Confusion	1	1	0	0	0	6	11	3	2	5	7	12	3	2	5
Anorexie	1	0	4	5	1	0	1	1	3	4	1	1	5	8	5
Inquiétude quant à la sécurité du patient	1	1	3	1	2	2	0	5	0	3	3	1	8	1	5
Problème social	1	1	1	0	0	1	3	1	1	1	2	4	2	1	1
Trouble comportement chez l'enfant	1	0	0	1	1	2	0	1	0	3	3	0	1	1	4
Total sur la période de 5 ans	149	133	111	183	149	271	252	253	347	407	420	385	364	530	556

Tableau XX. Dénombrement des diagnostics de santé mentale à l'urgence pour la clientèle de 13 à 17 ans entre 2018 et 2023

	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (1527 visites)				Hôpital de Granby (722 visites)				Total (2249 visites)			
Diagnostic à l'urgence	Nombre estimé de jeunes *	Nombre de visites	Ratio visites/ jeunes	Proportion des visites	Nombre estimé de jeunes *	Nombre de visites	Ratio visites/ jeunes	Proportion des visites	Nombre estimé de jeunes *	Nombre de visites	Ratio visites/ jeunes	Proportion des visites
Dépression, symptômes affectifs et idées suicidaires -total	1045	1118	1,1	73%	297	354	1,1	49%	1342	1472	1,1	65%
- Dépression et idées suicidaires	445	494	1,1	32%	297	354	1,1	49,0%	742	848	1,1	38%
- Autres symptômes affectifs	332	353	1,1	23%								
- Tentative suicidaire	268	271	1,0	18%								
Troubles anxieux et autres troubles -total	380	407	2,1	27%	162	173	2,13	24,0%	542	580	2,1	26%
- Trouble mental (autre), trouble d'adaptation, trouble panique	206	225	1,1	15%	80	82	1,025	11%	286	307	1,1	14%
- Anxiété et troubles névrotiques	174	182	1,0	12%	82	91	1,1	13%	256	273	1,1	12%
Troubles liés aux substances proactives (TLS)	224	230	1,0	15%	40	43	1,075	6%	264	273	1,0	12%
Trouble de la personnalité / Agressivité	6	9	1,5	1%	29	30	1,03	4%	35	39	1,1	2%
Trouble de conduite alimentaire	31	32	1,0	2%					31	32	1,0	1%
Trouble psychotique aigu	21	21	1	1%	6	6	1	1%	27	27	1	1%
Trouble affectif bipolaire (MAB)	5	5	1,0	0%	3	9	3,00	1,2%	8	14	1,8	1%

Case grise : information non précisée.

Note : * Il s'agit d'une estimation, car le nombre correspond à la somme des données annuelles sur une période de cinq ans pour chaque diagnostic à l'urgence. Les données pour le total sur cinq ans permettent d'évaluer que 25 % (n=436) de ces jeunes ont visité les urgences différentes années.

Tableau XXI. Distribution des diagnostics de santé mentale associés à une admission en centre hospitalier des jeunes de 13 à 17 ans à la suite d'une visite aux urgences entre 2018 et 2023

Diagnostic associé à une admission suite à une visite à l'urgence.	Hôpital Fleurimont (1527 visites)	Hôpital de Granby (722 visites)	Total de jeunes admis (422 jeunes)	Proportion des jeunes admis à la suite d'une visite à l'urgence
Dépression, symptômes affectifs et idées suicidaires (total)	343	7	350	82,9%
- Dépression et idées suicidaires	91	7	98	23,2%
- Autres symptômes affectifs	115		115	27,3%
- Tentative suicidaire	137		137	32,5%
Trouble anxieux (Anxiété, trouble mental autre, trouble d'adaptation et trouble panique)	28	1	29	6,9%
Troubles liés aux substances proactives (TLS)	21	1	22	5,2%
Trouble de conduite alimentaire	16		16	3,8%
Trouble affectif bipolaire (MAB)	3	1	4	0,9%
Trouble psychotique aigu	0	0	0	0,0%

Case grise : non précisé.

Tableau XXII. Nombre de jeunes de 13 à 17 ans réorientés à la suite d'une visite aux urgences pour des questions de santé mentale selon la raison de visites entre 2018 et 2023

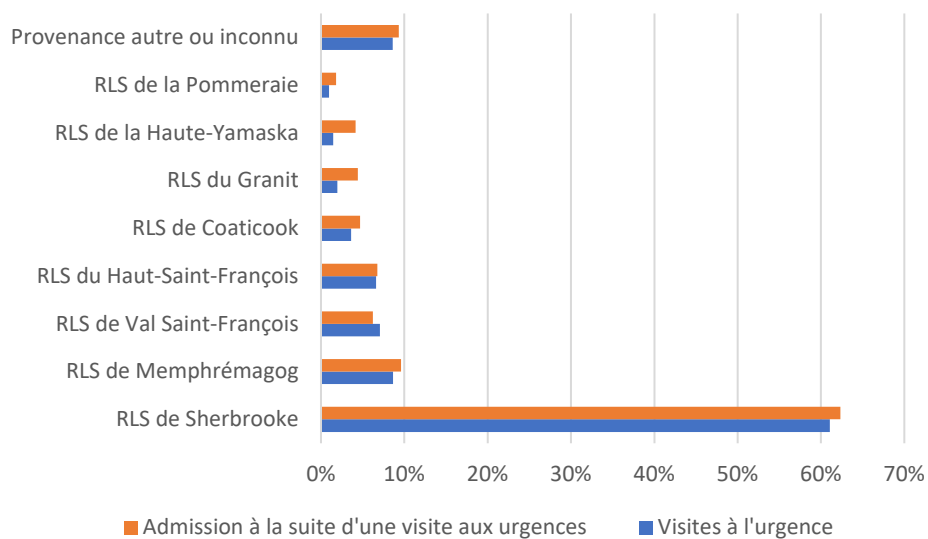
Raison de la visite	Nombre de jeunes réorientés			
	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	Hôpital de Granby	Total	% jeunes réorientés depuis l'urgence
Anxiété / Crise situationnelle	24	1	25	53%
Dépression ou Automutilation	8	5	13	28%
Idées suicidaires	1	1	2	4%
Usager de toxiques / drogues	0	2	2	4%
Tentative de suicide	1	0	1	2%
Confusion	1	0	1	2%
Anorexie	0	1	1	2%
Inquiétude quant à la sécurité du patient	0	1	1	2%
Problème social	1		1	2%
Total sur la période de 5 ans	36	11	47	100%

*Tableau XXIII. Raisons des visites aux urgences pour des questions de santé mentale associées avec un départ avant une prise en charge de la clientèle
13 à 17 ans entre 2018 et 2023*

	Hôpital Fleurimont (1527 visites)			Hôpital de Granby (722 visites)			Total		
Raison visite [code]	Nombre de départ avant pris en charge	% filles	% des départs	Nombre de départ avant pris en charge	% filles	% des départs	Départs	% filles	% des départs
Anxiété / Crise situationnelle [0601]	24	42%	31%	27	63%	44%	51	53%	36,4%
Idées suicidaires [0680]	18	61%	23%	16	75%	26%	34	68%	24,3%
Dépression ou Automutilation [0600]	14	86%	18%	3	67%	5%	17	82%	12,1%
Usager de toxiques / drogues [1300]	9	78%	12%	8	38%	13%	17	59%	12,1%
Hallucinations [0602]	4	50%	5%	3	67%	5%	7	57%	5,0%
Comportement bizarre [0606]	3	33%	4%	2	50%	3%	5	40%	3,6%
Confusion [0701]	3	33%	4%	1	100%	2%	4	50%	2,9%
Anorexie [0400]	1	100%	1%	1	0%	2%	2	50%	1,4%
Altération du niveau de conscience [0700]	1	0%	1%				1	0%	0,7%
Comportement violent / homicide [0604]			0%	1	100%	2%	1	100%	0,7%
Tentative de suicide [0681]	1	100%	1%				1	100%	0,7%
Somme des départs	78	59%	100%	62	63%	100%	140	61%	100,0%

Case grise : non précisée.

Tableau XXIV. Provenance des jeunes de 13 à 17 ans qui ont visité les urgences pour des raisons de santé mentale au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke entre 2018 et 2023



Note : RLS : Réseau local de services

Unité de pédopsychiatrie située à l'Hôpital Fleurimont

Tableau XXV. Distribution des admissions des jeunes de 13 à 17 ans à l'unité de pédopsychiatrie située à l'Hôpital Fleurimont entre 2018 et 2023 selon le type de trouble associé

Diagnostic primaire	Nombre estimé d'usager(ère)s	% filles	Nombre d'admissions	% des admissions	DMS (jours)	Commentaire
Trouble anxieux (anxiété généralisée, anxiété sociale de l'enfance, phobies sociales, trouble anxieux, trouble anxieux et dépressif mixte, autre trouble anxieux phobique ou précisé, réaction aiguë à un facteur de stress, trouble obsessionnel compulsif, trouble panique, trouble dissociatif de conversion, trouble de l'adaptation)	204	74%	214	31%	13,8	Majoritairement des troubles de l'adaptation (68%).
Trouble de l'humeur, symptômes et signes relatifs à l'humeur (Épisode maniaque, épisode dépressif, trouble affectif bipolaire, trouble dépressif récurrent, troubles de l'humeur [affectifs] persistants, autres troubles de l'humeur [affectifs], autres symptômes et signes relatifs à l'humeur)	185	76%	201	29%	14,9	Majoritairement autres troubles de l'humeur [affectifs] (52 %), autres symptômes et signes relatifs à l'humeur (20%) et épisode dépressif (16 %)
Trouble de conduite alimentaire (anorexie, boulimie, trouble de l'alimentation non précisé, autre trouble de l'alimentation)	72	93%	98	14%	31,9	Majoritairement de l'anorexie (88 %)
Troubles liés aux substances psychoactives (TLS) (Trouble de l'utilisation d'alcool, trouble de l'utilisation d'une drogue, trouble induit par l'alcool, trouble induit par une drogue, intoxication à l'alcool et intoxication à une drogue)	56	79%	60	9%	11,6	Uniquement des cas de troubles induits par une drogue ou intoxication par une drogue, pas de trouble ou d'intoxication à l'alcool
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (troubles émotionnels, troubles du comportement, troubles du fonctionnement social, troubles hyperkinétiques et troubles des conduites, tics)	34	53%	35	5%	12,7	Diagnostics majoritairement trouvés: troubles émotionnels (31%) et troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (37 %)
Troubles schizophréniques et psychotiques (Psychose non organique, schizophrénie, trouble délirant, trouble psychotique aigu et transitoire, trouble schizoaffectif)	23	17%	29	4%	47,9	41 % diagnostic de psychose non organique et 31 % de trouble psychotique aigu et transitoire
Autres diagnostics primaires peu fréquents (retard mental, troubles mentaux organiques, problèmes de santé physique (plaies, syndrome néphrologique, diabète, choc anaphylactique), etc.)	26	50%	26	4%	non calculée	Tous des diagnostics avec moins de 4 cas sur la période de 5 ans
Troubles envahissants du développement (autisme infantile, autisme atypique et autres troubles envahissants du développement)	17	53%	18	3%	26	Presque exclusivement des diagnostics d'autisme
Trouble de la personnalité (Trouble de la personnalité, autres troubles spécifiques de la personnalité)	14	86%	14	2%	15,6	
Total réel sur 5 ans	528	87%	696	100%	18,1	

Note : * Il s'agit d'une estimation du nombre de jeunes à partir de la somme des nombres annuels de jeunes distincts par diagnostic. Il est donc probable que ces nombres surévaluent le nombre de jeunes distincts réels sur la période de cinq ans pour chaque diagnostic. En effet, la probabilité fréquentielle que les jeunes aient été admis sur des années différentes ou une même année pour des diagnostics différents est de **19,5 %**.

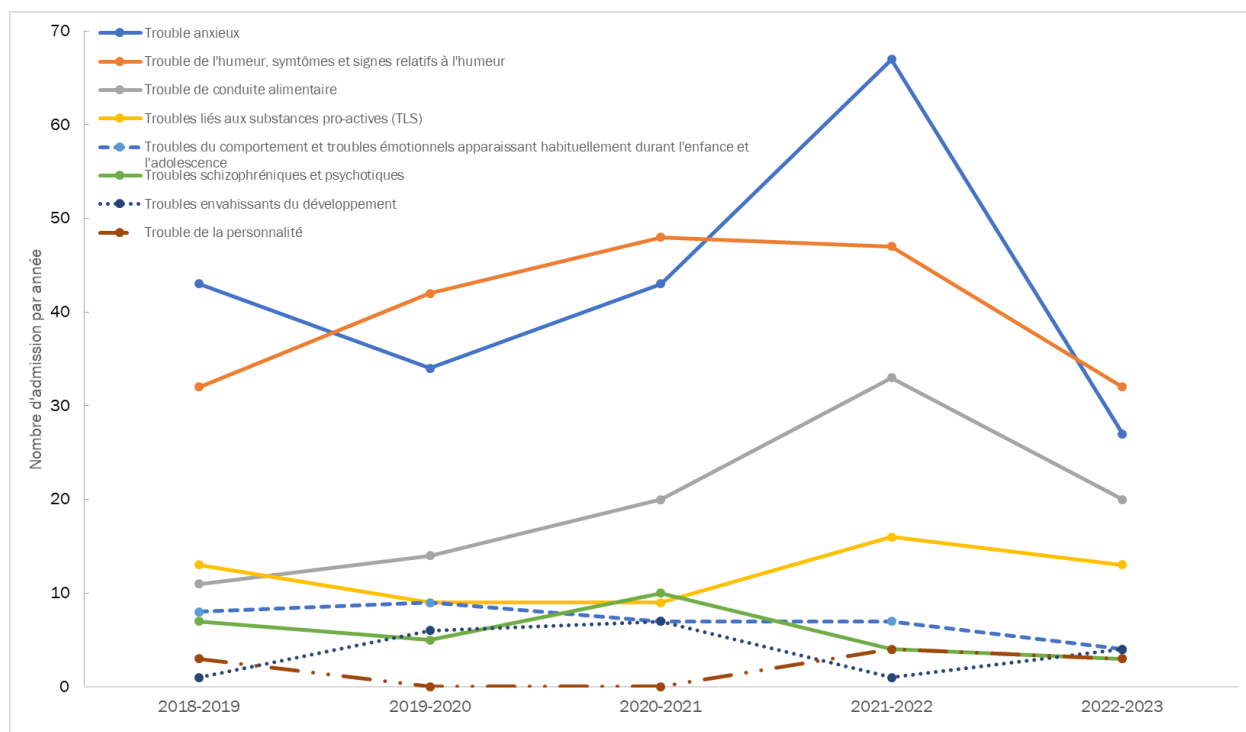


Figure VII. Évolution des admissions à l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Fleurimont pour la clientèle 13-17 ans en fonction du diagnostic primaire entre 2018 et 2023

Annexe XIX. Représentation de la trajectoire et de l'offre du PICV envisagée par le comité consultatif pour les recommandations

Différents types d'évaluations ou d'analyses sont mentionnés dans le processus de soins et de services illustré aux figures 8 et 9 (pages suivantes). Voici une description de chacune d'entre elles.

Analyse des besoins (*"pré-triage, évaluation brève"*): Après avoir reçu la demande de référencement, le mécanisme d'accès en SMJ (jour, semaine) ou l'urgence de la détresse (en dehors des heures) vérifie la correspondance entre les besoins et les critères des différents programmes et services afin de rediriger la personne vers le bon service.

Évaluation de l'admissibilité : Évaluation par un membre du PICV de la recevabilité de la demande quant aux critères d'admissibilité et s'il y a lieu, validation de la prise en charge ou réorientation vers le service adéquat. Un premier contact, téléphonique ou en personne, est parfois nécessaire pour soutenir la prise de décision.

Les spécialistes en activités cliniques, les coordonnateurs ou coordonnatrices de service, les chefs de service, les pédopsychiatres peuvent être consultés pour valider la correspondance.

Évaluation initiale : L'évaluation initiale consiste à la première évaluation suivant l'admission au PICV. Elle est menée par un professionnel ou une professionnelle de l'équipe afin de déterminer les interventions intensives requises pour apaiser le sentiment d'urgence et pour stabiliser la crise. Cette évaluation intègre notamment l'évaluation Risque-Urgence-Danger et sert à déterminer les objectifs prioritaires (1- 2 objectifs).

Évaluation complète : Une fois la situation de crise apaisée, une évaluation multidimensionnelle et systémique du ou de la jeune et de son environnement est réalisée. Elle sert à l'identification des besoins qui orienteront les prochaines interventions visant, cette fois, à habilitier les jeunes et leurs familles à répondre aux prochaines crises et à prévenir les hospitalisations.

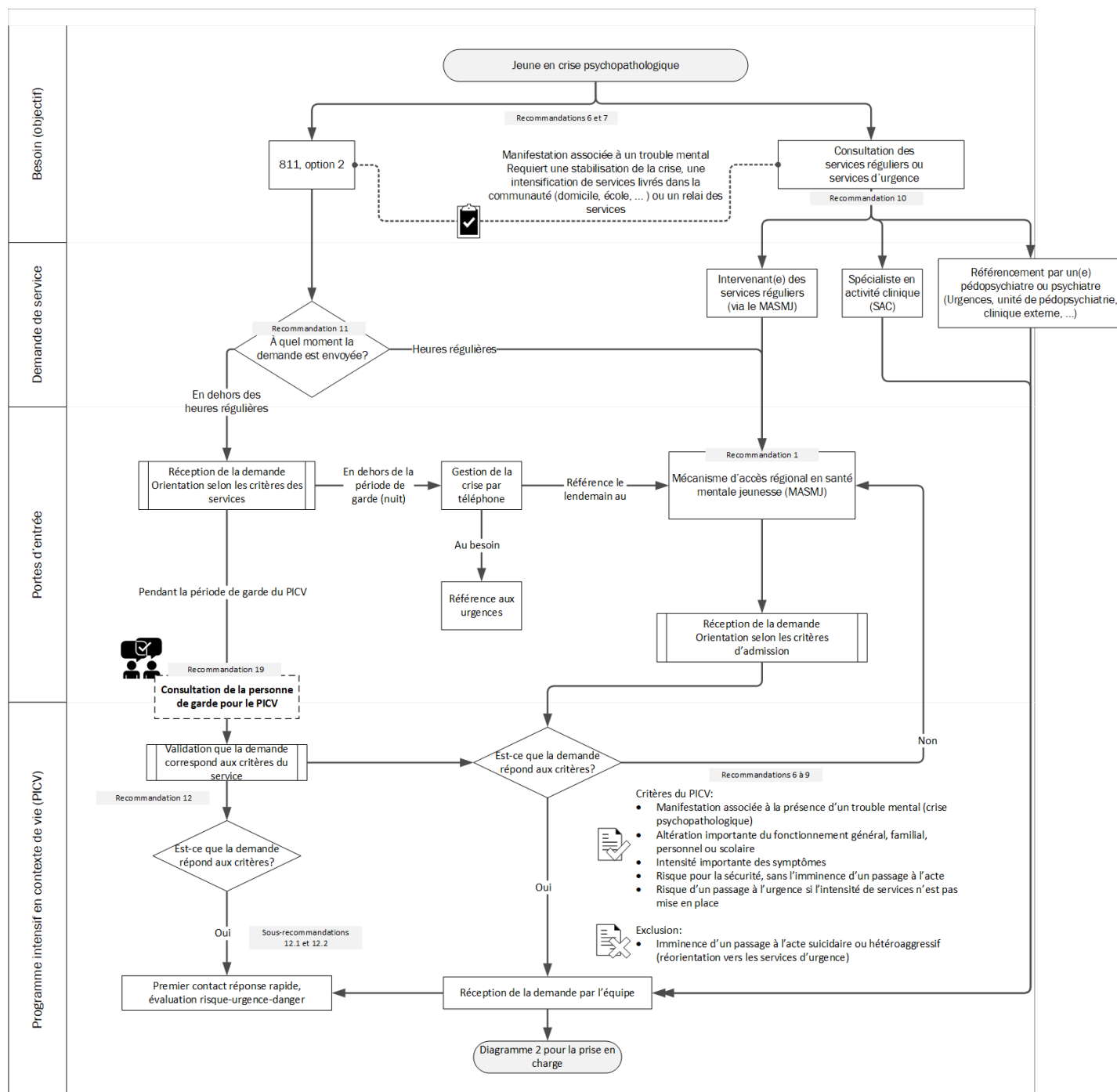


Figure VIII. Représentation simplifiée de l'accès au PICV pour la clientèle adolescente en crise psychopathologique tel qu'il est envisagé par le comité consultatif

MASMJ : Mécanisme d'accès (régional) en santé mentale jeunesse, PICV : Service intensif en contexte de vie, SMJ : Santé mentale jeunesse.

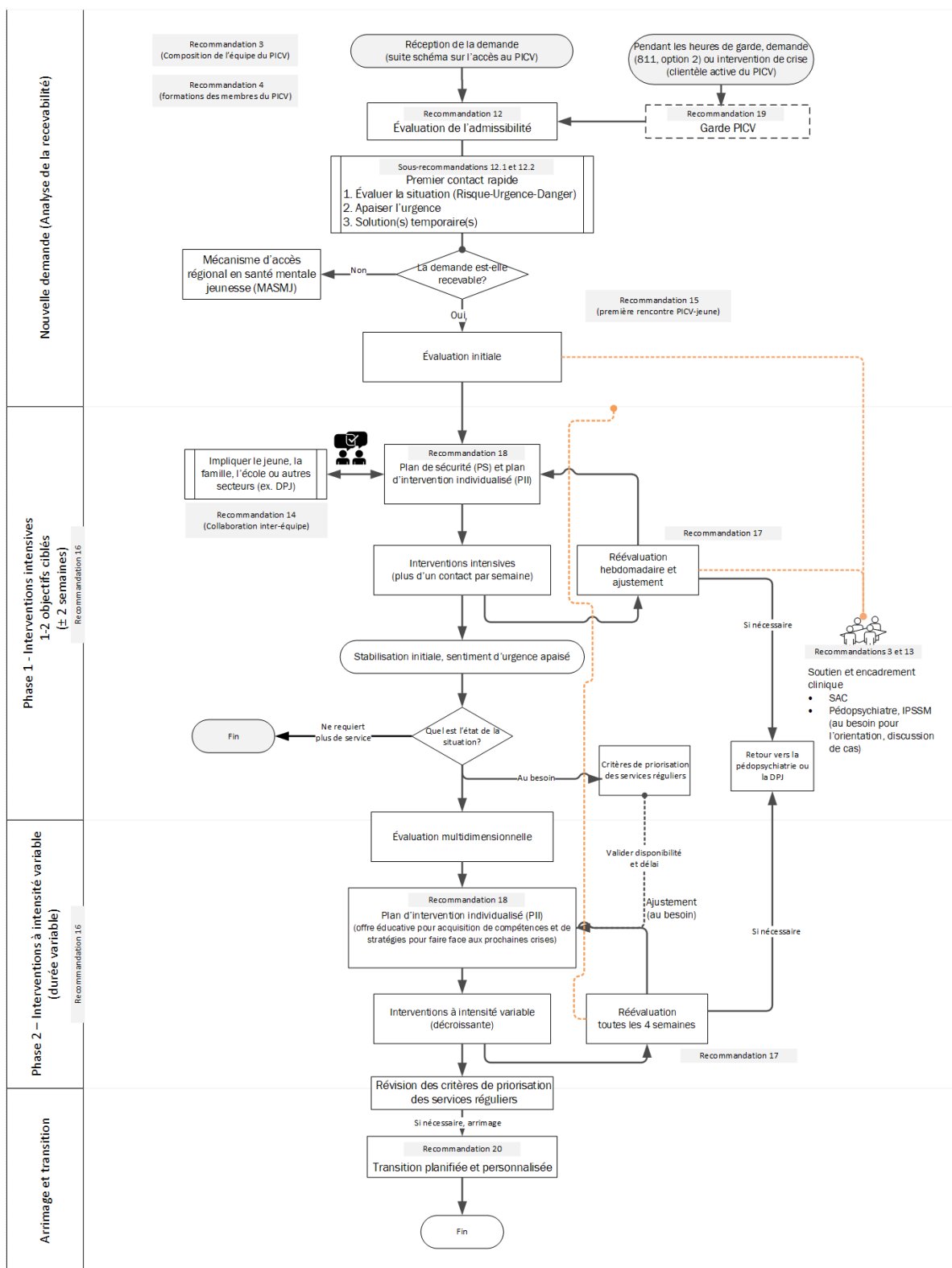


Figure IX. Représentation simplifiée de l'offre de service du PICV pour la clientèle adolescente en crise psychopathologique tel qu'il est envisagé par le comité consultatif

MASMJ : Mécanisme d'accès (régional) en santé mentale jeunesse, PICV : Service intensif en contexte de vie, SMJ : Santé mentale jeunesse.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ). PASP JEUNESSE: PLAN D'ACTION POUR LES SOINS PSYCHIATRIQUES - JEUNESSE [Internet]. 2021 [cité 20 déc. 2022]. Disponible sur: <https://ampq.org/wp-content/uploads/2021/05/guide-pasp-jeunesse-ampqmars2021.pdf>
2. Lefebvre Y. La désinstitutionnalisation de l'intervention en situation de crise : une histoire à réinventer. *Santé Ment Au Qué.* 1991;16(2):23.
3. Lecomte Y, Lefebvre Y. L'intervention en situation de crise. *Santé Ment Au Qué.* 1986;11(2):122-42.
4. Corriveau MP. Un nouveau modèle d'intervention de crise appliqué en contexte d'hébergement. sept 2014; Disponible sur: <https://zone.biblio.laurentian.ca/dspace/handle/10219/2251>
5. Séguin M. Intervention en situation de crise. 3e édition. Montréal (Québec): Chenelière éducation; 2021.
6. Brunet A, Séguin M, LeBlanc L. Intervention en situation de crise et en contexte traumatique. 2e éd. Montréal: G. Morin; 2012.
7. Santé Montréal. BESOIN D'AIDE OU SITUATION DE CRISE : CENTRES DE CRISE [Internet]. 2022 [cité 21 déc. 2022]. Disponible sur: <https://santemontreal.qc.ca/population/services/besoin-daide-ou-situation-de-crise-centres-de-crise/>
8. Paulus FW, Ohmann S, Möhler E, Plener P, Popow C. Emotional Dysregulation in Children and Adolescents With Psychiatric Disorders. A Narrative Review. *Front Psychiatry.* 25 oct. 2021;12:628252.
9. Pauzé R, Touchette L, Desautels J. Intervenir en situation de crise familiale: selon une approche écosystémique. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2017. 162 p. (Santé).
10. Ministère de la Santé des Services sociaux. S'unir pour un mieux-être collectif : plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 [Internet]. Québec; 2022. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
11. Sjolie H, Karlsson B, Kim HS. Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome - a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010;17(10):881-92.
12. Gouvernement du Québec. Gouvernement du Québec. [cité 27 févr. 2023]. Programme pour premiers épisodes psychotiques (PPEP). Disponible sur: <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/obtenir-aide-en-sante-mentale/programme-premiers-episodes-psychotiques>
13. Nouveau service Premier épisode psychotique (PEP) - CIUSSS de l'Estrie – CHUS [Internet]. 2018 [cité 27 févr. 2023]. Disponible sur: <https://www.santeestrie.qc.ca/nouvelle/nouveau-service-premier-episode-psychotique-pep>
14. Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques. Première visite du chantier du Centre mère-enfant et urgence (CMEU) [Internet]. *Journal La VIetrine.* 2022

[cité 22 févr. 2023]. Disponible sur: <https://journallavietrine.ca/premiere-visite-du-chantier-du-centre-mere-enfant-et-urgence-cmeu/>

15. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). INSPQ. [cité 25 janv. 2023]. Pandémie, santé mentale et sentiment de solitude - Résultats du 1er novembre 2022. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sondages-attitudes-comportements-quebecois/sante-mentale-nov-2022>
16. Gouvernement du Canada SC. Répercussions sur la santé mentale [Internet]. 2020 [cité 20 déc. 2022]. Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/2020004/s3-fra.htm>
17. Institut canadien d'information sur la santé. La santé mentale des enfants et des jeunes au Canada — infographie [Internet]. [cité 19 déc. 2022]. Disponible sur: <https://www.cihi.ca/fr/la-sante-mentale-des-enfants-et-des-jeunes-au-canada-infographie-0>
18. Traoré I, Julien D, Camirand H, Street MC, Flores J. Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Résultats de la deuxième édition. L'adaptation sociale et la santé mentale des jeunes [Internet]. Québec: Institut de la statistique du Québec; 2018 déc. [cité 9 janv. 2023] p. 189. Report No.: Tome 2. Disponible sur: <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2016-2017-resultats-de-la-deuxieme-edition-tome-2-ladaptation-sociale-et-la-sante-mentale-des-jeunes.pdf>
19. Shin S, Ahn S. Experience of adolescents in mental health inpatient units: A metasynthesis of qualitative evidence. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. févr 2023;30(1):8-20.
20. Kwok KHR, Yuan SNV, Ougrin D. Review: Alternatives to inpatient care for children and adolescents with mental health disorders. *Child Adolesc Ment Health*. 2016;21(1):3-10.
21. Shepperd S, Doll H, Gowers S, James A, Fazel M, Fitzpatrick R, *et al*. Alternatives to inpatient mental health care for children and young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD006410.
22. Clisu DA, Layther I, Dover D, Viner RM, Read T, Cheesman D, *et al*. Alternatives to mental health admissions for children and adolescents experiencing mental health crises: A systematic review of the literature. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2022;27(1):35-60.
23. Audet MP, Drolet M. Les services en santé mentale pour les jeunes francophones de la région d'Ottawa. *Reflets Rev D'intervention Soc Communaut*. 2014;20(2):190-200.
24. CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Équipe de suivi intensif en pédopsychiatrie. Août 2021 – non actualisé (Document interne). Document interne, août 2021.
25. Porteous NL. La construction du modèle logique de programme. In: *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Presses de l'Université de Montréal; 2009. p. 87-105. (Ridde V, Dagenais C. Paramètres).
26. Durlak JA, DuPre EP. Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *Am J Community Psychol*. juin 2008;41(3-4):327-50.

27. Stone E. Evidence-Based Medicine and Bioethics: Implications for Health Care Organizations, Clinicians, and Patients. *Perm J* [Internet]. 2018 [cité 13 mai 2022]; Disponible sur: <http://www.thepermanentejournal.org/issues/2018/fall/6877-health-care-organizations.html>
28. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochem Medica*. 15 oct 2012;22(3):276-82.
29. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, *et al*. AMSTAR II: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 21 sept 2017;j4008.
30. Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, *et al*. MIXED METHODS APPRAISAL TOOL (MMAT) VERSION 2018, User guide [Internet]. Registration of Copyright (#1148552). Canadian Intellectual Property Office, Industry Canada; [cité 7 juin 2022]. Disponible sur: http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/fetch/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf
31. Institut canadien d'information sur la santé. Méthodologie de regroupement de la population de l'ICIS 1.3 – aperçu et extraits, 2021. In 2021. Disponible sur: https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/cihi-population-grouping-methodology-v1_3-overview-outputs-manual-fr.pdf
32. Kirkland SW, Soleimani A, Newton AS. The impact of pediatric mental health care provided outpatient, primary care, community and school settings on emergency department use – a systematic review. *Child Adolesc Ment Health*. févr 2018;23(1):4-13.
33. Lahti M, Linno M, Pael J, Lenk-Adusoo M, Timonen-Kallio E. Mental Health Care Interventions in Child Welfare: Integrative Review of Evidence-Based Literature. *Issues Ment Health Nurs*. 2018;39(9):746-56.
34. Moffett S, Brotnow L, Patel A, Adnopoz J, Woolston J. Intensive home-based programs for youth with serious emotional disturbances: A comprehensive review of experimental findings. *Child Youth Serv Rev*. janv 2018;85:319-25.
35. Pane HT, White RS, Nadorff MR, Grills-Taquechel A, Stanley MA. Multisystemic therapy for child non-externalizing psychological and health problems: a preliminary review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2013;16(1):81-99.
36. Tan JX, Fajardo MLR. Efficacy of multisystemic therapy in youths aged 10-17 with severe antisocial behaviour and emotional disorders: systematic review. *Lond J Prim Care*. 2017;9(6):95-103.
37. Vijverberg R, Ferdinand R, Beekman A, van Meijel B. The effect of youth assertive community treatment: a systematic PRISMA review. *BMC Psychiatry*. déc 2017;17(1):284.
38. Vusio F, Thompson A, Birchwood M, Clarke L. Experiences and satisfaction of children, young people and their parents with alternative mental health models to inpatient settings: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(12):1621-33.

39. Woody C, Baxter A, Wright E, Gossip K, Leitch E, Whiteford H, *et al.* Review of services to inform clinical frameworks for adolescents and young adults with severe, persistent and complex mental illness. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2019;24(3):503-28.
40. Lamb CE. Alternatives to admission for children and adolescents: providing intensive mental healthcare services at home and in communities: what works? *Curr Opin Psychiatry*. juill 2009;22(4):345-50.
41. Brent DA. Effective treatments for suicidal youth: Psychosocial and pharmacological approaches. Wasserman Danuta Ed 2021 Oxf Textb Suicidol Suicide Prev 2nd Ed Pp 593-607 Xxvii 822 Pp N Y NY US Oxf Univ Press US. 2021;
42. McDougall T, Cotgrove A. Specialist mental healthcare for children and adolescents: Hospital, intensive community and home based services. *Spec Ment Healthc Child Adolesc Hosp Intensive Community Home Based Serv* [Internet]. 2014; Disponible sur: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc11&NEWS=N&AN=2014-03312-000>
43. Graf D, Lerch S, Böhnke U, Reichl C, Kindler J, Koenig J, *et al.* Treatment outcome of an intensive psychiatric home treatment for children and adolescents: a non-randomized controlled pilot evaluation. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1 déc 2021 [cité 16 déc. 2022]; Disponible sur: <https://link.springer.com/10.1007/s00787-021-01919-y>
44. Chen YL, Kraus SW, Freeman MJ, Freeman AJ. A Machine-Learning Approach to Assess Factors Associated With Hospitalization of Children and Youths in Psychiatric Crisis. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2023;appips20220201.
45. Khalfan N, Coventry C, Cawthorpe D. A New Acute-At-Home Child and Adolescent Clinical Service: Evaluation of Impact. *Psychiatry Investig*. 25 janv 2022;19(1):29-36.
46. Boege I, Corpus N, Weichard M, Schepker R, Young P, Fegert JM. Long-term outcome of intensive home treatment for children and adolescents with mental health problems – 4 years after a randomized controlled clinical trial. *Child Adolesc Ment Health*. nov 2021;26(4):310-9.
47. Mantzouranis G, Baier V, Holzer L, Urben S, Villard E. Clinical significance of assertive community treatment among adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol Int J Res Soc Genet Epidemiol Ment Health Serv*. 2019;54(4):445-53.
48. Ougrin D, Corrigall R, Stahl D, Poole J, Zundel T, Wait M, *et al.* Supported discharge service versus inpatient care evaluation (SITE): a randomised controlled trial comparing effectiveness of an intensive community care service versus inpatient treatment as usual for adolescents with severe psychiatric disorders: self-harm, functional impairment, and educational and clinical outcomes. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;30(9):1427-36.
49. Zechmeister-Koss I, Goodyear M, Grössmann N, Wolf S. Integrating home treatment into the Austrian child and adolescent mental health care system: an implementation science perspective. *neuropsychiatrie*. mars 2022;36(1):28-39.
50. Muskens JB, Herpers PCM, Hilderink C, van Deurzen PAM, Buitelaar JK, Staal WG. Intensive home treatment for adolescents in psychiatric crisis. *BMC Psychiatry*. déc 2019;19(1):412.

51. Biggins. Home based treatment. In: McDougall T, Cotgrove A, éditeurs. Specialist mental healthcare for children and adolescents: Hospital, intensive community and home based services. Routledge; 2013.
52. Ribbers A, Sheridan D, Jetmalani A, Magers J, Lin AL, Marshall R. The Crisis and Transition Services (CATS) Model: A Program to Divert Youths in Mental Health Crisis From the Emergency Department. Psychiatr Serv. 2020;71(11):1203-6.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec

