

· F O U N D R Y ·

# Transformation de l'accès aux soins

Modèle de services intégrés  
pour les jeunes de Foundry

Janvier 2023

Sommaire des données probantes

# Résumé

## Messages-clés

1

Le modèle de services intégrés pour les jeunes (SIJ) de Foundry peut être compris comme un **système de services émergent** destiné à relever les défis de longue date en matière de prestation et d'accès à des soins de qualité pour les jeunes.

2

Plutôt que de lancer de tout nouveaux services, l'approche remodèle et augmente les services locaux existants dans un cadre de services collaboratifs pour **mieux faciliter l'accès aux services, y compris les considérations relatives à la participation et à l'acceptabilité des jeunes.**

3

Les centres locaux offrent une **gamme fondée sur des données probantes** dans les domaines de la santé physique et mentale, de la consommation de substances et des services sociaux.

4

Les interventions sont sélectionnées pour être mises en œuvre sur la base de preuves évaluées par les pairs, de l'expérience clinique et vécue, et du contexte opérationnel afin de permettre **des résultats solides pour les jeunes.**

## Pourquoi faire un sommaire des données probantes des SIJ?

**Les Services intégrés pour les jeunes (SIJ) ont été tour à tour qualifiés de mouvement populaire, de système de prestation de services sociaux et de santé et de modèle clinique de soins, entre autres descripteurs.**

En effet, dans la pratique, les SIJ peuvent incorporer des aspects de chacun de ces éléments, et c'est le cas à bien des égards pour Foundry, un des premiers leaders du secteur des SIJ au Canada. Depuis sa création en 2015, Foundry est passé d'un site pilote initial à Vancouver, en Colombie-Britannique, à plus de 20 centres ouverts ou en développement actif en 2023.

Au fur et à mesure que l'intérêt pour les SIJ augmente, en grande partie en réponse à la fragmentation et aux défis permanents du secteur de la santé des jeunes et des jeunes adultes, la nécessité de définir, de décrire et de partager clairement les informations relatives aux SIJ s'est accrue parallèlement, pour les prestataires de services, les partenaires communautaires, les bailleurs de fonds et les décideurs, ainsi que tous ceux qui s'investissent dans la promotion de la santé et du mieux-être des jeunes.

À cette fin, ce dossier présente les preuves et la justification des composantes essentielles du modèle de SIJ de Foundry et de son approche visant à transformer l'accès aux services pour les jeunes et les jeunes adultes en Colombie-Britannique. En tant que document actif, il vise à soutenir l'apprentissage et le développement continu du secteur des SIJ en Colombie-Britannique et dans tout le Canada.

## Qu'est-ce qu'est le modèle de SIJ de Foundry?

**Au centre du modèle se trouve le cadre de service holistique qui structure le modèle de soins proposé dans chaque centre Foundry.**

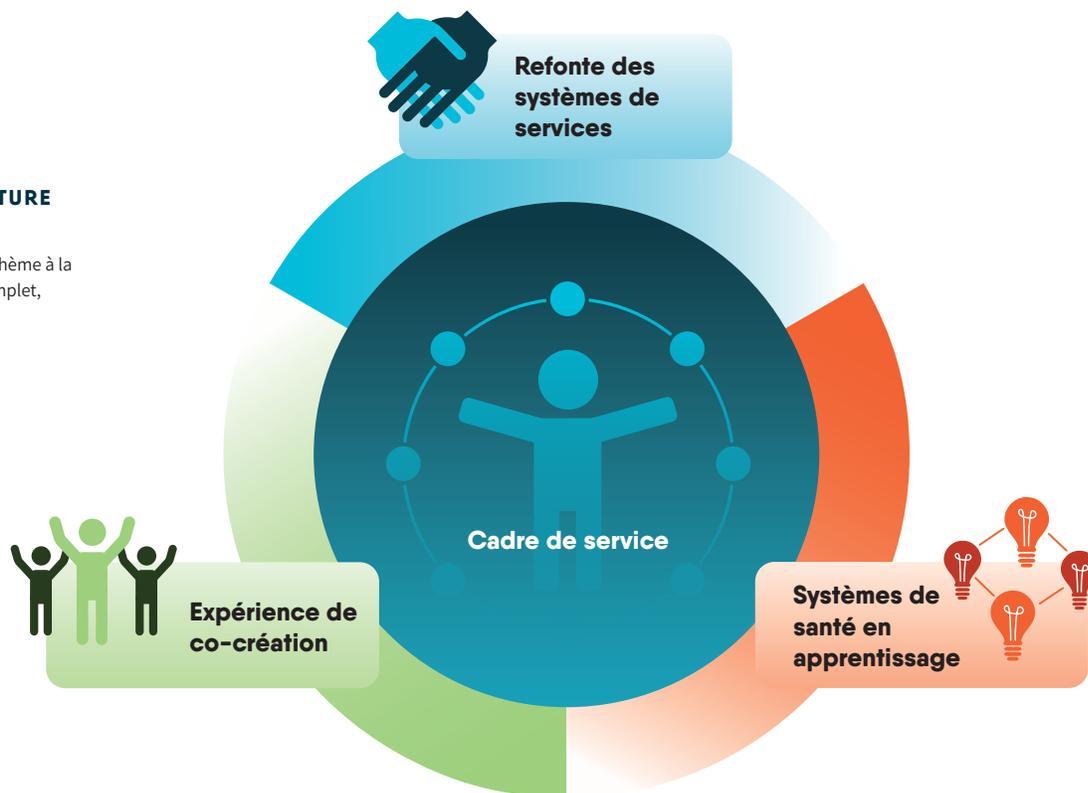
À l'heure actuelle, les principaux aspects du modèle de SIJ de Foundry sont plus faciles à comprendre grâce à la figure A ci-dessous (voir la figure D pour une vue plus détaillée).

Le **cadre de service** définit les cinq volets de services proposés (santé mentale, consommation de substances, soutien par les pairs, santé physique et sexuelle, et services sociaux), le modèle de soins intégrés par paliers (MSIP) de Foundry, ainsi que des conseils pour les interventions proposées dans chaque volet de services. Comme indiqué tout au long du

présent document, chacune des mesures de soutien ou des interventions sélectionnées pour la mise en œuvre, qu'il s'agisse de la thérapie familiale axée sur les émotions, du counseling en matière de consommation de substances, de la médication ou d'autres, est fondée sur des données probantes examinées par des pairs, sur l'expérience clinique et vécue, sur le contexte opérationnel et sur la pertinence afin de garantir la bonne adéquation et l'accent sur les résultats pour les jeunes. En outre, en travaillant intentionnellement sur l'ensemble des déterminants sociaux de la santé, le cadre permet de dépasser les conceptions occidentales dualistes (« esprit contre corps ») de la santé et les approches cloisonnées de la prestation de services.

### FIGURE A : APERÇU DE LA STRUCTURE DES SIJ DE FOUNDRY

Voir les descriptions de chaque thème à la page 3 et pour le diagramme complet, voir la Figure D à la page 13.



## Thèmes primordiaux de la structure des SIJ

### Refonte des systèmes de services

L'objectif du modèle Foundry n'est pas de développer et de mettre en place de tous nouveaux services et ressources au sein d'une communauté. Il est au contraire fondé sur un processus de réorganisation des services existants, qu'ils soient à but non lucratif ou gérés par l'État, afin de créer de nouveaux « systèmes de services ». Grâce à une approche de développement communautaire basée sur les actifs, le modèle de SIJ de Foundry rassemble divers partenaires et secteurs communautaires pour travailler ensemble sous un nom et un cadre de service uniques et unifiés. Bien que les partenaires collaborent pour identifier les lacunes en matière de ressources communautaires, l'approche fondamentale consiste à remodeler et à intégrer les services existants pour les rendre plus accueillants, plus faciles à naviguer et finalement plus accessibles.

### Expérience de co-création

Au cœur de la vision de Foundry, qui consiste à transformer l'accès aux soins, se trouve l'engagement permanent des jeunes, ainsi que des familles et des soignants, en reconnaissant le cercle de soins plus large dans lequel s'inscrivent de nombreux jeunes. Le processus de développement de Foundry, depuis la sélection du nom jusqu'à la conception physique du centre, en passant par l'emplacement et les offres de services, inclut une participation importante des jeunes, reconnaissant ainsi qu'une apparence commune peut favoriser l'expérience des jeunes, la navigabilité des services et l'acceptabilité. Faire participer les jeunes à la prise de décision partagée dans ces domaines va également dans le sens de l'objectif plus large de responsabilisation des jeunes en tant que demandeurs de soins dans leur parcours de santé.

### Systèmes de santé d'apprentissage

La structure du modèle de SIJ de Foundry est plus large qu'un centre ou une communauté unique. Un réseau provincial de centres améliore encore la connaissance des services et la navigation entre les communautés et les régions pour les prestataires de services, les jeunes et leurs familles ou soignants, un avantage clé. De manière significative, il permet également l'utilisation d'une plateforme commune de collecte de données, d'outils de mesure des soins cliniques et de communautés de pratique, soutenus par une organisation centrale pour assurer la structure et la cohérence. Le développement de ce système d'apprentissage de la santé au sein des centres et entre eux permet un échange de connaissances plus rapide, une amélioration des flux de travail opérationnels, de la pratique clinique et de la formation, ainsi que la mise en œuvre de nouvelles innovations, le tout au service d'un meilleur résultat pour les jeunes.

## Que faisons-nous à partir de maintenant?

**Les modèles de services intégrés pour les jeunes constituent une innovation passionnante qui permet de fournir aux jeunes des soins complets, centrés sur la personne et coordonnés. Comme pour tout modèle nouveau ou existant, il y a beaucoup à apprendre. Les premiers résultats et la synthèse des SIJ sont prometteurs, avec un fort taux d'adhésion et de satisfaction. Au fur et à mesure que le système de santé d'apprentissage de Foundry se développe et devient opérationnel, nous espérons continuer à partager de nombreux autres apprentissages pour les proposer au secteur.**

# Remerciements

**Nous reconnaissons, avec beaucoup de gratitude, que notre travail se déroule sur des terres imprégnées d'une riche histoire des Autochtones et qui abritent aujourd'hui de nombreux membres des Premières nations, des Métis et des Inuits. Nous sommes conscients que les centres Foundry sont situés sur les territoires traditionnels et non cédés de nombreuses communautés des Premières nations, et nous sommes à la fois humbles et reconnaissants de pouvoir poursuivre notre travail avec les peuples autochtones qui sont les gardiens de cette terre depuis des temps immémoriaux.**

Le présent document d'information a été produit par le Bureau central de Foundry (BCF) à l'appui du réseau de Foundry et d'autres réseaux de services intégrés pour les jeunes (SIJ) à l'échelle mondiale. Nous reconnaissons Darlene Seto comme responsable de projet pour ce document et Kaelin Fleming comme contributrice principale avec le soutien, la direction et les contributions de Steve Mathias, Karen Tee et Kelly Veillette comme parrains du projet. Nous tenons à remercier les autres membres de l'équipe et les partenaires du BCF et de l'Agence chef de file de Foundry pour leurs précieux commentaires et leur examen tout au long de l'élaboration de ce document.

Nous tenons également à remercier les partenaires et les bailleurs de fonds de Foundry, les Agences chefs de file, les comités consultatifs ainsi que les jeunes et les familles ou soignants qui sont au centre de tout ce que nous faisons. Les composantes et principes fondamentaux du modèle Foundry, tels que décrits dans ce document, ont été constamment et intentionnellement ancrés dans les jeunes et les familles ou soignants que nous servons et examinés par eux.

Il est temps  
de prendre  
une nouvelle  
approche



# Table des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>1</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>4</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>7</b>
<b>Défis des secteurs</b> .....	<b>8</b>
<b>Le modèle de SIJ de Foundry</b> .....	<b>11</b>
I. Refonte des « systèmes de services » au niveau communautaire .....	14
II. Co-crée l'expérience avec les jeunes et la famille ou les soignants .....	16
III. Un système de santé d'apprentissage provincial pour les SIJ .....	18
<b>Le cadre des services de base de Foundry</b> .....	<b>19</b>
Modes de prestation de services et d'accès .....	21
Services virtuels .....	22
Soins intégrés par paliers .....	22
<b>Les volets de services et interventions assistées de Foundry</b> .....	<b>24</b>
I. Santé mentale et consommation de substances .....	25
<i>Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)</i> .....	26
<i>Thérapie brève centrée sur les solutions (TBCS)</i> .....	26
<i>Entretien motivationnel (EM) et thérapie d'amélioration de la motivation (TAM)</i> .....	27
<i>Thérapie familiale centrée sur les émotions (TFCE)</i> .....	27
II. Soutien par les pairs .....	29
<i>Soutien par les pairs pour les jeunes</i> .....	30
<i>Soutien aux familles par les pairs</i> .....	31
III. La santé physique et sexuelle .....	32
IV. Services sociaux et de mieux-être .....	33
<i>Travail et éducation : Soutien au placement individuel (SPI)</i> .....	34
<b>Les orientations futures</b> .....	<b>37</b>
<b>Annexe A – Méthodologie</b> .....	<b>38</b>
<b>Références</b> .....	<b>39</b>

## Figures

<b>Figure A : Aperçu de la structure des SIJ de Foundry</b> .....	<b>2</b>
<b>Figure B : Âge maximal d'apparition des maladies mentales dans le monde (9)</b> .....	<b>9</b>
<b>Figure C : Principales causes de décès en Colombie-Britannique en 2022, par catégorie d'âge (11)</b> .....	<b>10</b>
<b>Figure D : Structure des SIJ de Foundry</b> .....	<b>13</b>
<b>Figure E : Modification des « systèmes de services » au niveau communautaire</b> .....	<b>14</b>
<b>Figure F : Cinq volets de services de base de Foundry</b> .....	<b>20</b>
<b>Figure G : Modèle de soins intégrés par paliers de Foundry</b> .....	<b>23</b>

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de Santé Canada. Les opinions exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Le contenu ne peut être reproduit, modifié ou partagé, en tout ou en partie, par photocopie ou par tout autre moyen, sans l'autorisation écrite préalable de Providence Health Care Society, qui exerce ses activités sous le nom de Foundry.

© 2023, Providence Health Care Society faisant affaire sous le nom de Foundry. Foundry. Tous droits réservés.

# Introduction

## **Le développement et l'évolution du secteur des services intégrés pour les jeunes (SIJ) au Canada, et parallèlement, de Foundry en tant qu'organisation de SIJ au cours des dernières années, témoignent de l'extraordinaire opportunité, de la promesse et de l'impact du secteur dans la transformation du système de prise en charge des jeunes.**

Bien que des études récentes décrivent en détail l'émergence des SIJ à l'échelle nationale et internationale et résument les principaux éléments du modèle des SIJ dans les différentes juridictions, une grande hétérogénéité subsiste entre les organisations qui se décrivent comme des SIJ dans le monde. Bien que certains aspects de son cadre de service initial et les résultats de l'évaluation aient été exposés dans les premiers rapports, il n'existe pas de document actualisé traitant de l'approche actuelle de Foundry en matière des SIJ ou des apprentissages et adaptations les plus récents.

L'objectif de ce document est donc d'exposer, de résumer et de décrire le modèle organisationnel de SIJ actuel et futur de Foundry. Il s'attache à fournir la justification, le contexte et les preuves qui sous-tendent les principaux éléments de l'approche, du cadre de service et des interventions soutenues de Foundry. Les informations contenues dans ce document ont été élaborées par le biais de consultations, de discussions et d'entretiens avec les principaux dirigeants et partenaires de Foundry, ainsi que par l'analyse de documents internes et externes de Foundry, conjointement avec un examen des données probantes sur les principaux aspects du modèle de SIJ et du modèle de soins cliniques de Foundry. Une élaboration plus complète de la méthodologie autour de l'examen des preuves est fournie à « Annexe A – Méthodologie » à la page 38.

Nous espérons que le modèle continuera à apprendre et à évoluer au-delà de ce qui est présenté ici. À cette fin, ce document doit être considéré comme un document actif, destiné à soutenir l'exploration et la croissance continues au sein de Foundry et de la communauté élargie des SIJ. Grâce à l'élaboration de ce document, nous espérons soutenir davantage la création de connaissances et la mobilisation autour des services intégrés pour les jeunes en général, et continuer à soutenir l'expérience, l'accès aux soins et le bien-être des jeunes à travers la province et le pays.

# Défis des secteurs

**Depuis des dizaines d'années, de nombreuses voix s'élèvent dans les milieux communautaires, universitaires et institutionnels à tous les niveaux pour souligner les défis que pose depuis longtemps la prestation de soins adéquats et appropriés aux jeunes dans tout le pays, y compris en Colombie-Britannique. Les défis identifiés sont à multiples facettes, et ont été bien décrits dans de nombreuses publications (1-5). Dans de nombreux cas, ils existent dans plusieurs secteurs et domaines.**

Au premier plan se trouve l'insuffisance des services financés par l'État pour répondre aux besoins connus, avec un déficit de financement annuel estimé à 3,1 milliards de dollars pour les services de santé mentale au Canada (6). L'allocation actuelle des ressources tend à se concentrer sur les services aigus ou spécialisés avec des critères d'inclusion stricts, ce qui fait que les personnes présentant des troubles subcliniques ou des symptômes plus modérés ne sont pas éligibles aux soins ou se retrouvent sur de longues listes d'attente. Bien que des organisations à but non lucratif aient contribué à combler cette lacune, de nombreux services de santé mentale et de consommation de substances continuent d'être offerts par le secteur privé, souvent à un coût important pour l'utilisateur, et sont donc hors de portée financière pour une grande majorité, y compris pour ceux qui en bénéficieraient le plus.

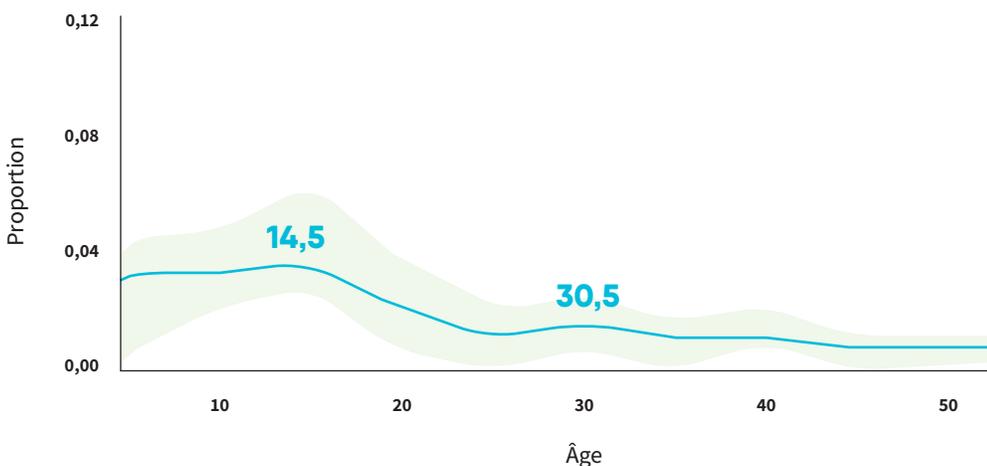
En outre, les modèles de services trop biomédicaux, coloniaux et largement occidentaux sont souvent déconnectés de ceux qui accèdent aux soins, ce qui contribue à l'absence d'options de soins holistiques, intégrés et culturellement sûrs ou appropriés. Les traumatismes intergénérationnels, ainsi que la discrimination et le racisme systémiques permanents dans les systèmes de santé et de services sociaux, continuent d'engendrer des dommages disproportionnés, en particulier pour les peuples et communautés autochtones (7). Les multiples dimensions qui constituent le bien-être humain et y contribuent - telles qu'elles sont comprises dans de nombreux systèmes de connaissances autochtones ancestrales - sont de plus en plus reconnues, de même que les déterminants sociaux de la santé, dont les preuves sont de plus en plus nombreuses. Quoi qu'il en soit, les systèmes du secteur social dans et à travers la santé, l'éducation, le logement et la justice travaillent plus souvent en opposition qu'en concertation.

## Il faut se concentrer sur les jeunes

**Bien que bon nombre de ces défis existent également dans d'autres secteurs et groupes d'âge, les lacunes mentionnées ci-dessus sont particulièrement préoccupantes en ce qui concerne les soins aux jeunes et aux jeunes adultes étant donné que :**

- Au Canada, les jeunes de 15 à 24 ans présentent les taux les plus élevés de maladies mentales ou de troubles liés à la consommation de substances psychoactives dans tous les groupes d'âge (8).
- Le début de la maladie mentale survient avant l'âge de 14 ans chez 1/3 des individus et avant l'âge de 25 ans chez 2/3 des individus (9).
- Dans le monde, l'âge maximal d'apparition d'une maladie mentale est de 14,5 ans, et les troubles liés à la consommation de substances psychoactives atteignent leur maximum à 19 ans (9).
- Le suicide est la deuxième cause de décès chez les Canadiens de 15 à 34 ans (10), et la toxicité des drogues et le suicide sont la première et la troisième cause de décès chez les Britannico-Colombiens de 10 à 39 ans respectivement (11).
- 66 % des jeunes âgés de 18 à 29 ans en Colombie-Britannique ont déclaré que leur santé mentale s'était détériorée en raison de la pandémie de la COVID-19, soit la proportion la plus élevée de tous les groupes d'âge (12).

**FIGURE B :**  
**ÂGE MAXIMAL D'APPARITION DES MALADIES MENTALES DANS LE MONDE (9)**



Le cloisonnement des structures administratives, politiques et de financement entre les secteurs et, surtout, entre les jeunes de moins de 19 ans et ceux de plus de 19 ans, fait que de nombreux jeunes sont perdus dans les mailles du filet à un moment critique de leur développement mental, émotionnel et social.

Tout cela se traduit par des diagnostics et des traitements tardifs et parfois inadaptés au développement, exacerbés par l'absence d'une main-d'œuvre spécialisée capable de reconnaître et de traiter la manière dont les problèmes de santé mentale se présentent souvent différemment chez les jeunes.

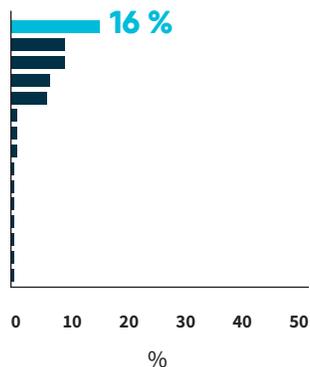
Les conséquences de ces retards sont aggravées si l'on tient compte de l'ensemble de la littérature qui soutient l'intervention précoce pour la santé mentale des jeunes (comme l'intervention précoce pour tout problème de santé). L'intervention précoce permet d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé mentale chez les jeunes qui reçoivent un traitement approprié lorsqu'ils présentent un risque élevé de développer une maladie mentale ou des signes précoces de symptômes (13-15). En plus de cela, il existe également des avantages et des gains d'efficacité significatifs lorsqu'il s'agit de déterminer la meilleure façon d'allouer des fonds et des ressources limitées (16,17). Par exemple, une étude de modélisation économique à grande échelle réalisée en 2022 par Stelmach et coll. (16) a développé un modèle pour évaluer l'impact économique de l'investissement dans la prévention et le traitement des troubles mentaux et du suicide chez les adolescents dans 36 pays. Ils ont constaté que pour chaque dollar investi dans la prévention ou l'intervention précoce en matière de dépression, d'anxiété, de troubles bipolaires et de suicide chez les jeunes, ils s'attendaient à un retour de 23 dollars dans l'économie par le biais des avantages économiques et sanitaires (16).

Ainsi, la vision de Foundry est née de la reconnaissance de ces défis et de la volonté de développer un modèle de soins facilement accessible, fondé sur des interventions connues et prouvées, qui permettrait de résoudre ces problèmes de longue date, ainsi que les défis émergents d'aujourd'hui.

**FIGURE C : PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS EN COLOMBIE-BRITANNIQUE EN 2022, PAR CATÉGORIE D'ÂGE (11)**

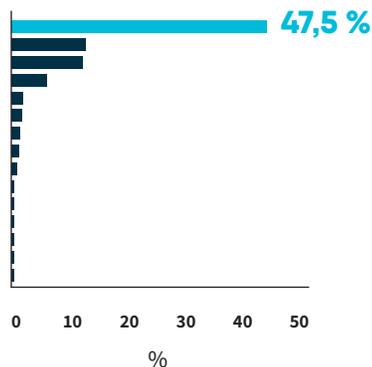
Âgés de 10 à 18 ans

1. La toxicité des drogues illicites
2. Accidents
3. Suicide



Âgés de 19 à 39 ans

1. La toxicité des drogues illicites
2. Accidents
3. Suicide



## Le modèle de SIJ de Foundry

# Transformation de l'accès aux soins pour les jeunes



**Le modèle de SIJ de Foundry, tel qu'il a été conçu et proposé en 2014<sup>i</sup>, a été conçu en s'appuyant sur une connaissance approfondie et une expérience des défis et des opportunités de la configuration unique de la Colombie-Britannique en matière de services de santé, de santé mentale et de consommation de substances psychoactives et de services du secteur social, basés sur la communauté et le secteur public, sur des examens d'experts des meilleures pratiques et des preuves évaluées par les pairs pour les services destinés aux jeunes, et sur l'implication étroite des personnes touchées à la source, les jeunes et leurs familles ou soignants.**

Cela a permis de reconnaître que, dans de nombreuses communautés, les organismes locaux ayant une expérience de terrain tentaient déjà de travailler de manière intersectorielle pour soutenir les jeunes et les familles ou soignants de leur communauté. Toutefois, les progrès ont été inégaux, mal soutenus, par des données, des ressources matérielles ou par des acteurs du système plus large, et les efforts ont donc été généralement limités dans leur portée et entravés par des limitations structurelles.

En gardant ces facteurs à l'esprit, le modèle de SIJ de Foundry a été initialement façonné en utilisant une approche d'impact collectif (IC)<sup>ii</sup>, entre autres, pour informer la structure de base de l'organisation. Sur la base des principes de l'IC, cela a inclus un engagement collaboratif et continu avec les partenaires qui mènent le travail dans leurs communautés et l'utilisation d'une approche communautaire pour développer et maintenir un programme commun. Il comprend également une plateforme de mesure partagée pour saisir et partager les progrès, un processus d'identification et de coordination des activités pour une gestion efficace des ressources (« activités se renforçant mutuellement » dans le cadre de l'impact collectif) et le développement d'une organisation centrale forte (le bureau central de Foundry) pour coordonner et faire avancer le travail partagé.

Cette structure initiale a permis de poser les bases des principaux aspects du modèle de SIJ actuel de Foundry, notamment l'accent mis sur le travail collaboratif et le leadership, ainsi que sur l'apprentissage et le développement continus. Aujourd'hui, l'évolution continue

i. En 2014, une proposition intitulée *Transformer l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les jeunes en âge de transition (12-24 ans) en Colombie-Britannique* a été soumise au comité permanent spécial sur les enfants et les jeunes de la province de la Colombie-Britannique. Ce projet est devenu l'initiative *BC Integrated Youth Services Initiative (BC-ISIJ)*, financée par la province et par des organismes philanthropiques, pour un projet de validation de concept dans cinq communautés de la province, qui s'est depuis étendu à Foundry. Pour plus d'informations, veuillez consulter : *Foundry: Early learnings from the implementation of an integrated youth service network* (18) and *Distributive Leadership Within an Emerging Network of Integrated Youth Health Centres: A Case Study of Foundry* (19).

ii. Tel que développé par l'Institut Tamarack, le cadre de l'impact collectif contient cinq conditions essentielles : l'élaboration d'un programme commun, l'utilisation de mesures partagées pour comprendre les progrès, la mise en place d'activités se renforçant mutuellement, l'engagement d'une communication continue et la mise en place d'une structure de base pour faire avancer le travail.

du modèle de Foundry, parallèlement à un apprentissage plus large du secteur de la santé, s'est orientée vers une approche de système de santé d'apprentissage (SSA), en tant que cadre de proposition de valeur pour informer la prestation de services, la planification clinique et politique et la prise de décision. Il existe de multiples définitions des systèmes de santé d'apprentissage<sup>iii</sup>, mais, pour l'essentiel, ils représentent un cycle d'amélioration continue dans lequel les données, les connaissances et les pratiques, sous toutes leurs formes, sont déterminées par la culture organisationnelle, les moyens d'action ou les incitations, et le leadership (21). Plus simplement, les données recueillies, issues de la pratique et de la recherche en matière de soins de santé, sont immédiatement mobilisées auprès des prestataires et des équipes de soins de santé de manière significative et utile pour eux afin de soutenir les changements de pratique et de politique (22). Les résultats de ce processus sont ensuite intégrés dans le cycle d'apprentissage, ce qui permet de réduire le décalage

normalement important entre les données probantes, les politiques et les pratiques.

Aujourd'hui, les principaux aspects du modèle de SIJ de Foundry, qui vont au-delà de son cadre de services de base ou de son modèle clinique de soins, peuvent être articulés grossièrement autour de trois thèmes clés<sup>iv</sup> :

- Refonte des « systèmes de services » au niveau communautaire
- Expérience de co-crédation avec des jeunes et des familles ou des soignants diversifiés
- Bâtir un système de santé d'apprentissage provincial

**FIGURE D :  
STRUCTURE DES SIJ  
DE FOUNDRY**



iii. L'Institute of Medicine des États-Unis, aujourd'hui l'Académie nationale de médecine, a d'abord conceptualisé un système de santé d'apprentissage comme un système dans lequel « la science, l'informatique, les mesures incitatives et la culture sont alignées en vue d'une amélioration et d'une innovation continues, les meilleures pratiques étant intégrées de façon transparente au processus de prestation, les patients et les familles participant activement à tous les éléments, et les nouvelles connaissances étant saisies comme un sous-produit intégral de l'expérience de prestation<sup>(20)</sup> ».

iv. Ces aspects ou composants clés du modèle de SIJ de Foundry sont distincts, mais informés et influencés par nos valeurs et principes organisationnels et sectoriels plus larges.

## I. Refonte des « systèmes de services » au niveau communautaire

Compte tenu de l'éventail des ressources et des compétences communautaires existantes, le modèle de Foundry ne consiste pas à développer et à construire de toutes pièces de nouveaux centres de services intégrés, mais à permettre une reconfiguration de la manière dont les services sociaux et de santé existants sont fournis.

L'objectif est non seulement d'offrir des services plus faciles à naviguer et à accéder pour les jeunes, mais aussi de faciliter et de rassembler une série d'organisations partenaires pour offrir en collaboration une série de services divers pour soutenir les jeunes sous une identité et un parapluie uniques, mis en réseau au niveau provincial.

FIGURE E :  
MODIFICATION DES « SYSTÈMES DE SERVICES » AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE



Le système de services « traditionnel »



Alignement et intégration du système de services

Sur le terrain, l'ouverture d'un centre Foundry déclenche, en fait, un processus de développement communautaire qui offre un esprit de propriété partagée du centre. Les centres individuels, gérés par des Agences chefs de file ayant une solide expérience en matière de leadership communautaire, travaillent en partenariat avec les financeurs locaux, les partenaires de services et les jeunes, les familles et les soignants afin d'identifier et de combler les atouts et les lacunes de la communauté dans le cadre d'un modèle de soins défini mais flexible d'interventions fondées sur des preuves. Les contributions de Foundry et des partenaires, en termes de financement, d'infrastructure physique, de temps de travail, d'expertise ou autre, sont mises en commun pour développer les services proposés. En ce sens, un centre unique est généralement composé de personnel et de services fournis par de multiples agences, en partenariat avec d'autres secteurs, avec une seule identité unie. Dans de nombreux cas, les prestataires de services sont les leaders de la transformation, ayant fait l'expérience des défis posés par le travail dans des environnements plus cloisonnés. La camaraderie, la consultation et le soutien clinique offerts par le travail avec une équipe multidisciplinaire, ainsi que les moyens de répondre aux besoins des jeunes de manière plus complète et holistique sont considérés comme des avantages importants pour les prestataires de services, améliorant la satisfaction des prestataires et la durabilité des effectifs. Si l'arrière-plan peut être constitué de plusieurs organismes et systèmes, l'expérience d'un jeune est centrée sur la réception de soins continus tout au long de son parcours de santé.

Enfin, et ce n'est certainement pas le moins important, l'intégration n'est pas simplement fondée sur le regroupement des services, mais sur des processus délibératifs et intentionnels à de multiples dimensions et niveaux de direction, de soins cliniques, d'administration et autres. Grâce à ces structures, qu'il s'agisse de l'infrastructure informatique, des tournées

cliniques interprofessionnelles ou des pratiques normatives partagées, une expérience de soins sans faille est privilégiée afin de minimiser la nécessité pour un jeune de naviguer dans des systèmes d'orientation complexes ou de partager son histoire de manière répétitive<sup>v</sup>. Les prestataires de services sont en mesure de partager et de recevoir des informations essentielles avec les autres membres du cercle de soins du client, grâce à des voies de communication et de collaboration plus claires qui leur permettent de savoir quelles interventions ont été offertes au jeune et lesquelles ont été retenues. Les soins intégrés permettent aux prestataires de services de collaborer avec d'autres prestataires autour de la jeune personne, quel que soit l'organisme qui les emploie. Ils peuvent également transférer une partie de la charge administrative et de partage de l'information liée à l'orientation vers des spécialistes du jeune vers le prestataire.

Compte tenu de la nouveauté relative des SIJ, le corpus de documents portant sur ces dimensions de l'intégration est encore naissant, avec une grande variabilité dans la manière de caractériser l'intégration et donc dans la compréhension de l'impact sur les résultats (23,24). La littérature existante sur l'intégration des services de santé mentale à d'autres formes de soins de santé montre toutefois des résultats prometteurs, les jeunes faisant état d'améliorations de leur santé mentale et physique, de leur confiance et de leur estime de soi, ainsi que de leurs possibilités d'éducation et de formation professionnelle (1). L'acceptabilité et l'accessibilité des SIJ revêtent une importance particulière, les jeunes se déclarant très satisfaits en raison d'une plus grande accessibilité, d'une plus grande adéquation des services et du fait que plusieurs services sont proposés en un seul endroit (1,25). L'accent mis sur l'intégration et le centrage sur l'expérience des jeunes, comme le montrent les données probantes, est essentiel à la transformation de l'expérience et de l'accès aux soins, et est donc au cœur du modèle.

v. Le modèle de soins intégrés de Foundry s'appuie sur le modèle élaboré en 2005 par Fulop et coll. (23), et s'articule autour de sept domaines d'intégration, notamment systématique, normatif, clinique, fonctionnel, de service et organisationnel. Pour plus d'informations, veuillez consulter : [Building Integrated Care](#) de la Fondation RCHN.

## II. Co-créer l'expérience avec les jeunes et la famille ou les soignants

### Le sobriquet « Foundry », qui est un jeu de mots entre « found » et « foundation », a été choisi après plusieurs séries d'engagements solides des jeunes dans les communautés de la province et du pays.

L'adoption d'un marqueur ou d'une marque de nom facilement identifiable favorise l'expérience des jeunes, la navigabilité et l'acceptabilité, comme d'autres modèles en Australie et en Irlande (26,27). Sur la base de ces expériences internationales, une identité visuelle claire permet une navigation plus facile pour les jeunes et leurs familles ou soignants. Il favorise un « aspect et une convivialité » commun et, en outre, une expérience commune dans tous les centres. Reconnaissant les multiples formes de stigmatisation (28) qui peuvent se présenter autour de l'accès aux services de santé mentale, de consommation de substances et autres services connexes, le fait d'avoir une identité accueillante et conviviale pour les jeunes, qui peut offrir l'anonymat autour des services particuliers auxquels on accède, vise également à réduire les obstacles individuels et sociaux à l'accès aux soins.

La garantie d'un espace convivial et co-créé par les jeunes est un principe important du modèle de SIJ de Foundry, depuis la sélection des noms des programmes et la conception physique jusqu'à l'inclusion dans les processus de sélection des centres, la sensibilisation, l'embauche et plus encore. Les modèles de soins traditionnels « occidentaux » ou coloniaux peuvent adopter une approche descendante lors de la conception et de la mise en œuvre des services destinés aux jeunes, plutôt que d'accorder la priorité aux voix de ceux qui comptent le plus. Le processus de co-création et de prise de décision partagée est une étape importante de la décolonisation de la santé et du mieux-être par la création de services plus appropriés et culturellement accessibles

en favorisant une connexion authentique et significative avec les divers jeunes et familles (29). Viksveen et coll. ont constaté dans leur revue systématique de 2021 que le fait de faciliter la prise de décision partagée et de permettre le choix dans les soins aux jeunes, tant au niveau individuel qu'organisationnel, est associé au renforcement de la pertinence et de l'acceptabilité des services tout en contribuant à l'amélioration des résultats du traitement (30). Un autre service des SIJ, headspace, a également constaté que la prise de décision partagée est associée à des scores de satisfaction plus élevés chez les jeunes qui accèdent à des services de santé mentale adaptés aux jeunes (31).

  cet égard, l'autonomisation des jeunes et de leur communauté dans le cadre de la prestation de services du centre soutient également l'autonomisation des jeunes en tant que demandeurs de soins qui prennent l'initiative de décider de la manière dont ils souhaitent s'engager dans les services disponibles. Cette approche est conçue pour refléter la trajectoire de croissance de nombreux jeunes en âge de transition, qui passent du statut d'adolescents dont les décisions en matière de soins peuvent être prises par des soignants adultes à celui d'adultes soutenus pour prendre des décisions autonomes en matière de soins (19). Nous continuons à travailler sur de nouvelles façons de garantir que la voix des jeunes fasse partie des activités de l'organisation et de la prise de décision, y compris des décisions telles que le recrutement du personnel, la gouvernance et l'établissement des priorités.

Si le modèle de Foundry est fondé sur l'expérience vécue et l'expérience de vie des jeunes, il reconnaît également que les jeunes sont intégrés dans un cercle de soins impliquant généralement les soignants, les membres de la famille, les amis ou leur communauté au sens large. Dans cette optique, l'implication et l'engagement de la famille (telle que définie par les jeunes eux-mêmes) est un élément clé du modèle de SIJ de Foundry. Il s'agit notamment d'impliquer les groupes consultatifs familiaux dans le fonctionnement du centre, ainsi que de fournir un soutien aux familles par les pairs et des interventions thérapeutiques basées sur la famille. Un examen de la portée de 2021 publié dans *Lancet Psychiatry* a exploré l'efficacité de l'implication des parents dans les interventions psychologiques pour les jeunes en synthétisant les résultats de 73 essais randomisés (32). L'étude a révélé que, bien que la documentation sur la participation des aidants au traitement de la santé mentale des jeunes soit encore limitée, la participation des aidants peut accroître l'efficacité du traitement, aucune étude n'ayant constaté une détérioration des résultats chez les jeunes (32).

Comme on pouvait s'y attendre, il existe également des preuves solides démontrant l'importance des relations familiales de soutien pour la santé mentale et le bien-être des jeunes en général. Le lien avec la famille et les soignants est un facteur de protection clé contre l'itinérance chez les jeunes, en offrant aux jeunes des relations de soutien, des routines saines et la possibilité de développer des compétences d'autorégulation (33). En outre, tout au long de la pandémie de la COVID-19, une étude transversale a révélé qu'un soutien familial fort chez les jeunes était associé à des niveaux plus faibles de maladies mentales, telles que la dépression, l'anxiété et le syndrome de stress post-traumatique, ce qui souligne l'importance de mettre en place des systèmes familiaux forts et favorables pour les jeunes (34). Ces résultats sont tous bien étayés dans la littérature (35), ce qui souligne la nécessité d'intégrer une optique familiale globale comme approche holistique de la santé mentale et du mieux-être des jeunes.

### III. Un système de santé d'apprentissage provincial pour les SIJ

La nouvelle opportunité au niveau du système de soutenir la réorientation du système de services autour de la jeunesse plus largement qu'au sein des communautés individuelles se présente maintenant avec le développement du réseau provincial intégré de Foundry, avec un cadre de services commun, une approche de SIJ, une vision et une mission. Dans le cadre du modèle, les centres utilisent une plateforme de données commune, des outils de dépistage et d'évaluation cliniques et un cadre de mesure. Cela permet de mesurer les processus et les résultats en fonction des données afin de soutenir les décisions cliniques et opérationnelles. Une organisation centrale provinciale (le bureau central de Foundry) joue un rôle de renforcement des capacités dans l'ensemble du réseau de centres, de centre d'échange pour la collecte centralisée de données, la création et l'échange de connaissances, et de passerelle de mise en œuvre et de politique vers les partenaires du système central.

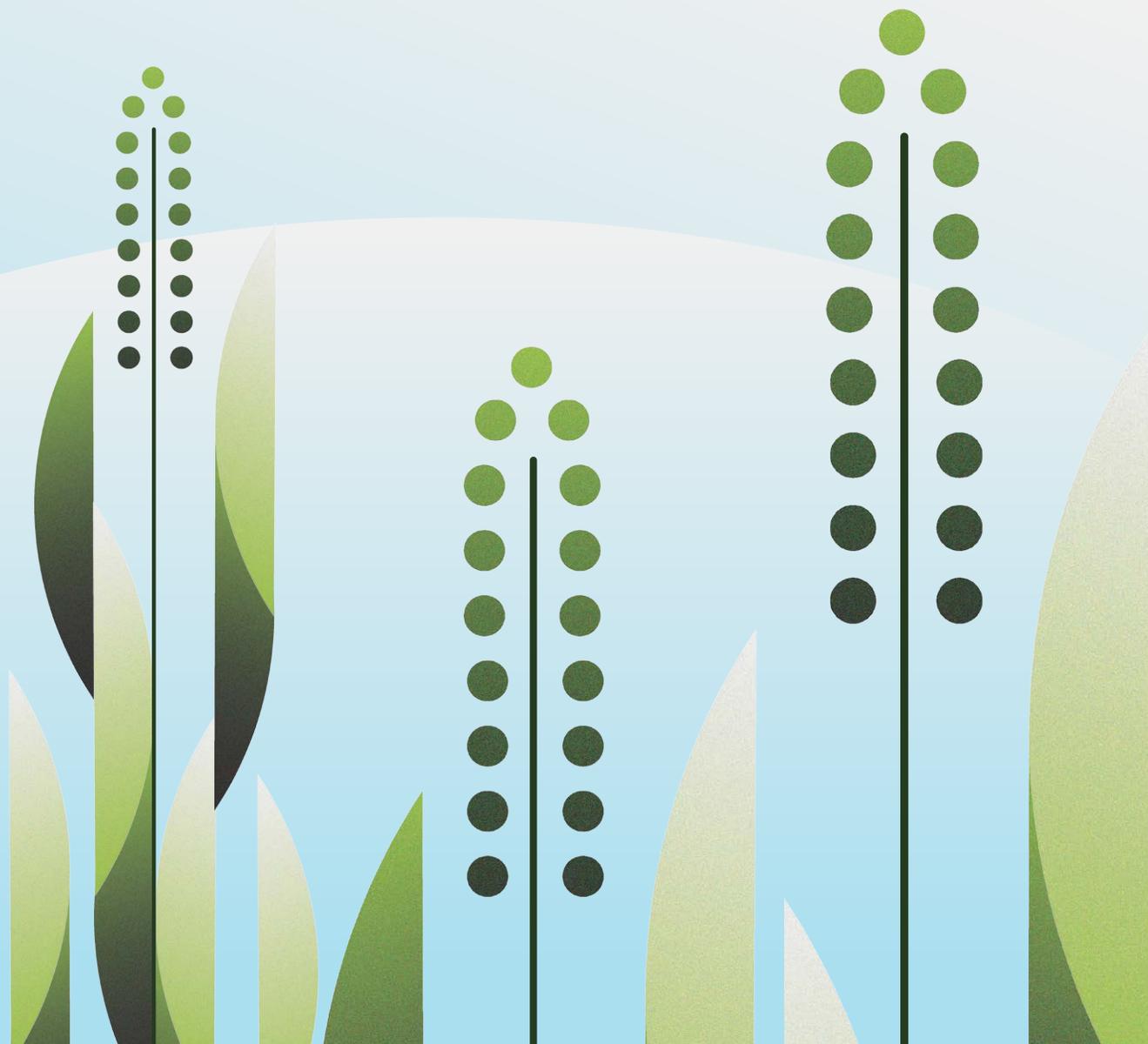
Sur le plan opérationnel, le réseau de centres offre d'importantes possibilités d'apprentissage et de développement - des communautés d'apprentissage et de pratique par région, taille de la population, tendances communautaires, etc. Les supports de données communs permettent une amélioration formelle et informelle de la qualité dans l'ensemble du réseau, favorisant une mise en œuvre cohérente et l'intégrité du modèle, ainsi que des fonctions auxiliaires telles que la collecte de fonds. Pour les jeunes et les familles, il est plus facile de naviguer et de se déplacer d'un centre à l'autre, ce qui favorise une meilleure continuité des soins à l'échelle régionale et provinciale.

Sur le plan conceptuel, ces pièces constituent les éléments de base d'un système de santé d'apprentissage provincial pour les SIJ (décrit à la page 12) : un système qui propose la collecte et l'utilisation de données sur la pratique clinique et les services, en lien avec une communauté d'apprentissage pour identifier les défis et synthétiser les diverses données probantes, ainsi qu'une prise de décision opportune pour adapter la politique et la pratique, centrée sur les besoins des jeunes, des familles ou personnels soignants et de la communauté.

**Ainsi, fondamentalement, l'innovation de Foundry en tant qu'émergence d'un nouveau système de soins pour les jeunes en Colombie-Britannique est sous-tendue par le fait que, tandis que Foundry s'efforce de transformer la façon dont les jeunes accèdent aux services sociaux et de santé, ce qui est fourni, les interventions, les services et les soutiens spécifiques fournis dans les centres, repose sur une base claire de preuves évaluées par les pairs et de connaissances appliquées pour faciliter des soins solides, fondés sur des preuves.**

## Le cadre des services de base de Foundry

Adoption d'une  
vision holistique  
de la prestation  
de services

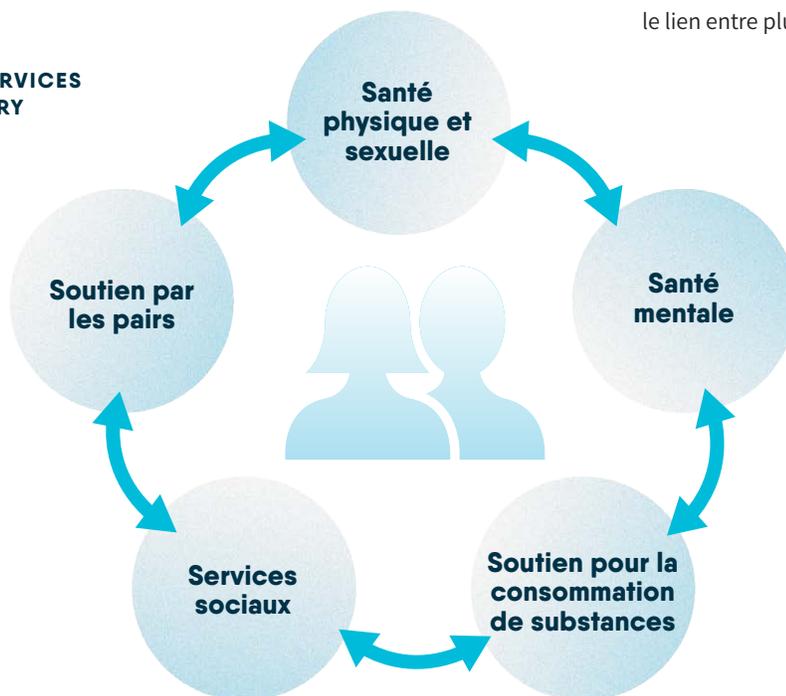


**Le cadre des services de base de Foundry est plus facile à comprendre grâce aux cinq volets de services de base offerts dans tous les centres : santé physique et sexuelle, santé mentale, consommation de substances, soutien par les pairs (jeunes et famille) et services sociaux, y compris les services d'emploi et d'éducation et les programmes de mieux-être.**

L'intention fondamentale de ce modèle de service est de proposer une approche holistique et culturellement sûre de la santé et du mieux-être afin de garantir que les services ne soient pas exclusivement axés sur la fourniture de solutions aux problèmes de santé mentale et de consommation de substances psychoactives, mais qu'ils soutiennent également des solutions répondant aux préoccupations en matière de santé physique, d'éducation, d'emploi et de société.

Si nous utilisons le concept de filières de services pour clarifier les services et les aides de base proposés à Foundry, de nombreux cliniciens et prestataires de services proposent des aides dans plusieurs filières. Par exemple, dans le cadre de l'équipe de soins intégrés, les prestataires de soins primaires (c'est-à-dire les médecins, les infirmier(-ère)s praticien(-ne)s et le personnel infirmier) offrent un soutien par le biais de services de santé physique, mentale et sexuelle, ainsi que de services et de soutien en matière de consommation de substances. Les soutiens des pairs font aussi régulièrement le lien entre plusieurs services.

**FIGURE F : CINQ VOLETS DE SERVICES DE BASE DE FOUNDRY**



**En ce sens, les centres Foundry utilisent une approche des soins de santé primaires qui englobe une large perspective des déterminants sociaux de la santé, et proposent des services de soins primaires incluant la santé physique, la santé mentale, la consommation de substances et plus encore<sup>vi</sup>.**

En facilitant des voies d'accès claires aux soins pour les jeunes, les centres s'appuient sur les réformes nationales en cours dans le domaine des soins primaires, qui tendent vers l'expansion des approches de soins en équipe, une meilleure coordination et intégration des soins, et une amélioration de la pertinence des soins (36). En outre, le modèle de soins intègre plusieurs des principes qui se sont avérés prioritaires dans les modèles de soins primaires autochtones, tels que l'accessibilité des services, l'engagement communautaire, l'amélioration continue de la qualité, la sécurité culturelle, la flexibilité et les soins de santé holistiques (29). Considéré dans son ensemble, le modèle de services intégrés pour les jeunes de Foundry vise à incarner et à refléter les perspectives occidentales et autochtones en matière de santé et de bien-être, afin d'offrir une plus grande sécurité aux divers jeunes qui accèdent aux services.

vi. Les soins de santé primaires désignent une approche de la santé et un éventail de services allant au-delà du système de soins de santé traditionnel. Il comprend tous les services qui jouent un rôle dans la santé, tels que le revenu, le logement, l'éducation et l'environnement. Les soins primaires sont l'élément des soins de santé primaires qui se concentre sur les services de soins de santé, y compris la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, ainsi que le diagnostic et le traitement des maladies et des blessures. Voir [Canada.ca](http://Canada.ca).

## Modes de prestation de services et d'accès

La manière dont les services sont fournis ou, plus précisément, leurs modes de prestation et leur impact sur l'accès, est également un élément clé du cadre de services de Foundry. Reconnaissant le défi permanent que représentent les longues listes d'attente, qui peuvent décourager la recherche d'aide et retarder une intervention opportune, une priorité du modèle est de fournir des services qui peuvent privilégier un accès plus précoce et plus facile aux soins, comme des services sans rendez-vous ou des services de groupe.

Le conseil sans rendez-vous, en particulier, est une modalité dont les preuves sont de plus en plus nombreuses. Généralement utilisée avec la thérapie brève centrée sur les solutions (TBCS), abordée en page 26), un certain nombre d'études ont montré des résultats préliminaires positifs dans ce domaine. Un service de conseil sans rendez-vous pour les enfants et les jeunes de l'Ontario a été évalué et comparé à un modèle de conseil traditionnel. Les auteurs ont constaté des améliorations plus rapides de la santé mentale et une plus grande satisfaction des clients en ce qui concerne les temps d'attente, la disponibilité du conseiller et le respect des valeurs culturelles chez les jeunes qui fréquentaient le service sans rendez-vous comparativement à ceux qui avaient accès au modèle de service traditionnel (37). D'autres études portant sur des jeunes et des adultes ont abouti à des résultats similaires, avec des améliorations plus rapides des symptômes et une plus grande satisfaction des clients par rapport aux services de soins habituels impliquant de longues listes d'attente avant l'accès aux services de conseil (38-40).

Les avantages notés du modèle de conseil sans rendez-vous vont également au-delà des résultats au niveau des clients, avec des impacts positifs observés au niveau du système. Entre 2017 et 2018, Terre-Neuve-et-Labrador a connu une réduction de 68 % des temps d'attente pour les services de santé mentale et de consommation de substances, certaines communautés ayant connu des réductions encore plus importantes dans les rapports récents, attribuées en partie à la mise en œuvre de services de conseil sans rendez-vous dans toute la province (41).

## Services virtuels

Les récentes avancées en matière de prestation de services de santé virtuels, déclenchées en grande partie par la pandémie de COVID-19, ont directement conduit à l'inclusion par Foundry des services virtuels comme modalité alternative de prestation de services. Même avant la pandémie, de nombreux jeunes, en particulier dans les régions rurales et éloignées, n'avaient pas accès aux services essentiels en personne. Conscient de cette barrière critique, les services virtuels provinciaux de Foundry constituent désormais un aspect essentiel du cadre de services de Foundry. L'accès virtuel est disponible pour tous les volets de services de base, ce qui contribue à garantir un accès plus équitable à des services de qualité pour les jeunes des communautés dépourvues de centres, en réduisant la charge liée au temps de déplacement et les coûts (42,43).

La pandémie de la COVID-19 a entraîné un afflux d'intérêt et de recherches sur les services virtuels, de nombreuses études ayant constaté une réduction des symptômes d'anxiété et de dépression, ainsi que la promotion de pratiques positives en matière de santé sexuelle tout en maintenant un niveau élevé d'acceptabilité du service (44-52). Pour les jeunes des communautés rurales et éloignées, qui ont tendance à avoir une proportion plus élevée de jeunes autochtones, cela devient d'autant plus important. Et lorsque les services virtuels sont fournis conjointement avec des centres physiques, la possibilité de passer d'un niveau et d'un mode de soins à l'autre en fonction des préférences et de la faisabilité permet un accès aux soins plus large que jamais.

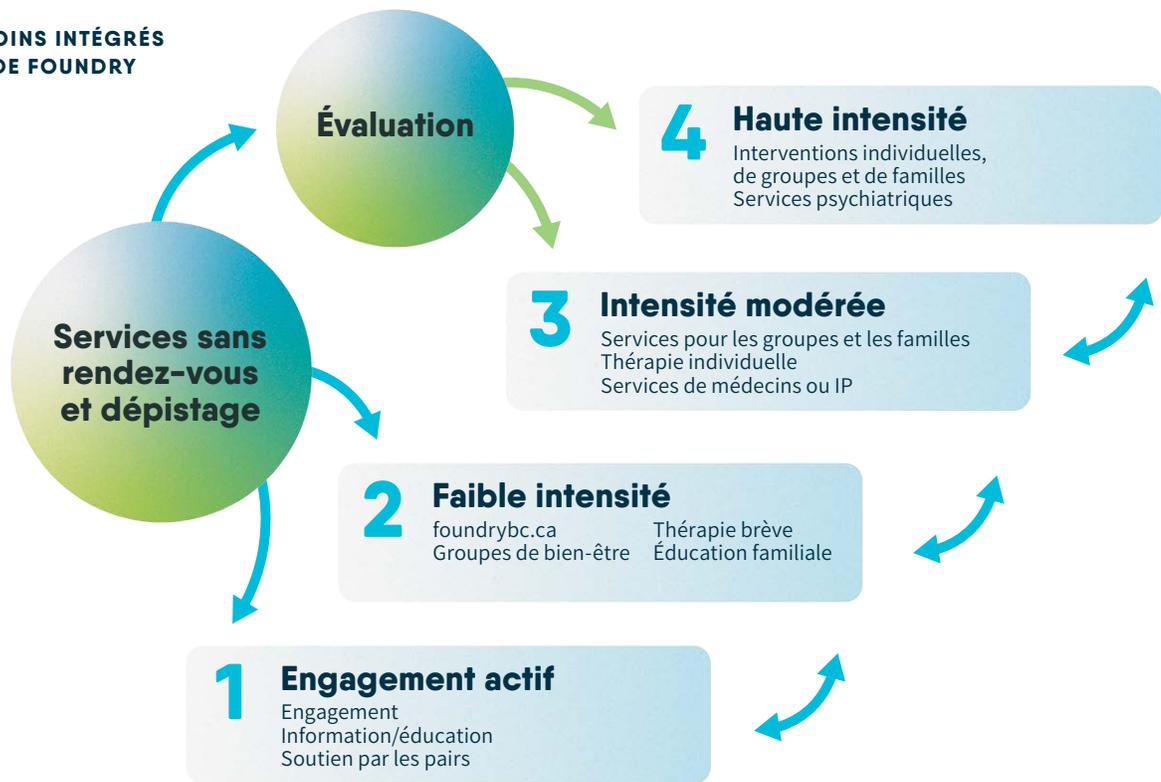
## Soins intégrés par paliers

Les services de Foundry sont fournis par le biais d'un modèle évolutif de soins intégrés par paliers (MSIP) qui fonctionne à travers les multiples volets de services de Foundry en répondant aux besoins et aux forces d'une jeune personne dans toutes les dimensions de sa vie. Les soins échelonnés fournissent un cadre pour la conception d'un système de prestation de services plus holistique et intégré. L'organisation de services multiples, en partenariat, le long d'un continuum de soutien permet d'optimiser les ressources et d'accroître l'accès.

Dans les soins échelonnés, le type et l'intensité d'un service sont axés sur les besoins, l'état de préparation et les préférences de la personne qui demande un service<sup>vii</sup>. Les services de faible intensité sont moins intrusifs, plus autonomes et nécessitent moins d'investissement (c'est-à-dire d'engagement et de temps, comme les ressources psycho-éducatives en ligne), par rapport aux services de forte intensité, comme les séances multiples de psychothérapie. Chaque client reçoit d'abord l'intervention la plus efficace, mais aussi la moins intensive, en fonction de ses besoins individuels, de sa disposition et de ses préférences. Cela garantit une utilisation efficace des services en ne proposant des interventions coûteuses et complexes que lorsque des interventions moins intensives et moins coûteuses n'ont pas fonctionné.

vii. La documentation de recherche distingue deux types de soins échelonnés, les soins échelonnés « progressifs » et les soins échelonnés « stratifiés », autour desquels il existe un manque de clarté quant à l'utilisation la plus appropriée et à la manière dont les avantages modèles (c'est-à-dire la réduction des coûts de santé, etc.) peuvent différer selon les approches. La majorité des études de recherche utilisent une approche progressive dans laquelle chaque jeune commence au niveau de soins le plus bas, indépendamment de sa présentation initiale, et peut être augmenté en conséquence. La prise en charge échelonnée stratifiée, qui consiste à faire correspondre un jeune à un niveau d'intensité de traitement correspondant à ses besoins uniques, est plus couramment utilisée dans la pratique (53-55) dans les centres de SLJ, y compris Foundry.

**FIGURE G :  
MODÈLE DE SOINS INTÉGRÉS  
PAR PALIERS DE FOUNDRY**



La fourniture d'un traitement dans le cadre d'une approche par étapes a montré une efficacité similaire à l'approche traditionnelle consistant à proposer d'abord les traitements les plus intensifs, tout en réduisant considérablement le temps passé par les cliniciens, ce qui diminue le coût pour les clients et les prestataires (56-60). Cela aide également à minimiser les perturbations de la vie qui peuvent être associées à un traitement plus intensif. La représentation visuelle de ce modèle consiste à offrir des services le long d'une trajectoire, et les jeunes peuvent accéder à des services fondés sur des données probantes le long d'un continuum de soins, d'une manière adaptée

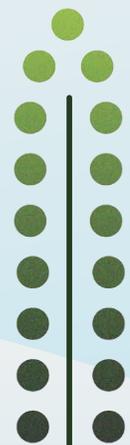
à l'évolution de leurs besoins et en réponse aux interventions (Figure G). Actuellement, Foundry a développé un certain nombre de parcours de soins échelonnés, notamment des parcours spécifiques à l'humeur, à l'anxiété et à la détresse, à la consommation de substances et aux troubles alimentaires. D'autres parcours sont en cours d'élaboration, ainsi que des travaux visant à intégrer la vision à deux yeux dans le modèle. Un jeune donné peut accéder aux services à différentes « étapes » d'un parcours donné (par exemple, l'humeur, l'anxiété et la détresse ainsi que la consommation de substances) en fonction de son contexte spécifique.

## Les volets de services et interventions assistées de Foundry

# Fournir des soins fondés sur des données probantes et axés sur les jeunes

Comme indiqué dans la Figure F à la page 20, le cadre des services de Foundry intègre cinq volets de services de base offerts dans tous les centres : santé physique et sexuelle, santé mentale, consommation de substances, soutien par les pairs (jeunes et familles) et services sociaux, y compris les services d'emploi et d'éducation et les programmes de mieux-être. Bien que la combinaison exacte de services et de mesures de soutien à chaque centre soit établie en fonction de la consultation communautaire, des besoins et de la disponibilité des services,

un noyau d'interventions précises fondées sur des données probantes est priorisé et soutenu par notre organisation de base au moyen de mesures de soutien à la formation, renforcement des capacités et plus encore. Les sections suivantes présentent certaines des preuves les plus récentes évaluées par des pairs sur les interventions soutenues, ainsi que des informations permettant de caractériser leur utilisation dans les centres Foundry.



# I. Santé mentale et consommation de substances

## Les volets de santé mentale et de consommation de substances de Foundry<sup>viii</sup> intègrent quatre psychothérapies de base, chacune d'entre elles étant des modalités thérapeutiques bien soutenues et fondées sur des preuves pour les jeunes.

- **Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)**
- **Thérapie brève centrée sur les solutions (TBCS)**
- **Entretien motivationnel (EM)**
- **Thérapie familiale centrée sur les émotions (TFCE)**

Chacune des psychothérapies de base a été sélectionnée par le Groupe de travail clinique provincial de Foundry, maintenant appelé Provincial Clinical Collaborative and Knowledge Exchange.

Outre les services de conseil fondamentaux mentionnés ci-dessus, Foundry propose également une gamme de services spécialisés en matière de santé mentale et de consommation de substances dans le cadre de ses services en centre et virtuels. Ceux-ci peuvent inclure des interventions en cas de psychose précoce ou de troubles alimentaires, de la pharmacothérapie, de la médecine des dépendances (par exemple, le traitement par agonistes opioïdes) et les soins partagés avec les psychiatres. Ces services spécialisés peuvent être soutenus par une série de cliniciens et de personnel de soutien. En raison du grand nombre et de la diversité de ces services, nous n'incluons pas d'examen spécifiques pour ceux-ci dans le cadre de ce document.

### L'imbrication de la consommation de substances et de la santé mentale souligne le besoin urgent de services simultanés et intégrés.

Foundry propose plusieurs modalités de soins, notamment des psychothérapies, des traitements médicamenteux et des soutiens au mieux-être pour aider les jeunes à vivre une bonne vie.

viii. Bien que les volets de services de santé mentale et de consommation de substances soient distincts l'un de l'autre, nous les abordons ensemble dans ce document afin de mieux illustrer les interventions et les modalités thérapeutiques communes aux deux volets.

## Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Comme il s'agit d'une approche psychothérapeutique structurée d'une durée limitée (habituellement jusqu'à 12 séances), l'accent mis par la TCC sur la résolution des problèmes actuels et les compétences pédagogiques pour modifier les pensées et les comportements problématiques s'harmonise bien avec une approche axée sur les jeunes et la croissance. La TCC a fait ses preuves en tant qu'intervention thérapeutique efficace pour les jeunes souffrant de dépression, d'anxiété et de troubles liés à la consommation de substances (61-63) avec une grande variété de modalités soutenues. Une étude systématique réalisée en 2020 a révélé que les TCC individuelles, de groupe, familiales et à distance entraînaient des améliorations 9,5, 9, 26 et 6 fois plus importantes de la réduction des symptômes par mode, par rapport aux témoins (62). Les preuves rigoureuses à l'appui de la TCC s'alignent bien sur la vaste portée de Foundry, car elle a permis diverses adaptations pour répondre aux besoins de divers jeunes, la TCC a été adaptée de manière unique et efficace pour répondre aux besoins des jeunes de sexe et de genre divers et racialisés (64-66). Il a également été démontré que le développement de la TCC axée sur le traumatisme (AT) réduit les symptômes de dépression, le trouble de stress post-traumatique et d'autres symptômes liés au traumatisme chez les jeunes (67-69).

## Thérapie brève centrée sur les solutions (TBCS)

La thérapie brève centrée sur les solutions est une modalité thérapeutique à court terme, fondée sur les forces, qui est axée sur l'avenir, sur les objectifs et qui aide le client à puiser sur ses forces pour trouver ses propres solutions aux problèmes que celui-ci apporte à la séance de conseil.

Bien que la TBCS soit appuyée par un plus petit nombre de publications que la TCC, de nombreuses revues systématiques et des essais contrôlés randomisés ont démontré l'efficacité de cette intervention, dont certains se concentrent spécifiquement sur les jeunes. La TBCS fonctionne bien en tant qu'intervention précoce rentable pour les préoccupations légères à modérées (70) qui est également particulièrement appropriée au développement et bien adaptée aux jeunes qui préfèrent utiliser leur résilience et leur force pour co-construire des solutions et des objectifs (71,72). Des études ont montré que la TBCS est efficace pour les jeunes présentant des troubles d'externalisation ou d'internalisation<sup>ix</sup> et qu'elle permet d'améliorer les résultats psychosociaux des jeunes (70,77-79). Les résultats de la littérature sont toutefois mitigés : une revue des praticiens de 2013 a conclu que la TBCS était efficace pour les troubles d'intériorisation et d'extériorisation (70), tandis qu'une méta-analyse de 2021 n'a trouvé que des preuves solides de l'efficacité de la TBCS pour traiter les troubles d'extériorisation chez les jeunes (77). Des résultats prometteurs ont également été obtenus dans divers milieux tels que les écoles, les organismes de services sociaux et les hôpitaux (79).

À Foundry, la TBCS en une seule séance est l'approche typique utilisée à la fois pour le conseil sans rendez-vous et les services d'intervention brefs, bien que la TBCS ne soit pas toujours utilisée avec un format sans rendez-vous dans les études examinées.

**La TBCS est une approche thérapeutique fondée sur les points forts qui a démontré son efficacité chez les jeunes.**

Foundry propose la TBCS par le biais d'une approche de conseil sans rendez-vous, permettant aux jeunes d'accéder le jour même à un conseil axé sur les solutions.

ix. Les troubles d'extériorisation se caractérisent principalement par des actions dans le monde extérieur. Ce sont généralement des comportements que d'autres peuvent facilement observer. Il s'agit par exemple de la prise de risque, de l'impulsivité, des comportements violents ou agressifs envers les autres, et de la recherche de sensations fortes. Les troubles de l'intériorisation se caractérisent principalement par des comportements dirigés contre soi-même, qui peuvent souvent passer inaperçus. Il s'agit généralement d'émotions et de sentiments que les jeunes ont du mal à contrôler et qui peuvent se manifester par un repli sur soi, des difficultés avec l'anxiété, l'humeur ou la dépression, des pensées négatives, des insomnies ou hypersomnies ou une diminution du plaisir dans les activités (73-76).

## Entretien motivationnel (EM) et thérapie d'amélioration de la motivation (TAM)

Les psychothérapies fondées sur la motivation sont essentielles pour appuyer le changement de comportement et l'engagement global dans les soins de santé. Cette modalité thérapeutique a été utilisée dans les interventions en consommation de substances, en santé mentale et en soins de santé généraux afin d'aider une personne à explorer et à résoudre l'ambivalence liée au changement de comportement.

Il existe une solide base de données probantes à l'appui de la thérapie d'amélioration de la motivation (TAM) et de l'entretien motivationnel (EM), en particulier lorsque ces techniques fondées sur la motivation sont utilisées en association avec la TCC pour traiter les problèmes de santé mentale et de consommation de substances. Les études portant sur la TAM ont révélé une diminution des comportements de consommation de substances et une amélioration des symptômes dépressifs chez les jeunes ayant reçu la MET seule et la MET combinée à la TCC (80-83). Des résultats similaires ont été établis avec l'EM, cette intervention s'avérant efficace pour les diagnostics de double consommation de substances et de santé mentale chez les jeunes et les jeunes adultes (84-86). Une revue de 2019 a classé la thérapie psychosociale à composantes multiples, y compris les combinaisons de TCC et de techniques basées sur la motivation, comme étant bien établie et très efficace, tandis que les techniques basées sur la motivation en tant que thérapies autonomes ont été classées comme « probablement efficaces » (87).

Cela met en évidence le fait que les services capables d'offrir des interventions à composantes multiples peuvent être les plus favorables à la consommation de substances psychoactives chez les jeunes, bien que les techniques de motivation en tant que traitements autonomes restent un outil utile en raison de leur accessibilité générale dans tous les milieux et auprès de tous les prestataires et de leur durée généralement plus courte.

## Thérapie familiale centrée sur les émotions (TFCE)

En tant qu'approche de thérapie familiale, la thérapie familiale centrée sur les émotions (TFCE) s'aligne bien sur l'objectif de Foundry de soutenir une perspective holistique du mieux-être des jeunes qui reconnaît la valeur de l'engagement du personnel soignant. Conçu à l'origine pour aider les personnes atteintes de troubles de l'alimentation, la TFCE se concentre sur le travail avec les soignants afin de les aider à acquérir et à maîtriser des compétences pour soutenir leurs jeunes.

Ces dernières années, la TFCE a démontré de plus en plus son efficacité dans un plus grand nombre de domaines de la santé mentale en fournissant des compétences et des ressources aux soignants pour qu'ils puissent soutenir efficacement leur jeune. En particulier, la TFCE, dispensée dans le cadre d'ateliers destinés aux soignants, a permis d'améliorer l'auto-efficacité, de modifier les attitudes positives, de réduire la culpabilité et la peur des soignants de jeunes souffrant de troubles de l'alimentation (88,89). Forouge et coll. (2019) a publié une évaluation d'un atelier intensif de deux jours sur la TFCE à l'intention des soignants de jeunes ayant des problèmes généraux de santé mentale et ont constaté des résultats similaires, réduction des blocages émotionnels des soignants, amélioration de l'auto-efficacité des soignants et amélioration de la symptomatologie des enfants, soulignant l'utilité de la TFCE au-delà du traitement des troubles alimentaires (90). Des recherches plus récentes ont exploré l'efficacité de la TFCE pour les traumatismes des soignants, une étude ayant montré une amélioration des capacités d'adaptation des soignants et de la régulation des émotions de l'enfant chez les soignants ayant subi un traumatisme pendant l'enfance (91).

Il convient de noter que la littérature sur la TFCE, en particulier au-delà du domaine du traitement des troubles alimentaires, est encore limitée et consiste principalement en des interventions pré-post et des conceptions qualitatives. Les commentaires actuels des soignants et des prestataires de services concernant la TFCE dans les centres Foundry indiquent que la formation des prestataires à la TFCE et l'offre d'ateliers pour les soignants augmentent la confiance des prestataires des centres Foundry dans l'implication des membres de la famille. Parmi les autres avantages que nous avons constatés en interne, citons également l'augmentation de la participation des parents et des soignants dans les centres, ainsi que la réduction de la stigmatisation et de la honte, car la TFCE est une approche pragmatique et basée sur les forces.

## Santé mentale et consommation de substances psychoactives – Résumé des études clés

<b>Sigurvinsdóttir et coll. (2020)</b>	Examen systématique et méta-analyse de 81 études sur la TCC chez les moins de 18 ans	La TCC est un traitement efficace des troubles anxieux chez les jeunes de moins de 18 ans. Les modalités de la TCC individuelle, de groupe, à distance et familiale ont toutes été efficaces pour réduire les symptômes d'anxiété, avec des tailles d'effet modérées à importantes.
<b>Babowitch et Antshel (2016)</b>	Examen systématique de 15 études sur les interventions auprès des adolescents pour les troubles concomitants de la consommation de substances et de la dépression	La TCC seule s'est avérée efficace pour réduire les symptômes dépressifs, mais les preuves sur les comportements de consommation de substances sont mitigées. Une approche intégrative de la TCC avec des thérapies motivationnelles (telles que la TAM et l'EM) s'est avérée modérément efficace pour réduire les symptômes comorbides de la dépression et des troubles liés à la consommation de substances.
<b>Tanner-Smith et Lipsey (2015)</b>	Examen systématique et méta-analyse de brèves interventions sur l'alcool chez les jeunes et les jeunes adultes	Les interventions brèves en une seule séance réduisent considérablement la consommation d'alcool chez les adolescents et les jeunes adultes. Les interventions utilisant des techniques d'entretien motivationnel ont montré les plus fortes réductions de la consommation d'alcool chez les jeunes, avec des tailles d'effet moyennes importantes autour de 0,30.
<b>Fadus et coll. (2019)</b>	Examen des traitements fondés sur des données probantes les plus efficaces pour les troubles liés à la consommation de substances chez les adolescents	La TCC, en format individuel et en groupe, est très efficace pour traiter les troubles liés à la consommation de substances chez les adolescents et est classée comme « bien établie ». En tant que traitements autonomes, les techniques fondées sur la motivation ne sont pas aussi efficaces pour réduire la consommation de substances (classées comme « probablement efficaces »), mais elles ont montré leur efficacité en association avec d'autres modalités de traitement (classées comme « bien établies »). Étant donné leur accessibilité pour divers milieux (écoles, soins primaires), ils constituent un aspect essentiel de la prise en charge globale de la consommation de substances.
<b>Havighurst et coll. (2020)</b>	Examen de la documentation sur les interventions axées sur les émotions pour les soignants des jeunes ayant des problèmes de santé mentale	La TFCE est généralement administré dans le cadre d'ateliers de deux jours destinés aux soignants, où des études ont révélé une amélioration de l'auto-efficacité des soignants, un renforcement des relations soignants-enfants et une amélioration des symptômes de santé mentale des enfants. La principale limite est le nombre limité de preuves entourant la TFCE, ce qui souligne la nécessité de recherches futures.
<b>Bond et coll. (2013)</b>	Revue des praticiens et évaluation systématique des preuves de la thérapie brève centrée sur les solutions (TBCS) chez les enfants de 5 à 18 ans et leurs familles	Les études incluses soutiennent globalement l'utilisation de la TBCS avec les enfants de 5 à 18 ans présentant des problèmes de comportement d'intériorisation ou d'extériorisation. Les données probantes dans leur ensemble sont encore relativement faibles, de nombreuses études présentant des limites méthodologiques et seules cinq études étant classées comme étant de haute qualité.
<b>Hsu et coll. (2021)</b>	Évaluation systématique des données probantes de la TBCS sur les problèmes de comportement chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans	Les preuves suggèrent une efficacité globale de la TBCS (taille de l'effet faible à moyenne) dans le traitement des problèmes de comportement chez les enfants et les jeunes. Lors de l'analyse de l'efficacité pour les différents problèmes présentés, la TBCS n'a montré son efficacité que pour les comportements d'extériorisation (taille d'effet petite à moyenne), tandis que la petite taille d'effet pour les comportements d'intériorisation n'était pas statistiquement significative. L'implication de la famille dans la TBCS n'a pas eu d'impact statistiquement significatif sur les résultats.

## II. Soutien par les pairs

**Relativement nouveau dans le domaine des services de santé pour les jeunes, le soutien par les pairs est fondé sur l'idée que ceux qui ont vécu l'adversité peuvent offrir du soutien, de l'encouragement, de l'espoir et du mentorat à d'autres personnes qui font face à des situations semblables et les encourager à poursuivre leur parcours de mieux-être.**

Les jeunes et les aidants familiaux qui ont vécu ou vivent actuellement avec des problèmes de santé mentale ou de consommation de substances (ou qui soutiennent un jeune) font partie intégrante de l'équipe de soins et offrent divers services par les pairs. L'objectif est d'intégrer le soutien par les pairs des jeunes et des familles dans les centres de Foundry dans tous les volets de services.

**Le soutien par les pairs est une composante innovante et essentielle du modèle Foundry qui se concentre sur le vécu et l'expérience des jeunes et des familles en mettant l'accent sur l'autonomisation et l'espoir.**

Le soutien par les pairs améliore la santé mentale, la qualité de vie et les relations.

La documentation sur le soutien par les pairs dans les services de santé mentale et de consommation de substances provient de populations adultes. Moins d'études sont axées sur les jeunes, bien qu'il existe des preuves émergentes concernant le soutien des jeunes par leurs pairs. Le soutien par les pairs a été inclus comme élément clé du modèle de soins Foundry, en partie en raison de sa capacité à faire le lien entre les aspects cliniques et non cliniques de la santé mentale, et entre la pratique clinique et les services sociaux (92). En tant que tel, il constitue un solide soutien pratique aux soins intégrés dans les différentes régions. En outre, le soutien des jeunes par leurs pairs, en particulier, a été identifié comme un pont entre les « cultures » et les systèmes de soins des jeunes et des adultes (93), d'une importance particulière pour les jeunes en âge de transition.

## Soutien par les pairs pour les jeunes

De récentes analyses documentaires spécifiques aux jeunes ont noté que le soutien des pairs, sous diverses formes telles que le soutien social, les amitiés, le soutien par les pairs et les liens sociaux, est un facteur de protection contre le suicide, la dépression, l'anxiété et le stress chez les jeunes (94). En plus d'améliorer le sentiment d'autonomie, l'espoir et la qualité de vie des jeunes, le soutien des jeunes par leurs pairs est également associé à une réduction de la consommation de substances psychoactives, à une amélioration des relations familiales, à un meilleur maintien dans l'emploi et à une amélioration générale de la santé mentale (93,95-97).

Étant donné l'approche centrée sur la personne du soutien par les pairs, les jeunes font également état d'une plus grande acceptabilité quant à la pertinence et à l'accès aux services de santé mentale impliquant le soutien par les pairs (98). Dans une étude, les participants ont estimé que l'approche était moins « autoritaire » et que le soutien par les pairs permettait d'explorer des solutions et des perspectives plus diverses aux problèmes auxquels un jeune peut être confronté (96). Une étude qualitative récente sur les travailleurs de soutien par les pairs en Colombie-Britannique a exprimé des sentiments similaires, car ils ont décrit comment la flexibilité de leur rôle et leur capacité à entrer en contact avec les jeunes leur permettait de « vraiment rencontrer les jeunes là où ils en sont », ce qui implique une écoute active, un soutien émotionnel, une

défense des droits et une aide aux jeunes pour qu'ils puissent identifier et entrer en contact avec des services et des soutiens (p. ex., conseil, soins primaires, réduction des méfaits) (99). Cela cadre avec la façon dont le soutien par les pairs est abordé au sein de Foundry, où il met l'accent sur la création d'occasions pour ceux qui ont une expérience vécue de se reconnaître comme offrant une expertise unique en matière de mieux-être des jeunes et des familles, tout en créant un environnement sécuritaire qui est à la fois favorable et confortable pour les jeunes eux-mêmes. En outre, certains éléments démontrent que le soutien par les pairs fonctionne comme une passerelle entre les volets de services ou les secteurs. Une étude récente de Kidd et coll. (2021) a examiné le soutien par les pairs pour les jeunes (âgés de 18 à 26 ans) qui vivent dans un logement précaire. Ils ont constaté que les participants étaient plus engagés dans l'emploi, l'éducation et le bénévolat (100).

## Soutien aux familles par les pairs

Le soutien des familles par les pairs est de plus en plus reconnu comme un service que l'on ne trouve pas habituellement ou qui ne dispose pas de ressources dans d'autres domaines. La littérature, bien qu'encore en phase de développement, est en phase avec l'inclusion par Foundry du soutien des familles par les pairs dans son modèle de soins. Une revue systématique récente (2022) de Sartore et coll. a évalué l'effet du soutien par les pairs pour les parents et les soignants d'enfants ayant des besoins complexes. Ils n'ont trouvé que peu d'éléments probants sur les avantages ou les inconvénients, mais ils ont noté que les soignants considéraient en grande majorité que les aides étaient précieuses (101).

D'autres études ont noté que le soutien familial par les pairs entraîne une amélioration du fonctionnement de la famille, de la symptomatologie et de l'adhésion au traitement (102), et ont également établi que le soutien familial par les pairs peut favoriser la résilience émotionnelle, l'espoir et le sentiment d'appartenance, ce qui entraîne une amélioration générale des compétences en matière de soins (102,103). Il est important de noter que les familles se sont senties acceptées, prises en charge, comprises et respectées, ce qui a permis d'améliorer les capacités d'adaptation des soignants (103).

### Support par les pairs – Résumé des études clés

<b>Roach (2018)</b>	Examen intégratif de 15 études quantitatives (combinaison d'études transversales et longitudinales)	Le soutien par les pairs pour les adolescents de 12 à 18 ans ayant des problèmes de santé mentale est un facteur de protection contre l'anxiété, la dépression et les idées suicidaires. Des avantages ont été constatés tant à long terme qu'à court terme.
<b>Gopalan et coll. (2018)</b>	Examen de la portée de 30 programmes de soutien par les pairs pour les jeunes aux États-Unis	Amélioration des relations entre la famille et les jeunes; guérison des troubles liés à la consommation de substances et réduction de la consommation de substances; amélioration du fonctionnement social; scores plus élevés en matière de qualité de vie, d'espoir et de confiance; maintien accru dans l'emploi; renforcement de l'autonomie; amélioration de la santé mentale en général, y compris des symptômes d'anxiété et de dépression.
<b>Reif et coll. (2014)</b>	Examen du soutien au rétablissement par les pairs pour les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de substances, deux essais contrôlés randomisés, quatre études quasi-expérimentales, quatre études pré-post et un examen	Cet examen a permis de trouver des preuves modérées à l'appui du soutien par les pairs pour les personnes atteintes de troubles liés à la consommation de substances. Les études incluses ont révélé une réduction des taux de rechute, une augmentation de la rétention du traitement, une amélioration des relations avec les prestataires et autres soutiens sociaux, et une augmentation de la satisfaction et de l'acceptabilité des services de traitement.
<b>Acri et coll. (2017)</b>	Examen de six interventions de soutien aux familles par les pairs	Certaines études ont montré des avantages dans des domaines tels que le fonctionnement de la famille, les préoccupations des parents concernant leur enfant, les connaissances sur la maladie mentale et les compétences parentales. D'autres éléments tels que le stress parental, le soutien familial, la charge perçue et l'adaptation sont restés inchangés. Les résultats des clients ont été largement positifs dans des domaines critiques tels que la symptomatologie, le fonctionnement, l'adhésion au traitement et les hospitalisations.
<b>Sartore et coll. (2021)</b>	Examen systématique de 22 études portant sur les interventions de soutien par les pairs pour les parents et les personnes s'occupant d'enfants ayant des besoins complexes	Les besoins complexes ont été décrits comme tout état médical ou psychologique aigu ou chronique dont l'évolution est relativement longue. Ils n'ont trouvé aucune preuve de bénéfice ou de préjudice en raison du peu de preuves sur le soutien familial par les pairs, mais ont constaté que les parents et les soignants percevaient les interventions comme précieuses.

### III. La santé physique et sexuelle

À Foundry, les prestataires de soins primaires fournissent des soins de santé physique et sexuelle ainsi qu'un soutien dans d'autres domaines de services, notamment la santé mentale et la consommation de substances. Il peut s'agir de soutiens généralistes ou de soins plus spécialisés (par exemple, la prescription d'un traitement par agonistes opioïdes, des soins tenant compte du genre), ce qui permet d'offrir un continuum de soutiens à différentes intensités. Les modèles de soins intégrés ont été étudiés dans de nombreux contextes, avec un fort soutien en ce qui concerne l'intégration des services de santé physique, de santé mentale et de consommation de substances, ainsi que le soutien par les pairs (104-108).

Asarnow et coll. ont réalisé une méta-analyse systématique en 2015 où ils ont évalué l'efficacité des modèles de soins collaboratifs avec des services intégrés de santé physique et comportementale pour les jeunes. Dans l'ensemble, ils ont constaté que les soins intégrés produisaient des améliorations significatives des résultats en matière de santé mentale par

rapport aux soins traditionnels, un modèle prédisant une probabilité de 73 % qu'un jeune sélectionné au hasard ait de meilleurs résultats en matière de santé mentale dans le cadre de soins collaboratifs par rapport à un modèle de soins traditionnels (104). Cela a été démontré dans toute la littérature, avec une amélioration constante des résultats en matière de santé mentale et une augmentation de l'initiation et de la rétention du traitement (106,109). Les modèles de soins collaboratifs ont fait l'objet de nombreuses études dans le contexte de la dépression chez les jeunes, avec des réductions significatives des symptômes dépressifs chez les jeunes dans les modèles de soins collaboratifs ou intégrés par rapport aux modèles de soins traditionnels (107,110,111). Outre la réduction des symptômes cliniques, les modèles de soins intégrés incluant la santé physique et mentale peuvent entraîner une meilleure qualité de vie, une plus grande confiance dans les conseils en matière de soins de santé et une plus grande satisfaction à l'égard des soins de santé chez les jeunes (31,110).

#### La santé physique et sexuelle – Résumé des études clés

<b>Asarnow et coll. (2015)</b>	Méta-analyse systématique de 31 essais contrôlés randomisés examinant les soins intégrés médicaux-comportementaux pour enfants et adolescents	Les soins intégrés ont permis d'obtenir des résultats nettement meilleurs en matière de santé mentale en ce qui concerne l'anxiété, la dépression et les problèmes de comportement. Les modèles de soins collaboratifs ont obtenu les meilleurs résultats, avec une probabilité de 73 % (représentant une taille d'effet moyenne à grande) qu'un jeune sélectionné au hasard obtienne de meilleurs résultats dans le cadre de soins collaboratifs par rapport aux soins habituels.
<b>Burkhart et coll. (2020)</b>	Revue systématique de six essais contrôlés randomisés et d'études quasi expérimentales	Un modèle de soins intégrés ou collaboratifs dans le cadre des soins primaires pédiatriques est associé à une augmentation de l'initiation et de l'achèvement des traitements de santé mentale, ainsi qu'à une plus grande satisfaction. Le modèle a également montré des améliorations dans le comportement adaptatif de l'enfant et les résultats de la santé mentale.
<b>Sterling et coll. (2012)</b>	Examen de la documentation sur les services intégrés de soins aux adolescents et de consommation de substances	Les jeunes patients ayant des problèmes de consommation de substances sont plus susceptibles de chercher des services psychiatriques que des services de consommation de substances. Dans le cadre d'un collège, une étude a révélé que les étudiants qui ont été dépistés comme présentant un risque élevé de consommation d'alcool dans un centre de soins de santé primaires et qui ont bénéficié de brèves interventions axées sur les substances ont réduit leurs comportements de consommation.

**La nécessité de services de santé intégrés est fondée sur la fourniture de soins holistiques et complets aux jeunes.**

Des services de santé intégrés peuvent conduire à une meilleure santé mentale, un plus grand nombre d'initiations de traitement et une meilleure rétention du traitement.

## IV. Services sociaux et de mieux-être

**En cherchant à soutenir les jeunes par une approche holistique, il est essentiel que les services sociaux et les soutiens soient intégrés dans un centre de Foundry et, ce faisant, que nous tenions compte des expériences uniques de chaque communauté, en particulier les communautés rurales, éloignées ou autochtones. Ce n'est qu'en intégrant les services sociaux et de santé que nous pourrons nous attaquer aux schémas de santé des populations, schémas qui sont déterminés par les caractéristiques fondamentales de la société dans laquelle les gens vivent.**

**La santé mentale est influencée par tous les aspects de notre vie, soulignant la nécessité de tenir compte des déterminants sociaux de la santé qui façonnent la vie quotidienne des jeunes.**

Le volet mieux-être et services sociaux de Foundry comprend les activités récréatives, le logement et le soutien du revenu, ainsi que les possibilités d'emploi et d'éducation.

Notre santé, mentale, physique, émotionnelle et spirituelle, est influencée par de nombreux facteurs tels que notre situation professionnelle, notre niveau d'éducation, nos revenus, notre foyer et notre communauté, notre culture, ainsi que l'environnement physique, naturel ou construit, qui nous entoure. Ces facteurs sont appelés les déterminants sociaux de la santé et ils représentent une partie essentielle de l'approche de Foundry pour le mieux-être. À cet égard, le soutien au mieux-être peut inclure des composantes biologiques, psychologiques, sociales, émotionnelles, spirituelles et cognitives, et il fait le lien entre toutes les filières de services.

Dans le cadre de notre approche holistique de la prise en charge, le programme de mieux-être de Foundry offre aux jeunes la possibilité de s'épanouir et d'entrer en contact les uns avec les autres et avec eux-mêmes par le biais d'activités significatives qui couvrent les cinq domaines du mieux-être que Foundry a identifiés comme essentiels au mieux-être des jeunes (physique, émotionnel/mental, social, cognitif/intellectuel et spirituel/culturel). Il peut s'agir, par exemple, de passer du temps dans la nature, d'explorer les arts créatifs ou de participer à des activités physiques et de pleine conscience.

La base de données probantes sur la promotion du mieux-être des jeunes commence à s'étoffer, les études montrant des résultats prometteurs en matière de mieux-être et de santé mentale des jeunes. Une étude de cohorte longitudinale à long terme a révélé que les activités de loisirs sociaux, en particulier celles qui se déroulent dans la communauté, y compris le fait de passer du temps avec des amis, les activités de plein air, les sports, la musique et l'art, pour n'en citer que quelques-unes, sont associées à une réduction de la consommation de substances et des problèmes de santé mentale chez les jeunes, ce qui souligne l'importance des activités de loisirs et des liens avec la communauté dans la promotion de la santé et du mieux-être des jeunes (112). Des résultats similaires ont été montrés dans d'autres études, la participation à de multiples activités de loisirs, y compris l'activité physique, étant positivement associée au mieux-être mental général (113,114).

Le programme de mieux-être met particulièrement l'accent sur les activités liées à la terre et à la nature, comme en témoignent deux études systématiques selon lesquelles le fait de passer du temps dans la nature peut améliorer la santé mentale globale et la qualité de vie, accroître la résilience et réduire le stress chez les jeunes (115,116). Pour les jeunes autochtones en particulier, les activités terrestres peuvent être considérées comme des pratiques de guérison qui améliorent la santé mentale et le bien-être général grâce à un lien culturel et spirituel avec la terre et leur communauté (117,118).

De manière plus pratique, les activités de ce volet de services comprennent également l'accès à une série de services du secteur social, tels que l'aide au revenu, l'aide au logement, les compétences de vie, l'aide à l'emploi et à l'éducation, entre autres. Étant donné l'ampleur des approches et des soutiens possibles dans cette rubrique, nous continuons à explorer des options et des stratégies significatives pour soutenir les jeunes dans ce domaine, y compris celles qui concernent le travail et l'éducation.

## Travail et éducation : Soutien au placement individuel (SPI)

Le programme de travail et d'éducation de Foundry met en lumière une grande partie des connaissances relatives au lien entre l'obtention d'un travail ou la fréquentation d'une école, qui est associé à des résultats positifs en matière de santé, de bien-être social, de rétablissement à long terme et de qualité de vie (119-121). En effet, l'un des indicateurs les plus forts du « rétablissement » est la capacité d'une personne à obtenir et à conserver un emploi intéressant ou à participer à des études supérieures (122,123). En corollaire, les jeunes identifiés comme NEET (not in education, employment or training [ni en études, ni en emploi, ni en formation]) au Canada font face à des résultats beaucoup plus difficiles, avec non seulement des difficultés économiques à long terme telles qu'un revenu plus faible et une faible participation au marché du travail, mais aussi un risque beaucoup plus élevé de mauvais résultats en matière de santé physique et mentale par rapport à leurs homologues non NEET (124).

Dans ce contexte, le programme de travail et d'éducation est axé sur le soutien au placement individuel (SPI), un modèle bien établi pour promouvoir l'emploi et la poursuite des études pour les jeunes ayant des problèmes de santé mentale ou de consommation de substances. En donnant une structure et un sens à la vie d'un jeune, l'emploi peut lui apporter stabilité, prévisibilité et indépendance financière et lui permettre de ressentir un sentiment d'utilité et d'appartenance (125). En particulier, le SPI s'attaque aux barrières traditionnelles à l'emploi des jeunes, en adoptant une approche plus holistique, centrée sur la personne et non stigmatisante que les programmes professionnels typiques, en identifiant les opportunités pour les jeunes sur la base de leurs préférences et qualifications uniques, sans utiliser de critères d'exclusion. La mise en œuvre par Foundry d'un programme de travail et d'éducation basé sur le SPI a donné des résultats prometteurs : 33 % des participants ont trouvé un emploi après le programme et 25 % ont montré des améliorations dans tous les domaines de la santé mentale, y compris la satisfaction dans la vie et les symptômes d'anxiété (126).

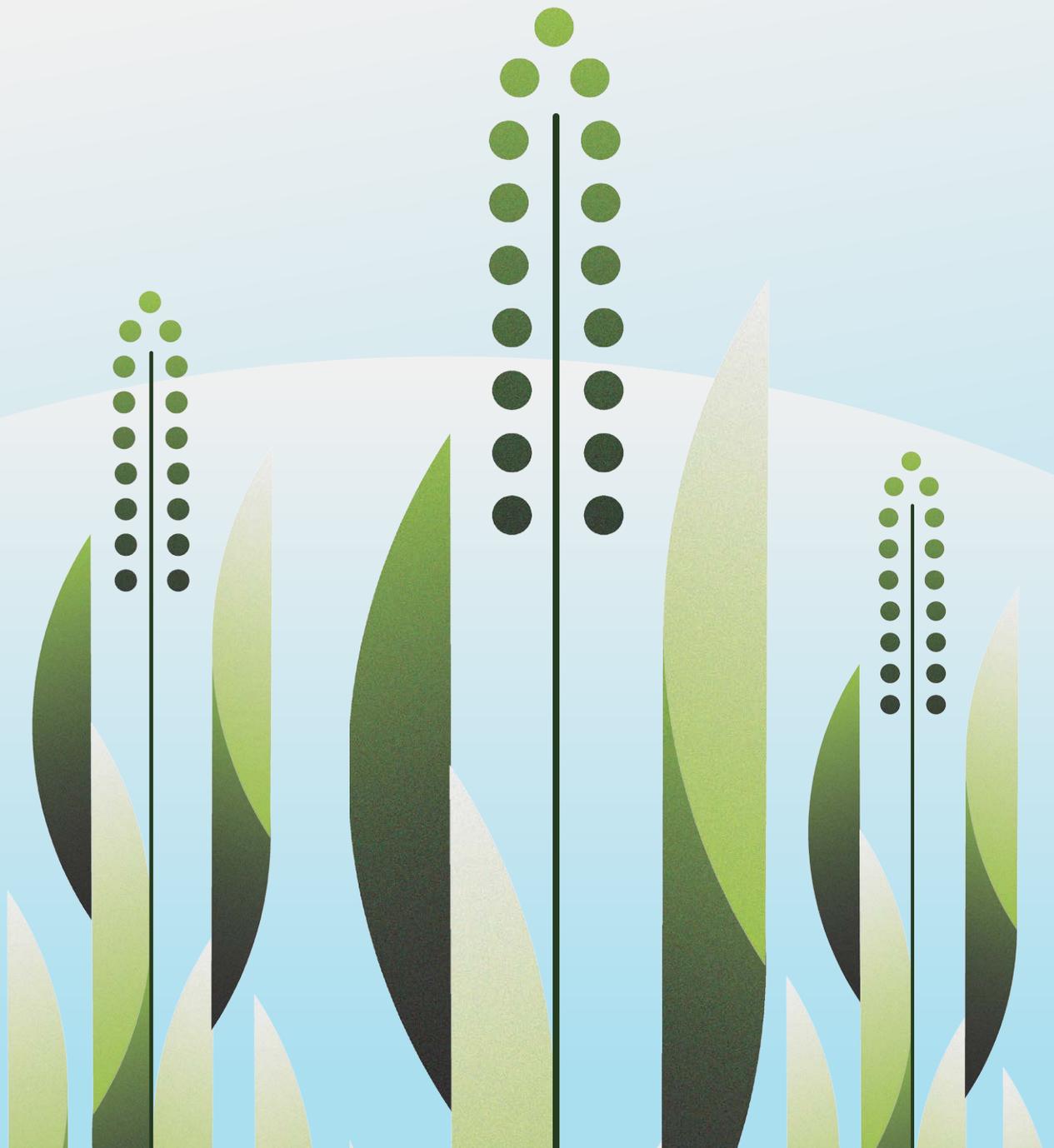
Plusieurs examens systématiques et essais contrôlés randomisés ont étudié les effets du SPI chez les jeunes, ce qui a permis de constituer une solide base de données probantes à l'appui du SPI pour les jeunes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances. La littérature a montré des résultats convaincants du SPI chez les jeunes, notamment des taux plus élevés d'emploi compétitif, un maintien plus long dans l'emploi et davantage d'heures et de semaines de travail (127-129). Un essai de contrôle randomisé publié en 2020 visait à évaluer les résultats non professionnels associés aux jeunes adultes (âgés de 18 à 29 ans) identifiés comme NEET participant à un

SPI par rapport au soutien professionnel traditionnel (127). Les jeunes participant au programme de SPI ont fait état de meilleurs résultats généraux, tels que moins de problèmes de santé, moins de consommation de substances, moins de sentiments d'impuissance et de désespoir et plus d'optimisme quant à leur bien-être futur (127). D'autres études sur des jeunes souffrant d'un premier épisode de psychose, de dépression, de consommation de substances et d'autres problèmes sociaux ou de santé ont toutes montré que le SPI est un programme efficace et bien soutenu pour les jeunes qui souhaitent trouver un emploi ou poursuivre leurs études (127,128,130-132).

### Services sociaux et de mieux-être – Résumé des études clés

<b>Gmitroski et coll. (2018)</b>	Examen de 24 articles portant sur l'emploi des jeunes âgés de 15 à 29 ans ayant reçu un diagnostic de santé mentale	Les facilitateurs communs de l'emploi pour les jeunes étaient l'intervention précoce, l'auto-efficacité élevée, le programme d'emploi assisté et le suivi à long terme, tandis que les obstacles communs étaient les critères d'exclusion des programmes, la stigmatisation sur le lieu de travail, les antécédents avec le système judiciaire, les possibilités de formation inadéquates et le manque de financement intégré continu. Ces obstacles et facilitateurs ont été regroupés en quatre thèmes : services sociaux et de santé intégrés, exposition au soutien à l'emploi en fonction de l'âge, conscience de soi et autonomie, et soutien durable au cours de la trajectoire.
<b>Bond et coll. (2016)</b>	Analyse groupée de quatre essais de contrôle randomisés évaluant l'efficacité du soutien au placement individuel (SPI) pour les jeunes âgés de 20 à 29 ans souffrant d'une maladie mentale grave	Soutien sans ambiguïté de l'efficacité des SPI pour aider les jeunes atteints de maladie mentale à atteindre un emploi compétitif. L'analyse a révélé un plus grand nombre de semaines travaillées et d'heures totales travaillées, une plus grande ancienneté dans l'emploi et un taux d'emploi compétitif plus élevé avec une taille d'effet moyenne à grande. Le SPI a été tout aussi efficace pour les jeunes de 20 à 25 ans et de 25 à 29 ans lors de l'analyse des sous-groupes. Certaines études ont montré que les effets ne se maintenaient pas au-delà d'un an ou deux.
<b>Pascoe et coll. (2020)</b>	Examen de la portée de 29 études examinant l'effet de l'activité physique sur la promotion de la santé mentale chez les jeunes âgés de 12 à 26 ans	Il est prouvé que des exercices d'intensité variable peuvent entraîner une réduction des symptômes de dépression et d'anxiété. Certaines données probantes soutiennent les effets de l'activité physique sur d'autres résultats en matière de santé mentale, mais la base de données est plus restreinte et il est donc plus difficile de tirer des conclusions définitives.
<b>Tillmann et coll. (2018)</b>	Examen systématique de 35 études portant sur la manière dont l'exposition à la nature chez les enfants et les jeunes (de 0 à 18 ans) affecte la santé mentale	Cette étude a montré que l'exposition à la nature avait des effets plus positifs que non significatifs sur les symptômes du TDA/TDAH, la santé mentale globale, le stress, la résilience et la qualité de vie liée à la santé. Les résultats tels que la dépression, le bien-être émotionnel et l'estime de soi ont fait l'objet de plus de résultats non significatifs que de résultats positifs, ce qui suggère des preuves non concluantes par rapport à ces résultats.
<b>Mygind et coll. (2019)</b>	Examen systématique de 84 publications sur les effets des expériences d'immersion dans la nature sur la santé mentale, physique et sociale des enfants et des jeunes (âgés de 0 à 18 ans)	Sur l'ensemble des résultats en matière de santé mentale, physique et sociale, 60 % des publications ont constaté des avantages positifs des expériences d'immersion dans la nature par rapport aux groupes de contrôle, tandis que 18 % ont constaté des améliorations similaires dans les groupes d'intervention et de contrôle, et 22 % des publications ont fait état de résultats mitigés ou non significatifs. Dans les études incluant un groupe de contrôle, les expériences d'immersion dans la nature ont amélioré des résultats tels que l'estime de soi, l'efficacité personnelle, la résilience, les résultats scolaires, les performances cognitives et les compétences et comportements sociaux.

Que faisons-nous à  
partir de maintenant?



# Les orientations futures

**Les modèles de services intégrés pour les jeunes constituent une innovation passionnante qui permet de fournir aux jeunes des soins complets, centrés sur la personne et coordonnés. Depuis sa création en 2015, Foundry s'est efforcé de réaliser des avancées significatives pour faire progresser un modèle de services intégrés pour les jeunes en Colombie-Britannique. Le modèle de SIJ de Foundry et le cadre intégré présenté ici s'appuient sur les déterminants sociaux de la santé pour aider les jeunes à vivre une bonne vie.**

Tel qu'articulé dans le présent document, le modèle est fondé sur la connaissance du paysage des services en Colombie-Britannique, l'expertise clinique, les données probantes et la participation des jeunes, des familles et des prestataires de services, et le modèle continue d'évoluer grâce à un apprentissage et à un examen itératifs.

La prochaine phase de travail se poursuit avec le développement de notre réseau provincial, avec 23 centres désormais ouverts ou en cours de développement. Nous espérons offrir de plus en plus d'opportunités pour partager les apprentissages clés autour de notre modèle, de sa mise en œuvre et des nouvelles innovations en matière de recherche. Les domaines prioritaires identifiés comprennent la formalisation de l'approche des systèmes de santé d'apprentissage (SSA) au sein de notre réseau provincial, où les données collectées sont immédiatement mobilisées dans le réseau, les connaissances sont acquises et la pratique est modifiée, ce qui permet de renvoyer davantage de données au réseau. Le SSA facilitera l'élaboration de normes de qualité et l'intégrité des modèles afin de soutenir la cohérence des soins, en approfondissant les preuves de l'intégration des services et en intégrant les principes d'équité, de sécurité et d'humilité culturelles dans notre travail afin de mieux garantir que les jeunes bénéficient de services sûrs et adaptés à leur culture. La manière dont ce modèle est le mieux mis en œuvre dans des contextes de prestation de services plus diversifiés, y compris dans des environnements plus ruraux et éloignés, sera également un domaine clé de la réflexion.

Aujourd'hui, il y a beaucoup plus d'informations disponibles sur les SIJ. Les premiers résultats concernant les services intégrés pour les jeunes sont prometteurs. De bonnes données montrent que le modèle de Foundry est un moyen efficace d'atteindre une population variée de jeunes et que l'intervention précoce de services diversifiés et accessibles présente des avantages sociaux et économiques à long terme. Bien que les interventions soutenues que nous proposons soient basées sur une synthèse solide de preuves évaluées par des pairs, d'expérience clinique et d'évaluation pratique, nous continuons à améliorer et à étendre notre évaluation formelle pour garantir que les soutiens appropriés sont utilisés et pour mieux comprendre comment notre travail contribue à des impacts plus larges sur le système, et en particulier sur les résultats pour les jeunes. Comme toujours, les innovations dans la pratique peuvent progresser plus rapidement que la documentation des preuves évaluées par les pairs, et nous travaillerons en étroite collaboration avec les partenaires autour de ces développements pour contribuer au développement de preuves mondiales dans ces domaines d'innovation. Au fur et à mesure que Foundry et son système de santé d'apprentissage se développent, apprennent et mûrissent, notre modèle devrait continuer à être affiné grâce à de nouveaux apprentissages internes, à l'évaluation, à l'engagement et à des preuves plus larges.

# Annexe A – Méthodologie

Afin d'identifier la littérature la plus pertinente et la plus récente relative au modèle de Foundry, une analyse des données probantes a été réalisée sur les principaux volets de services de Foundry, santé mentale et consommation de substances, santé physique et sexuelle, soutien par les pairs et services sociaux, ainsi que sur les composantes essentielles du modèle telles que les soins intégrés par paliers, l'intervention précoce, les services virtuels et l'engagement des jeunes et des familles. Les domaines de recherche de l'examen des preuves et les termes clés de recherche ont été discutés et décidés en consultation avec le personnel et les dirigeants de Foundry impliqués dans la conceptualisation, la conception et la mise en œuvre du modèle Foundry et de ses divers volets de services, interventions et composants de base.

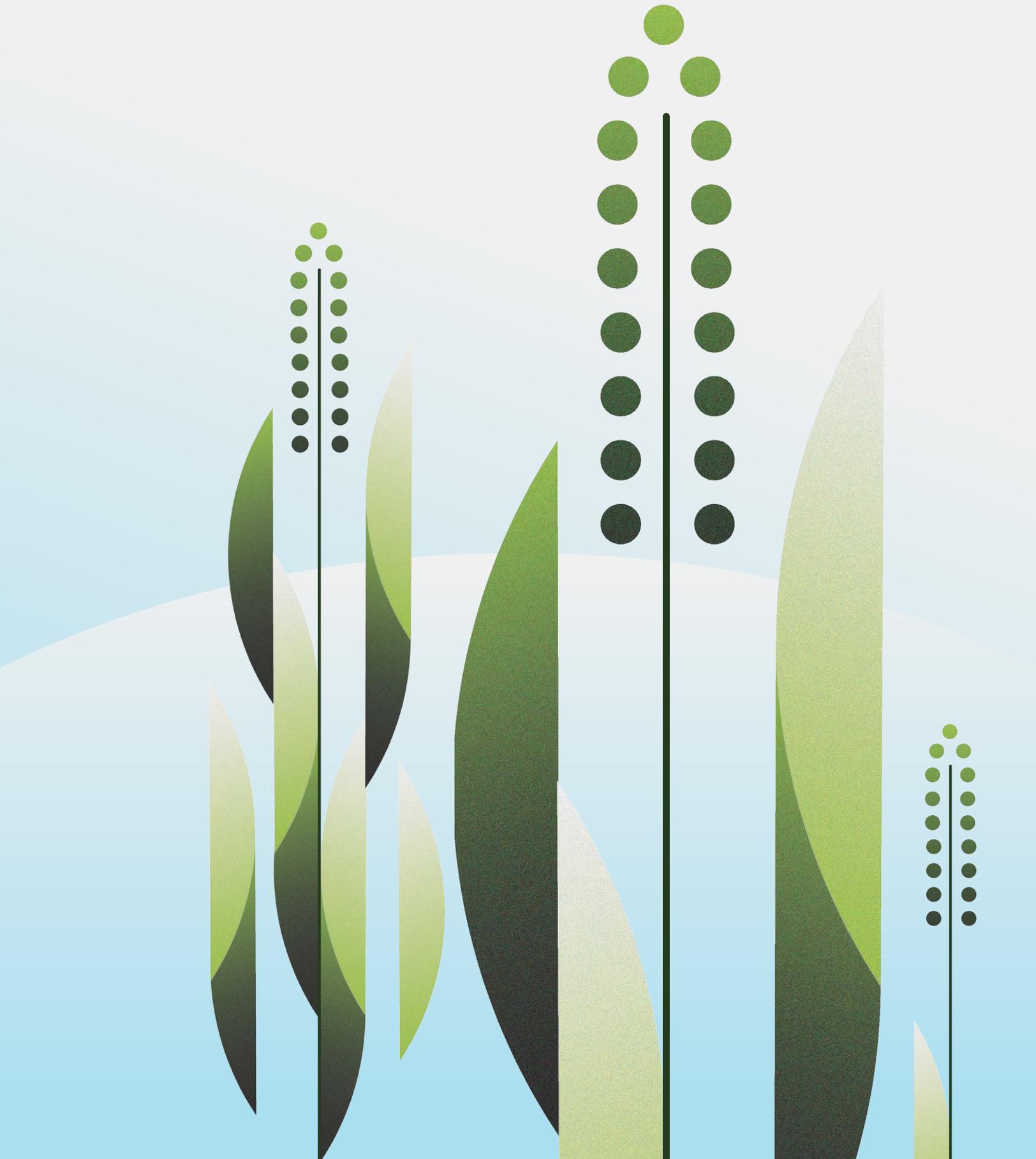
Cinq bases de données ont été consultées, MEDLINE, EMBASE, PubMed, Cochrane Library of Systematic Reviews et PsycInfo, et les recherches individuelles ont été étendues au-delà de ces bases de données en fonction des besoins, selon l'ampleur de la littérature. Les termes et les mots clés du Medical Search Heading (MeSH) ont été utilisés dans les recherches afin de s'assurer qu'aucun article pertinent ne soit manqué. La recherche a généralement été limitée aux articles publiés entre 2010 et juin 2022; toutefois, cette plage de données a été élargie si l'étendue de la littérature était plus limitée. La littérature existante a été compilée et la force de la base de preuves pour chaque intervention/principe fondamental a été évaluée et une note a été attribuée en fonction de la quantité et de la qualité de la littérature.

Les études ont été classées par ordre de priorité en fonction de la rigueur de leur conception, l'accent étant mis sur les examens systématiques et les méta-analyses, les examens de portée générale, les essais contrôlés randomisés lorsque cela est possible et les études d'observation de haute qualité. Dans certains cas, la littérature sur certains sujets, comme le soutien par les pairs, est dominée par des études qualitatives qui mettent davantage l'accent sur l'expérience vécue et actuelle et les résultats liés à l'expérience. Dans ces cas, des conceptions d'études « rigoureuses » plus traditionnelles ont également été prises en compte, de même que d'autres conceptions et examens d'études mieux à même de saisir les expériences et les nuances qui peuvent être négligées dans les processus scientifiques quantitatifs.

Les résultats de l'examen des preuves ont été partagés avec le personnel et la direction de Foundry afin de s'assurer que les domaines de recherche étaient bien alignés avec les services offerts dans les centres. Les résultats ont été partagés et validés par des présentations, des réunions et un dialogue avec les personnes impliquées dans la mise en œuvre et la fourniture des services.

Le document a ensuite fait l'objet de multiples révisions internes auxquelles ont participé les dirigeants de Foundry et le personnel impliqué dans la conception, la mise en œuvre et la prestation des services, ainsi que les Agences chefs de file des centres et les partenaires clés, afin de s'assurer que les informations étaient claires, bien comprises et conformes à leurs expériences avec Foundry et le secteur des SIJ.

# Références



1. Hetrick SE, Bailey AP, Smith KE, Malla A, Mathias S, Singh SP, et al. Integrated (one-stop shop) youth health care: best available evidence and future directions. *Medical Journal of Australia* [Internet]. 2017 Nov [cited 2022 Sep 13];207(S10). Available from: [onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/mja17.00694](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/mja17.00694)
2. Malla A, Shah J, Iyer S, Boksa P, Joober R, Andersson N, et al. Youth Mental Health Should Be a Top Priority for Health Care in Canada. *Can J Psychiatry*. 2018 Apr 1;63(4):216–22.
3. Fowler, Celeste, Odegbile, Narine. Integrated Youth Services in Canada - A portrait. SRDC. 2022 Jul;37.
4. Legislative Assembly of British Columbia. Select Standing Committee on Children and Youth [Internet]. 2016 [cited 2022 Sep 13]. Available from: [leg.bc.ca:443/Pages/BCLASS-Item-Committees.aspx?TermStoreId=f521b6c0-e6c1-466c-944a-97821d4f74fb&TermSetId=9f16e9ee-3dfd-4a20-9566-040d3f546e57&TermId=f265e8cc-e146-4cbd-acf1-32502fe10963&UrlSuffix=41stParliament-4thSession-cay](https://leg.bc.ca:443/Pages/BCLASS-Item-Committees.aspx?TermStoreId=f521b6c0-e6c1-466c-944a-97821d4f74fb&TermSetId=9f16e9ee-3dfd-4a20-9566-040d3f546e57&TermId=f265e8cc-e146-4cbd-acf1-32502fe10963&UrlSuffix=41stParliament-4thSession-cay)
5. RCY. Still Waiting: First-hand Experiences with Youth Mental Health Services in B.C. [Internet]. Office of the Representative for Children and Youth. 2013 [cited 2022 Oct 11]. Available from: [rcybc.ca/reports-and-publications/reports/monitoring-reports/still-waiting-first-hand-experiences-with-youth-mental-health-services-in-b-c](https://rcybc.ca/reports-and-publications/reports/monitoring-reports/still-waiting-first-hand-experiences-with-youth-mental-health-services-in-b-c)
6. Bartram M. Making the most of the federal investment of \$5 billion for mental health. *CMAJ*. 2017 Nov 6;189(44):E1360–3.
7. Turpel-Lafond ME. In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in BC health care, full report. 2020 Nov [cited 2022 Oct 25]; Available from: [bcchr.ca/sites/default/files/group-opsei/in-plain-sight-full-report.pdf](https://bcchr.ca/sites/default/files/group-opsei/in-plain-sight-full-report.pdf)
8. Pearson C, Janz T, Ali J. Mental and substance use disorders in Canada. :10.
9. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022 Jan;27(1):281–95.
10. Canada PHA of. Suicide in Canada: Key Statistics [Internet]. 2020 [cited 2022 Oct 11]. Available from: [canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/suicide-canada-key-statistics-infographic.html](https://canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/suicide-canada-key-statistics-infographic.html)
11. BCCDC Mortality Context App [Internet]. [Cited using available data 2023 Feb 08]. Available from: [bccdc.shinyapps.io/Mortality\\_Context\\_ShinyApp](https://bccdc.shinyapps.io/Mortality_Context_ShinyApp)
12. BC COVID-19 SPEAK Dashboard [Internet]. [cited 2022 May 12]. Available from: [bccdc.ca/health-professionals/data-reports/bc-covid-19-speak-dashboard](https://bccdc.ca/health-professionals/data-reports/bc-covid-19-speak-dashboard)
13. Conley CS, Shapiro JB, Kirsch AC, Durlak JA. A meta-analysis of indicated mental health prevention programs for at-risk higher education students. *Journal of Counseling Psychology*. 2017 Mar;64(2):121–40.
14. Davey CG, McGorry PD. Early intervention for depression in young people: a blind spot in mental health care. *The Lancet Psychiatry*. 2019 Mar;6(3):267–72.
15. Berk M, Hallam K, Malhi GS, Henry L, Hasty M, Macneil C, et al. Evidence and implications for early intervention in bipolar disorder. *Journal of Mental Health*. 2010 Apr;19(2):113–26.
16. Stelmach R, Kocher EL, Kataria I, Jackson-Morris AM, Saxena S, Nugent R. The global return on investment from preventing and treating adolescent mental disorders and suicide: a modelling study. *BMJ Glob Health*. 2022 Jun;7(6):e007759.
17. Sregonja R, Sampaio F, Alaie I, Philipson A, Hagberg L, Murray K, et al. Cost-effectiveness of an indicated preventive intervention for depression in adolescents: a model to support decision making. *Journal of Affective Disorders*. 2020 Dec;277:789–99.
18. Mathias S, Tee K, Helfrich W, Gerty K, Chan G, Barbic SP. Foundry: Early learnings from the implementation of an integrated youth service network. *Early Intervention in Psychiatry*. 2022;16(4):410–8.
19. Salmon A, Fernando S, Berger M, Tee K, Gerty K, Helfrich W, et al. Distributive Leadership Within an Emerging Network of Integrated Youth Health Centres: A Case Study of Foundry. *Int J Integr Care*. 20(4):19.
20. Learning Health System Series [Internet]. National Academy of Medicine. [cited 2022 Nov 3]. Available from: [nam.edu/programs/value-science-driven-health-care/learning-health-system-series](https://nam.edu/programs/value-science-driven-health-care/learning-health-system-series)
21. CLHSS. About Center for Learning Health System Sciences [Internet]. University of Minnesota Medical School. 2021 [cited 2022 Nov 3]. Available from: [med.umn.edu/clhss/about](https://med.umn.edu/clhss/about)
22. The EPIC Learning Health System | Alliance for Healthier Communities [Internet]. [cited 2023 Jan 10]. Available from: [allianceon.org/EPIC-Learning-Health-System](https://allianceon.org/EPIC-Learning-Health-System)
23. Fulop, N, Mowlam, A, Edwards, N. Building integrated care In: Lessons from the NHS and elsewhere. London: MHS Confederation [Internet]. 2005 [cited 2022 Oct 25]; Available from: [rchnfoundation.org/wp-content/uploads/2015/07/Building-integrated-care.pdf](https://rchnfoundation.org/wp-content/uploads/2015/07/Building-integrated-care.pdf)
24. Bartholomeusz, C., Randell, A. Evidence to practice: integrated care in youth mental health. headspace, The National Youth Mental Health Foundation. 2022 Melbourne;27.
25. Henderson J, Hawke LD, Iyer SN, Hayes E, Darnay K, Mathias S, et al. Youth Perspectives on Integrated Youth Services: A Discrete Choice Conjoint Experiment. *Can J Psychiatry*. 2022 Jul;67(7):524–33.
26. O’Keeffe L, O’Reilly A, O’Brien G, Buckley R, Illback R. Description and outcome evaluation of Jigsaw: an emergent Irish mental health early intervention programme for young people. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2015 Mar;32(1):71–7.

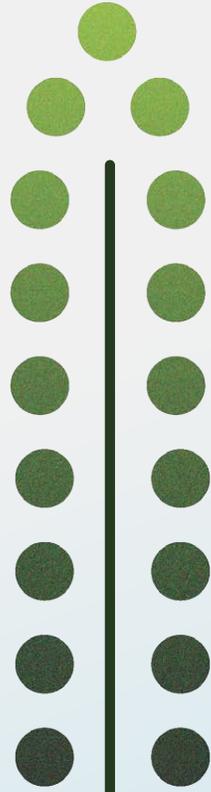
27. Rickwood DJ, Telford NR, Parker AG, Tanti CJ, McGorry PD. headspace — Australia's innovation in youth mental health: who are the clients and why are they presenting? *Medical Journal of Australia*. 2014;200(2):108–11.
28. Health Canada. Stigma around drug use [Internet]. 2018 [cited 2023 Mar 1]. Available from: [canada.ca/en/health-canada/services/opioids/stigma.html](https://canada.ca/en/health-canada/services/opioids/stigma.html)
29. Harfield SG, Davy C, McArthur A, Munn Z, Brown A, Brown N. Characteristics of Indigenous primary health care service delivery models: a systematic scoping review. *Globalization and Health*. 2018 Jan 25;14(1):12.
30. Viksveen P, Bjonness SE, Cardenas NE, Game JR, Berg SH, Salamonsen A, et al. User involvement in adolescents' mental healthcare: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2021 Jun 5 [cited 2022 Sep 15]; Available from: [doi.org/10.1007/s00787-021-01818-2](https://doi.org/10.1007/s00787-021-01818-2)
31. Muir K, University of New South Wales, Social Policy Research Centre. Headspace evaluation report: independent evaluation of headspace : the National Youth Mental Health Foundation. Sydney: Social Policy Research Centre; 2009.
32. Lawrence PJ, Parkinson M, Jasper B, Creswell C, Halligan SL. Supporting the parents of children and young people with anxiety and depressive disorders is an opportunity not to be missed: a scoping review. *The Lancet Psychiatry*. 2021 Oct 1;8(10):909–18.
33. Grattan RE, Tryon VL, Lara N, Gabrielian SE, Melnikow J, Niendam TA. Risk and Resilience Factors for Youth Homelessness in Western Countries: A Systematic Review. *PS*. 2022 Apr;73(4):425–38.
34. Liu CH, Zhang E, Wong GTF, Hyun S, Hahm H "Chris" Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. *Psychiatry Research*. 2020 Aug 1;290:113172.
35. Yap MBH, Pilkington PD, Ryan SM, Jorm AF. Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2014 Mar 1;156:8–23.
36. Hutchison B, Levesque JF, Strumpf E, Coyle N. Primary Health Care in Canada: Systems in Motion. *Milbank Q*. 2011 Jun;89(2):256–88.
37. Barwick M, Urajnik D, Sumner L, Cohen S, Reid G, Engel K, et al. Profiles and Service Utilization for Children Accessing a Mental Health Walk-In Clinic versus Usual Care. *Journal of Evidence-Based Social Work*. 2013 Jul;10(4):338–52.
38. Harper-Jaques S, Foucault D. Walk-In Single-Session Therapy: Client Satisfaction and Clinical Outcomes. *Journal of Systemic Therapies*. 2014 Sep;33(3):29–49.
39. Riemer M, Stalker CA, Dittmer L, Cait CA, Horton S, Kermani N, et al. The Walk-in Counselling Model of Service Delivery: Who Benefits Most? *Canadian Journal of Community Mental Health*. 2018 Jul;37(2):29–47.
40. Stalker CA, Riemer M, Cait CA, Horton S, Booton J, Josling L, et al. A comparison of walk-in counselling and the wait list model for delivering counselling services. *Journal of Mental Health*. 2016 Sep 2;25(5):403–9.
41. Cornish PA, Churchill A, Hair HJ. Open-Access Single-Session Therapy in the Context of Stepped Care 2.0. *Journal of Systemic Therapies*. 2020 Sep;39(3):21–33.
42. Benavides-Vaello S, Strode A, Sheeran BC. Using Technology in the Delivery of Mental Health and Substance Abuse Treatment in Rural Communities: A Review. *J Behav Health Serv Res*. 2013 Jan;40(1):111–20.
43. Van Cleave J, Stille C, Hall DE. Child Health, Vulnerability, and Complexity: Use of Telehealth to Enhance Care for Children and Youth With Special Health Care Needs. *Academic Pediatrics*. 2022 Mar;22(2):S34–40.
44. Zhou X, Edirippulige S, Bai X, Bambling M. Are online mental health interventions for youth effective? A systematic review. *J Telemed Telecare*. 2021 Dec;27(10):638–66.
45. Grist R, Croker A, Denne M, Stallard P. Technology Delivered Interventions for Depression and Anxiety in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2019 Jun;22(2):147–71.
46. Payne L, Flannery H, Kambakara Gedara C, Daniilidi X, Hitchcock M, Lambert D, et al. Business as usual? Psychological support at a distance. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2020 Jul;25(3):672–86.
47. Inhae C, Jiwon K. Effects of mHealth intervention on sexual and reproductive health in emerging adulthood: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*. 2021 Jul;119:103949.
48. Saragih ID, Imanuel Tonapa S, Porta CM, Lee BO. Effects of telehealth interventions for adolescent sexual health: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *J Telemed Telecare*. 2021 Dec 13;1357633X2110477.
49. Kramer J, Conijn B, Oijevaar P, Riper H. Effectiveness of a Web-Based Solution-Focused Brief Chat Treatment for Depressed Adolescents and Young Adults: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2014 May 29;16(5):e141.
50. MacDonell KW, Prinz RJ. A Review of Technology-Based Youth and Family-Focused Interventions. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2017 Jun;20(2):185–200.
51. xWaselewski ME, Waselewski EA, Wasvary M, Wood G, Pratt K, Chang T, et al. Perspectives on Telemedicine from a National Study of Youth in the United States. *Telemedicine and e-Health*. 2022 Apr 1;28(4):575–82.
52. Sequeira GM, Kidd KM, Coulter RWS, Miller E, Fortenberry D, Garofalo R, et al. Transgender Youths' Perspectives on Telehealth for Delivery of Gender-Affirming Care. *Journal of Adolescent Health*. 2021 Jun;68(6):1207–10.

53. Berger M, Fernando S, Churchill A, Cornish P, Henderson J, Shah J, et al. Scoping review of stepped care interventions for mental health and substance use service delivery to youth and young adults. *Early Intervention Psych*. 2022 Apr;16(4):327–41.
54. Boyd L, Baker E, Reilly J. Impact of a progressive stepped care approach in an improving access to psychological therapies service: An observational study. Gentili C, editor. *PLoS ONE*. 2019 Apr 9;14(4):e0214715.
55. Delgadillo J, Ali S, Fleck K, Agnew C, Southgate A, Parkhouse L, et al. Stratified Care vs Stepped Care for Depression: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2022 Feb 1;79(2):101.
56. Rapee RM, Lyneham HJ, Wuthrich V, Chatterton ML, Hudson JL, Kangas M, et al. Low intensity treatment for clinically anxious youth: a randomised controlled comparison against face-to-face intervention. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021 Jul;30(7):1071–9.
57. Rapee RM, Lyneham HJ, Wuthrich V, Chatterton ML, Hudson JL, Kangas M, et al. Comparison of Stepped Care Delivery Against a Single, Empirically Validated Cognitive-Behavioral Therapy Program for Youth With Anxiety: A Randomized Clinical Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2017 Oct;56(10):841–8.
58. Wuthrich VM, Rapee RM, McLellan L, Wignall A, Jagiello T, Norberg M, et al. Psychological stepped care for anxious adolescents in community mental health services: A pilot effectiveness trial. *Psychiatry Research*. 2021 Sep;303:114066.
59. Pettit JW, Rey Y, Bechor M, Melendez R, Vaclavik D, Buitron V, et al. Can less be more? Open trial of a stepped care approach for child and adolescent anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. 2017 Oct;51:7–13.
60. Aspvall K, Sampaio F, Lenhard F, Melin K, Norlin L, Serlachius E, et al. Cost-effectiveness of Internet-Delivered vs In-Person Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder. *JAMA Netw Open*. 2021 Jul 30;4(7):e2118516.
61. Dalton K, Bishop L, Darcy S. Investigating interventions that lead to the highest treatment retention for emerging adults with substance use disorder: A systematic review. *Addictive Behaviors*. 2021 Nov 1;122:107005.
62. Sigurvinsdóttir AL, Jensínudóttir KB, Baldvinsdóttir KD, Smárason O, Skarphedinnsson G. Effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for child and adolescent anxiety disorders across different CBT modalities and comparisons: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2020 Apr 2;74(3):168–80.
63. Walter D, Buschsieweke J, Dachs L, Goletz H, Goertz-Dorten A, Kinnen C, et al. Effectiveness of usual-care cognitive-behavioral therapy for adolescents with depressive disorders rated by parents and patients – an observational study. *BMC Psychiatry*. 2021 Aug 24;21(1):423.
64. Craig SL, Eaton AD, Leung VWY, Iacono G, Pang N, Dillon F, et al. Efficacy of affirmative cognitive behavioural group therapy for sexual and gender minority adolescents and young adults in community settings in Ontario, Canada. *BMC Psychology*. 2021 Jun 7;9(1):94.
65. Pina AA, Polo AJ, Huey SJ. Evidence-Based Psychosocial Interventions for Ethnic Minority Youth: The 10-Year Update. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2019 Mar 4;48(2):179–202.
66. Toombs E, Kowatch KR, Dalicandro L, McConkey S, Hopkins C, Mushquash CJ. A systematic review of electronic mental health interventions for Indigenous youth: Results and recommendations. *J Telemed Telecare*. 2021 Oct 1;27(9):539–52.
67. Jensen TK, Holt T, Ormhaug SM. A Follow-Up Study from a Multisite, Randomized Controlled Trial for Traumatized Children Receiving TF-CBT. *J Abnorm Child Psychol*. 2017 Nov 1;45(8):1587–97.
68. Lucio R, Nelson TL. Effective Practices in the Treatment of Trauma in Children and Adolescents: From Guidelines to Organizational Practices. *Journal of Evidence-Informed Social Work*. 2016 Sep 2;13(5):469–78.
69. Goldbeck L, Muche R, Sachser C, Tutus D, Rosner R. Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents: A Randomized Controlled Trial in Eight German Mental Health Clinics. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2016 Apr 1;85(3):159–71.
70. Bond C, Woods K, Humphrey N, Symes W, Green L. Practitioner Review: The effectiveness of solution focused brief therapy with children and families: a systematic and critical evaluation of the literature from 1990–2010. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013;54(7):707–23.
71. Franklin C, Zhang A, Froerer A, Johnson S. Solution Focused Brief Therapy: A Systematic Review and Meta-Summary of Process Research. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2017 Jan;43(1):16–30.
72. Gee D, Mildred H, Brann P, Taylor M. Brief Intervention: A Promising Framework for Child and Youth Mental Health? *Adm Policy Ment Health*. 2015 Mar 1;42(2):121–5.
73. O’Neil KA, Conner BT, Kendall PC. Internalizing disorders and substance use disorders in youth: comorbidity, risk, temporal order, and implications for intervention. *Clin Psychol Rev*. 2011 Feb;31(1):104–12.
74. Merrell KW. *Helping students overcome depression and anxiety: A practical guide*, 2nd ed. New York, NY, US: Guilford Press; 2008. xxii, 265 p. (Helping students overcome depression and anxiety: A practical guide, 2nd ed).
75. Leyton, M., Stewart, S. *Substance abuse in Canada: Childhood and adolescent pathways to substance use disorders*. Canadian Centre on Substance Abuse. 2014;

76. Castellanos-Ryan N, Struve M, Whelan R, Banaschewski T, Gj B, Bokde AI, et al. Neural and cognitive correlates of the common and specific variance across externalizing problems in young adolescence. *Am J Psychiatry*. 2014 Oct 31;171(12):1310–9.
77. Hsu KS, Eads R, Lee MY, Wen Z. Solution-focused brief therapy for behavior problems in children and adolescents: A meta-analysis of treatment effectiveness and family involvement. *Children and Youth Services Review*. 2021 Jan 1;120:105620.
78. Schmit EL, Schmit MK, Lenz AS. Meta-Analysis of Solution-Focused Brief Therapy for Treating Symptoms of Internalizing Disorders. *Counseling Outcome Research and Evaluation*. 2016 Jun 1;7(1):21–39.
79. Zhang A, Franklin C, Currin-McCulloch J, Park S, Kim J. The effectiveness of strength-based, solution-focused brief therapy in medical settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Behav Med*. 2018 Apr 1;41(2):139–51.
80. Hinckley JD, Riggs P. Integrated Treatment of Adolescents with Co-occurring Depression and Substance Use Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2019 Jul 1;28(3):461–72.
81. Spirito A, Hernandez L, Cancelliere MK, Graves HR, Rodriguez AM, Operario D, et al. Parent and Adolescent Motivational Enhancement Intervention for Substance-Using, Truant Adolescents: A Pilot Randomized Trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018 Dec 21;47(sup1):S467–79.
82. Tanner-Smith EE, Wilson SJ, Lipsey MW. The Comparative Effectiveness of Outpatient Treatment for Adolescent Substance Abuse: A Meta-Analysis. *J Subst Abuse Treat*. 2013 Feb;44(2):145–58.
83. Welsh JW, Mataczynski MJ, Nguyen MD, McHugh RK. A Review of Behavioral Therapies in Adolescents with Opioid Use Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*. 2020 Oct;28(5):305–15.
84. Brewer S, Godley MD, Hulvershorn LA. Treating Mental Health and Substance Use Disorders in Adolescents: What Is on the Menu? *Curr Psychiatry Rep*. 2017 Jan 25;19(1):5.
85. D'Amico EJ, Parast L, Osilla KC, Seelam R, Meredith LS, Shadel WG, et al. Understanding Which Teenagers Benefit Most From a Brief Primary Care Substance Use Intervention. *Pediatrics*. 2019 Aug 1;144(2):e20183014.
86. Steele DW, Becker SJ, Danko KJ, Balk EM, Adam GP, Saldanha IJ, et al. Brief Behavioral Interventions for Substance Use in Adolescents: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2020 Oct 1;146(4):e20200351.
87. Fadus MC, Squeglia LM, Valadez EA, Tomko RL, Bryant BE, Gray KM. Adolescent Substance Use Disorder Treatment: an Update on Evidence-Based Strategies. *Curr Psychiatry Rep*. 2019 Oct;21(10):96.
88. Lafrance Robinson A, Dolhanty J, Stillar A, Henderson K, Mayman S. Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders Across the Lifespan: A Pilot Study of a 2-Day Transdiagnostic Intervention for Parents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2016;23(1):14–23.
89. Strahan EJ, Stillar A, Files N, Nash P, Scarborough J, Connors L, et al. Increasing parental self-efficacy with emotion-focused family therapy for eating disorders: a process model. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2017 Jul 3;16(3):256–69.
90. Foroughe M, Stillar A, Goldstein L, Dolhanty J, Goodcase ET, Lafrance A. Brief Emotion Focused Family Therapy: An Intervention for Parents of Children and Adolescents with Mental Health Issues. *J Marital Fam Ther*. 2019 Jul;45(3):410–30.
91. Cordeiro K, Wyers C, Oliver M, Foroughe M, Muller RT. Caregiver maltreatment history and treatment response following an intensive Emotion Focused Family Therapy workshop. *Clinical Psychology & Psychotherapy* [Internet]. [cited 2022 Jun 22];n/a(n/a). Available from: [onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.2739](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.2739)
92. Gossip K, John J, Comben C, Page I, Erskine HE, Scott JG, et al. Key service components for age-appropriate mental health service planning for young adults. *Early Intervention in Psychiatry*. 2021 Nov 24;eip.13253.
93. Gopalan G, Lee SJ, Harris R, Aciri MC, Munson MR. Utilization of peers in services for youth with emotional and behavioral challenges: A scoping review. *Journal of Adolescence*. 2017 Feb;55(1):88–115.
94. Roach A. Supportive Peer Relationships and Mental Health in Adolescence: An Integrative Review. *Issues in Mental Health Nursing*. 2018 Sep 2;39(9):723–37.
95. Byrom N. An evaluation of a peer support intervention for student mental health. *Journal of Mental Health*. 2018 May 4;27(3):240–6.
96. Moensted ML, Buus N. From Treatment to Empowerment: Conceptualizing the Role of Young People in Creating Change Processes for Their Peers. *Child & Youth Services*. 2022 Mar 17;0(0):1–21.
97. Reif S, Braude L, Lyman DR, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, et al. Peer Recovery Support for Individuals With Substance Use Disorders: Assessing the Evidence. *PS*. 2014 Jul;65(7):853–61.
98. Walker J, Baird C, Welch MB. Peer Support for Youth and Young Adults who Experience Serious Mental Health Conditions: State of the Science. 2018;9.
99. Turuba R, Toddington C, Tymoschuk M, Amarasekera A, Howard AM, Brockmann V, et al. “A peer support worker can really be there supporting the youth throughout the whole process”: Exploring the role of peer support in providing substance use services to youth. Under Review.

100. Kidd SA, Vitopoulos N, Frederick T, Daley M, Peters K, Clarc K, et al. Peer Support in the Homeless Youth Context: Requirements, Design, and Outcomes. *Child Adolesc Soc Work J*. 2019 Dec 1;36(6):641–54.
101. Sartore GM, Pourliakas A, Lagioia V. Peer support interventions for parents and carers of children with complex needs. *Cochrane Consumers and Communication Group*, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2021 Dec 20 [cited 2022 Sep 13];2021(12). Available from: [doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010618.pub2](https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010618.pub2)
102. Acri M, Hooley CD, Richardson N, Moaba LB. Peer Models in Mental Health for Caregivers and Families. *Community Ment Health J*. 2017 Feb 1;53(2):241–9.
103. Levasseur MA, Ferrari M, McIlwaine S, Iyer SN. Peer-driven family support services in the context of first-episode psychosis: Participant perceptions from a Canadian early intervention programme. *Early Intervention in Psychiatry*. 2019;13(2):335–41.
104. Asarnow JR, Rozenman M, Wiblin J, Zeltzer L. Integrated Medical-Behavioral Care Compared With Usual Primary Care for Child and Adolescent Behavioral Health: A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*. 2015 Oct 1;169(10):929–37.
105. Grimes KE, Creedon TB, Webster CR, Coffey SM, Hagan GN, Chow CM. Enhanced Child Psychiatry Access and Engagement via Integrated Care: A Collaborative Practice Model With Pediatrics. *PS*. 2018 Sep;69(9):986–92.
106. Parikh MR, O&amp; SM, apos, Dell, Cook LA, Corlis M, et al. Integrated Care is Associated With Increased Behavioral Health Access and Utilization for Youth in Crisis. *Families, Systems & Health*. 2021 Sep 1;39(3):426–34.
107. Richardson LP, Ludman E, McCauley E, Lindenbaum J, Larison C, Zhou C, et al. Collaborative Care for Adolescents With Depression in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2014 Aug 27;312(8):809–16.
108. Sterling S, Valkanoff T, Hinman A, Weisner C. Integrating Substance Use Treatment Into Adolescent Health Care. *Curr Psychiatry Rep*. 2012 Oct 1;14(5):453–61.
109. Burkhart K, Asogwa K, Muzaffar N, Gabriel M. Pediatric Integrated Care Models: A Systematic Review. *Clin Pediatr (Phila)*. 2020 Feb 1;59(2):148–53.
110. Asarnow JR, Jaycox LH, Duan N, LaBorde AP, Rea MM, Murray P, et al. Effectiveness of a Quality Improvement Intervention for Adolescent Depression in Primary Care Clinics: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2005 Jan 19;293(3):311–9.
111. Shippee ND, Mattson A, Brennan R, Huxsahl J, Billings ML, Williams MD. Effectiveness in Regular Practice of Collaborative Care for Depression Among Adolescents: A Retrospective Cohort Study. *PS*. 2018 May;69(5):536–41.
112. Timonen J, Niemelä M, Hakko H, Alakokkare A, Räsänen S. Associations between Adolescents' Social Leisure Activities and the Onset of Mental Disorders in Young Adulthood. *J Youth Adolesc*. 2021;50(9):1757–65.
113. Pascoe M, Bailey AP, Craike M, Carter T, Patten R, Stepto N, et al. Physical activity and exercise in youth mental health promotion: a scoping review. *BMJ Open Sport Exerc Med*. 2020 Jan;6(1):e000677.
114. Santini ZI, Meilstrup C, Hinrichsen C, Nielsen L, Koyanagi A, Koushede V, et al. Associations Between Multiple Leisure Activities, Mental Health and Substance Use Among Adolescents in Denmark: A Nationwide Cross-Sectional Study. *Front Behav Neurosci*. 2020 Dec 21;14:593340.
115. Mygind L, Kjeldsted E, Hartmeyer R, Mygind E, Bølling M, Bentsen P. Mental, physical and social health benefits of immersive nature-experience for children and adolescents: A systematic review and quality assessment of the evidence. *Health & Place*. 2019 Jul 1;58:102136.
116. Tillmann S, Tobin D, Avison W, Gilliland J. Mental health benefits of interactions with nature in children and teenagers: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2018 Oct 1;72(10):958–66.
117. Redvers J. “The land is a healer”: Perspectives on land-based healing from Indigenous practitioners in northern Canada. *International Journal of Indigenous Health*. 2020 Nov 5;15(1):90–107.
118. Hatala AR, Morton D, Njeze C, Bird-Naytowhow K, Pearl T. Re-imagining miyo-wicehtowin: Human-nature relations, land-making, and wellness among Indigenous youth in a Canadian urban context. *Social Science & Medicine*. 2019 Jun 1;230:122–30.
119. Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S, Mueser KT, Kupper Z. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2014 Nov 1;171(11):1183–90.
120. Charzyńska K, Kucharska K, Mortimer A. Does employment promote the process of recovery from schizophrenia? A review of the existing evidence. *Int J Occup Med Environ Health*. 2015;28(3):407–18.
121. Modini M, Joyce S, Mykletun A, Christensen H, Bryant RA, Mitchell PB, et al. The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australas Psychiatry*. 2016 Aug;24(4):331–6.
122. Bond GR, Drake RE. Making the Case for IPS Supported Employment. *Adm Policy Ment Health*. 2014 Jan 1;41(1):69–73.
123. Ellison ML, Klodnick VV, Bond GR, Krzos IM, Kaiser SM, Fagan MA, et al. Adapting Supported Employment for Emerging Adults with Serious Mental Health Conditions. *J Behav Health Serv Res*. 2015 Apr 1;42(2):206–22.
124. Davidson J, Arim R. A Profile of Youth Not in Employment, Education or Training (NEET) in Canada, 2015 to 2017. *Statistics Canada*. 2019;25.

125. Torres Stone RA, Sabella K, Lidz CW, McKay C, Smith LM. The meaning of work for young adults diagnosed with serious mental health conditions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2018 Dec;41(4):290–8.
126. Ow N, Marchand K, Glowacki K, Alqutub D, Mathias S, Barbic SP. YESS: A feasibility study of a supported employment program for youths with mental health disorders. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 2];13. Available from: [frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2022.856905](https://frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2022.856905)
127. Sveinsdottir V, Lie SA, Bond GR, Eriksen HR, Tveito TH, Grasdal AL, et al. Individual placement and support for young adults at risk of early work disability (the SEED trial). A randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health*. 2020 Jan;46(1):50–9.
128. Bond GR, Drake RE, Campbell K. Effectiveness of individual placement and support supported employment for young adults: IPS for Young Adults. *Early Intervention in Psychiatry*. 2016 Aug;10(4):300–7.
129. Harrison J, Krieger MJ, Johnson HA. Review of Individual Placement and Support Employment Intervention for Persons with Substance Use Disorder. *Substance Use & Misuse*. 2020 Feb 17;55(4):636–43.
130. Hegelstad W ten V, Joa I, Heitmann L, Johannessen JO, Langeveld J. Job- and schoolprescription: A local adaptation to individual placement and support for first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. 2019;13(4):859–66.
131. Killackey E, Allott K, Jackson HJ, Scutella R, Tseng YP, Borland J, et al. Individual placement and support for vocational recovery in first-episode psychosis: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2019 Feb;214(2):76–82.
132. Rinaldi M, Perkins R, McNeil K, Hickman N, Singh SP. The Individual Placement and Support approach to vocational rehabilitation for young people with first episode psychosis in the UK. *Journal of Mental Health*. 2010 Dec;19(6):483–91.



# • FOUNDRY •

info@foundrybc.ca | foundrybc.ca

© 2023, Providence Health Care Society faisant affaire sous le nom de Foundry. Tous droits réservés.