



**Evergreen :**  
**Document-cadre en matière de santé**  
**mentale des enfants et des adolescents**  
**au Canada**

**Un projet du Comité consultatif sur les enfants et**  
**les adolescents de la Commission de la santé**  
**mentale du Canada**

**Juillet 2010**

## Avant-propos

***Nous ne voulions pas forcer les gens à adopter notre vision. Nous désirions plutôt les inviter à participer au processus pour aller de l'avant et inspirer une vision.***

Nous constatons, de nos jours, que l'on s'attend de plus en plus à ce que les gens soient bien renseignés et qu'ils soient impliqués dans les décisions qui touchent leur vie. Nous constatons également une plus grande sensibilisation à cet égard. Ces constats ne sauraient être plus opportuns. Les gens, après tout, aiment que les décisions qui sont prises soient à leur image.

Dès le départ, le projet Evergreen a mis en priorité l'implication des personnes à l'échelle du pays dans chaque facette de la création d'un document-cadre concernant la santé mentale des enfants et des adolescents. C'est dans cet esprit de collaboration que les adolescents, les parents, les éducateurs, les professionnels de la santé mentale et tous les autres intervenants dans la vie des adolescents et des enfants se sont rassemblés, à l'aide de technologies en ligne, pour bâtir Evergreen à partir de rien.

L'implication active dans le processus de consultation du document-cadre Evergreen évoque manifestement l'intérêt que provoque ce sujet au Canada et souligne les préoccupations que ressentent les Canadiennes et Canadiens à l'égard de la santé mentale et de la maladie mentale chez les enfants et chez les adolescents. Au fil de l'élaboration du document-cadre Evergreen, un message s'est dessiné : l'ESPOIR. En effet, le document-cadre Evergreen véhicule un message d'espoir. C'est l'espoir qui, après tout, donne aux adolescents, aux parents, aux familles et aux professionnels le droit de rêver. Le rêve est un atout qui favorise réellement le rétablissement. Nous espérons vivre un jour dans un monde où la santé mentale est mieux comprise, un monde doté de ce qu'il faut pour bien combler les besoins des adolescents et de leur famille, un monde où la voix des adolescents et de leur famille se fait entendre, suscite le respect et mène à l'action. De bien des façons, le document-cadre Evergreen englobe un monde qui miroite d'inclusion et qui est peuplé de rêves pour un changement positif en ce qui a trait à la santé mentale des enfants et des adolescents.

Depuis trop longtemps, la santé mentale des adolescents est laissée pour compte au Canada. Depuis trop longtemps, la santé mentale des adolescents est isolée du système de santé mentale, qui est lui-même isolé du système canadien de soins de la santé. Le moment est maintenant venu d'agir, de créer le changement positif. Evergreen peut faire partie de ce changement. Une récente publication de la Commission de la santé mentale du Canada, intitulée *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*, a cerné quelques orientations réalisables vers ce changement. Evergreen peut aider les décisionnaires, les prestataires de services, les utilisateurs de services, les familles, les défenseurs et le grand public en communiquant des valeurs bien éclairées et des orientations stratégiques, à l'échelle nationale, qui seraient utiles pour encadrer et diriger ce changement essentiel.

Aujourd'hui, les adolescents, les parents et les professionnels ont en commun un désir brûlant de transformer le système de santé mentale des enfants et des adolescents. Se faire entendre, c'est un bon point de départ, mais ce n'est pas tout. Les adolescents, les parents et les familles veulent voir des pratiques, des programmes et des services qui concrétisent leurs valeurs, ces mêmes valeurs qui sont encapsulées dans le document-cadre Evergreen. Un exemple : la santé mentale est un droit et non un privilège. Si ces valeurs viennent éclairer le système de santé mentale des enfants et des adolescents, nous sommes convaincus que les adolescents et leur famille s'impliqueront en vue de créer le changement positif, comme ils se sont impliqués pour aider à façonner le document-cadre Evergreen.

Nous espérons que les valeurs et que les orientations stratégiques présentées dans le document-cadre Evergreen encadreront la création de pratiques, de politiques et de programmes, à la grandeur du pays, qui reflètent fidèlement les besoins cernés par les plus affectés : les adolescents et leur famille. Ce changement de paradigme est appuyé par l'Objectif un du document *Vers le rétablissement et le bien-être*, soit que les personnes de tout âge vivant avec des troubles mentaux ou une maladie mentale soient activement engagées et appuyées dans leur cheminement. Nous espérons que les décideurs et prestataires de services accueilleront ce changement le cœur grand ouvert. Nous avons vu Evergreen se former dans le cadre d'un processus collaboratif national et nous sommes donc convaincus que ce paradigme sera celui de demain. Nous devons tous travailler de concert pour assurer la mise en pratique la plus complète de ce changement de paradigme si essentiel, si important.

Nous désirons remercier tous ceux et toutes celles qui ont aidé à créer le document-cadre Evergreen et soulignons le travail ardu de l'équipe de leadership du D<sup>r</sup> Stan Kutcher, d'Alan McLuckie et des comités consultatifs national et international, du comité de rédaction, du Comité consultatif sur les enfants et les adolescents et des membres de la grande équipe de la Commission de la santé mentale du Canada. Mais, plus important encore, nous désirons exprimer notre reconnaissance à l'égard des adolescents, des patients, des membres de la famille, des professionnels de la santé mentale, des éducateurs et de la multitude de gens, de partout au Canada, qui ont pris le temps – et le risque – de partager leurs expériences et leurs idées. Sans vous, le projet Evergreen ne se serait pas concrétisé.



Bronwyn Loucks  
Membre, Comité consultatif sur les enfants et les adolescents,  
Commission de la santé mentale du Canada



Keli Anderson  
Parent membre, Comité consultatif sur les enfants et les adolescents,  
Commission de la santé mentale du Canada



D<sup>r</sup> Simon Davidson  
Président, Comité consultatif sur les enfants et les adolescents,  
Commission de la santé mentale du Canada

## **PATERNITÉ DE L'ŒUVRE ET FINANCEMENT**

Ce projet a été rendu possible grâce au financement provenant de la Commission de la santé mentale du Canada (la « Commission »). Les travaux de la Commission de la santé mentale du Canada sont appuyés par une subvention de Santé Canada. Un soutien complémentaire au projet a été fourni par le Centre de soins de santé IWK, l'université Dalhousie, la Financière Sun Life, la Meighen Foundation et la Weldon Foundation.

Le document-cadre Evergreen a été dirigé, rassemblé et créé en sa forme actuelle par D<sup>r</sup> Stan Kutcher et M. Alan McLuckie. Les membres du comité de rédaction (*voir l'annexe B*) ont contribué à la rédaction des versions préliminaires du document-cadre Evergreen.

Mention de référence recommandée :

Kutcher, S. et McLuckie, A. au nom du Comité consultatif sur les enfants et les adolescents, Commission de la santé mentale du Canada. (2010). *Evergreen : Document-cadre en matière de santé mentale des enfants et des adolescents au Canada*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada.

## Remerciements

Au nom du Comité consultatif sur les enfants et les adolescents de la Commission de la santé mentale du Canada, nous désirons remercier tous ceux et toutes celles qui ont aidé à élaborer le document-cadre Evergreen, particulièrement :

- Les membres du Comité consultatif sur les enfants et les adolescents de la Commission
- M<sup>me</sup> Brenda Leung, D<sup>re</sup> Gillian Mulvale, M<sup>me</sup> Janice Popp et l'équipe du personnel de la Commission
- M<sup>me</sup> Karleena Suppiah et l'équipe des communications de la Commission, ainsi que M<sup>me</sup> Nicole Fraughton et l'équipe des communications du Centre de soins de santé IWK
- M. Peter Dudding et l'équipe du personnel de la Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada
- M<sup>me</sup> Shaleen Jones, le personnel et les adolescents de Laing House à Halifax, M<sup>me</sup> Cathy Dyer et les adolescents de New Mentality ainsi que M<sup>me</sup> Troy Stooke et les adolescents du comité consultatif sur les enfants et les adolescents du Southern Alberta Child & Youth Health Network
- M<sup>me</sup> Maria Luisa Contursi ([www.mindyourmind.ca](http://www.mindyourmind.ca))
- *Socialtext*
- M<sup>me</sup> Denise Nevo, traductrice agréée professionnelle et professeure à la faculté des langues modernes, université Mount Saint Vincent
- M<sup>me</sup> Tracy McKenzie, M. David Venn, Mme Yifeng Wei, M<sup>me</sup> Magda Szumilas, M<sup>me</sup> Jessica Wishart, M<sup>me</sup> Julie O'Grady, M<sup>me</sup> Christina Biluk et d'autres membres de l'équipe de la chaire de la Financière Sun Life en santé mentale des jeunes
- Le Conseil consultatif sur les jeunes de la chaire de la Financière Sun Life
- Les membres du comité de rédaction du document-cadre Evergreen (*voir l'annexe B*)
- Les membres du comité consultatif du document-cadre Evergreen (*voir l'annexe B*)
- Les membres du comité consultatif international du document-cadre Evergreen (*voir l'annexe B*)
- Le magazine *Today's Parent*
- Tous les adolescents, parents, membres de la famille, éducateurs, prestataires de soins de santé, organismes professionnels, établissements, organismes non gouvernementaux, décisionnaires et particuliers qui ont partagé leurs idées, leurs récits et leur encouragement tout au long de la création du document-cadre Evergreen

## Table des matières

<b>SOMMAIRE</b> .....	- 8 -
<b>PRÉAMBULE</b> .....	- 11 -
<b>VALEURS</b> .....	- 17 -
<b>1. DROITS DE LA PERSONNE</b> .....	- 17 -
<b>2. DIGNITÉ, RESPECT ET DIVERSITÉ</b> .....	- 17 -
<b>3. MEILLEURS FAITS DÉMONTRÉS DISPONIBLES</b> .....	- 17 -
<b>4. CHOIX, OCCASION ET RESPONSABILITÉ</b> .....	- 18 -
<b>5. COLLABORATION, CONTINUITÉ ET COLLECTIVITÉ</b> .....	- 18 -
<b>6. ACCÈS À L'INFORMATION, AUX PROGRAMMES ET AUX SERVICES</b> .....	- 18 -
<b>ORIENTATIONS STRATÉGIQUES</b> .....	- 20 -
<b>PROMOTION</b> .....	- 22 -
<b>PRÉVENTION</b> .....	- 27 -
<b>INTERVENTION ET SOINS CONTINUS</b> .....	- 32 -
<b>RECHERCHE ET ÉVALUATION</b> .....	- 38 -
<b>LECTURES SUGGÉRÉES</b> .....	- 41 -
<b>ARTICLES ET POLITIQUES PERTINENTS UTILISÉS DANS L'ÉLABORATION DU DOCUMENT-CADRE EVERGREEN</b> .....	- 41 -
<b>ANNEXE A : PROCESSUS D'ÉLABORATION DU DOCUMENT-CADRE EVERGREEN</b> .....	- 56 -
<b>ÉQUIPE DU PROJET D'ÉLABORATION DU DOCUMENT-CADRE EVERGREEN</b> .....	- 56 -
<b>CRÉATION DU DOCUMENT-CADRE EVERGREEN</b> .....	- 58 -
<i>Phase 1 : Valeurs</i> .....	- 58 -
<i>Étape 2 : Orientations stratégiques</i> .....	- 61 -
<b>ANNEXE B – MEMBRES DES COMITÉS DU DOCUMENT-CADRE EVERGREEN</b> .....	- 64 -
<b>COMITÉ DE RÉDACTION</b> .....	- 64 -
<b>COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL</b> .....	- 65 -
<b>CONSEIL DES JEUNES</b> .....	- 69 -
<b>COMITÉ CONSULTATIF INTERNATIONAL</b> .....	- 70 -

## Sommaire

*« Nous devons commencer à traiter avec respect, à tous les égards, les personnes affrontant un défi lié à la santé mentale. »*

— Professionnel de la santé mentale

### *Toile de fond et contexte*

En 2006, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a publié son rapport portant sur la santé mentale au Canada : *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada* (Kirby et Keon, 2006). Reconnaisant d'emblée le besoin de transformer la façon dont les soins de santé mentale sont prodigués partout au Canada, le rapport avait préconisé la création de la Commission de la santé mentale du Canada (la « Commission »), laquelle a été établie par le gouvernement du Canada en 2008. Par la suite, le Comité consultatif sur les enfants et les adolescents de la Commission a proposé la mise au point d'un document-cadre national portant sur la santé mentale des enfants et des adolescents que pourraient utiliser les gouvernements, les établissements et les organismes pour appuyer l'élaboration de politiques, plans, programmes et services en matière de santé mentale.

Evergreen a deux raisons d'être. La première est de fournir à la Commission, par l'entremise du Comité consultatif sur les enfants et les adolescents, de l'information qu'elle peut employer pour appuyer son mandat national en matière de santé mentale. La deuxième est de fournir un cadre de valeurs et d'orientations stratégiques pour aider les gouvernements et les autres autorités responsables de la santé mentale des enfants et des adolescents au Canada à traiter la question de la santé mentale chez les enfants et les adolescents. Ce document-cadre sera également mis à la disposition des adolescents, des parents, des prestataires de services, des professionnels et du grand public afin de provoquer le dialogue entre tous les partenaires sur ce qui doit être réalisé – et comment le réaliser – pour aborder la question de la santé mentale des enfants et des adolescents au Canada. Ainsi, le projet Evergreen est informatif et axé sur le soutien, sans compter qu'il préconise l'action collaborative pour traiter de ce besoin urgent au Canada.

### *Processus de consultation et d'élaboration*

Le projet Evergreen a été mis au point par des particuliers des quatre coins du pays et du monde entier qui présentent une expertise (professionnelle ou par le vécu) en matière de santé des enfants et des adolescents. La création du document-cadre Evergreen a été éclairée par quatre comités (rédaction, consultatif, consultatif international et consultatif à la jeunesse), par un vaste processus en ligne de consultation publique et par deux congrès de consultation publique (consultez l'annexe A pour obtenir une description du processus d'élaboration du document-cadre Evergreen).

### *Evergreen : de quoi s'agit-il?*

Evergreen est une ressource que peuvent employer les gouvernements, établissements et organismes pour aider à mettre au point des initiatives visant la santé mentale des enfants et des adolescents. Le projet peut aussi être utilisé par les adolescents, les parents, les professionnels et

## Document-cadre Evergreen



les autres pour éclairer leurs idées, leurs choix et leurs priorités en ce qui concerne les politiques, plans, programmes et services axés sur la santé mentale des enfants et des adolescents.

Evergreen propose des valeurs et des orientations stratégiques visant à rehausser et à améliorer la santé mentale et les soins de santé mentale partout au Canada. Chaque orientation stratégique est réalisable par l'entremise d'une ou de plusieurs initiatives particulières (programmes, services ou activités uniques) toutes ancrées dans les valeurs du document-cadre Evergreen. Les orientations stratégiques ne sont pas normatives, mais fournissent plutôt un cadre au sein duquel les initiatives peuvent être mises au point pour aider à établir et à maintenir la santé mentale des populations, tout en traitant efficacement les troubles mentaux.

Le projet Evergreen énonce de façon explicite les valeurs sur lesquelles il se fonde. Ses orientations stratégiques doivent être concrétisées de façon à cadrer avec les valeurs suivantes :

1. Droits de la personne
2. Dignité, respect et diversité
3. Meilleurs faits démontrés disponibles
4. Choix, occasion et responsabilité
5. Collaboration, continuité et collectivité
6. Accès à l'information, aux programmes et aux services

Les orientations stratégiques se répartissent dans les quatre catégories suivantes :

1. Promotion
2. Prévention
3. Intervention et soins continus
4. Recherche et évaluation

Evergreen n'est pas une approche universelle à la santé mentale des enfants et des adolescents. La liste d'orientations stratégiques, bien qu'elle soit complète, n'est pas exhaustive. Il pourrait également y avoir d'autres orientations stratégiques à cerner et à utiliser, mais qui ne figurent pas dans le présent document. De toute façon, toutes les orientations stratégiques choisies doivent être mises à exécution de façon à concorder avec les valeurs mises de l'avant dans le document-cadre Evergreen. Certaines orientations stratégiques pourraient avoir à être adaptées pour concorder avec les réalités locales et les circonstances particulières. De plus, pourraient déjà exister des programmes, services ou activités variés à utiliser pour opérationnaliser quelconque des orientations stratégiques. Evergreen ne traite pas des possibilités particulières d'opérationnaliser les orientations stratégiques. Ces décisions seraient plutôt prises par les personnes responsables des politiques, plans, programmes et services liés à la santé mentale des enfants et des adolescents, en tenant compte des réalités locales. Dans une même visée, la sélection de programmes, services ou activités particuliers devrait pourtant être fondée sur les valeurs véhiculées par Evergreen. Evergreen reconnaît également le fait que fonctionnent bien de nombreux programmes, services et activités actuellement employés au Canada. Ces programmes n'auraient possiblement pas à être remplacés, mais pourraient être améliorés par un enrichissement ou un rehaussement. Les programmes, services et activités existants, enrichis ou rehaussés, devraient également cadrer avec les valeurs véhiculées par Evergreen. Un représentant

du gouvernement ayant participé au processus de consultation du document-cadre Evergreen a éloquentement souligné ce point en affirmant :

*« Nous ne devrions pas perdre de vue le succès connu sur les plans de la santé mentale communautaire, de l'éducation, du système de justice pour les adolescents et des services liés à la santé. Il existe une quantité innombrable d'exemples d'enfants, d'adolescents et de familles dont les besoins sont bien comblés par les services et modes de soutien existants. Nous devons tirer parti de nos points forts, enrichir ce que nous avons déjà et éviter de tout réinventer... »*

— Représentant du gouvernement

Le contenu du document-cadre Evergreen n'est pas immuable. Au fur et à mesure qu'émergent de nouvelles informations et que se forme une meilleure compréhension, Evergreen peut être modifié pour tenir compte de ces changements. Les valeurs véhiculées par Evergreen seront persistantes. Toutefois, certaines de ses orientations stratégiques envisagées pourraient durer, alors que d'autres, non. Elles pourraient être modifiées ou changées au fil du temps. D'autres pourraient s'y ajouter. Comme l'évoque son nom (qui, en anglais, décrit les arbres à feuillage persistant), le projet Evergreen est conçu pour être mis à jour, possiblement aux cinq à sept ans. Nous incitons donc vivement les partenaires nationaux concernés à relever ce défi.

## Préambule

Les participants au processus de consultation du document-cadre Evergreen ont exprimé un vif désir que ce document-cadre aide à améliorer la santé mentale et les soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents à la grandeur du Canada. Deux thèmes particuliers ont été soulevés, encore et encore : ceux de l'espoir et de l'engagement. L'espoir d'un avenir où la santé mentale des enfants et des adolescents est une priorité à l'échelle nationale et l'engagement porté par tous les partenaires à travailler main dans la main pour transformer cet espoir en réalité.

*« Je suis ravie de voir qu'un cadre visant la santé mentale des nourrissons, des enfants et des adolescents est sérieusement envisagé. Ce cadre pourrait se traduire en de meilleurs services et en des possibilités d'intervention proactives pour remplacer les mesures réactives qui sont actuellement utilisées. »*

— Amie d'une jeune personne aux prises avec la maladie mentale

La plupart des gens savent maintenant que les troubles mentaux chez les adolescents sont les plus courantes affections médicales causant des invalidités au sein de ce groupe. La plupart des troubles mentaux se révèlent avant l'âge de vingt-cinq ans et portent souvent à être chroniques, provoquant des résultantes négatives dans la plupart des cas, à courte et à longue échéance. Ces troubles mentaux sont souvent liés à un rendement scolaire et professionnel appauvri, à des difficultés personnelles, interpersonnelles et familiales, à un risque accru de nombreuses maladies physiques, à une espérance de vie de plus courte durée et au fardeau économique. Des faits démontrés probants préconisent des interventions particulières pour améliorer la santé mentale et le bien-être de ces populations. Les interventions précoces et les traitements efficaces et faciles d'accès pourraient améliorer les résultantes à courte et à longue échéance. Parmi ces résultantes, mentionnons, sans s'y limiter, la prévention de certains troubles, la réduction des invalidités et une participation civique et économique accrue de façon rentable. Au Canada, actuellement, peu de ces domaines ont été envisagés dans une mesure adéquate.

Trop d'adolescents au Canada sont jugés « à risque » en ce qui a trait aux résultantes peu reluisantes en matière de santé mentale. La majorité des adolescents qui ont besoin de soins spécialisés de santé mentale ne les reçoivent pas. Historiquement, le cloisonnement des services a causé une ségrégation artificielle pour la prestation des soins, rendant difficile le traitement intégral des adolescents et des familles. Certains particuliers et certains groupes, au Canada, ne sont pas traités équitablement en ce qui a trait à l'accès à des programmes et services de santé mentale de qualité, dans une mesure de réactivité appropriée. La recherche liée à la santé mentale des enfants et des adolescents accuse du retard par rapport à la recherche portant sur les soins de la santé dans leur ensemble. La stigmatisation des personnes qui affrontent un trouble mental, et de leur famille, est peu souvent contestée. Des divergences marquées sont présentes sur le plan du financement et de la prestation des soins de santé mentale au Canada. Ces préoccupations n'ont pourtant rien de nouveau.

De récentes initiatives ont commencé à susciter de l'intérêt, à l'échelle nationale, en matière de santé mentale des enfants et des adolescents. Par exemple, des politiques relatives à la santé mentale des enfants et des adolescents ont été établies dans quelques provinces. Plusieurs rapports, dont ceux intitulés *Un Canada digne des enfants* (Canada, 2004) et *Vers de nouveaux*

*sommets* (Leitch, 2007) ont reconnu le besoin de placer en priorité la santé mentale des enfants et des adolescents. Le rapport intitulé *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada* du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a cerné un besoin pour une intervention immédiate à l'échelle nationale en matière de santé mentale, particulièrement chez les enfants et les adolescents (Kirby et Keon, 2006). Récemment, le gouvernement du Canada a créé la Commission qui, à son tour, a reconnu l'importance de la santé mentale des enfants et des adolescents en établissant le Comité consultatif sur les enfants et les adolescents au sein de son conseil. Dans le cadre de ce mandat, bon nombre d'initiatives nationales liées à la santé mentale des enfants et des adolescents ont été lancées, y compris, sans s'y limiter, Evergreen.

Les Canadiennes et Canadiens ont réalisé que nous devons changer de façon considérable la façon dont nous envisageons la santé mentale des enfants et des adolescents. Parmi ces changements significatifs, mentionnons la façon dont les déterminants sociaux de la santé sont abordés, jusqu'aux façons d'améliorer la prestation de services de santé mentale spécialisés responsables et appropriés en vertu des meilleurs faits démontrés. Maintenir le statu quo ne représente plus une solution viable : nous devons changer fondamentalement la façon dont nous pensons à la santé mentale des enfants et des adolescents et la façon dont nous la traitons. Comme l'a dit un professionnel des soins de la santé mentale : « ***Nous ne pouvons pas parler de façons de réparer le système : nous n'avons tout simplement pas de système.*** » Un autre professionnel de la santé mentale a affirmé : « ***Pour repartir à zéro et bâtir un système de soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents, nous devons créer un système entièrement différent de celui que nous avons déjà.*** »

Les adolescents, les parents et les familles se prévalent de leurs droits en devenant des participants actifs dans toutes les facettes de la santé mentale des enfants et des adolescents. Comme le révèle Evergreen, l'on constate un consentement émergent en ce qui a trait aux tâches à accomplir. Des preuves solides portant sur les solutions qui fonctionnent, sur les populations pour lesquelles elles fonctionnent, et sur ce qui fonctionne moins bien, ont sensibilisé les partenaires sur l'importance d'étoffer tous les versants de la santé mentale des enfants et des adolescents, sur une pierre d'assise forgée de faits démontrés (dont celle de la rentabilité). C'est en favorisant la sensibilisation en ce qui a trait à l'influence des déterminants sociaux, de la génétique, du développement du cerveau et des réalités socioculturelles sur le risque et sur la résilience que nous pourrions refondre les vieilles perceptions en matière de santé mentale, de bien-être mental, et les modèles d'approche traditionnels aux services de soins de la santé mentale. Ensemble, ces nouvelles façons d'approcher la santé mentale nous encouragent à voir sous un nouveau jour de nombreux aspects de la santé mentale des enfants et des adolescents, notamment le rôle des soins de la santé primaires, des établissements d'enseignement et des organismes non gouvernementaux pour promouvoir la santé mentale, le bien-être mental et la prestation de soins de santé mentale.

### ***Raison d'être du document-cadre Evergreen***

Evergreen se veut une ressource pour ceux qui sont impliqués dans les domaines des politiques, plans, programmes et services en matière de santé mentale, qui sont touchés par ces domaines ou

## **Document-cadre Evergreen**

qui en sont responsables. Evergreen présente un ensemble de valeurs sur lesquelles devraient être fondées les initiatives de santé mentale des enfants et des adolescents. Ces valeurs devraient éclairer et encadrer l'ensemble des politiques, plans, programmes et services, à l'échelle du Canada, en matière de santé mentale des enfants et des adolescents.

Evergreen fournit également bon nombre d'orientations stratégiques. Cette composante du cadre devrait être utilisée pour guider la création, l'élaboration, la mise en œuvre et l'étude des politiques, plans, programmes et services liés à la santé mentale, pour les adolescents, les parents et les familles vivant au Canada. Ces orientations stratégiques devraient se retrouver au cœur de l'ensemble des politiques et des plans en matière de santé mentale au Canada, mais pourraient avoir à être mises en œuvre graduellement, et modifiées en fonction des réalités locales. Chaque territoire de compétence puisera, dans chaque orientation stratégique, des programmes, services et activités particuliers à utiliser. Ces programmes, services et activités devraient être guidés par les valeurs du document-cadre Evergreen. Il faudrait également examiner les programmes, services et activités déjà en place pour s'assurer qu'ils cadrent bien avec les valeurs du document-cadre Evergreen.

Evergreen se veut aussi une ressource pouvant être utilisée par les adolescents, les parents, les parents-substituts, les fournisseurs de services, les professionnels et autres partenaires pour examiner et évaluer les stratégies disponibles en matière de santé mentale des enfants et des adolescents et pour voir si ces programmes et interventions disponibles concordent avec les valeurs préconisées par Evergreen. Cela représente une approche démocratique, transparente et axée sur la responsabilisation pour l'évaluation des besoins des enfants et des adolescents au Canada en matière de santé mentale. Les décisionnaires et les planificateurs auront maintenant en main les valeurs et les orientations stratégiques qui importent aux personnes vivant au Canada et qui sont à la mesure de leurs attentes. Ils jouiront ainsi d'une confiance accrue à l'égard de la façon dont ils concrétisent Evergreen. Les personnes vivant au Canada pourront, à leur tour, évaluer le rendement des décisionnaires et employer Evergreen comme un outil de revendication et comme une ressource pour diriger l'implication constructive après des décisionnaires et prestataires.

Le projet Evergreen n'est pas normatif. Il fournit plutôt aux décisionnaires, aux planificateurs et aux prestataires une occasion de choisir parmi différentes possibilités en fonction des réalités locales, des besoins locaux et des contextes économiques particuliers. Idéalement, chaque territoire de compétence au Canada perfectionnera et appliquera chacune des orientations stratégiques mises de l'avant par Evergreen. Toutefois, il serait peu réaliste de penser que toutes les orientations seront mises en œuvre immédiatement, partout. Celles qui seraient les plus vraisemblablement utiles, en fonction de l'emplacement et des circonstances, devraient être concrétisées en premier lieu. Nous recommandons l'inclusion, dans l'ensemble des politiques et des plans en matière de santé mentale des enfants et des adolescents, d'un certain nombre d'orientations stratégiques couvrant chacune des grandes catégories : promotion, prévention, intervention et recherche/évaluation. Sans égard aux orientations choisies, il est attendu que les valeurs du document-cadre Evergreen imprègnent toutes les facettes des politiques, plans, programmes et services liés à la santé mentale des enfants et des adolescents.

## **Document-cadre Evergreen**

### *Utilisateurs éventuels du document-cadre Evergreen*

- *Gouvernements provinciaux ou territoriaux*
- *Gouvernement fédéral*
- *Autorités régionales ou de district en matière de santé*
- *Établissements*
- *Rédacteurs de politiques, planificateurs et réalisateurs de programmes en matière de santé mentale*
- *Fournisseurs de services*
- *Défenseurs et groupes de défense des droits*
- *Organismes professionnels*
- *Organismes non gouvernementaux*
- *Universitaires*
- *Adolescents, parents, familles, collectivités et le grand public*
- *Gouvernements, organismes et associations à l'échelle internationale*

### **Usages éventuels du document-cadre Evergreen (exemples) :**

- *Guider l'élaboration ou la refonte des politiques, plans, programmes ou services en matière de santé/santé mentale des enfants et des adolescents*
- *Renseigner les professionnels, les prestataires et ceux qui travaillent auprès des enfants et des adolescents, ou en leur nom, en ce qui a trait à la santé mentale*
- *Enrayer la stigmatisation liée à la santé mentale qui est présente dans les établissements, dans les organismes et chez le grand public*
- *Éclairer les initiatives de défense des droits visant l'élaboration ou la refonte des politiques, programmes, services et pratiques de soin liés à la santé mentale des enfants et des adolescents ou y portant un impact*
- *Éclairer l'élaboration d'initiatives inter-adolescents et inter-parentales en ce qui a trait à la santé mentale, aux troubles mentaux ou aux maladies mentales dans la collectivité*
- *Éclairer et renseigner les membres du grand public en ce qui a trait à la santé mentale des nourrissons, des enfants et des adolescents au Canada*
- *Encourager l'innovation en vue de favoriser la santé mentale des enfants et des adolescents ainsi que les soins de santé mentale dans les établissements de soins primaires, dans les écoles et dans les organismes axés sur la jeunesse*
- *Remettre en question les structures cloisonnées actuelles qui ont traditionnellement encadré les services liés à la santé mentale des enfants et des adolescents*
- *Rehausser la recherche en matière de santé mentale des enfants et des adolescents*
- *Améliorer l'enveloppe budgétaire affectée par les gouvernements, les prestataires de soins de santé et autres fournisseurs de service à la jeunesse à la santé mentale des enfants et des adolescents*

### **Processus du document-cadre Evergreen**

En 2008, le Comité consultatif sur les enfants et les adolescents de la Commission a mis en priorité la création d'un cadre visant la santé mentale des enfants et des adolescents. C'est dans cette foulée que le projet Evergreen a été lancé. Le projet Evergreen a été conçu pour susciter une vaste participation à l'échelle nationale, allié à de l'expertise (professionnelle et vécue) en matière de santé mentale des enfants et des adolescents. Les données accumulées seront intégrées de façon collaborative et transparente par l'entremise des médias en ligne, de la préparation de documents de type « wiki » et de l'analyse thématique concrète. L'invitation à participer à Evergreen a été diffusée largement, tout en ciblant également ceux et celles qui ne participent pas normalement aux discussions en vue de l'établissement des politiques. L'information a été recueillie sous forme d'apports individuels plutôt que par la contribution d'organismes. Cette approche a été enrichie par deux consultations distinctes en vis-à-vis dans le cadre de congrès nationaux.

L'information obtenue par le truchement du processus de consultation publique a été mise à la disposition de trois des comités du document-cadre Evergreen : le comité de rédaction, le comité consultatif national et le comité consultatif international. Un conseil des jeunes a élaboré et mis en œuvre une stratégie d'implication de la jeunesse qui englobait le réseautage en ligne et l'utilisation des médias sociaux (p. ex. *Facebook*). Cette information a également été mise à la

### **Document-cadre Evergreen**

disposition des trois comités du document-cadre Evergreen. Le Comité de rédaction a employé les données du Comité consultatif pour éclairer la rédaction collaborative du document. Le programme informatique *Socialtext* a fourni la technologie « wiki » en ligne ayant permis aux membres du Comité de rédaction de rédiger conjointement certains composants du document-cadre Evergreen, ainsi que la technologie de communication ayant permis à tous les membres des comités de dialoguer et de partager des idées en toute transparence. À plusieurs reprises, le public a été consulté au sujet de la pertinence des valeurs du document-cadre Evergreen. L'information venant du grand public et des comités a été appuyée par une bibliothèque électronique d'articles pertinents et de politiques en matière de santé mentale des enfants et des adolescents spécialement créée pour appuyer Evergreen. Afin d'éclairer le segment des orientations stratégiques du document-cadre Evergreen, s'est déroulée une étude indépendante des stratégies provinciales et territoriales canadiennes en matière de santé mentale des enfants et des adolescents. En vue d'encadrer l'élaboration du document, une analyse thématique des renseignements glanés dans le cadre des consultations publiques, rendue possible grâce au logiciel de recherche qualitative NVivo, a été effectuée. Des descriptions détaillées du processus du document-cadre Evergreen et la composition de chacun des comités figurent aux annexes A et B.

En vertu des modalités de la protection de la vie privée régissant le processus de consultation publique du document-cadre Evergreen, tous les renseignements identifiants présents dans les données issues des consultations publiques, comme les adresses de courriel, ont été éliminés avant que les données n'aient été mises à la disposition du comité de rédaction et des comités consultatifs du document-cadre Evergreen.



## Valeurs

L'ensemble des établissements, des organismes, des lois et de la gouvernance se fonde sur des valeurs. Ces valeurs sont tantôt manifestes, ouvertes et clairement énoncées, tantôt latentes, non déclarées, mais sous-entendues et parfois occultées. Dans une visée de transparence et dans un désir d'établir une pierre d'assise nationale commune en matière de santé mentale des enfants et des adolescents, on a décidé d'énoncer manifestement les valeurs du projet Evergreen. Le processus national de consultation du document-cadre Evergreen a eu comme résultante l'établissement de six valeurs. La rétroaction du grand public au sujet de ces valeurs a révélé que 90 pour 100 des participants à la consultation y étaient favorables. Les valeurs sont les suivantes :

### 1. Droits de la personne

Nous croyons que le maintien des droits de la personne est la clé vers l'amélioration de la vie des adolescents. Evergreen maintient les droits de la personne en parrainant les documents suivants en matière de droits de la personne, dont chacun a été accepté par le gouvernement du Canada :

- *Convention relative aux droits de l'enfant (1989)* Nations Unies
- *Convention relative aux droits des personnes handicapées (2006)* Nations Unies
- *Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale (1991)* Nations Unies
- *Bâtir un monde digne des enfants (2002)* Nations Unies, et son équivalent canadien, *Un Canada digne des enfants (2004)*
- *Charte canadienne des droits et libertés (1982)*
- *Loi canadienne sur les droits de la personne (1985)*
- *Principe de Jordan (2007)*

### 2. Dignité, respect et diversité

Les adolescents et leur famille profiteront de l'égalité d'accès aux occasions, au soutien, aux programmes, aux services et aux pratiques de soin correspondant à leurs besoins diversifiés liés à l'âge, au sexe, à l'orientation sexuelle, à l'état de santé et aux capacités, à la religion, à la situation juridique, sociale ou économique, à l'emplacement géographique, à la langue, à la culture, à l'ethnicité, à l'identité de membre des Premières nations, d'Inuit ou de Métis, ou autre caractéristique personnelle, familiale ou communautaire semblable.

### 3. Meilleurs faits démontrés disponibles

Le document-cadre Evergreen préconise l'emploi d'interventions, de programmes, de services et de pratiques de soin scientifiquement prouvés comme étant les plus efficaces et tenant compte également de la rentabilité. Il est également important de connaître les expériences, caractéristiques et besoins des particuliers, des familles et des collectivités pour voir en quelle mesure les programmes, services et pratiques de soin sont adaptés aux adolescents, à la famille et à la collectivité dans leur contexte particulier. L'innovation est préconisée en appuyant la recherche pour des programmes, services et pratiques de soin qui n'ont pas encore fait leurs preuves mais qui semblent prometteurs ou encore les programmes, services et pratiques que l'on

croit utiles pour la réalisation des résultantes qui importent aux yeux des adolescents, des familles et des collectivités. Davantage d'options sont mises à la disposition des adolescents, de leur famille et de leur collectivité grâce à un engagement permanent à perfectionner et à mettre en œuvre les meilleurs programmes, services et pratiques de soin fondés sur les faits démontrés.

#### **4. Choix, occasion et responsabilité**

Au fil de leur développement, les adolescents influencent leur famille, leur collectivité et leur environnement et sont à leur tour influencés par eux. Ces expériences vécues jouent toutes un rôle à l'égard de la santé et du développement des adolescents. L'accès à un soutien, à des ressources et à des occasions dans une mesure suffisante peut aider à tenir compte des déterminants sociaux de la santé mentale, comme la pauvreté, et peut jouer son rôle pour prévenir les résultantes négatives pour les adolescents, leur famille et leur communauté. Le document-cadre Evergreen préconise une approche bien équilibrée centrée sur l'enfant ou l'adolescent qui est centrée sur la famille afin que soient respectés et appuyés les droits de la jeune personne. Le cadre tient également compte du rôle essentiel de dispensation des soins que jouent les familles dans la vie des adolescents. Lorsque les adolescents et leur famille ont accès en une mesure suffisante à du soutien, à des ressources, à l'éducation et aux occasions, ils sont habilités pour s'impliquer de façon active et fructueuse dans les décisions qui ont un impact sur leur santé et sur leur développement. Aux phases précoces du développement, les adolescents comptent sur leur famille à titre de source principale pour le soutien, la protection et la prise de décisions. Au fur et à mesure que les enfants deviennent adolescents et adolescents adultes, les familles seront habilitées pour jouer des rôles d'appui et de ressource dans le cadre des prises de décisions de la jeune personne. Elles pourront jouer ces rôles dans une mesure plus ou moins active en fonction des besoins, des circonstances et des aptitudes de la jeune personne en question. Les participants doivent avoir ensemble l'occasion de faire des choix éclairés et d'être responsables de leurs choix et de leurs gestes.

#### **5. Collaboration, continuité et collectivité**

Un grand nombre des facettes de la vie d'une jeune personne peut avoir un effet positif sur sa santé mentale dont son vécu auprès de ses amis, de sa famille, de ses dispensateurs de soins, ainsi que de ce qu'elle vit dans sa collectivité, à l'école ou au travail. L'un des avantages du document-cadre Evergreen est de faire en sorte que les adolescents et que tous ceux et celles qui jouent un rôle dans leur vie puissent travailler ensemble, sous forme de réseau de soutien, pour aider chaque adolescent à réaliser son plein potentiel. Les besoins complexes des adolescents sont comblés par les agences, organismes, établissements et ministères qui travaillent de concert et auprès des adolescents, des familles et des collectivités. La prestation de programmes, services et pratiques de soin sera motivée par les besoins des adolescents, de leur famille et de leur collectivité et y réagira.

#### **6. Accès à l'information, aux programmes et aux services**

Le document-cadre Evergreen favorise la création de méthodes et de technologies pour recueillir, conserver, partager et relier l'information pertinente en matière de santé mentale des enfants et des adolescents vivant au Canada. Ces méthodes permettent au public de recevoir facilement l'information de la part des gouvernements et organismes responsables de la santé et des soins de

santé mentale et de partager l'information avec eux. Les méthodes doivent faire en sorte que l'information soit opportune, précise, impartiale et respectueuse de la vie privée. L'information doit de plus être disponible dans toutes les langues officielles, doit se conformer aux besoins des personnes aux aptitudes différentes et doit être présentée de façon à être éloquente pour le grand public. Le document-cadre Evergreen favorise également, pour les adolescents et les familles, un accès opportun, cadrant avec l'ensemble des valeurs du document-cadre Evergreen, aux programmes, services et pratiques de soin en matière de santé mentale.

## **Orientations stratégiques**

### ***Introduction***

Les adolescents, les parents, les membres de la famille, les professionnels des soins de la santé, les représentants du gouvernement, les éducateurs, les professionnels des services sociaux et de la justice, les défenseurs et les autres intervenants dans la communauté, ainsi que les membres des comités consultatifs du document-cadre Evergreen, ont partagé des orientations stratégiques qui, selon eux, concordent avec les valeurs véhiculées par Evergreen et jouent un rôle essentiel à l'établissement d'un cadre pour les enfants et les adolescents au Canada. À celles-ci sont venues s'ajouter d'autres orientations stratégiques tirées de documents de politiques en matière de santé mentale des enfants et des adolescents au Canada et à l'échelle mondiale. Chacune de ces orientations stratégiques cadre avec une ou plusieurs des valeurs du document-cadre Evergreen. Les orientations stratégiques ont été inscrites dans des catégories théoriquement distinctes mais se chevauchant : promotion, prévention, intervention et soin, recherche et évaluation.

Les trois premières catégories font partie d'un continuum. Bien qu'elles soient présentées ici sous forme de catégories distinctes, il est entendu qu'elles doivent être envisagées de façon transparente plutôt que comme des entités cloisonnées. La quatrième catégorie, recherche et évaluation, constitue une composante des trois premières catégories ainsi qu'un point de mire de plein droit.

Ces orientations stratégiques forment le cadre dans lequel peuvent s'opérationnaliser des programmes, services et activités particuliers. Ainsi, elles doivent être utilisées par les intervenants qui sont impliqués dans les questions de politiques, de plans, de programmes et de services en matière de santé mentale des enfants et des adolescents, autant ceux qui sont visés par ces questions que ceux qui en sont responsables. Parmi ces intervenants, mentionnons les décisionnaires, les réalisateurs de programmes, les fournisseurs de fonds, les défenseurs, les fournisseurs de soins de santé et d'éducation, les utilisateurs de services, les adolescents, les parents et dispensateurs de soins, ainsi que tout autre intervenant sur le plan des politiques, plans, programmes et services en matière de santé mentale des enfants et des adolescents. Chaque orientation stratégique doit être mise en œuvre de façon à respecter les valeurs du document-cadre Evergreen. La liste d'orientations stratégiques n'est pas exhaustive. Il pourrait par exemple exister des orientations stratégiques qui ne figurent pas dans Evergreen mais que les personnes responsables de la santé mentale des enfants et des adolescents pourraient vouloir mettre en œuvre. Dans ces cas, les orientations stratégiques choisies devraient concorder avec les valeurs du document-cadre Evergreen. Le vaste processus de consultation international qui a donné lieu à la création des orientations stratégiques du document-cadre Evergreen suggère aux personnes responsables de la santé mentale des enfants et des adolescents de mettre en œuvre autant que possible des orientations stratégiques dans chacune des catégories précisées. Les valeurs du document-cadre Evergreen reconnaissent d'emblée que ces orientations stratégiques peuvent être élaborées et concrétisées de façon plus ou moins distincte dans différentes situations, en fonction de nombreux facteurs régionaux, financiers ou autres.

Les adolescents, les parents, parents-substituts, défenseurs des droits, fournisseurs de services, utilisateurs de services, membres de la collectivité et autres peuvent employer les orientations

stratégiques du document-cadre Evergreen pour faire un apport au dialogue avec les décisionnaires, ou éclairer ce dialogue, en ce qui a trait à la nature des programmes, services et activités actuels et potentiels.

Bien que de nombreux participants au processus de consultation aient suggéré des programmes, services ou activités particuliers pour appuyer une orientation stratégique particulière, le document-cadre Evergreen ne fournit que l'orientation stratégique dans toute son ampleur. Pourquoi? Parce que certaines orientations stratégiques pourraient comporter plus d'un programme, service ou activité unique, validé et rentable, alors que d'autres pourraient ne pas encore en avoir. Evergreen n'a pas pour mandat de donner son appui à un programme, service ou activité particulier mais bien de mettre en évidence l'orientation stratégique dans le cadre de laquelle un programme, service ou activité pourrait être envisagé, toujours en utilisant les valeurs du document-cadre Evergreen pour faire la sélection. Enfin, Evergreen n'a aucunement tenté de hiérarchiser ou de mettre en priorité les orientations stratégiques. Au bout du compte, la question de savoir que mettre en œuvre, quand faire la mise en œuvre et comment la faire devrait être traitée de façon collaborative entre les intervenants qui sont impliqués dans la santé mentale des enfants et des adolescents, lesquels en ressentent l'impact, et qui en sont responsables sur les plans des politiques, des plans, des programmes et des services.

## Promotion

***« Davantage d'enfants et d'adolescents doivent apprendre comment fonctionnent les troubles mentaux afin de savoir... Je suis un être humain, j'ai des sentiments... Je désire vivre ma vie. Je veux me marier. Avoir des enfants. Travailler dans un domaine que j'aime. Les enfants d'aujourd'hui, s'ils sont mieux renseignés, auront vraisemblablement bien moins de préjugés. »***

— Jeune intervenant atteint d'une maladie mentale

La promotion de la santé mentale et la question des déterminants sociaux de la santé sont de plus en plus souvent considérées comme des composantes essentielles à l'amélioration du bien-être et de la santé mentale des personnes et des populations. Les données recueillies par Evergreen ont reflété fidèlement l'importance de cette orientation stratégique, la promotion, chez les personnes vivant au Canada. Comme l'a affirmé une jeune personne ayant un vécu de la maladie mentale : ***« La promotion et la littératie en matière de santé sont particulièrement importantes à cause de la nature discrète de nombreux troubles mentaux. »***

L'un des thèmes récurrents les plus courants étant ressortis du processus de consultation du document-cadre Evergreen était le besoin de parler de la stigmatisation et d'améliorer la littératie en matière de santé mentale. La stigmatisation sociale, professionnelle et l'auto-stigmatisation ont chacune été identifiées comme des cibles importantes dans le cadre de la promotion de la santé mentale.

***« Des efforts devraient être déployés pour réduire la stigmatisation : lorsque se révèlent des enjeux liés à la santé mentale, les enfants, les adolescents et les familles ne devraient pas ressentir de honte ou de découragement en tentant d'obtenir du soutien. »***

— Jeune intervenant

Les participants au processus de consultation ont souligné que pour traiter de la question de la stigmatisation, des partenariats actifs devront être formés entre les gouvernements, les organismes non gouvernementaux, les médias, les établissements (dont les écoles) et autres. Les adolescents et leur famille sont considérés comme des partenaires aux premières lignes dans le cadre de ces activités, non seulement à titre de participants dans les campagnes promotionnelles, mais aussi à titre de partenaires actifs dans l'élaboration et la distribution de ces campagnes. Les participants au processus de consultation ont aussi noté que les activités de promotion ne cadrent pas souvent avec une approche universelle et qu'elles peuvent avoir à être adaptées pour combler les besoins de leur public visé particulier. Ils ont en outre souligné qu'une dépendance sur les méthodes traditionnelles de rayonnement pourrait ne pas donner de résultats optimaux dans le monde multimédiatique et numérisé d'aujourd'hui. Les adolescents, les parents et les professionnels se sont tous entendus à dire qu'il était essentiel que les stratégies de promotion suivent le rythme du paysage toujours changeant des technologies de communication. Afin de bien impliquer les adolescents dans le message présenté, les activités promotionnelles doivent se faire dans des médias conviviaux pour les adolescents. Les participants au processus de consultation ont toutefois fait remarquer que, sans égard au média, existait un besoin pressant d'information et d'éducation concernant la santé mentale positive, les troubles mentaux et la maladie mentale chez les nourrissons, les enfants et les adolescents. Un jeune intervenant a souligné l'importance de cette approche : ***« Je crois que les gens ne croient pas nécessairement***

***les adolescents qui leur disent que quelque chose ne va pas... Comme si on inventait des problèmes ou comme si on mentait.*** » Un parent d'un enfant frappé par la maladie mentale a déclaré, dans le même sens : « ***...(la) société ne veut toujours pas croire que les enfants puissent souffrir de troubles de santé mentale.*** »

La rétroaction au sujet des initiatives d'anti-stigmatisation, de la littératie en matière de santé mentale et des activités de promotion de la santé mentale a été essentiellement axée sur l'emploi d'activités en école et au sein d'organismes de jeunesse, plus particulièrement sur les programmes intégrés au cursus scolaire. Il a été noté que la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale et aux troubles mentaux est particulièrement présente à l'école où les blagues, les plaisanteries et l'intimidation sont courantes. Une jeune personne a aidé à cerner la cause du problème en affirmant : « ***Les enfants manquent d'information au sujet de la santé mentale... Cela mène à un surcroît de stigmatisation.*** » La stigmatisation a été définie comme un important facteur contributif à une culture de silence et de honte, en milieu scolaire, en ce qui a trait à la santé mentale. Une jeune personne ayant vécu cette expérience a décrit que le manque d'éducation en matière de santé mentale « ***me forçait à tout traverser tout seul*** », alors qu'un autre jeune intervenant affirmait n'avoir rencontré « ***qu'une seule autre personne souffrant de la même maladie que moi*** » non pas parce que d'autres n'en souffraient pas également, mais parce que « ***personne ne se sent à l'aise de discuter de sa maladie.*** »

Les adolescents, les parents, les professionnels de la santé, les défenseurs des droits, les éducateurs, les représentants du gouvernement, les fournisseurs de services sociaux et d'autres partenaires ont jugé que des programmes axés sur la santé mentale devraient faire partie intégrante de la matière à laquelle les enfants et les adolescents sont exposés en milieu scolaire. Plus particulièrement, les éducateurs ont indiqué qu'en ayant l'information, la formation et le soutien appropriés, ils seraient en bonne position pour remettre en question la stigmatisation, pour améliorer la littératie en matière de santé mentale et pour sensibiliser leur public en matière de santé mentale des enfants et des adolescents. Diverses stratégies pour aborder ces enjeux, dont la création d'environnements scolaires permettant la floraison du bien-être mental, ont souvent été suggérées.

Sans égard à la façon dont elle est présentée, l'éducation des adolescents, des parents, des professionnels et des membres de la communauté en matière de santé mentale des enfants et des adolescents a été soulignée comme une façon clé de promouvoir la santé mentale. Un autre thème récurrent a été de rehausser l'aptitude des prestataires de soins de santé, particulièrement ceux qui œuvrent dans le domaine des soins primaires, à mieux tenir compte des besoins des adolescents et des familles en matière de santé mentale. Les adolescents ont souvent mentionné qu'un manque de connaissances, de la part des médecins et autres professionnels des soins de la santé, a souvent mené à la prestation de services déficients. Un jeune intervenant atteint d'une maladie mentale s'est senti « ***ignoré par les professionnels qui ne prenaient pas (ses) sentiments au sérieux*** ». L'impression a été la même pour l'ami d'une jeune personne atteinte d'une maladie mentale qui a exprimé son exaspération à l'égard du manque apparent de compréhension de la maladie mentale chez les prestataires de soins de santé.

***« Tant d'adolescents ont de vrais problèmes de dépression, d'anxiété, de troubles bipolaires... Ils ont vraiment besoin d'aide... C'est plus que d'avoir des "bleus***

***d'adolescent” ou d’être maussade et malheureux... Ils méritent d’obtenir le traitement et l’aide dont ils ont besoin. »***

— Ami d’un jeune intervenant atteint d’une maladie mentale

Autre thème commun? La littératie des parents en matière de santé mentale et leur acceptation des troubles mentaux de leur enfant. Une jeune personne s’est décrite comme « ***vivant dans le secret*** » parce que sa famille « ***ne comprend pas la santé mentale et ne veut en parler à personne*** » à cause de la honte et de la stigmatisation rattachées à ce dialogue. A couramment été invoquée l’utilisé de l’accès à de l’information et à de l’éducation par les adolescents en matière de santé mentale et de maladie mentale. La confusion déclarée par un jeune intervenant souligne éloquemment l’importance des connaissances validées en matière de santé mentale :

***« Je n’avais aucune idée de ce qu’était la maladie mentale... Je suis tombé malade à l’âge de 16 ans. Si j’avais su que mon problème était traitable et courant, au lieu de penser que j’étais une mauvaise personne, tout aurait pu tourner de façon bien différente. »***

— Jeune intervenant atteint d’une maladie mentale

L’importance de la promotion de la santé mentale et de la littératie en matière de santé mentale a été soulignée encore une fois par les paroles d’une jeune femme qui avait saisi le lien entre le pouvoir et les connaissances : « ***Les adolescents ont le droit de comprendre ce qui leur arrive et ce qui se passe autour d’eux !*** »



## **Orientations stratégiques cernées pour la promotion**

1. Élaborer et instituer des campagnes de sensibilisation, d'anti-stigmatisation et de littératie en matière de santé mentale pour les prestataires de soins de santé, les éducateurs, parents et parents-substituts qui ont prouvé leur efficacité et qui reflètent et reconnaissent les besoins particuliers du public auxquelles elles s'adressent
2. Élaborer et mettre en œuvre des programmes de promotion à caractère social en matière de santé mentale qui ont prouvé leur efficacité et qui reflètent et reconnaissent les besoins particuliers du public auxquels ils s'adressent
3. Employer un modèle « d'intervenant clé » (incluant la représentation et la participation active des adolescents, des parents et parents-substituts et des collectivités particulières) pour l'élaboration et la prestation d'activités de promotion de la santé mentale
4. Créer des sources valides d'information en matière de santé mentale et de troubles mentaux chez les enfants et les adolescents. Distribuer largement et promouvoir ces ressources en faisant en sorte que les documents et l'information soient gratuits et accessibles par le grand public
5. Établir des activités de promotion de la santé mentale qui emploient des modes de communication en ligne, numériques et autres pour saisir l'attention des adolescents et des parents et parents-substituts et les porter à les utiliser
6. Créer, habiliter et appuyer des activités de promotion de la santé mentale dirigées par les adolescents dans divers contextes et endroits (comme les environnements communautaires, les écoles et les organismes au service de la jeunesse)
7. Créer un carrefour d'information dont le mandat sera de fournir des renseignements au sujet des activités liées à la santé mentale, notamment sur la façon d'avoir accès à des soins de santé mentale dans chaque collectivité. Promouvoir largement la disponibilité de ces ressources
8. Intégrer l'information en matière de santé mentale à d'autres activités et campagnes de promotion de la santé dans son ensemble
9. Rehausser la réputation publique et professionnelle des services de santé mentale et des professionnels de la santé mentale
10. Inscrire la santé mentale à titre de partie intégrante des programmes d'éducation menant à un diplôme ou à un certificat professionnel en matière de santé et d'éducation (p. ex., médecine, travail social, services infirmiers, travailleurs auprès des enfants ou des adolescents, éducation préscolaire et brevet d'enseignement)
11. Envisager la création et le soutien de nouvelles désignations des ressources humaines en matière de santé mentale et d'organismes de réglementation professionnels spécialisés en santé mentale (p.ex. professionnels accrédités en santé mentale)
12. Favoriser la prestation de programmes efficaces, normalisés et de haute qualité pour le perfectionnement professionnel continu en matière de santé mentale des enfants et des adolescents pour les professionnels intervenant auprès des adolescents et des familles (p. ex. éducateurs, professionnels de la protection de l'enfance, professionnels du système juridique, travailleurs en garderie)
13. Exiger et stipuler que tous les prestataires de soins de santé soient renseignés en matière de santé mentale des enfants et des adolescents, dans une mesure concordant avec leur rôle au sein du système de soins de la santé

14. Éduquer les enseignants, les étudiants et les parents et parents-substituts en matière de santé mentale et de troubles mentaux dans le cadre de programmes scolaires et communautaires axés sur la santé mentale
15. Intégrer la promotion de la santé mentale (y compris par l'entremise de programmes de développement à caractère social) dans toutes les activités scolaires de promotion de la santé, en exigeant que la santé mentale se voie accorder le même degré d'importance que la santé physique
16. Permettre aux écoles de créer des environnements sains sur le plan mental, y compris par le biais de programmes efficaces de comportement social, d'éducation des enseignants, de rayonnement vers les parents et parents-substituts, ainsi que de programmes de soutien et de formation à l'école, en matière de santé mentale, pour les administrateurs scolaires
17. Encourager une collaboration étroite et des liens organisationnels entre écoles, parents et parents-substituts et fournisseurs de soins de santé en vue de favoriser le partage de connaissances et d'information, ainsi que l'élaboration d'approches collaboratives à la mise au point d'activités de promotion liées à la santé mentale des enfants et des adolescents
18. Créer et rendre disponible un recueil de programmes de santé mentale pour les enfants et les adolescents dont l'efficacité et la rentabilité ont été validés
19. Établir un cadre réglementaire approprié en vue de fournir une approbation à l'échelle nationale (ou un « permis » d'ampleur nationale) aux programmes et activités liés à la santé mentale des enfants et des adolescents, en fonction de leur efficacité, de leur rentabilité et de leur sûreté
20. S'approprier un financement renouvelable à longue échéance pour appuyer la promotion de la santé mentale des enfants et des adolescents

## Prévention

**« Nous avons des travailleurs qui font un boulot incroyable et des organismes surchargés... En faisant plus de prévention, nous pourrions peut-être freiner la hausse constante du nombre de personnes qui ont une santé mentale déficiente. »**

— Professionnel de la santé mentale

La prévention des troubles mentaux, dans la mesure du possible, et la hausse d'un développement optimal par l'entremise de stratégies conçues pour atténuer les facteurs de risque et favoriser la résilience des adolescents, des familles et des collectivités, sont jugés comme des éléments concordant avec une approche proactive à la santé mentale. L'emploi de mesures secondaires de prévention en vue de réduire les résultantes négatives liées aux problèmes de santé mentale ou aux troubles mentaux a également été cerné comme un aspect essentiel de l'amélioration de la santé mentale des enfants et des adolescents. Bien qu'il existe une multitude de façons d'opérationnaliser la prévention, la consultation a révélé que le terme « prévention » peut véhiculer des connotations autant positives que négatives. De nombreuses interrogées voyaient ce terme sous un jour positif, percevant la prévention comme un investissement dans les générations de demain, et même comme une approche préconisée au Canada en matière de santé mentale. D'autres, toutefois, notamment des parents et des adolescents ayant un vécu de la maladie mentale, ont donné à penser que le concept de prévention, s'il est mal concrétisé, peut sous-entendre que la personne peut « choisir » d'être malade. Une mère a indiqué qu'elle « *se sentait déconcertée* » par l'insinuation « *qu'elle aurait pu faire quelque chose... et que c'est pourquoi mon enfant souffre d'une maladie mentale.* »

La consultation a aussi dégagé la réalisation que compte tenu du fait que l'on sait actuellement que ce ne sont pas tous les troubles mentaux qui peuvent être prévenus (prévention primaire), l'application globale de mesures de prévention primaires, sans preuves à l'appui, peut donner lieu à des attentes irréalistes, voire dommageables. Des adolescents ayant un vécu de la maladie mentale ont abondé dans ce sens :

**« Rien n'aurait pu prévenir mon trouble bipolaire car je l'ai hérité de ma mère. »**

— Jeune intervenant atteint d'une maladie mentale

De nombreux adolescents ont parlé de leur frustration à l'égard du fait que les causes héréditaires et biologiques sous-jacentes de la maladie mentale sont souvent négligées par les moins informés. Ceci peut faire en sorte que les adolescents se sentent blâmés par la société pour leur propre maladie, et qu'ils aient l'impression qu'eux-mêmes ou que les membres de leur famille aient négligé de tout faire pour prévenir la maladie. De nombreux interrogés ont indiqué qu'il est important d'éclaircir le concept de la prévention et de tenir compte de toutes les facettes de la prévention en élaborant des stratégies. Les interrogés ont fortement appuyé l'emploi d'initiatives de prévention secondaires visant à amenuiser les résultantes négatives découlant des troubles mentaux, pour les adolescents et leur famille. Ils ont également préconisé la mise en œuvre de stratégies éprouvées et rentables de prévention primaire.

Dans leur ensemble, les participants au processus de consultation du document-cadre Evergreen ont traité de toute la gamme d'approches préventives, des modèles globaux axés sur la

population jusqu'aux interventions ciblées pour les sous-groupes spécifiques, voire les particuliers. Au fil de la consultation, les messages de prévention ont souligné le besoin d'employer des preuves solides d'efficacité dans le cadre de la sélection des initiatives de prévention et l'importance de personnaliser les initiatives de prévention en fonction des besoins et des caractéristiques uniques des populations, des groupes et des particuliers.

L'un des leitmotivs de la consultation a été la nécessité de disposer de renseignements accessibles et précis au sujet de la santé mentale et des troubles mentaux ainsi que de programmes et services de santé mentale. De nombreux interrogés ont affirmé qu'il était parfois impossible de tracer une ligne précise entre la promotion et la prévention et que des stratégies particulières pourraient prendre place tout aussi bien dans l'une ou dans l'autre de ces catégories. Le lien étroit entre les deux catégories a été souligné par une jeune personne qui a déclaré : « ***Le manque d'éducation est ce qui freine la prévention de la maladie mentale chez les adolescents... La plupart des gens ne réalisent même pas qu'ils sont aux prises avec un problème de santé mentale ou une maladie mentale.*** » L'une des composantes jugées les plus essentielles était le ciblage de l'information sur les groupes à risque d'avoir un problème de santé mentale. Une jeune personne de souche autochtone a évoqué sa frustration : « ***Il n'y a pas suffisamment d'emphase, de focalisation ou d'information pertinente sur les problèmes de santé des adolescents autochtones... Beaucoup d'adolescents ne savent même pas ce qu'est en fait la santé mentale (bonne ou non). Et pourtant, on constate chez les adolescents le taux de suicide le plus élevé au pays.*** »

La nécessité de mettre en place des mécanismes de détection et d'intervention précoce en ce qui a trait aux troubles mentaux a été lié à une prestation de meilleure information en matière de santé mentale et de maladie mentale (c.-à-d. la littératie en matière de santé mentale). La formation et l'éducation des parents et des professionnels qui œuvrent étroitement auprès des adolescents (comme les éducateurs et les organismes axés sur la jeunesse) sont jugées prioritaires. Comme l'a mentionné un représentant du gouvernement : « ***Plus les parents, éducateurs et médecins de famille sont conscients des signes et symptômes révélateurs, plus rapidement nous pourrions traiter des questions de santé mentale.*** » La consultation a révélé que la détection et le criblage précoces sont considérés comme étant des interventions particulièrement efficaces pour les personnes présentant un risque accru de maladie mentale en raison de facteurs de risque biologiques ou sociaux comme le patrimoine génétique, les traumatismes ou la pauvreté. Les initiatives de criblage et de détection de la maladie mentale chez les enfants et les adolescents ont été soulevées par les participants au processus de consultation qui ont recommandé que celles-ci englobent un processus global de criblage intégré au système scolaire ou que des liens soient établis avec la santé mentale dès les visites prénatales ou les examens des bébés et enfants sains, ainsi que dans le cadre des programmes d'immunisation auprès des médecins de famille ou pédiatres.

Les liens complexes entre les déterminants sociaux de la santé et leur impact subséquent sur la santé mentale et sur les troubles mentaux ont été décrits par plusieurs comme une cible prioritaire pour les initiatives de prévention. Les facteurs soulevés englobaient la pauvreté, la violence en milieu familial, les sévices, l'intimidation, l'homophobie, le racisme, la santé maternelle (sur les plans de la nutrition et des soins prénataux) et la santé communautaire (par exemple les traumatismes persistants vécus par les représentants des Premières nations dans les

pensionnats). Une jeune personne a fait comprendre que ces facteurs devraient être la « **première étape** » considérée dans toute approche axée sur la prévention. De nombreux interrogés ont affirmé qu'il serait préférable de traiter ces risques à l'échelle de la population par l'entremise de programmes éprouvés rendus disponibles auprès de fournisseurs accrédités plutôt que d'approcher ces facteurs de risque sur le plan individuel.

Les participants au processus de consultation ont fréquemment cerné les écoles primaires, secondaires et postsecondaires comme des endroits-clés où mettre en œuvre des programmes de prévention. Comme c'était le cas pour la promotion de la santé mentale, l'environnement scolaire est perçu par les adolescents, les parents, les professionnels de la santé mentale, les éducateurs et autres partenaires comme la scène idéale pour mettre en œuvre toute une gamme de programmes de prévention. Cette approche incluait diverses stratégies, des modèles de prestation de soins de la santé mentale dans les écoles jusqu'à la littératie des enseignants en matière de santé mentale. Les participants au processus de consultation ont aussi exprimé de vives préoccupations à l'égard d'un financement adéquat pour les activités de prévention et ont aussi cerné l'impact des investissements par rapport aux bienfaits des initiatives efficaces de prévention dans plusieurs domaines : « **Pour chaque dollar affecté à la prévention, une économie de coût de huit dollars est réalisée.** » Un représentant du gouvernement a lancé un défi en disant qu'à titre de pays, « **nous investissons des montants relativement restreints pour la santé mentale des enfants et des adolescents par rapport à de nombreux autres pays du monde. Nous devons investir davantage, et investir de façon plus soignée.** »

Somme toute, les participants ont évoqué une vive réalisation du besoin d'améliorer la focalisation et le financement pour la mise en œuvre d'initiatives de prévention efficaces et rentables, tout en admettant que toutes les maladies mentales ne puissent pas être prévenues, compte tenu de l'ampleur actuelle de nos connaissances. Les participants au processus de consultation ont fait valoir les avantages d'un système de santé mentale mieux équilibré, un système fournissant des initiatives de prévention appropriées en matière de santé mentale tout en renforçant les soins de santé mentale et la prévention secondaire chez les personnes atteintes de troubles mentaux. Les participants ont reconnu que ce « rééquilibrage » exigerait une refonte fondamentale des modèles actuels de services de santé mentale ainsi qu'un financement accru pour appuyer ce processus d'harmonisation. L'un des membres du comité consultatif national du document-cadre Evergreen a comparé ce défi à un « **nœud gordien** », un problème inextricable ne pouvant être résolu que par un geste hardi ou, plus vraisemblablement dans le cas présent, toute une série de gestes hardis.

## **Orientations stratégiques cernées pour la prévention**

1. Établir des soins de la santé maternelle holistiques à titre de point de départ pour les initiatives de prévention en matière de santé mentale et fournir éducation et formation en matière de santé mentale maternelle ou infantile à tous les travailleurs dans le domaine des soins prénataux et postnataux
2. Créer et fournir des programmes d'éducation prénataux et donner aux parents et parents-substituts une éducation intégrant la facette de la santé mentale des nourrissons, des enfants et des adolescents à celle de la santé physique
3. Fournir des programmes de prévention bien établis, éprouvés et rentables pour améliorer les résultantes chez les populations à risque. Mettre en œuvre ces programmes dans les milieux où il est plus facile de faire le lien avec les adolescents et les parents et parents-substituts (comme dans les écoles et au sein des organismes communautaires)
4. Faciliter la prestation de programmes d'éducation en matière de santé mentale des nourrissons, des enfants et des adolescents auprès de tous les travailleurs dans le domaine des soins primaires de la santé (p. ex. les médecins et infirmiers), des travailleurs du service social (p. ex. travailleurs sociaux, travailleurs auprès des enfants et des adolescents, travailleurs en loisirs) et des éducateurs (enseignants, éducateurs de la petite enfance), et faire en sorte que ceux-ci sachent comment déceler les problèmes de santé mentale et fournir des modes appropriés de ressource, de soutien et d'intervention
5. Englober la facette de la santé mentale des enfants et des adolescents dans la formation offerte à tous les prestataires de soins aux enfants et aux adolescents (comme les parents nourriciers et les aides juridiques)
6. Établir des procédés par l'entremise desquels tous les services de santé mentale axés sur les adultes pourront évaluer la santé mentale des enfants de leurs patients, clients ou utilisateurs de services et déceler leurs troubles mentaux
7. Favoriser l'élaboration et la prestation de services de santé mentale en milieu scolaire par le biais de programmes dirigés sur place ou en collaboration avec des fournisseurs de soins primaires (comme les médecins de famille et pédiatres) et des fournisseurs de soins de santé spécialisés (comme les pédopsychiatres, thérapeutes en santé mentale, thérapeutes familiaux)
8. Fournir des programmes efficaces pour cerner les déterminants sociaux de la santé pour les populations jugées à risque (p. ex. la pauvreté) afin que puissent être améliorées les résultantes du développement de l'enfant
9. Rendre disponibles et promouvoir des activités particulières pour aider les adolescents, les parents et parents-substituts, familles et collectivités à refaire le lien avec leurs traditions culturelles ou à préserver un lien existant avec elles. Ces activités seraient particulièrement importantes chez les adolescents autochtones et les adolescents nouvellement arrivés au Canada, dont les immigrants et les réfugiés
10. Offrir des services de soins à l'enfance facilement accessibles, adéquatement subventionnés, de haute qualité et réglementés à ceux qui en ont besoin

11. Faire en sorte que les obstacles législatifs, réglementaires ou politiques ne préviennent pas les adolescents d'obtenir les services de santé ou sociaux confidentiels dont ils pourraient bénéficier
12. Favoriser la disponibilité d'environnements de travail mentalement sains appuyant les besoins des parents ou parents-substituts et des familles
13. Créer et fournir des programmes adaptés à l'âge pour habiliter les adolescents, leur permettre d'être actifs sur le plan social et de jouer le rôle de participants intégrés dans la société
14. Offrir une gamme facilement accessible de services d'accès d'urgence pour combler immédiatement les besoins en cas de crise liée aux enfants et aux adolescents (p.ex. services de consultation à toute heure du jour par téléphone ou sur le Web, foyers-refuges et établissements de crise pour le séjour de courte durée dans la communauté)
15. Structurer les services de santé mentale afin que ceux-ci offrent une gamme complète d'options de soin, dont les soins de relève pour la famille et les interventions résidentielles à courte échéance axées sur la prévention
16. Structurer les services de santé mentale et de toxicomanie axés sur les adolescents de façon à ce qu'ils soient entièrement intégrés afin que toute intervention dans l'un de ces domaines puisse prévenir la survenance de problèmes dans l'autre domaine
17. Rehausser les liens entre les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents, les soins primaires, les services prénataux et d'obstétrique, les soins de santé pédiatriques et les services à la petite enfance et les agences de protection de l'enfance et de justice
18. Fournir des initiatives ciblées aux adolescents ayant atteint l'échelle des âges transitionnels (c.-à-d. de 16 à 25 ans) dont des programmes sociaux, professionnels, ludiques et communautaires financés, conçus pour amenuiser les effets des troubles mentaux et pour rehausser la prévention secondaire
19. S'appropriier un financement renouvelable à longue échéance pour appuyer les initiatives de prévention en ce qui a trait à la santé mentale des enfants et des adolescents

## Intervention et soins continus

**« Je sais que je désire de meilleurs soins de santé mentale, autant pour moi que pour ma famille. Chaque niveau de soin serait avantage par des améliorations. »**

— Proche d'une jeune personne atteinte d'une maladie mentale

Parmi les thèmes fréquemment soulevés dans le cadre de la consultation figurent les défis qu'affrontent les adolescents et leur famille pour avoir accès à des services de santé mentale et le manque de programmes faciles d'accès, efficaces et imbus de respect. Bien que les participants aient volontiers admis que les services actuels présentaient des points forts, ils ont également exprimé un vif intérêt quant à l'amélioration des soins de santé mentale pour les adolescents et les familles. Une intervention précoce et efficace a été cernée comme jouant un rôle essentiel pour traiter les problèmes actuels de santé mentale, améliorer les résultantes à longue échéance, prévenir l'invalidité et prévenir l'apparition d'autres troubles mentaux ou physiques. Les services de promotion, de prévention et de soin ne sont pas perçus comme des composants isolés d'un système de santé. Les participants au processus de consultation se sont plutôt entendus pour dire que les divers secteurs des services de santé mentale se chevauchent de diverses façons et qu'ils devraient être intégrés en un modèle de service optimisé en matière de santé mentale. Un parent s'est exprimé ainsi au sujet de ce besoin d'intégration :

**« Si les parents ne connaissent pas les problèmes de santé mentale, s'ils ne savent pas où aller pour avoir accès aux services ou, pire encore, si le service recherché n'existe tout simplement pas, et si les parents ont "honte" et refusent de reconnaître le problème de santé mentale de leur enfant, le traitement et l'aide ne peuvent jamais se concrétiser. »**

— Parent d'un enfant ayant un vécu de la maladie mentale

Parmi les autres thèmes fréquemment soulevés, les participants ont parlé de la collaboration intersectorielle afin de combler les besoins des adolescents et de leur famille. Ce sont ces besoins qui devraient encadrer la structure et la fonction des services. Les participants ont noté que le système de santé mentale semble être l'une des rares industries de services au Canada dans laquelle l'utilisateur des services doit se conformer aux désirs du système plutôt que l'inverse. Un grand nombre d'adolescents, de parents et de professionnels ont exprimé une préoccupation voulant que la collaboration intersectorielle, au profit des adolescents et des familles, ne soit pas aussi transparente qu'elle pourrait l'être. Comme l'a évoqué un professionnel de la santé mentale, il existe un besoin pour **« une meilleure collaboration et une meilleure relation de travail avec le domaine de l'éducation, le système de soins de la santé et les services communautaires. »**

Les participants ont souligné ce défi particulier en parlant du besoin pour un système de soins de santé mentale efficace qui serait fourni dans un environnement de soin primaire, particulièrement par l'entremise de médecins de famille. De nombreuses recommandations ont été formulées pour le rehaussement du rôle des médecins de famille en matière de prévention et de traitement des troubles mentaux courants chez les adolescents. Les participants ont exprimé qu'une hausse des capacités en matière de santé mentale dans le domaine des soins primaires serait essentielle pour réduire les listes d'attentes pour des services spécialisés de santé mentale et qu'elle contribuerait



à la prestation de soins de santé mentale plus efficaces et plus rentables, si ceux-ci étaient intégrés aux services habituels de soins de la santé. Beaucoup pensent que cette approche servirait en outre à réduire la stigmatisation liée aux troubles mentaux. Les participants ont toutefois formulé une mise en garde voulant que les médecins de famille et autres prestataires aient besoin de formation et d'un soutien accru pour jouer un rôle plus vaste à l'égard des soins primaires de santé mentale pour les adolescents.

L'équilibre de la responsabilité entre la personne atteinte et ses parents, sur tous les plans liés aux soins de santé mentale, s'est aussi révélé un thème récurrent. Cette préoccupation s'est manifestée de façon plus prononcée pour l'initiation de l'accès aux services, les prises de décisions en matière de traitements et d'autres types de soins et pour les questions de protection de la vie privée et de confidentialité. Les adolescents ont fréquemment souligné leur besoin de devenir des participants actifs dans toutes les questions liées à leur santé dans son ensemble et à leur santé mentale en particulier. Les parents ont souligné le rôle important qu'ils jouent dans la vie de leurs enfants et leur besoin de participer activement à toutes les facettes de leurs soins de santé mentale. Ces deux perspectives présentaient une tension dynamique éloquentement décrite par une jeune personne ayant un vécu de la maladie mentale :

**« Il est important de respecter les adolescents à titre d'experts en ce qui concerne leurs propres sentiments, [mais tout en réalisant que] les adolescents ne sont pas toujours en mesure de prendre eux-mêmes la décision de se rétablir. »**

— Jeune intervenant ayant un vécu de la maladie mentale

Des préoccupations liées à l'inefficacité du système et aux lacunes d'infrastructure et de ressources humaines ont été fréquemment exprimées. Les participants ont mentionné le manque de rentabilité et le fardeau posé par les évaluations multiples d'un seul et unique problème par différents prestataires, ainsi que le besoin pour un seul et unique système d'information et de base de données de santé sécurisé mais facilement accessible. De nombreux participants ont exprimé des inquiétudes liées aux obstacles aux soins que créent la compression du financement et la quantité limitée de ressources. Par exemple, une jeune personne ayant un vécu de la maladie mentale a déclaré : **« Je veux me rétablir, mais dois-je être riche pour pouvoir le faire? »**

Bien que l'ensemble des participants ait souligné à grands traits un besoin pour la transformation du système de santé mentale, les éloges n'ont pas manqué à l'égard des soins déjà reçus. Les parents et les adolescents ont même décrit leurs expériences en employant fréquemment des mots comme **« aide à la survie »** et **« miraculeux »**. On a souvent entendu dire que **« certains services excellents sont offerts par le biais des centres de santé mentale et des hôpitaux pour enfants »** mais qu'il était difficile de trouver des services et, une fois ce défi relevé, d'y obtenir l'accès. Les interrogés ont aussi exprimé des préoccupations quant à la qualité des services. Le système a par exemple été décrit comme offrant des **« soins inadéquats »**, semés d'obstacles multiples à l'accès dont des listes d'attente décrites par les adolescents, par les parents et par les professionnels comme étant **« horribles »**, **« démesurément longues »**, **« pénibles »**, **« stressantes »** et **« pratiquement impossibles à franchir »**. Les participants au processus de consultation ont fait remarquer la lacune de services dans les collectivités rurales ou éloignées ainsi que pour les personnes et communautés des Premières nations, Métis ou Inuit. Un membre

de la famille d'une jeune personne aux prises avec une maladie mentale a résumé ainsi ses graves préoccupations : « ***Le besoin est ÉNORME, la disponibilité des ressources est LIMITÉE.*** »

Les participants ont exprimé une inquiétude quant au caractère accueillant et coopératif des services de santé mentale. Un défenseur en matière de santé mentale s'est même demandé pourquoi les services de santé mentale pour les adolescents ne pourraient pas être « ***aussi conviviaux et aussi peu menaçants qu'une visite au centre de conditionnement physique ou à la bibliothèque?*** » De nombreux parents ont aussi posé la question à savoir pourquoi les rendez-vous ne pouvaient pas être prévus après l'école ou après les heures de travail. Les adolescents, les parents et les professionnels de la santé mentale ont demandé que soient offerts des services en ligne, de consultation par téléphone et des programmes en milieu scolaire. Parmi ces préoccupations a également été soulevée celle des caractéristiques physiques et du milieu des services de santé mentale. Beaucoup d'adolescents ont évoqué leurs expériences négatives sur différents plans des soins de santé mentale. Une jeune personne a décrit le manque de sensibilité du système à l'égard des adolescents par ces mots : « ***Lorsque les adolescents qui sont hospitalisés pour une maladie mentale sont placés au même endroit que des gens plus vieux et menaçants, cela risque de les décourager à poursuivre leur traitement.*** »

L'une des préoccupations les plus couramment exprimées a été celle de l'accès à des services conviviaux pour les adolescents ou les personnes de 16 à 25 ans. Un parent a affirmé : « ***Il n'y a pas de bons services pour les adolescents de 17 à 25 ans !*** » Cet écart entre les besoins et la disponibilité a été remarqué par un utilisateur des services à la jeunesse qui a affirmé : « ***Il n'y a pas d'étape intermédiaire : on est seul à la maison ou on est à l'hôpital en pleine crise.*** » Parmi les leitmotivs ressortis du processus de consultation, l'un des plus persistants a été le besoin de fournir des services de santé mentale conçus spécialement pour combler les besoins des adolescents faisant partie de ce groupe d'âge souvent appelé le « groupe d'âge transitionnel ».

## **Orientations stratégiques cernées relativement aux interventions et aux soins continus**

1. Offrir des services de santé mentale accessibles et conviviaux pour les adolescents et les familles (p. ex. après les heures d'école et durant le week-end)
2. Rehausser la capacité des services de soins primaires pour combler les besoins des enfants et des adolescents en matière de santé mentale en fournissant la formation nécessaire aux médecins de premier recours afin qu'ils puissent diagnostiquer et traiter les troubles mentaux chez les enfants et les adolescents et en offrant aux bureaux de médecins de famille les ressources humaines requises pour prodiguer les soins
3. Établir une gamme complète de services de santé mentale pour combler les besoins particuliers des adolescents de 16 à 25 ans
4. Créer des services de réadaptation dans la communauté pour combler les besoins des adolescents (offrant, par exemple, un milieu sûr à l'image d'un chez-soi, de l'aide sur le plan professionnel et de l'éducation, l'encadrement en matière de santé, la prévention de l'abus d'alcool et de drogue) et créer de liens appropriés vers ces installations
5. Créer dans les communautés des installations dûment dotées en personnel qui serviront de « carrefours » où combler, en un seul et unique endroit, les besoins des adolescents et des familles en matière de santé mentale et de santé physique; promouvoir largement la disponibilité de ces ressources
6. Favoriser l'élaboration et la prestation de programmes de « première apparition » en ce qui a trait aux principaux troubles mentaux (comme la psychose et les troubles de l'humeur)
7. Créer des services qui traitent les déterminants sociaux de la santé mentale des adolescents aux prises avec des troubles mentaux à apparition précoce (p. ex. logement subventionné, programmes d'emploi et d'éducation)
8. Créer et exploiter avec efficacité des liens intersectoriels entre les ministères et agences du gouvernement pour combler les besoins des adolescents en matière de santé mentale
9. Appuyer l'élaboration et les activités d'organismes non gouvernementaux qui parlent au nom des parents et parents-substituts et des adolescents
10. Accueillir les parents ou parents-substituts et les adolescents à titre de représentants actifs en tout ce qui concerne les politiques, la planification, l'élaboration des programmes et l'évaluation des services de santé mentale pour les enfants et les adolescents
11. Établir et exploiter des programmes de liaison entre les écoles, les fournisseurs de soins primaires et les services de santé mentale
12. Établir et appuyer la santé en milieu scolaire grâce à du personnel dûment formé pour intervenir sur place, dans les écoles secondaires, sur le plan de la santé mentale
13. Fournir du soutien sur place, en matière de santé mentale, au premier cycle du secondaire
14. Créer des bases de données sur les patients et familles avec un point d'accès unique. Les bases de données emploieront des données d'évaluation normalisées accessibles

- par les fournisseurs de soins de santé, sous réserve des consentements requis, pour prévenir les évaluations inutiles
15. Investir dans l'élaboration et la prestation de programmes de formation efficaces qui rehaussent l'aptitude de tous les prestataires de soins primaires à identifier, diagnostiquer et traiter les troubles mentaux les plus courants chez les enfants et les adolescents
  16. Appuyer le perfectionnement de nouvelles ressources humaines liées au domaine de la santé mentale (p. ex. travailleurs en santé mentale) et le perfectionnement des aptitudes en matière de santé mentale des prestataires de soins de la santé (p. ex. personnel infirmier et ergothérapeutes)
  17. Favoriser l'accès aux services spécialisés de santé mentale dans les régions rurales en employant de nouvelles technologies de communication (p. ex. consultations psychiatriques télésanté, consultations par téléphone ou sur le Web)
  18. Utiliser des technologies novatrices (p. ex. applications iPhone et consultations sur le Web) pour établir des services de santé mentale efficaces dont l'accès sans recommandation, la consultation et les programmes d'éducation ou de littératie pour les adolescents et les parents et parents-substituts
  19. Intégrer la santé mentale des enfants et des adolescents dans tous les services actuels de soins de la santé
  20. Mettre en place des mécanismes pour faire en sorte que tous les modes d'intervention employés soient fondés sur les faits démontrés et pour fournir, de préférence, des programmes et interventions dont l'efficacité et la rentabilité ont été éprouvées dans un contexte canadien
  21. Créer des mécanismes grâce auxquels les adolescents et les parents et parents-substituts peuvent obtenir l'information requise pour cerner les interventions, programmes et services fondés sur les meilleurs faits démontrés scientifiques
  22. Établir des équipes conjointes de prestation de services et de recherche universitaire pouvant faire des études systématiques des meilleurs faits démontrés afin d'encadrer l'élaboration des politiques, des plans et des programmes
  23. Offrir aux adolescents et aux parents ou parents-substituts des occasions et des ressources pour devenir des participants efficaces à leur propre santé mentale et à leur rétablissement suite à des troubles mentaux
  24. Créer, pour les adolescents qui ont besoin d'un tel service, un nombre suffisant d'installations de soins de longue durée spécialisées en soins actifs et présentant un bas rapport personnel/adolescents patients
  25. Établir des normes de formation du personnel en ce qui a trait aux connaissances et aux aptitudes des professionnels œuvrant dans le secteur de la santé mentale des enfants et des adolescents, par exemple dans des installations judiciaires axées sur les adolescents, dans des agences de protection de l'enfance ou de services à l'enfance, dans les organismes de premiers intervenants, dans les foyers de groupe ou installations de traitement résidentielles, etc.
  26. Établir et fournir à tous les prestataires de services de santé pour les enfants et les adolescents des programmes de formation appropriés en matière de diversité culturelle

27. Élaborer, surveiller et mettre à exécution des normes de qualité pour les soins de santé mentale des enfants et des adolescents dans tous les territoires de compétence et au sein de tous les organismes de fournisseurs
28. Établir un organisme réglementaire national chargé d'étudier et d'homologuer des traitements non pharmaceutiques en fonction des exigences de preuve actuellement en place pour les traitements pharmaceutiques
29. Réduire le dédoublement des services et simplifier ou coordonner les activités des prestataires de services
30. Offrir un financement renouvelable et suffisant pour bien combler les besoins des enfants et des adolescents en matière de santé mentale

## Recherche et évaluation

*« Un plan bénéficiant de financement prônant le passage à des pratiques fondées sur les faits démontrés : un rêve réalisé. »*

— Professionnel de la santé mentale

Le processus de consultation du document-cadre Evergreen a dégagé plusieurs thèmes liés à la recherche et à l'évaluation en matière de santé mentale des enfants et des adolescents. En général, nous avons remarqué que par rapport aux autres domaines de la santé infantile, la recherche portant sur la santé mentale des enfants et des adolescents n'a pas profité d'une même mesure d'attention, de développement ou de financement. La consultation a reconnu que toutes les facettes de la santé mentale des enfants et des adolescents méritent d'être étoffées par les meilleures activités de recherche. Le directeur d'un programme de santé mentale a abondé en ce sens :

*« La recherche et l'évaluation des programmes jouent un rôle absolument critique à la prestation de soins cliniques légitimes sur toute la ligne des services de santé mentale des enfants et des adolescents, de la promotion de la santé à la prévention des maladies, en passant par les services intensifs, approfondis et coûteux. Nous devons être convaincus que nos démarches donnent des résultats et qu'elles ne sont pas dommageables. »*

— Membre du comité de rédaction du document-cadre Evergreen

Les participants au processus de consultation ont pour la plupart fait remarquer que toutes les interventions devraient être soumises à des méthodes de recherche validées pour encadrer et éclairer les pratiques. Un professionnel de la santé a candidement admis : *« Sans mesurer, on ne peut gérer. »* D'autres ont fait remarquer qu'un mode de pensée animé par la recherche doit être au cœur de toutes les démarches et doit former la pierre d'assise d'un apprentissage continu. Un chercheur a mentionné que : *« L'objectif ultime est de faire en sorte que l'évaluation devienne une partie routinière de la planification et de la gestion des programmes, pour aboutir à une amélioration et à un apprentissage continus. »*

Il est évident que la population désire avoir accès à des programmes et à des interventions efficaces et rentables. Elle ne veut pas avoir à faire face à des interventions inefficaces ou qui causent plus de tort que de bien et elle désire constater que lorsqu'une intervention est offerte, c'est qu'elle a traversé les évaluations appropriées et qu'elle a prouvé son efficacité, sa sûreté et son utilité. Les gens s'attendent en outre à ce que les gouvernements établissent et mettent à exécution des normes de diligence fondées sur la recherche et à ce que la recherche en matière de santé mentale des enfants et des adolescents devienne une priorité, à l'échelle nationale, pour le financement.

## **Orientations stratégiques cernées pour la recherche et l'évaluation**

1. Appuyer la recherche dans les domaines de la promotion de la santé mentale, de la prévention et de l'intervention afin que l'efficacité et la rentabilité des activités de promotion, de prévention et d'intervention, en matière de santé mentale, soient clairement établies avant le lancement des programmes
2. Appuyer la recherche en matière de systèmes de santé mentale pour les enfants et les adolescents et concrétiser ses constatations pour encadrer le développement et la mise en œuvre de soins de santé mentale
3. Créer un référentiel national d'activités et (ou) de programmes de promotion, de prévention et d'intervention en matière de santé mentale respectant une norme raisonnablement élevée de preuve auquel auront accès les décideurs, les planificateurs, les fournisseurs de services, les utilisateurs de services, les parents et parents-substituts et les défenseurs
4. Établir des critères et des attentes pour l'inclusion d'évaluations de la rentabilité de la recherche, si approprié, afin que toutes les interventions scientifiquement validées soient assorties d'une évaluation de la rentabilité
5. Exiger que des processus appropriés aient été appliqués pour valider l'efficacité, la sûreté et la rentabilité, ainsi que pour assurer au comparateur que des analyses d'efficacité, de sûreté et de rentabilité ont été effectuées pour toutes les interventions et tous les programmes de soins continuels
6. Créer des processus qui impliquent activement les adolescents, les parents ou parents-substituts et défenseurs dans l'identification des priorités de recherche nationales et (ou) provinciales/territoriales en matière de santé mentale des enfants et des adolescents ainsi que dans l'évaluation des interventions, programmes et autres activités
7. Renseigner les adolescents, les parents et parents-substituts, défenseurs et autres partenaires au sujet de la valeur et du but de la recherche
8. Créer des programmes et incitatifs particuliers en vue de faire hausser le nombre et la qualité des chercheurs dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents
9. Créer des partenariats de recherche dans chaque province et territoire dans lesquels seront impliqués les décideurs, fournisseurs de services, universitaires, adolescents et parents et parents-substituts afin de cerner, de financer, de créer et de fournir une recherche pertinente et significative pour tous les intervenants
10. Établir des évaluations qui tiennent compte des maintes façons de connaître et qui les emploient de façon appropriée
11. Créer des bases de données de recherche provinciales/territoriales complètes, faciles d'accès et reliées entre elles, afin de permettre la saisie des données et la recherche en matière de développement de l'enfant et des adolescents et de santé mentale des enfants et des adolescents
12. Donner de l'encadrement stipulant que la recherche soit effectuée auprès de participants qui reflètent fidèlement la population nationale
13. Promouvoir la recherche auprès de groupes traditionnellement exclus ou sous-représentés dans les domaines de la santé mentale des enfants et des adolescents

14. Créer des programmes de perfectionnement et de formation au profit des fournisseurs de soins de santé qui soulignent les principes de recherche et la mise en œuvre des faits démontrés dégagés de cette recherche pour l'élaboration et la prestation de politique, plans, programmes et interventions
15. Établir des mécanismes de financement des programmes grâce auxquels le financement sera directement relié à l'achèvement des évaluations des résultantes
16. Créer un référentiel national de recherche dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse au sein duquel des outils et paramètres validés seront conservés et rendus facilement accessibles aux chercheurs, moyennant des coûts minimaux
17. Créer ou appuyer des points d'application des connaissances pouvant appliquer les meilleurs faits démontrés pour l'élaboration de produits utiles, comme des programmes et activités, aux praticiens, décisionnaires, adolescents, parents et parents-substituts et autres partenaires
18. Établir un groupe de liaison international en matière de recherche en santé mentale des enfants et des adolescents pouvant gérer des projets internationaux conjoints et des recherches collaboratives à l'échelle internationale
19. Bénéficier d'un financement spécialisé pour la recherche en matière de santé mentale des enfants et des adolescents créé par les Instituts de recherche en santé du Canada ou d'autres organismes subventionnaires (dont les organismes subventionnaires provinciaux/territoriaux en matière de recherche en santé)



## LECTURES SUGGÉRÉES

- Canada (2004). *Un Canada digne des enfants : Le plan d'action du Canada suite à la Session extraordinaire des Nations Unies consacrée aux enfants de mai 2002*. [EN LIGNE] Ottawa : Canada. Consulté le 1<sup>er</sup> février 2010 au <http://www.rhdcc-hrsdc.gc.ca/eng/cs/sp/sdc/socpol/publications/2002-002483/canadafite.pdf>
- Kirby, M.J.L. et Keon, W.J. (2006). *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. [EN LIGNE] Ottawa : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Consulté le 4 décembre 2009 au <http://parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-e/SOCI-E/rep-e/pdf/rep02may06high-e.pdf>
- Leitch, K.K. (2007). *Vers de nouveaux sommets : Rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes*. [EN LIGNE] Ottawa : Santé Canada. Consulté le 2 février 2010 au [http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/child-enfant/2007-advisor-conseillere/advisor-conseillere-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/hpb-dgps/pdf/child-enfant/2007-advisor-conseillere/advisor-conseillere-eng.pdf)

## ARTICLES ET POLITIQUES PERTINENTS UTILISÉS DANS L'ÉLABORATION DU DOCUMENT-CADRE EVERGREEN

Plusieurs des documents suivants, utilisés dans la préparation du document-cadre Evergreen, sont accessibles sur le site Web <http://www.teenmentalhealth.org/initiatives/evergreen>

- Adelman, H. et Taylor, L. (1999). *Policy leadership cadre from mental in schools. Expanding policy leadership for mental health in schools: Report from the mini-summit*. [EN LIGNE] Consulté le 19 janvier 2008 au <http://smhp.psych.ucla.edu/pdfdocs/Report/minisum.pdf>
- Agic, B. et Scheffer, R. (2003). *Health promotion programs on mental health/illness and addiction issues in ethno-racial/cultural communities*. [EN LIGNE] Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale. Consulté le 19 janvier 2009 au [http://www.camh.net/education/ethnocult\\_healthpromores02.pdf](http://www.camh.net/education/ethnocult_healthpromores02.pdf)
- Ajunnginiq Centre (2007). *Substance use/abuse issues among Inuit in Canada*. [EN LIGNE] Présentation au Comité permanent de la Conférence des parlementaires de la région arctique, Ottawa, le 19 octobre 2007. Consulté le 9 avril 2009 au <http://www.naho.ca/inuit/e/resources/documents/2007-10-19ParliamentarianSubstanceAbuse-FINAL-NAHO-AC.pdf>
- Alberta Health and Wellness (2006). *Positive futures-optimizing mental health for Alberta's children & youth*. [EN LIGNE] Edmonton : Alberta Health and Wellness. Consulté le 13 janvier 2008 au [www.assembly.ab.ca/lao/library/egovdocs/2006/alhw/156586\\_01.pdf](http://www.assembly.ab.ca/lao/library/egovdocs/2006/alhw/156586_01.pdf)
- Alberta Health and Wellness (2008). *Children's mental health plan for Alberta*. [EN LIGNE] Edmonton : Alberta Health and Wellness. Consulté le 13 janvier 2008 au [http://www.mentalhealthresearch.ca/Publications/Documents/CA%20E-Scan09\\_FINAL.pdf](http://www.mentalhealthresearch.ca/Publications/Documents/CA%20E-Scan09_FINAL.pdf)

- Alberta Health Services (2004). *Advancing the mental health agenda: A provincial mental health plan for Alberta*. [EN LIGNE] Edmonton : Alberta Health Services. Consulté le 13 janvier 2008 au [www.amhb.ab.ca/Publications/reports/Documents/MentalHealthPlan.pdf](http://www.amhb.ab.ca/Publications/reports/Documents/MentalHealthPlan.pdf)
- Alberta Mental Health Board (2005). *A call to action: The Alberta suicide prevention strategy*. [EN LIGNE] Edmonton : Alberta Mental Health Board. Consulté le 13 janvier 2008 au <http://www.amhb.ab.ca/Initiatives/suicidePrevention/Documents/A%20call%20to%20action.pdf>
- Alberta Mental Health Board (2006). *Aboriginal mental health: A framework for Alberta- Health Aboriginal people in health communities*. [EN LIGNE] Edmonton : Alberta Mental Health Board. Consulté le 13 janvier 2009 au <http://www.amhb.ab.ca/Initiatives/aboriginal/Documents/Aboriginal%20Framework.pdf>
- Alberta Mental Health Research Partnership Program (2007). *Child and adolescent mental health research: Alberta research activity and leadership: Environmental scan*. [EN LIGNE] Edmonton : Alberta Health Services. Consulté le 13 janvier 2008 au [http://www.mentalhealthresearch.ca/Publications/Documents/CA%20E-Scan09\\_FINAL.pdf](http://www.mentalhealthresearch.ca/Publications/Documents/CA%20E-Scan09_FINAL.pdf)
- Alianait Inuit-Specific Mental Wellness Task Group (2007). *Alianait Inuit mental health action plan*. [EN LIGNE] Consulté le 1<sup>er</sup> février 2010 au [http://www.itk.ca/sites/default/files/alainait\\_action\\_plan\\_english.pdf](http://www.itk.ca/sites/default/files/alainait_action_plan_english.pdf)
- Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (2006). *Framework for action on mental illness and mental health*. [EN LIGNE] Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale. Consulté le 20 janvier 2009 au [http://www.cmha.ca/data/1/rec\\_docs/601\\_CAMIMH%20English%20Lowres.pdf](http://www.cmha.ca/data/1/rec_docs/601_CAMIMH%20English%20Lowres.pdf)
- American Academy of Pediatrics policy statement Policy Statement, Committee on school health (2004). School-based mental health services. *Pediatrics*, 113(6), 1839-1845.
- Andreychuk, R. et Fraser, J. (2007). *The silenced citizens-effective implementation of Canada's international obligations with respect to the rights of children: Final report of the Standing Senate Committee on Human Rights*. [EN LIGNE] Ottawa : La Direction des comités du Sénat. Consulté le 8 décembre 2008 au <http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/com-e/huma-e/rep-e/rep10apr07-e.htm>
- Assemblée des Premières Nations (2005). *First Nations action plan for non-insured health benefits*. [EN LIGNE] Ottawa : Assemblée des Premières Nations. Consulté le 13 janvier 2009 au [http://afn.ca/cmslib/general/NIHB%20Action%20Plan\\_Fe.pdf](http://afn.ca/cmslib/general/NIHB%20Action%20Plan_Fe.pdf)
- Association canadienne des centres de santé pédiatriques (2006). *Reclaiming the mental health of our children & youth "A national call to action"*. [EN LIGNE] Réunion annuelle de l'ACCSP à Vancouver (du 15 au 18 octobre 2006). Consulté le 20 janvier 2009 au [http://www.caphc.org/documents\\_annual/2006/concurrent\\_session\\_proceedings.pdf](http://www.caphc.org/documents_annual/2006/concurrent_session_proceedings.pdf)
- Aubé, D., Vallée C., Fournier L., Poirier, L.R., Roberge, P., et Lessard, L. (2008). *Influences of Quebec's ministerial mental health action plan on organizational models in social and health Service centres: Study of 15 local service networks*. [EN LIGNE] National Conference on Collaborative Mental Health Care, Victoria, Canada. Consulté le 9 mai 2009 au <http://www.qualaxia.org/mental-health-information/publications-results.php?lg=en>
- Australian Health Promoting Schools Association (2000). *A national framework for health promoting schools (2000-2003): National health promoting schools initiative*. [EN LIGNE] Commonwealth Department of Health and Family Services. Consulté le 22 janvier 2009 au <http://newsite.ahpsa.org.au/media/framework.pdf>

- Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H., Juffer, F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195-215.
- Barwick, M.A., Boydell, K.M. et Omrin, C. (2002). *A knowledge transfer infrastructure for children's mental health in Ontario: Building capacity for research and practice*. [EN LIGNE] Toronto, Ontario : The Hospital for Sick Children. Consulté le 9 avril 2009 au [http://www.kidsmentalhealth.ca/documents/KT\\_full\\_report.pdf](http://www.kidsmentalhealth.ca/documents/KT_full_report.pdf)
- Benoit, C. et Shumka, L. (2009). *Gendering the health determinants framework: Why girls' and women's health matters*. [EN LIGNE] Vancouver : Women's Health Research Network. Consulté le 22 janvier 2009 au <http://www.whrn.ca/why-girls-and-womens-health-matters-download.php>
- Bird, C.M. et Lawson, A. (n.d.). *Mental health in middle childhood : Policy report*. [EN LIGNE] Calgary : Alliance nationale pour les enfants. Consulté le 7 janvier 2009 au <http://www.nationalchildrensalliance.com/nca/pubs/2006/Mental%20Health%20in%20Middle%20Childhood%20Policy%20Brief.pdf>
- Blackstock, C. (2009). *General comment No. 11: Indigenous children and their rights under the convention*. [EN LIGNE] Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Consulté le 8 décembre 2008 au [http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC.11\\_indigenous\\_New.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC.11_indigenous_New.pdf)
- Blackstock, C., Bruyere, D., Moreau, E. (2005) *Many hands, one dream: Principles for a new perspective on the health of First Nations, Inuit and Métis children and youth*. [EN LIGNE] *Sommaire du congrès du même titre s'étant déroulé à Victoria, en Colombie-Britannique, le 3 décembre 2005*. Consulté le 8 décembre 2008 au <http://www.manyhandeddream.ca/english/manyhands-principles.pdf>
- British Columbia Ministry of Children and Family Development (2003). *Child and youth mental health plan for British Columbia*. [EN LIGNE] Victoria : British Columbia Ministry of Children and Family Development. Consulté le 8 décembre 2008 au [http://www.mcf.gov.bc.ca/mental\\_health/pdf/cymh\\_plan.pdf](http://www.mcf.gov.bc.ca/mental_health/pdf/cymh_plan.pdf)
- British Columbia Ministry of Health, Mental Health and Addictions (2007). *Planning guidelines for...mental health & addiction services for children, youth & adults with developmental disability*. [EN LIGNE] Victoria : British Columbia Ministry of Health, Mental and Addictions. Consulté le 13 janvier 2009 au [http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/MHA\\_Developmental\\_Disability\\_Planning\\_Guidelines.pdf](http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/MHA_Developmental_Disability_Planning_Guidelines.pdf)
- Brookman-Frazee, L., Baker-Ericzen, M., Stahmer, A., Mandell, D., Haine, R.A., Hough, R.L. (2009). Involvement of youths with autism spectrum disorders or intellectual disabilities in multiple public service systems. *Journal of Mental Health Research*, 2, 201-219.
- Bryan, T., Burstein, K., Ergul, C. (2004). The Social-emotional side of learning disabilities: A science-based presentation of the state of the art. *Learning Disability Quarterly*, 27 (hiver), 45-51.
- Burns, B.J., Costello, E.J., Angold, A., Tweed, D., Stangl, D., Farmer, E.M.Z., et Erkanli, A. (1995). Children's mental health use across service sectors. *Health Affairs*, 14(3), 148-159.
- Campbell, D.M., Redman, S., Jorm, L., Cooke, M., Zwi, A.B. et Rychetnik, L. (2009). *Increasing the use of evidence in health policy: Practice and views of policy makers and researchers*. *Australia and New Zealand Health Policy*, 6 (21), doi: 10.1186/1743-8462-6-21.

- Canada (1982). *Charter of Rights and Freedoms*. [EN LIGNE] Ottawa : ministère du Patrimoine, gouvernement du Canada. Consulté le 20 janvier 2009 au <http://www.cejamericas.org/doc/legislacion/constituciones/can-rights-freedoms.pdf>
- Canada (1985). *Canadian Human Rights Act*. [EN LIGNE] Ottawa : ministère du Patrimoine. Consulté le 20 janvier 2009 au [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_127704.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127704.pdf)
- Canada (2004). *A Canada Fit for Children: Canada's plan of action in response to the May 2002 United Nations Special Session on Children*. [EN LIGNE] Ottawa : Canada. Consulté le 7 janvier 2009 au [www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/ncd-jna/canada\\_fit\\_for\\_children.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/ncd-jna/canada_fit_for_children.pdf)
- Canada (2005). *Aboriginal horizontal framework*. [EN LIGNE] Ottawa : gouvernement du Canada. Consulté le 7 janvier 2009 au [http://www.tbs-sct.gc.ca/aaps-aapd/pdf/poerview\\_e.pdf](http://www.tbs-sct.gc.ca/aaps-aapd/pdf/poerview_e.pdf)
- Center on the Developing Child at Harvard University (2007). *A science-based framework for early childhood policy: Using evidence to improve outcomes in learning, behavior, and health for vulnerable children*. [EN LIGNE] Consulté le 8 mai 2009 au [http://developingchild.harvard.edu/files/7612/5020/4152/Policy\\_Framework.pdf](http://developingchild.harvard.edu/files/7612/5020/4152/Policy_Framework.pdf)
- Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes. *Mainstreaming women's mental health: Building a Canadian strategy*. [EN LIGNE] Vancouver : Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes. Récupéré le 10 mars 2009 au <http://www.bccewh.bc.ca/publications-resources/documents/mainstreamingwomensmentalhealth.pdf>
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Strategy to build relationships and partnerships with LGTTTQQI communities*. [EN LIGNE] Toronto : CAMH. Consulté le 15 janvier 2009 au [http://www.camh.net/About\\_CAMH/Diversity\\_Initiatives/final%20LGBTQ%20strategy.pdf](http://www.camh.net/About_CAMH/Diversity_Initiatives/final%20LGBTQ%20strategy.pdf)
- Chalmers, J., Cayen, L., Bradbury, C., & Snowshoe, S. (2006). *Stay the course...and together we can secure the foundation that has been built"- An interim report on the mental health and addictions services in the NWT*. [EN LIGNE] Yellowknife : The Department of Health and Social Services. Consulté le 22 décembre 2008 au [http://www.hlthss.gov.nt.ca/pdf/reports/mental\\_health\\_and\\_addictions/2005/english/stay\\_the\\_course/chalmers\\_full\\_report\\_december\\_2005.pdf](http://www.hlthss.gov.nt.ca/pdf/reports/mental_health_and_addictions/2005/english/stay_the_course/chalmers_full_report_december_2005.pdf)
- Chalmers, J., Cayen, L., Snowshoe, S. (2002). *"A state of emergency...": A report on the delivery of addictions services in the NWT-Final report*. [EN LIGNE] Yellowknife : Department of Health and Social Services and Community Wellness Programs and Services. Consulté le 22 décembre 2008 au [http://www.hlthss.gov.nt.ca/pdf/reports/mental\\_health\\_and\\_addictions/2002/english/a\\_state\\_of\\_emergency\\_evaluation\\_of\\_addiction\\_services\\_in\\_the\\_nwt.pdf](http://www.hlthss.gov.nt.ca/pdf/reports/mental_health_and_addictions/2002/english/a_state_of_emergency_evaluation_of_addiction_services_in_the_nwt.pdf)
- Commission canadienne des droits de la personne (2008). *Policy and procedures on the accommodation of mental illness*. [EN LIGNE] Ottawa : Commission canadienne des droits de la personne. Consulté le 25 décembre 2008 au [http://www.chrc-ccdp.ca/pdf/policy\\_mental\\_illness\\_en.pdf](http://www.chrc-ccdp.ca/pdf/policy_mental_illness_en.pdf)
- Commission de la santé mentale du Canada (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. [EN LIGNE] Ottawa : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté le 21 février 2009 au [http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/boarddocs/15507\\_MHCC\\_EN\\_final.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/boarddocs/15507_MHCC_EN_final.pdf)

- Conseil canadien de la santé. (2006). *Their future is now: Healthy choices for Canada's children & youth*. [EN LIGNE] Toronto : Conseil canadien de la santé. Consulté le 10 mai 2009 au [http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2006/HCC\\_ChildHealth\\_EN.pdf](http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2006/HCC_ChildHealth_EN.pdf)
- Copage, C. et Broom, B. (2008). *First Nations & Inuit child-youth mental health & addictions: building bridges in Atlantic Canada*. [EN LIGNE] Consulté le 3 mars 2009 au <http://download.cmha.ab.ca/ns/Barbara%20Broom%20and%20Cheryl%20Copage%20-%20First%20Nation%20and%20Inuit%20Child-Youth%20Mental%20Health%20&%20Addictions%20Building%20Bridges%20in%20Atlantic%20Canada.ppt>
- Core Working Group - Public Health Institute of Scotland (2003). *Needs assessment report on child and adolescent mental health: Final report- May 2003*. [EN LIGNE] Edinburgh : Scotland National Health Services. Consulté le 18 décembre 2009 au <http://www.headsupscotland.co.uk/documents/SNAP1.pdf>
- Costello, E.J., Farmer, E.M., Angold, A., Burns, B.J., et Erkanli, A. (1997). Psychiatric disorders among American Indian and white youth in Appalachia: The Great Smoky Mountains study. *American Journal of Public Health*, 87(5), 827-32.
- Dababnah, S. et Cooper, J. (2006). *Challenges and opportunities in children's mental health: A view from families and youth*. [EN LIGNE] New York, New York : National Centre for Children in Poverty, Columbia University Mailman School of Public Health. Consulté le 8 janvier 2009 au [http://www.nccp.org/publications/pdf/download\\_9.pdf](http://www.nccp.org/publications/pdf/download_9.pdf)
- Danese, A., Moffitt, T.E., Harrington, H., Milne, B.J., Polanczyk, G., Pariante, C.M., Poulton, R., et Caspi, A. (2009). Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 163(12), 1135-1143.
- Dean, R.G. (2001). The Myth of Cross-Cultural Competence. *Families in Society*, 82(6), 623-630.
- Direction Générale de la santé et des consommateurs de l'Union européenne (2005). *Green paper: improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health from the European Union*. [EN LIGNE] Bruxelles : Direction Générale de la santé et des consommateurs de l'Union européenne. Consulté le 22 janvier 2009 au [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf)
- Dunnachie, B. (2007). *Evidence-based age-appropriate interventions – A guide for child and adolescent mental health services (CAMHS)*. [EN LIGNE] Auckland : The Werry Centre for Child and Adolescent Mental Health Workforce Development. Consulté le 10 mai 2009 au [http://www.werrycentre.org.nz/site\\_resources/library/Workforce\\_Development\\_Publications/Evidence\\_Based\\_Intervention\\_Final\\_Doc.pdf](http://www.werrycentre.org.nz/site_resources/library/Workforce_Development_Publications/Evidence_Based_Intervention_Final_Doc.pdf)
- Durlack, J.A. et Wells, A.M. (1997). Primary Prevention Mental Health Programs for Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review. *American Journal of Community Psychology*, 25(2), 115-152.
- Emerson, E. et Hatton, C. (2007). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *British Journal of Psychiatry*, 191, 493-499.
- Epstein, D., Jimenez-Rubio, D. Smith, P.C., et Suhrcke, M. (2009). *An economic framework for analyzing the Social Determinants of Health and Health Inequalities*. [EN LIGNE] York, Royaume-Uni : University of York Centre for Health Economics. Consulté le 1<sup>er</sup> février 2010 au <http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp52.pdf>
- Feuillet d'information du Principe de Jordan. (n.d.). [EN LIGNE] Consulté le 7 janvier 2009 au <http://www.fncfcs.com/docs/JordansPrincipleFactSheet.pdf>

- Findlay, S.S. (2004). *Knowledge-brokers: Linking researchers and policy makers*. [EN LIGNE] Edmonton : Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Consulté le 2 mars 2009 au <http://www.ihe.ca/documents/HTA-FR14.pdf>
- Fleming, M. et Towey, K., (Eds.) (2002). *Educational forum on adolescent health: Youth bullying*. [EN LIGNE] Chicago : American Medical Association. Consulté le 4 avril 2009 au [www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/39/youthbullying.pdf](http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/39/youthbullying.pdf)
- Fondation filles d'action (2008). *The need for a gender-sensitive approach to the mental health of young Canadians*. [EN LIGNE] Fondation filles d'action. Consulté le 17 mars 2009 au [http://www.whc.ie/publications/gender\\_manual.pdf](http://www.whc.ie/publications/gender_manual.pdf)
- for a stronger child and youth mental health system*. [EN LIGNE] Toronto : Santé mentale pour enfants Ontario et Ottawa : Le Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et ados. Consulté le 24 mars 2009 au <http://www.thenewmentality.ca/documents/Ready%20Set%20Engage.pdf>
- Fournier, L. et Poirier, L.R. (2006). *Transformation of mental health primary care in Quebec: A research program*. [EN LIGNE] Document présenté dans le cadre du 7<sup>th</sup> National Conference on Shared Mental Health Care, Calgary. Consulté le 23 décembre 2008 au <http://www.qualaxia.org/mental-health-information/publications-results.php?lg=en>
- Glied, S. et Cuellar, A.E. (2003). Trends and issues in child and adolescent mental health, *Health Affairs*, 22(5), 39-50.
- Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador (2005). *Working together for mental health: A provincial policy framework for mental health & addictions services in Newfoundland and Labrador*. [EN LIGNE] St. John's : gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. Consulté le 7 janvier 2009 au <http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/pdffiles/Working%20Together%20For%20Mental%20Health.pdf>
- Groupe de travail ad hoc sur les femmes, la santé mentale, l'utilisation de substances et la toxicomanie (2008). *Women, mental health and mental illness and addiction in Canada: An overview*. [EN LIGNE] Le Réseau canadien pour la santé des femmes. Consulté le 19 janvier 2009 au [www.cwhn.ca/PDF/womenMentalHealth.pdf](http://www.cwhn.ca/PDF/womenMentalHealth.pdf)
- Hawaii Child and Adolescent Mental Health Division (2009). *"Blue Menu"- Evidence-based child and adolescent psychosocial interventions*. [EN LIGNE] Honolulu : Hawaii Child and Adolescent Mental Health Division. Consulté le 10 mai 2009 au <http://hawaii.gov/health/mental-health/camhd/library/pdf/ebs/ebs022.pdf>
- Hill, L.D. et Nelson, P. (2000). *Communication is the key: Review of deaf mental health services in British Columbia*. [EN LIGNE] Victoria : Inter-Ministry Jericho Coordinating Committee, Ministry for Children and Families, Ministry of Health, Ministry of Attorney General, Ministry of Education. Consulté le 9 avril 2009 au [http://www.mcf.gov.bc.ca/mental\\_health/pdf/deaf\\_mental\\_health.pdf](http://www.mcf.gov.bc.ca/mental_health/pdf/deaf_mental_health.pdf)
- Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (2006). *Pathways to healing: A mental health guide for First Nations People- A toolkit*. [EN LIGNE] Mississauga : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Consulté le 23 décembre 2008 au [http://www.ccmhi.ca/en/products/toolkits/documents/EN\\_PathwaystoHealing.pdf](http://www.ccmhi.ca/en/products/toolkits/documents/EN_PathwaystoHealing.pdf)
- Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (2006). *Working together towards recovery: Consumers, families, caregivers and providers*. [EN LIGNE] Mississauga, Ontario : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Consulté le 23 décembre 2008 au

[http://www.ccmhi.ca/en/products/toolkits/documents/EN\\_Workingtogethertowardsrecovery.pdf](http://www.ccmhi.ca/en/products/toolkits/documents/EN_Workingtogethertowardsrecovery.pdf)

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (2007/2008). *CCMHI provincial consultations: Nova Scotia, Manitoba, Saskatchewan final report*. [EN LIGNE] Mississauga, Ontario : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Consulté le 23 décembre 2008 au

<http://www.ccmhi.ca/en/documents/CCMHIPROVINCIALCONSULTATIONSFINAL.pdf>

Initiative enfance et jeunesse de l'Association médicale canadienne, la Société canadienne de pédiatrie et le Collège des médecins de famille du Canada (2007). *Child and youth health: Our challenge. Canada's child and youth health charter*. [EN LIGNE] Association médicale canadienne, Société canadienne de pédiatrie et Collège des médecins de famille du Canada. Consulté le 4 avril 2009 au

<http://www.ourchildren.ca/images/charter.pdf>

Institut canadien d'information sur la santé (2008). *Mental health, delinquency and criminal activity*. [EN LIGNE] Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé. Consulté le 22 décembre 2008 au

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/mh\\_crime\\_full\\_report\\_apr11\\_08\\_e.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/mh_crime_full_report_apr11_08_e.pdf)

Institut canadien de la santé infantile (1980). *The rights of the child in the health care system*. [EN LIGNE] Ottawa : Institut canadien de la santé infantile. Consulté le 2 mars 2009 au

<http://www.cich.ca/PDFFiles/RightHospitalizedENG.pdf>

Institute for Health Economics (2007). *Mental health economic statistics in your pocket-Revised* [EN LIGNE]. Edmonton : Alberta Mental Health Board. Consulté le 2 mars 2009 au

<http://www.assembly.ab.ca/lao/library/egovdocs/2007/alpmh/165627.pdf>

Institute for Health Economics (2008). *Effective dissemination of findings from research*. [EN LIGNE] Edmonton, : Institute for Health Economics. Consulté le 2 mars 2009 au

[http://www.ihe.ca/documents/Dissemination\\_0.pdf](http://www.ihe.ca/documents/Dissemination_0.pdf)

Institute for Health Economics (2008). *How much should we spend on mental health?* [EN LIGNE] Edmonton : Institute for Health Economics. Consulté le 2 mars 2009 au

<http://www.ihe.ca/documents/Spending%20on%20Mental%20Health%20Final.pdf>

Irish Mental Health Commission (2001). *Quality framework: Mental health services in Ireland*. [EN LIGNE] Dublin, Irlande : Mental Health Commission. Consulté le 9 avril 2009 au

[http://www.hiqa.ie/media/pdfs/news/hiqa\\_qfwork\\_mh.pdf](http://www.hiqa.ie/media/pdfs/news/hiqa_qfwork_mh.pdf)

Jezzard, B. (n.d.). *Development of child and adolescent mental health services (CAMHS) in England*. [EN LIGNE] Londres, Royaume-Uni : Department of Health. Consulté le 7 janvier 2009 au

[http://www.kidsmentalhealth.ca/documents/Res\\_Bob\\_Jezzard.pdf](http://www.kidsmentalhealth.ca/documents/Res_Bob_Jezzard.pdf)

Kendall-Taylor, N. et Mikulak, A. (2009). *Child mental health: A review of the scientific discourse*. [EN LIGNE] Washington, DC. FrameWorks Institute. Consulté le 22 décembre 2008 au

[http://www.frameworksinstitute.org/assets/files/PDF\\_childmentalhealth/childmentalhealthreview.pdf](http://www.frameworksinstitute.org/assets/files/PDF_childmentalhealth/childmentalhealthreview.pdf)

Kiefer, H., Cohen, N. et Pape, B. (2004). *Handle with care: Strategies for promoting the mental health of young children in community-based child care*. [EN LIGNE] Toronto : Association canadienne pour la santé mentale. Consulté le 22 décembre 2008 au

[http://www.cmha.ca/data/1/rec\\_docs/156\\_handle\\_with\\_care.pdf](http://www.cmha.ca/data/1/rec_docs/156_handle_with_care.pdf)

- Kirby, M.J.L. et Keon, W.J. (2006). *Out of the shadows at last: Transforming mental health, mental illness and addiction services in Canada*. [EN LIGNE] Ottawa : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Consulté le 4 décembre 2009 au <http://parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-e/SOCI-E/rep-e/pdf/rep02may06high-e.pdf>
- Korhonen, M. (2004). *Alcohol problems and approaches: Theories, evidence and northern practice*. [EN LIGNE] Ottawa : Organisation nationale de la santé autochtone. Consulté le 9 avril 2009 au [http://www.naho.ca/english/pdf/alcohol\\_problems\\_approaches.pdf](http://www.naho.ca/english/pdf/alcohol_problems_approaches.pdf)
- Kutcher, S. (2007). *Improving mental health outcomes in Canadian youth: Values, knowledge and participation*. [EN LIGNE] Présentation initiale au Symposium national sur invitation sur la santé mentale des enfants et des jeunes. Ottawa. Consulté le 8 décembre 2008 au <http://www.cwlc.ca/files/file/events/Kutcher%20Presentation.pdf>
- Kutcher, S., Davidson, S., et Manon, I., (2009). Child and Youth Mental Health Integrated Health Care Using Contemporary Competency Based Teams. *Paediatrics and Child Health*, 14(5), 315-318.
- Lavis, J.N. (2009). How can we support the use of systematic reviews in policymaking? *PLoS Medicine*, 6(11) e1000141. doi: 10.1371/journal.pmed.1000141.
- Lavis, J.N., Moynihan, R., Oxman, A.D., et Paulsen, E.J. (2008). Evidence-informed health policy 4 – Case descriptions of organizations that support the use of research evidence. *Implementation Science*, 3 (56). doi: 10.1186/1748-5908-3-56.
- Le Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et ados (2006). *Indicators of quality for child and youth mental healthcare in Ontario*. [EN LIGNE] Ottawa : Le Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et ados. Consulté le 7 janvier 2009 au <http://www.onthepoint.ca/publications/reports/Indicators.pdf>
- Leadbeater, B., Lynch, A., Smith, A., Podmore, S., Martin, S., Simon, S., Peled, M., Clark, N. et al., (2008). *Listening to vulnerable youth: Transitioning to adulthood in British Columbia*. [EN LIGNE] Victoria : BC Child and Youth Health Research Network. Consulté le 7 janvier 2009 au <http://www.cyhrnet.ca/documents/ListeningtoVulnerableYouth-TransitioningtoAdulthoodinBC.pdf>
- Leitch, K.K. (2007). *Reaching for the top: A report by the advisor on healthy children & youth*. [EN LIGNE] Ottawa : Santé Canada. Consulté le 22 décembre 2008 au [http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/child-enfant/2007-advisor-conseillere/advisor-conseillere-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/hpb-dgps/pdf/child-enfant/2007-advisor-conseillere/advisor-conseillere-eng.pdf)
- Manitoba Healthy Living (2009). *Reclaiming hope: Manitoba's youth suicide prevention strategy*. [EN LIGNE] Winnipeg : Manitoba Healthy Living. Consulté le 19 décembre 2008 au [www.gov.mb.ca/healthyliving/mh/docs/suicide\\_prevention\\_framework.pdf](http://www.gov.mb.ca/healthyliving/mh/docs/suicide_prevention_framework.pdf)
- Manitoba Healthy Living (n.d.). *A framework for suicide prevention planning in Manitoba*. [EN LIGNE] Winnipeg : Manitoba Healthy Living. Consulté le 19 décembre 2008 au [http://www.gov.mb.ca/health/mh/docs/suicide\\_prevention\\_framework.pdf](http://www.gov.mb.ca/health/mh/docs/suicide_prevention_framework.pdf)
- Marshall, K., Lewsley, P., Towler, K. et Aynsely., A. (2008). *UK children's commissioners' report to the UN committee on the rights of the child*. [EN LIGNE] UK Children's Commissioner. Consulté le 22 janvier 2009 au [http://www.sccyp.org.uk/UK\\_Childrens\\_Commissioners\\_UN\\_Report.pdf](http://www.sccyp.org.uk/UK_Childrens_Commissioners_UN_Report.pdf)



- McCain, M.N., Mustard, J.F. et Shanker, S. (2007). *Early years study 2: Putting science into action*. [EN LIGNE] Toronto : Council for Early Child Development. Consulté le 22 décembre 2008 au [http://wwwFOUNDERS.net/fn/home.nsf/d600c375dbd231ab8525673a00539121/f6fee16051f10b268525693b006b7c7a/\\$FILE/Early%20Years%20Study%202%20-%20Putting%20Science%20into%20Action%20March%202007.pdf](http://wwwFOUNDERS.net/fn/home.nsf/d600c375dbd231ab8525673a00539121/f6fee16051f10b268525693b006b7c7a/$FILE/Early%20Years%20Study%202%20-%20Putting%20Science%20into%20Action%20March%202007.pdf)
- McEwan, K. et Goldner, E.M. (2001). *Accountability and performance indicators for mental health services and supports: A resource kit*. [EN LIGNE] Ottawa : Santé Canada. Consulté le 7 janvier 2009 au <http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pdf/apimhss.pdf>
- McGorry, P. (2008). *Strengthening the system where it's weakest...Early intervention for young people aged 12-25 in Australia*. [EN LIGNE] Consulté le 22 décembre 2008 au <http://www.nucleusnetwork.com.au/Upload/Content/File/2008%20Docs/CRX08%20Speaker%20Presentations/Australasia/Prof%20Patrick%20McGorry.pdf>
- McKee, M. (2009). *Together into the future: A transformed mental health system for New Brunswick*. [EN LIGNE] Fredericton : ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. Consulté le 12 mars 2009 au <http://www.gnb.ca/cnb/Promos/MentalHealth/NBMHS-e.pdf>
- Milliken, A.D., (2007). *Bringing services for mental illness "Out of the Shadows": First steps towards a coherent policy for British Columbians with psychiatric illnesses*. [EN LIGNE] Consulté le 9 janvier 2009 au [http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/conversation\\_on\\_health/media/Bringing\\_Services\\_for\\_Mental\\_Illnesses\\_Out\\_of\\_the\\_Shadows.pdf](http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/conversation_on_health/media/Bringing_Services_for_Mental_Illnesses_Out_of_the_Shadows.pdf)
- Ministère de la Santé du Manitoba (2008). *Breaking the chains of addictions: Manitoba's five-point strategic plan*. [EN LIGNE] Winnipeg : ministère de la Santé du Manitoba. Consulté le 19 décembre 2008 au [www.gov.mb.ca/healthyliving/mh/plan.html](http://www.gov.mb.ca/healthyliving/mh/plan.html)
- Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (2008). *Transforming New Brunswick's health-care system: The provincial health plan 2008-2012 major initiatives*. [EN LIGNE] Fredericton : ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. Consulté le 9 janvier 2009 au <http://www.gnb.ca/cnb/promos/php/Initiatives-e.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (2004). *Action plan: Mental health and addictions services*. [EN LIGNE] Yellowknife : ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. Consulté le 7 janvier 2009 au [http://www.hlthss.gov.nt.ca/pdf/reports/mental\\_health\\_and\\_addictions/2004/english/action\\_plan\\_mental\\_health\\_and\\_addiction\\_services.pdf](http://www.hlthss.gov.nt.ca/pdf/reports/mental_health_and_addictions/2004/english/action_plan_mental_health_and_addiction_services.pdf)
- Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario (2006). *A shared responsibility: Ontario's policy framework for child and youth mental health*. [EN LIGNE] Toronto : ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario. Consulté le 13 janvier 2009 au <http://www.children.gov.on.ca/htdocs/English/documents/topics/specialneeds/mentalhealth/framework.pdf>
- Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario (2008). *Realizing potential: Our children, our youth, our future*. [EN LIGNE] Toronto : ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario. Consulté le 7 décembre 2009 au <http://www.children.gov.on.ca/htdocs/English/documents/about/StrategicFramework.pdf>
- Morrow, M. et Chappell, M. (1999). *Hearing women's voices: Mental health care for women*. [EN LIGNE] Vancouver : BC Centre of Excellence for Women's Health. Consulté le 10 mars 2009 au [http://synthesis.womenshealthdata.ca/uploads/topic197\\_0.pdf](http://synthesis.womenshealthdata.ca/uploads/topic197_0.pdf)

- National Assembly for Wales (2001). *Child and adolescent mental health services. Everybody's business: Strategy document*. [EN LIGNE] Cardiff : pays de Galles. National Assembly for Wales, Primary & Community Healthcare Division. Consulté le 22 janvier 2009 au <http://www.wales.nhs.uk/publications/men-health-e.pdf>
- National Centre for Children in Poverty (2006). *Children's mental health: Facts for policymakers*. [EN LIGNE] New York, New York : National Centre for Children in Poverty, Columbia University Mailman School of Public Health. Consulté le 8 janvier 2009 au [http://www.nccp.org/publications/pdf/text\\_687.pdf](http://www.nccp.org/publications/pdf/text_687.pdf)
- National Public Health Partnership (2005). *Healthy children – Strengthening promotion and prevention across Australia: National public health strategic framework for children 2005–2008*. [EN LIGNE] NPHP, Melbourne : National Public Health Partnership. Consulté le 22 janvier 2009 au <http://www.dhs.vic.gov.au/nphp/workprog/chip/documents/CHIPFramework14Sept05web.pdf>
- Nations Unies (1989). *Convention on the rights of the child*. [EN LIGNE] New York : Nations Unies. Consulté le 5 janvier 2009 au <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>
- Nations Unies (1991). *Principles for the protection of persons with mental illness and for the improvement of mental health care*. [EN LIGNE] New York : Nations Unies. Consulté le 5 janvier 2009 au <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>
- Nations Unies (2002). *A world fit for children*. [EN LIGNE] New York : Nations Unies. Consulté le 5 janvier 2009 au [http://www.unicef.org/specialsession/docs\\_new/documents/A-RES-S27-2E.pdf](http://www.unicef.org/specialsession/docs_new/documents/A-RES-S27-2E.pdf)
- Nations Unies (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol*. [EN LIGNE] New York : Nations Unies. Consulté le 5 janvier 2009 au <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
- Nations Unies (2007). *Declaration on the rights of Indigenous Peoples*. [EN LIGNE] New York : Nations Unies. Consulté le 5 janvier 2009 au [http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS\\_en.pdf](http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_en.pdf)
- New South Wales Department of Health (2007). *NSW Aboriginal mental health and well being policy 2006-2010*. [EN LIGNE] North Sydney, Australie : NSW Department of Health. Consulté le 22 janvier 2009 au [http://www.health.nsw.gov.au/policies/pd/2007/pdf/PD2007\\_059.pdf](http://www.health.nsw.gov.au/policies/pd/2007/pdf/PD2007_059.pdf)
- New South Wales Department of Health (n.d.). *Prevention initiatives for child and adolescent mental health*. [EN LIGNE] North Sydney, Australie : NSW Department of Health. Consulté le 7 janvier 2009 au [www.health.nsw.gov.au/policy/cmh/publications/Child\\_AdolesMH.pdf](http://www.health.nsw.gov.au/policy/cmh/publications/Child_AdolesMH.pdf)
- New South Wales Department of Health, Centre for Mental Health (1997). *NSW Aboriginal mental health policy: A strategy for the delivery of mental health services for Aboriginal people in New South Wales*. [EN LIGNE] North Sydney, Australie : NSW Department of Health. Consulté le 22 janvier 2009 au <http://www.health.nsw.gov.au/policy/cmh/publications/Aboriginal%20Mental%20Health%20Policy.pdf>
- New York State Office of Mental Health (2008). *The children's plan: Improving the social and emotional well being of New York's children and their families*. [EN LIGNE] Albany, New York : New York State Office of Mental Health. Consulté le 7 janvier 2008 au <http://www.niusileadscape.org/lc/Record/894>

- New Zealand Ministry of Health (2002). *Te Puawaitanga Māori mental health national strategic framework*. [EN LIGNE] Wellington, Nouvelle-Zélande : Ministry of Health. Consulté le 8 mai 2009 au [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/76bfc62ef772291cc256baa000f2ae0/\\$FILE/MaoriMentalHealthNationalStrategicFramework.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/76bfc62ef772291cc256baa000f2ae0/$FILE/MaoriMentalHealthNationalStrategicFramework.pdf)
- New Zealand Ministry of Health (2007). *Te Raukura-Mental health and alcohol and other drugs: Improving outcomes for children and youth*. [EN LIGNE] Wellington, Nouvelle-Zélande : Ministry of Health. Consulté le 8 mai 2009 au [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/7461/\\$File/te-raukura.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/7461/$File/te-raukura.pdf)
- New Zealand Ministry of Health (n.d.). *United future: Health policy*. [EN LIGNE] Wellington, Nouvelle-Zélande : Ministry of Health. Consulté le 22 janvier 2009 au <http://www.unitedfuture.org.nz/assets/sm/982/46/HealthPolicy-Final.pdf>
- Nova Scotia Department of Health (2003). *Standards for mental health services in Nova Scotia*. [EN LIGNE] Halifax : Nova Scotia Department of Mental Health. Consulté le 7 janvier 2009 au [http://www.gov.ns.ca/health/mhs/pubs/Standards\\_Mental\\_Health\\_Services\\_2009.pdf](http://www.gov.ns.ca/health/mhs/pubs/Standards_Mental_Health_Services_2009.pdf)
- Nova Scotia Department of Justice: Policy, Planning and Research (2006). *Perspectives on youth crime in Nova Scotia*. [EN LIGNE] Halifax : Nova Scotia Department of Justice. Consulté le 23 décembre 2008 au [http://www.gov.ns.ca/just/publications/documents/Youth\\_Finalmai\\_906.pdf](http://www.gov.ns.ca/just/publications/documents/Youth_Finalmai_906.pdf)
- Office régional de la santé de Winnipeg (2003). *Development of a suicide prevention strategy*. [EN LIGNE] Winnipeg : Office régional de la santé de Winnipeg. Consulté le 7 janvier 2009 au <http://www.gov.mb.ca/health/mh/docs/hope.pdf>
- Office régional de la santé de Winnipeg (2004). *Position statement on mental health promotion and prevention*. [EN LIGNE] Winnipeg : Office régional de la santé de Winnipeg. Consulté le 25 décembre 2008 au [http://www.wrha.mb.ca/community/mentalhealth/files/PS\\_MentalHealth.pdf](http://www.wrha.mb.ca/community/mentalhealth/files/PS_MentalHealth.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé - Europe (2008). *European pact for mental health and well-being*. [EN LIGNE] Conférence de haut-niveau de l'UE « Ensemble pour la santé mentale et le bien-être », Bruxelles, les 12 et 13 juin 2008. Consulté le 28 février 2009 au [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé (2005). *Assessment instrument for mental health (AIMS)*. [EN LIGNE] Genève : Organisation mondiale de la Santé. Consulté le 28 février 2009 au [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/AIMS\\_WHO\\_2\\_2.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans: Mental health policy and service guidance package*. [EN LIGNE] Genève : Organisation mondiale de la Santé. Consulté le 8 janvier 2009 au [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Childado\\_mh\\_module.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé (2005). *WHO resource book on mental health, human rights and legislation: Stop exclusion, dare to care*. [EN LIGNE] Genève : Organisation mondiale de la Santé. Consulté le 25 décembre 2008 au [http://www.who.int/mental\\_health/policy/who\\_rb\\_mnh\\_hr\\_leg\\_FINAL\\_11\\_07\\_05.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/who_rb_mnh_hr_leg_FINAL_11_07_05.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé (2007). *Action needed on improving mental health for adolescents. European forum on social cohesion for mental well-being among adolescents*. [EN LIGNE] Présentation de l'ouvrage à Viareggio, en Italie, le 2 octobre 2007. Consulté le 8 mai 2009 au [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/84623/E91921.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/84623/E91921.pdf)

- Organisation nationale de la santé autochtone (2006). *Youth knowledge needs assessment project report*. [EN LIGNE] Ottawa : Organisation nationale de la santé autochtone. Consulté le 13 janvier 2009 au [www.naho.ca/firstnations/english/documents/youth/FNC\\_YouthKnowledgeNeedsAssessmentReport.pdf](http://www.naho.ca/firstnations/english/documents/youth/FNC_YouthKnowledgeNeedsAssessmentReport.pdf)
- Organisation nationale de la santé autochtone (2008). *An overview of traditional knowledge and medicine and public health in Canada*. [EN LIGNE] Ottawa : Organisation nationale de la santé autochtone. Consulté le 13 janvier 2009 au <http://www.naho.ca/publications/tkOverviewPublicHealth.pdf>
- Pape, B. (2006). *Discussion paper on mental health promotion*. [EN LIGNE] Centre ontarien d'information en prévention. Consulté le 3 mars 2009 au [http://www.healthnexus.ca/policy/mhp\\_report\\_nov06.pdf](http://www.healthnexus.ca/policy/mhp_report_nov06.pdf)
- Pereira, N. (2007). *Ready... set... engage! Building effective youth/adult partnerships*
- Prince Edward Island Department of Health and Social Services (2001). *Strategic plan for the Prince Edward Island health and social services system*. [EN LIGNE] Charlottetown : Prince Edward Island Department of Health and Social Services. Consulté le 23 décembre 2008 au [http://www.gov.pe.ca/photos/original/hss\\_stratplan.pdf](http://www.gov.pe.ca/photos/original/hss_stratplan.pdf)
- Proulx, J. et Nighswander, M.R. (2007). *Manitoba provincial forum on trauma recovery*. [EN LIGNE] Winnipeg : RESOLVE Manitoba. Consulté le 18 décembre 2008 au <http://www.suiceline.ca/traumafiles/Trauma%20Report%20September%202013%202007.pdf>
- Provincial Strategic Framework Development Committee (2006). *Nova Scotia strategic framework to address suicide*. [EN LIGNE] Halifax : Nova Scotia Department of Health. Consulté le 7 janvier 2009 au <http://www.gov.ns.ca/hpp/publications/SuicideFramework.pdf>
- Richard, B. (2008). *Connecting the dots: A report on the condition of youth-at-risk and youth with very complex needs in New Brunswick*. [EN LIGNE] Fredericton : Ombudsman et défenseur des enfants et de la jeunesse du Nouveau-Brunswick. Consulté le 19 décembre 2008 au <http://www.gnb.ca/0073/PDF/ConnectingtheDots-e.pdf>
- Ro, M. & Shum, L. (2001). *Forgotten policy: An examination of mental health in the U.S - A series of community voices publications*. [EN LIGNE] Battle Creek, Michigan : W.K. Kellogg Foundation. Consulté le 13 janvier 2009 au [http://www.communityvoices.org/Uploads/4c2xne45g5ezjq45414wni55\\_20020826102804.pdf](http://www.communityvoices.org/Uploads/4c2xne45g5ezjq45414wni55_20020826102804.pdf)
- Romanow, R.J. (2002). *Building on values: The future of health care in Canada*. [EN LIGNE] Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Consulté le 19 janvier 2008 au <http://publications.gc.ca/pub?id=237274&sl=0>
- Rosenthal, E. et Sundram, C.J. (2004). *The role of international human rights in national mental health legislation*. [EN LIGNE] Genève : Organisation mondiale de la Santé. Consulté le 25 décembre 2008 au [http://www.who.int/mental\\_health/policy/international\\_hr\\_in\\_national\\_mhlegislation.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/international_hr_in_national_mhlegislation.pdf)
- Rutter, M. (2008). Biological implications of gene-environment interaction. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 969-975.
- Salmon, A., Poole, N., Morrow, M., Greaves, L., Ingram, R. et Pederson, A. (2006). *Improving conditions: Integrating sex and gender into federal mental health and addictions policy*. [EN LIGNE] Vancouver : The British Columbia Center of Excellence for Women's Health. Consulté le 10 mars 2009 au <http://www.cwhn.ca/PDF/ImprovingConditions.pdf>
- Santé Canada (2000). *Children Making a Community Whole: A review of Aboriginal head start in urban and northern communities- Executive summary*. [EN LIGNE] Ottawa : Santé

- Canada. Consulté le 8 décembre 2008 au [http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/cmacw\\_exec\\_sum\\_final\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/cmacw_exec_sum_final_e.pdf)
- Santé Canada (2000). *Children Making a Community Whole: A review of Aboriginal head start in urban and northern communities- Executive summary*. [EN LIGNE] Ottawa : Santé Canada. Consulté le 7 janvier 2009 au [http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/cmacw\\_final\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/cmacw_final_e.pdf)
- Santé Canada (2006). *Brighter futures & building healthy community initiatives: Evaluation summary*. [EN LIGNE] Ottawa : Santé Canada. Consulté le 8 décembre 2008 au [http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spnia/alt\\_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/mental/2006-sum-rpt-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spnia/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/mental/2006-sum-rpt-eng.pdf)
- Santé mentale pour enfants Ontario (n.d.). *A summary of discussions regarding Ontario's policy framework for child and youth mental health*. [EN LIGNE] Toronto : ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. Consulté le 13 janvier 2009 au [http://www.kidsmentalhealth.ca/documents/Res\\_CMHOPolicyFrameworkDiscussions.pdf](http://www.kidsmentalhealth.ca/documents/Res_CMHOPolicyFrameworkDiscussions.pdf)
- Saskatchewan Health (n.d.). *A better future for youth: Saskatchewan's plan for child & youth mental health services*. [EN LIGNE] Regina : Saskatchewan Health. Consulté le 8 décembre 2008 au <http://www.health.gov.sk.ca/better-future-youth>
- Saskatchewan Health Organization Research and Evaluation (2007). *Child and youth mental health services in Saskatchewan: In search of applicable outcome indicators*. [EN LIGNE] Regina : Community Care Branch Saskatchewan Health. Consulté le 25 décembre 2008 au <http://www.medicine.usask.ca/psychiatry/downloads-reports/Child%20-%20Youth%20Mental%20Health%20Services.pdf>
- Scotland Health Department (2004). *Children and young people's mental health: A framework for promotion, prevention and care – Draft for consultation*. [EN LIGNE] Edinburgh : Health Department. Consulté le 22 janvier 2009 au <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/77843/0018686.pdf>
- Shonkoff, J.P., Boyce, T.W., McEwen, B.S. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities; Building a new framework for health promotion and disease prevention. *Journal of the American Medical Association*, 301(21), 2252-2259.
- Sous-comité sur les systèmes autonomes pour le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale et le bien-être des enfants et des adolescents (n.d.). *Celebrating success: A self-regulating service delivery system for children and youth*. [EN LIGNE] Ottawa : Santé Canada. Consulté le 7 janvier 2009 au [http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/celebrating\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/celebrating_e.pdf)
- Trainor, J., Pomeroy, E., et Pape, B. (2004). *A framework for support: 3<sup>e</sup> édition*. [EN LIGNE] Toronto : Association canadienne pour la santé mentale. Consulté le 22 décembre 2008 au [http://www.cmha.ca/data/1/rec\\_docs/120\\_Framework3rdEd\\_Eng.pdf](http://www.cmha.ca/data/1/rec_docs/120_Framework3rdEd_Eng.pdf)
- Tremblay, R.E., Nagin, D.S., Seguin, J.R., Zoccolillo, M. Zelazo, P.D., Boivin, M. Perusse, D. et Japel, C. (2004). Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. *Pediatrics*, 114(1), e43-e56.
- United Kingdom Child and Adolescent Mental Health Services (2008). *Children and young people in mind: The final report of the national CAMHS review*. [EN LIGNE] Londres : UK Department of Health. Consulté le 22 décembre 2008 au [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_090398.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_090398.pdf)

- United Kingdom Department for Education and Skills (2001). *Promoting mental health within early years and school settings*. [EN LIGNE] Sherwood Park, Royaume-Uni : Department for Education and Skills. Consulté le 22 janvier 2009 au [http://www.teachernet.gov.uk/\\_doc/12605/promoting%20mental%20health%20guidance%202001.pdf](http://www.teachernet.gov.uk/_doc/12605/promoting%20mental%20health%20guidance%202001.pdf)
- United Kingdom Department of Health (2004). *Executive summary, national service framework for children*. [EN LIGNE] Londres : UK Department of Health. Consulté le 22 décembre 2009 au [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4090552.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4090552.pdf)
- United Kingdom Department of Health (2004). *The mental health and psychological well-being of children and young people: National service framework for children, young people and maternity services*. Londres : UK Department of Health. [EN LIGNE] Consulté le 22 décembre 2009 au [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4090560.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4090560.pdf)
- United Kingdom Department of Health (2009). *New horizons: A shared vision for mental health*. [EN LIGNE] Londres : UK Department of Health. Consulté le 10 février 2010 au [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_109708.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_109708.pdf)
- Vancouver Coastal Health (n.d.). *A mental health and addiction framework for services: Vancouver*. [EN LIGNE] Vancouver : Vancouver Coastal Health. Consulté le 7 janvier 2009 au <http://vancouver.ca/commsvcs/housing/supportivehousingstrategy/pdf/StrategyFramework.pdf>
- Volpe, R., Batra, A., Bomio, S., et Costin, D. (1999). *Third generation school-linked services for at risk children*. [EN LIGNE] Toronto : Institute of Child Study. Consulté le 10 mai 2009 au <http://fcis.oise.utoronto.ca/~rvolpe/thirdgen.html>
- Waddell, C. McEwan, K. et Peters, R.D. (2007). Preventing mental disorders in children: A public health priority. *Canadian Journal of Public Health*, 98(3), 174-178.
- Waddell, C., McEwan, K., Shepherd, C.A., Offord, D.R. et Josephine, M.H. (2005). A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(4), 226-233.
- Welsh Assembly Government (n.d.). *Mental health policy: Implementation guidance for child and adolescent mental health services*. [EN LIGNE] Consulté le 8 janvier 2009 au <http://www.wales.nhs.uk/documents/commioning-child-mh.pdf>

- Wener, P. (2003). *Consultation on disordered eating/eating disorders draft report*. [EN LIGNE] Winnipeg : Office régional de la santé de Winnipeg : Mental Health Program et Office régional de la santé de Winnipeg : Child and Adolescent Mental Health Program. Consulté le 25 décembre 2008 au [http://www.wrha.mb.ca/community/mentalhealth/files/EatingDisorders\\_mai\\_03.pdf](http://www.wrha.mb.ca/community/mentalhealth/files/EatingDisorders_mai_03.pdf)
- White, J. (2005). *Preventing suicide in youth: Taking action with imperfect knowledge*. [EN LIGNE] Vancouver : Children's Mental Health Policy Research Program, University of British Columbia. Consulté le 7 janvier 2009 au [http://www.childhealthpolicy.sfu.ca/research\\_reports\\_08/rr\\_pdf/RR-9-05-full-report.pdf](http://www.childhealthpolicy.sfu.ca/research_reports_08/rr_pdf/RR-9-05-full-report.pdf)

## **Annexe A : Processus d'élaboration du document-cadre Evergreen**

### Équipe du projet d'élaboration du document-cadre Evergreen

L'équipe du projet d'élaboration du document-cadre Evergreen, responsable de la planification, de l'encadrement du projet et de la préparation du document final, est composée du D<sup>r</sup> Stan Kutcher, chef de projet et président du comité de rédaction du document-cadre Evergreen et de M. Alan McLuckie, coordonnateur du projet. M<sup>me</sup> Jessica Wishart, coordonnatrice de l'implication de la jeunesse, a donné son aide à l'équipe du projet d'élaboration par l'entremise d'activités destinées à solliciter l'engagement des jeunes.

Après avoir reçu la subvention de la Commission de la santé mentale du Canada vouée à appuyer l'élaboration du projet Evergreen, l'équipe du projet d'élaboration est passée au recrutement actif de membres des comités consultatifs, a établi une plate-forme technologique pour l'élaboration en ligne du document-cadre Evergreen (c.-à-d. *Socialtext*) et a entrepris de rassembler une bibliothèque de ressources visant à éclairer sa création. Ensuite, l'équipe du projet d'élaboration a invité les partenaires à participer, a établi des processus en vertu desquels les consultations se dérouleraient et selon lesquels les données tirées des consultations seraient analysées, a mis au point la bibliothèque de ressources, a offert son aide pour la rédaction des versions préliminaires du document-cadre Evergreen et a donné un soutien technique aux membres du comité de rédaction et des comités consultatifs. Enfin, l'équipe du projet d'élaboration a gardé le contact avec le Comité consultatif sur les enfants et les adolescents de la Commission, a participé à des discussions en vis-à-vis dans le cadre de congrès et a produit la version définitive du document-cadre après avoir obtenu les impressions finales du Comité consultatif sur les enfants et les adolescents de la Commission.

### ***Comité de rédaction, comité consultatif national, comité consultatif international et conseil des jeunes***

La constitution du comité de rédaction et des comités consultatifs du document-cadre Evergreen a été réalisée dans le cadre d'un processus de recrutement à plusieurs étapes. Les membres des comités ont été invités à participer à l'élaboration du document-cadre Evergreen sous réserve de ne pas représenter quelque organisme ou groupe d'intérêt particulier.

À l'étape initiale du recrutement, le président du comité de rédaction, ainsi que des informateurs clés du Comité consultatif sur les enfants et les adolescents de la Commission, ont nommé des membres du comité, dont des adolescents et des parents intéressés par la santé mentale des enfants et des adolescents ou en ayant vécu l'expérience. Une recherche complémentaire en ligne a été effectuée par le coordonnateur du projet d'élaboration du document-cadre Evergreen afin de cerner les établissements, organismes et programmes au service des adolescents et des familles, ainsi que pour découvrir des documents de politiques et de recherche afin d'identifier encore davantage de professionnels, de parents et d'adolescents présentant une expertise en matière de santé mentale des enfants et des adolescents et pouvant potentiellement venir à faire partie de l'un des comités consultatifs du document-cadre Evergreen. Les activités de recrutement étaient axées sur la recherche d'adolescents et de parents provenant de toute une gamme de régions géographiques et de contextes sociaux. Nous avons par exemple approché des



adolescents ayant remporté des prix de reconnaissance communautaire pour la défense de la santé mentale.

À l'étape suivante du recrutement, on a demandé aux membres des comités recrutés à la première étape de nommer des membres additionnels, pour les comités, dont l'ensemble d'aptitudes, le domaine d'expertise, l'emplacement géographique ou le contexte social viendraient élargir la portée et l'expertise des comités consultatifs du document-cadre Evergreen. Nous avons par exemple déployé des efforts pour nous impliquer auprès de professionnels œuvrant auprès des enfants de la rue dans de nombreuses villes afin de puiser à leur expertise et de faire, par leur entremise, un rayonnement jusqu'à cette population difficile d'atteinte. Dans le cadre de la dernière étape du recrutement, nous avons demandé aux membres des comités d'étudier la composition actuelle pour faire en sorte que les comités présentent une diversité évidente et une vaste expertise.

Le comité de rédaction était composé de personnes présentant une expertise reconnue à l'échelle nationale ou internationale dans les domaines de la santé mentale des enfants et des adolescents, des soins de la santé, de la protection de l'enfance, des droits de la personne, de la culture, de l'économie et de l'éducation. Nous avons également invité à devenir membres des comités les adolescents et les parents ayant un vécu de la maladie mentale et ayant été actifs dans le cadre d'initiatives nationales axées sur la santé mentale des enfants et des adolescents. Le rôle du comité de rédaction était de travailler en collaboration, en employant des technologies en ligne, pour rédiger conjointement le cœur du document-cadre Evergreen en puisant à même ses propres connaissances et en tenant compte des commentaires formulés par le comité consultatif national, par le comité consultatif international et dégagés dans le cadre des consultations publiques. La liste des membres du comité de rédaction figure à l'annexe B.

Les membres du comité consultatif national du document-cadre Evergreen présentent tous une expérience et une expertise reconnues dans toute une gamme de domaines dont ceux de la santé mentale, de la santé infantile, de la santé, de l'éducation, de la justice, des services sociaux, des droits de la personne, de la culture, des affaires, de l'économie et d'autres domaines pertinents pour la santé mentale des enfants et des adolescents. Des adolescents, parents et membres de la famille ayant un vécu de la maladie mentale ont aussi fait partie de ce comité. Le rôle du Comité consultatif national était de donner ses impressions au Comité de rédaction en matière de santé mentale des enfants et des adolescents ainsi que d'étudier les documents créés par le comité de rédaction pour ensuite fournir une rétroaction importante à leur sujet. Le rôle secondaire du comité était d'agir à titre de canal de communication afin d'impliquer les organismes et le grand public dans le cadre des consultations en ligne du projet Evergreen. La liste des membres de ce comité figure à l'annexe B.

Le Comité consultatif international était composé de chefs de file à l'échelle mondiale dans les domaines des politiques, de la promotion, de la prévention, de l'intervention et de la recherche en matière de santé mentale des enfants et des adolescents. Un vaste nombre des membres du comité ont directement participé à l'élaboration de politiques, plans, programmes et services en matière de santé dans leur propre pays. Le rôle du comité consultatif international était de donner ses impressions au comité de rédaction en matière de santé mentale des enfants et des adolescents ainsi que d'étudier les documents créés par le comité de rédaction pour ensuite

## **Document-cadre Evergreen**

fournir une rétroaction importante à leur sujet. La liste des membres de ce comité figure à l'annexe B.

Un conseil des jeunes a été formé suite au processus national de consultation du document-cadre Evergreen dans le cadre du deuxième *Symposium national sur invitation sur la santé mentale des enfants et des jeunes* présenté par la Ligue pour le bien-être de l'enfance au Canada, à Ottawa. C'est dans le cadre du symposium que des adolescents ont fait remarquer qu'il serait avantageux pour eux d'avoir un groupe consultatif distinct pour adolescents seulement, en plus des adolescents présents au sein des autres comités du document-cadre Evergreen. C'est ainsi qu'a été établi le conseil des jeunes du document-cadre Evergreen. Ce comité s'est impliqué sur les plans de la conception et de la dissémination des informations propres à la jeunesse tirées des consultations publiques du document-cadre Evergreen, notamment en employant un modèle de « champions communautaires » dans le cadre duquel les membres du conseil impliquaient les adolescents, dans leurs collectivités respectives, dans les consultations publiques en ligne du document-cadre Evergreen. La liste des membres de ce comité figure à l'annexe B.

### **Création du document-cadre Evergreen**

Le projet Evergreen a été mis au point en trois phases à compter de l'hiver 2008. Il a été achevé au printemps 2010. La phase préliminaire du projet consistait à constituer des comités consultatifs et à bâtir une bibliothèque en ligne conçue pour faciliter les travaux du comité de rédaction et des comités consultatifs du document-cadre Evergreen, ainsi que pour appuyer le processus de consultation publique.

La compilation initiale de la bibliothèque a été effectuée par l'équipe du projet d'élaboration du document-cadre Evergreen. Nous avons aussi demandé à chaque membre d'un comité du document-cadre Evergreen de formuler des suggestions quant à la matière à inclure dans la bibliothèque. Lorsque de nouveaux documents pertinents à Evergreen ont été publiés pendant l'élaboration du document-cadre Evergreen, ceux-ci ont été ajoutés à la bibliothèque. Les avoirs de la bibliothèque incluaient des documents de politiques canadiens (nationaux et provinciaux/territoriaux), ainsi que des politiques et plans de l'Organisation mondiale de la Santé et de divers gouvernements à l'échelle mondiale. Ont aussi été inclus des articles de recherche fondamentaux ainsi que de récentes études en matière de santé mentale des enfants. Le contenu de la bibliothèque a été publié en ligne, au format PDF, et a été mis à la disposition de tous les membres des comités ainsi qu'à tout membre du grand public désireux de le consulter.

Nous avons commandé une étude indépendante des nombreuses politiques et des nombreux plans en matière de santé mentale des enfants et des adolescents, des quatre coins du pays et du monde entier, que nous avons intégrés dans la bibliothèque. Cette étude avait pour but de dégager les orientations stratégiques que contenaient ces documents. L'étude a été utilisée pour éclairer les orientations stratégiques du document-cadre Evergreen.

#### ***Phase 1 : Valeurs***

Le projet Evergreen exprime manifestement les valeurs sur lesquelles il est fondé. Il est attendu que ces valeurs servent à éclairer les orientations stratégiques et les programmes, services et

## **Document-cadre Evergreen**

activités mis au point pour opérationnaliser chaque orientation stratégique. Afin de dépister ces valeurs, l'équipe du projet d'élaboration du document-cadre Evergreen a entrepris de nombreuses consultations au sujet des valeurs, du printemps 2009 au printemps 2010. Parmi ces consultations se sont déroulées de nombreuses discussions en ligne, entre les membres des comités du document-cadre Evergreen, des entretiens en vis-à-vis dans le cadre de congrès nationaux à Ottawa et à Vancouver et de nombreuses consultations publiques en ligne.

- Étape 1 : Consultation en ligne auprès des membres des comités du document-cadre Evergreen afin de cerner des valeurs pertinentes à un cadre national en matière de santé mentale des enfants et des adolescents.
- Étape 2 : Le Comité de rédaction du document-cadre Evergreen a employé un forum « wiki » pour co-rédiger une version préliminaire des valeurs du document-cadre Evergreen englobant les impressions glanées à la première étape.
- Étape 3 : Une vaste campagne de sensibilisation du public a été mise en œuvre pour véhiculer l'occasion de participer. Des méthodes traditionnelles et d'autres plus inusitées ont été employées pour impliquer le public. Parmi les méthodes traditionnelles, des affiches annonçant le processus de consultation publique ont été postées. Ces affiches ont été envoyées dans le cadre d'une campagne de publipostage visant chaque conseil scolaire et tous les centres de santé mentale infantile et programmes de loisirs communautaires au Canada. La consultation a également été annoncée par le biais de soumissions aux rédacteurs de différentes revues nationales portant sur les soins de la santé, ainsi qu'au magazine *Today's Parent*. Des documents ont été postés à tous les ministères fédéraux et provinciaux/territoriaux impliqués auprès des adolescents et des familles. En plus de cet envoi, des documents de consultation ont été envoyés par courriel à de vastes listes de distribution englobant de grands établissements de soins de la santé et de services sociaux, ainsi que des organismes et associations comme la Commission, l'Association canadienne des centres de santé pédiatriques, l'Association des psychiatres du Canada, la Société canadienne de pédiatrie et bien d'autres encore. De nombreux organismes et associations, comme la Commission, ont hébergé sur leur site Web des liens vers des sondages. On fait de même des sites fréquentés par les adolescents, comme [www.mindyourmind.ca](http://www.mindyourmind.ca). Un groupe *Facebook* a également été établi. À son sommet d'achalandage, il comptait plus de 1 500 membres. Le groupe facilitait un dialogue continu entre ses membres et présentait un hyperlien vers les consultations publiques. Les membres du Comité consultatif national et ceux du Comité consultatif sur la jeunesse ont joué un rôle important en distribuant des exemplaires papier et électroniques à leurs amis ou parents et aux membres de leur collectivité.
- Étape 4 : S'est déroulée une consultation publique en ligne par écrit. Celle-ci nous a permis de recueillir plus de 1 000 commentaires distincts de toutes les régions du Canada. Une consultation en ligne distincte ciblant les adolescents a permis la cueillette des impressions de plus de 200 adolescents. Nous avons tenté particulièrement de nous impliquer auprès des adolescents, des personnes ayant un vécu de la maladie mentale, des personnes vivant en milieu rural ou éloigné et des membres d'autres groupes vulnérables. Les consultations ont été fondées sur les impressions des particuliers et non pas sur celles d'organismes. Ainsi, nous

avons pu éviter le modèle des groupes de lobbying que l'on retrouve souvent dans les consultations gouvernementales. Pour obtenir des renseignements complémentaires au sujet de la composition du groupe de participants, consultez le tableau 1. Les données tirées du processus de consultation publique ont été mises à la disposition des comités du document-cadre Evergreen afin d'être utilisées pour sa création.

- Étape 5 : En même temps que se déroulait le processus de consultation publique, les Comités consultatifs national et international du document-cadre Evergreen ont entrepris des discussions en ligne portant sur les valeurs, en employant *Socialtext*, programme informatique bien adapté aux projets collaboratifs.
- Étape 6 : Un chercheur spécialisé en outils et méthodes de recherche qualitative a donné son appui au Comité de rédaction en analysant et résumant l'information obtenue dans le cadre des consultations publiques. *NVivo*, programme informatique de recherche qualitative, a été utilisé pour regrouper sous divers thèmes les données mises à la disposition des divers comités.
- Étape 7 : À l'aide de toute cette information, le comité de rédaction a rédigé une version préliminaire des valeurs du document-cadre Evergreen.
- Étape 8 : Des consultations en vis-à-vis, au sujet de la version préliminaire des valeurs du document-cadre Evergreen, se sont déroulées dans le cadre de deux congrès nationaux : le deuxième *Symposium national sur invitation sur la santé mentale des enfants et des jeunes*, présenté par la Ligue pour le bien-être de l'enfance au Canada, à Ottawa, et le congrès *En pleine lumière*, présenté par la Commission de la santé mentale du Canada, Vancouver Coastal Health et le Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction de l'université Simon Fraser, à Vancouver. Ces consultations ont pris la forme de groupes de concertation et de discussions en groupes restreints avec des participants des quatre coins du pays offrant diverses perspectives en matière de santé mentale des enfants et des adolescents, dont des rédacteurs de politique, des chercheurs, des praticiens, des personnes autochtones, des éducateurs, des travailleurs en soins de la santé, des adolescents et d'autres partenaires présentant un intérêt ou une expertise en matière de santé mentale des enfants et des adolescents.
- Étape 9 : La rétroaction venue de ces congrès nationaux a été employée par les comités du document-cadre Evergreen pour éclairer encore davantage l'élaboration des valeurs du document-cadre Evergreen, notamment en comblant l'un des besoins identifiés, soit de rédiger la version définitive en « langage clair et simple ».
- Étape 10 : Le document des valeurs modifié a été publié afin que le public ait l'occasion de le consulter et de donner davantage de rétroaction à son sujet. Plus de 800 personnes ont participé en donnant leur rétroaction par écrit et en donnant à leur degré d'accord une cote quantitative dans le cadre d'un questionnaire. À l'aide d'une échelle numérique de sept points, les participants ont coté les valeurs du document-cadre Evergreen. Une cote 1 signifiait un refus alors qu'une cote 7 révélait une acceptation complète des valeurs. Plus de 90 pour cent des participants ont indiqué une acceptation positive des valeurs (c.-à-d. qu'ils ont accordé une cote de 5 à 7).
- Étape 11 : Les valeurs du document-cadre Evergreen ont été finalisées.

## Document-cadre Evergreen

## *Étape 2 : Orientations stratégiques*

La prochaine phase de l'élaboration du document-cadre Evergreen a été entreprise à l'automne 2009 et s'est achevée au printemps 2010. Cette phase consistait à cerner les orientations stratégiques concordant avec les valeurs du document-cadre Evergreen et pertinentes à la question de la santé mentale des enfants et des adolescents au Canada. Les étapes de cette phase de consultation se sont avérées très semblables aux étapes entreprises dans le cadre de la consultation au sujet des valeurs.

Dans le cadre de la deuxième consultation publique, nous avons demandé aux participants d'indiquer, dans des catégories particulières, les orientations stratégiques nécessaires pour améliorer la santé mentale des enfants et des adolescents au Canada. Plus de 800 personnes ont participé en suggérant une foule d'orientations stratégiques. Une consultation distincte, axée sur les adolescents, s'est déroulée afin que leur voix puisse se faire entendre. Cette consultation a compté plus de 200 adolescents participants.

Nous avons aussi mis en œuvre une consultation en ligne auprès des comités du document-cadre Evergreen, en invitant chaque membre à décrire les orientations stratégiques à inclure dans un cadre national en matière de santé mentale des enfants et des adolescents. Les membres des comités ont été invités à faire part de leurs suggestions pour les domaines de la promotion, de la prévention, de l'intervention et des soins et de la recherche et l'évaluation.

Une étude indépendante des documents de politiques en matière de santé mentale des enfants et des adolescents contenus dans la bibliothèque du document-cadre Evergreen a été effectuée afin d'en dégager les orientations stratégiques pour plus tard les utiliser afin d'éclairer encore davantage le cadre des orientations stratégiques du document-cadre Evergreen.

L'avant-dernière version du document-cadre Evergreen a été préparée par l'équipe du projet d'élaboration et a ensuite été soumise au Comité consultatif sur les enfants et les adolescents de la Commission au début juin 2010. Le document a fait l'objet d'un compte rendu et la rétroaction écrite des membres du Comité consultatif sur les enfants et les adolescents a été intégrée à la version définitive, laquelle a ensuite été présentée à la Commission.

Figure 1 : Processus de consultation du document-cadre Evergreen

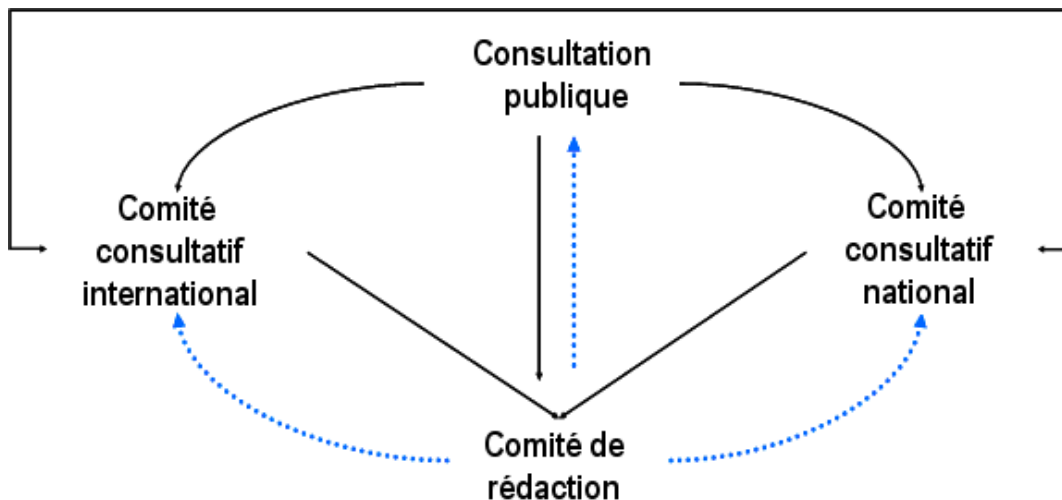


Tableau 1 : Participants à la consultation<sup>A</sup> – ceux qui se sont confiés à nous :

Caractéristiques		Phase de consultation	
		Valeurs	Orientations stratégiques
		n =1 336	n =860
<b>Sexe</b>	Femmes	84 %	83 %
	Hommes	16 %	17 %
<b>Emplacement social</b>	Gouvernement	3 %	1 %
	Éducateurs	17 %	14 %
	Professionnels de la santé et des services sociaux	40 %	41 %
	Défenseurs	3 %	5 %
	Amis	4 %	2 %
	Adolescents	16 %	9 %
	Membres de la famille/parents	15 %	9 %
	Autres	2 %	19 %
<b>Adolescents</b>	Total	16 %	9 %
	Ayant un vécu de la maladie mentale	61 %	76 %

**Document-cadre Evergreen**

<b>Résidence<sup>B</sup></b>	Communauté rurale	26 %	31 %
	Communauté urbaine	72 %	68 %
	Communauté des Premières nations	2 %	1 %
<b>Diversité et culture</b>	Membres d'un groupe ethnoculturel	16 %	17 %
	Néo-Canadiens	12 %	3 %
	Premières nations, Métis, Inuit	5 %	7 %

<sup>A</sup>Les valeurs indiquées dans le tableau 1 ne renvoient qu'aux consultations en ligne et n'incluent pas l'information obtenue par l'entremise de groupes de concertation communautaires ou dans le cadre de congrès. <sup>B</sup>Le processus de consultation a englobé des participants provenant de chaque province et territoire.

## **Annexe B – Membres des comités du document-cadre Evergreen**

### **Comité de rédaction**

- D<sup>r</sup> Stan Kutcher** – Président, comité de rédaction du document-cadre Evergreen; titulaire de la chaire de la Financière Sun Life en santé mentale des jeunes; directeur du Collaborating Center in Mental Health Training and Policy Development de l'Organisation mondiale de la santé, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
- M<sup>me</sup> Keli Anderson** - Membre, comité consultatif sur les enfants et les adolescents, Commission de la santé mentale du Canada; directrice administrative, F.O.R.C.E., Society for Kids' Mental Health, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
- D<sup>re</sup> Ramona Alaggia** – Professeure agrégée, Factor-Inwentash Faculty of Social Work, université de Toronto (Ontario), Canada
- D<sup>re</sup> Cindy Blackstock** – Directrice administrative, Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières nations du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
- D<sup>re</sup> Katherine Boydell** – Scientifique chevronnée, Population Health Sciences, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario), Canada
- D<sup>r</sup> Simon Davidson** - Président, Comité consultatif sur les enfants et les adolescents, Commission de la santé mentale du Canada; chef régional des services spécialisés en psychiatrie et en santé mentale, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario), Canada
- D<sup>re</sup> Margaret Clarke** – Titulaire de la chaire Fraser Mustard en développement des enfants; professeure de psychiatrie et de pédiatrie, département de psychiatrie et de pédiatrie, université de Calgary, Calgary (Alberta), Canada
- M<sup>me</sup> Pat Brimblecombe** – Défenseure parent, Barrie (Ontario), Canada
- M. Irwin Elman** – Défenseur en chef, Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes de l'Ontario, Toronto (Ontario), Canada
- D<sup>r</sup> Bruce Ferguson** - Directeur, Community Health Systems Resource Group, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario), Canada
- D<sup>r</sup> Eric Fombonne** - Chaire de recherche du Canada en pédopsychiatrie et en psychiatrie de l'adolescent; directeur du département de psychiatrie de l'Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Québec), Canada
- M<sup>me</sup> Michelle Forge** – Défenseure et experte-conseil en éducation; ancienne co-directrice de l'Ontario Council of Directors of Education, Meaford (Ontario), Canada
- D<sup>re</sup> Jaswant Guzder** – Professeure agrégée, département de psychiatrie, Université McGill; chef, psychiatrie infantile et directeur du centre de jour en pédiatrie, Hôpital général juif, Montréal (Québec), Canada
- M<sup>me</sup> Susan Hess** – Défenseure en santé mentale; ancienne présidente de Parents for Children's Mental Health, Windsor (Ontario), Canada
- D<sup>r</sup> Philip Jacobs** – École de santé publique de l'université de l'Alberta; membre Fellow de l'Institute of Health Economics, Edmonton (Alberta), Canada
- M. Chris Korvela** – Défenseur en santé mentale de la jeunesse, Calgary (Alberta), Canada
- D<sup>r</sup> John LeBlanc** – Professeur adjoint de pédiatrie, psychiatrie et santé communautaire et épidémiologie, université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada



- D<sup>re</sup> Kellie Leitch** – Professeure agrégée, faculté de médecine, université de Toronto; présidente, Centre for Health Innovation & Leadership, Richard Ivey School of Business, Toronto (Ontario), Canada
- M<sup>me</sup> Bronwyn Loucks** – Défenseure en santé mentale de la jeunesse, Kingston (Ontario), Canada
- D<sup>re</sup> Harriet MacMillan** – Professeure, département de psychiatrie, de neurosciences comportementales et de pédiatrie, université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada
- M. Mat Marchand** – Défenseur en santé mentale de la jeunesse, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
- D<sup>r</sup> Ian Manion** – Codirecteur, Institut de recherche du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario; professeur clinicien à l'École de psychologie de l'Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
- D<sup>re</sup> Gillian Mulvale** – Conseillère supérieure de direction, Commission de la santé mentale du Canada; professeure adjointe, département d'épidémiologie clinique et de biostatistique, université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada
- D<sup>re</sup> Pratibha Reebye** – Chef de clinique, Infant Psychiatry Clinic, Children's & Women's Health Centre of BC, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
- M<sup>me</sup> Nancy Reynolds** – Membre, Comité consultatif sur les enfants et les adolescents, Commission de la santé mentale du Canada; présidente et chef de la direction de l'Alberta Centre for Child, Family and Community Research, Edmonton (Alberta), Canada
- M<sup>me</sup> Catherine Pringle** – Défenseure en santé mentale de la jeunesse, Toronto (Ontario), Canada
- D<sup>r</sup> Tom Ward** – Ancien sous-ministre de la Santé, Province de la Nouvelle-Écosse, Victoria (Colombie-Britannique), Canada
- D<sup>r</sup> Jean Wittenberg** – Professeur agrégé, faculté de médecine de l'université de Toronto; chef, Psychotherapies Program, Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario), Canada

### **Comité consultatif national**

- D<sup>re</sup> Jean Addington** – Département de psychiatrie, université de Calgary, Calgary (Alberta), Canada
- D<sup>r</sup> Robert Armstrong** – Chef du service de pédiatrie, BC Children's Hospital, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
- D<sup>re</sup> Linda Baker** – Directrice administrative, Centre des enfants, des familles et le système de justice, London (Ontario), Canada
- D<sup>re</sup> Melanie Barwick** – Professeure adjointe, département de psychiatrie et école de santé publique Dalla Lana, université de Toronto; directrice, Knowledge Translation, Child Health Sciences Program, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario), Canada
- M<sup>me</sup> Nancy Beck** – Directrice, Connections Clubhouse, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
- M<sup>me</sup> Heidi Bernhardt** – Directrice administrative, Canadian ADHD Resource Alliance, Toronto (Ontario), Canada
- D<sup>re</sup> Cheri Bethune** – Faculté de médecine, université Memorial, St. John's (Terre-Neuve), Canada
- M<sup>me</sup> Ann Blackwood** – Directrice, English Program Services, ministère de l'Éducation et de la Culture de la Nouvelle-Écosse, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada

### **Document-cadre Evergreen**

**M<sup>me</sup> Leanne Boyd** – Directrice, politiques, développement, recherche et évaluation, Enfants en santé Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada

**L’honorable juge Alfred Brien** – Tribunal de la santé mentale, Saint-Jean (Nouveau-Brunswick), Canada

**D<sup>re</sup> Elsa Broder** - Psychiatre, Hincks-Dellcrest Treatment Centre, Toronto (Ontario), Canada

**D<sup>r</sup> Russell Callaghan** - Scientifique, département de recherche en sociologie, prévention et politiques en santé et professeur adjoint, département de santé publique, université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

**M<sup>me</sup> Melissa Campbell** – Conseillère aux enfants, familles et collectivités, Provincial Services for the Deaf and Hard of Hearing, ministère du Développement de l’enfant et de la famille, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

**D<sup>r</sup> David Cawthorpe** – Coordonnateur, Research & Evaluation, Child & Adolescent Mental Health Program, Alberta Health Services, Calgary (Alberta), Canada

**D<sup>r</sup> Michael Chandler** – Professeur, département de psychologie, université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

**D<sup>re</sup> Alice Charach** – Chef, Outpatient Neuropsychiatry, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario), Canada

**M<sup>me</sup> Sandi Carmichael** – Conseillère en éducation et défenseure, Port Williams (Nouvelle-Écosse) Canada

**M<sup>me</sup> Gloria Chaim** – Directrice de clinique adjointe, Programme pour les enfants, les jeunes et leur famille, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto (Ontario) Canada

**D<sup>re</sup> Connie Coniglio** – Directrice, Health Literacy, BC Mental Health and Addiction Services, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

**M<sup>me</sup> Marion Cooper** – Department of Mental Health Promotion, Winnipeg Regional Health Authority; présidente, Association canadienne pour la prévention du suicide, Winnipeg (Manitoba), Canada

**D<sup>re</sup> Penny Corkum** – Professeure agrégée, département de psychologie, université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada

**M. Andy Cox** - Membre, conseil d’administration, Commission de la santé mentale du Canada; défenseur des enfants et jeunes patients de santé mentale, Centre de soins de santé IWK, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada

**D<sup>re</sup> Janice Currie** – Vice-présidente, services de consultation, Jeunesse J’Écoute, Toronto (Ontario), Canada

**D<sup>r</sup> Dell Ducharme** – Psychologue, Centre de traitement des adolescents et des adolescentes du Manitoba, département de psychologie clinique, université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada

**M<sup>me</sup> Catherine Dyer** – Coordonnatrice de projet, New Mentality Project, Toronto (Ontario), Canada

**M<sup>me</sup> Marie Fast** - Gestionnaire de clinique, Whitehorse Mental Health Services, Whitehorse (Yukon), Canada

**M<sup>me</sup> Jane Fitzgerald** – Directrice administrative, Children’s Aid Society of London & Middlesex, London (Ontario), Canada

**D<sup>r</sup> Roger Freeman** – Département de psychiatrie, université de la Colombie-Britannique, Vancouver, (Colombie-Britannique), Canada

**M<sup>me</sup> Ruth daCosta** – Directrice administrative, Covenant House, Toronto (Ontario), Canada

**M<sup>me</sup> Laurie Dart** – Directrice administrative, Griffin Centre, Toronto (Ontario), Canada

- D<sup>re</sup> Marie-Josée Fleury** – Professeure adjointe, Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal (Québec), Canada
- D<sup>re</sup> E. Jane Garland** – Professeure clinicienne, département de psychiatrie, université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
- D<sup>re</sup> Eudice Goldberg** – Pédiatre membre du personnel, Adolescent Medicine, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario), Canada
- M. Yude Henteleff** – Avocat principal, Pitblado Barristers and Solicitors; membre du conseil consultatif, Canada Lawyers for International Human Rights, Winnipeg (Manitoba), Canada
- D<sup>re</sup> Audrey Ho** – Psychologue membre du personnel, BC Children’s Hospital, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
- D<sup>re</sup> Jeanette Holden** – Directrice, Cytogenetics & DNA Research Lab et Autism Research Laboratory at Ongwanada Resource Centre, département de psychiatrie et de physiologie, université Queen’s, Kingston (Ontario), Canada
- D<sup>r</sup> Roy Holland** – Directeur de clinique, Maples Adolescent Treatment Centre, Burnaby (Colombie-Britannique), Canada
- D<sup>r</sup> Wade Junek** – Psychiatre clinicien et consultant, Child & Adolescent Mental Health Program, Centre de soins de santé IWK; président, Académie canadienne de psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
- D<sup>r</sup> Abel Ickowicz** – Psychiatre en chef, Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario), Canada
- D<sup>r</sup> Umesh Jain** – Chef, Adolescent ADHD Program et directeur, Children’s Medication Clinic, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto (Ontario), Canada
- M. Malcolm Johnson** – Rédacteur en chef, SBC Surf Magazine, Toronto (Ontario), Canada
- M<sup>me</sup> Shaleen Jones** – Directrice administrative, Laing House, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
- D<sup>r</sup> Llewellyn Joseph** – Directeur, Disruptive Behaviours Program, South Lake Regional Hospital, Newmarket (Ontario), Canada
- D<sup>re</sup> Debra Katzman** – Directrice médicale, Eating Disorders Program, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario), Canada
- M<sup>me</sup> Marianne Kobus-Matthews** – Conseillère en promotion de la santé des aînés, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto (Ontario), Canada
- M<sup>me</sup> Patricia Kyle** - Gestionnaire, Mental Health & Addictions Services, Beaufort Delta Health and Social Services Authority, Inuvik (Territoires du Nord-Ouest), Canada
- M. David Langtry** – Commissionnaire en chef suppléant, Commission canadienne des droits de la personne, Ottawa (Ontario), Canada
- D<sup>r</sup> Jeffery Landine** - Directeur, services d’accessibilité, université du Nouveau-Brunswick, Fredericton (Nouveau-Brunswick), Canada
- M. Harold Lipton** - Gestionnaire, Healthy Minds/Healthy Children, Calgary (Alberta), Canada
- M<sup>me</sup> Charlotte Lombardo** – Coordinatrice, Youth Voices/TeenNet, département de santé publique, université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
- D<sup>re</sup> Jane Matheson** – Chef de la direction, Wood’s Homes Children Services, Calgary (Alberta), Canada
- D<sup>r</sup> Derrick MacFabe** - Directeur, centre pour l’autisme Kilee Patchell-Evans, université Western Ontario, London (Ontario), Canada

- M. Robert MacNeil** - Instructeur, Ontario Police College Criminal Investigations Section; président, Committee of Youth Officers - Province de l'Ontario, Aylmer (Ontario), Canada
- M. Doug McCall** – Directeur administratif, Association canadienne pour la santé en milieu scolaire, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
- D<sup>re</sup> Faye Mishna** – Doyenne et professeure, école de travail social Factor-Inwentash, université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
- M. Gordon Matheson** – Président, bureau national de direction, Association canadienne pour la santé mentale, Stratford (Île-du-Prince-Édouard), Canada
- D<sup>r</sup> Patrick McGrath** – Vice-président de la recherche, Centre de soins de santé IWK; professeur de psychologie, pédiatrie et psychiatrie, université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
- M<sup>me</sup> Susan Morris** – Directrice de clinique, Programme de traitement des cas de double diagnostic, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto (Ontario), Canada
- D<sup>re</sup> Marina Morrow** – Professeure agrégée, faculté des sciences de la santé, université Simon Fraser, Burnaby (Colombie-Britannique), Canada
- D<sup>r</sup> David Mykota** – Chef, département de psychologie de l'éducation et d'éducation spécialisée, université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan), Canada
- M<sup>me</sup> Winona Polson-Lahache** – Analyste des politiques, Mental Health & Addictions Assembly du Secrétariat à la santé des Premières nations, Ottawa (Ontario), Canada
- D<sup>re</sup> Marjory Phillips** – Directrice de clinique, Integra Foundation for Learning Disabilities, Toronto (Ontario), Canada
- D<sup>r</sup> Declan Quinn** – Professeur agrégé, faculté de médecine de l'université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan) Canada
- D<sup>r</sup> Rémi Quirion** – Directeur scientifique de la recherche, Instituts de recherche en santé du Canada; professeur et directeur scientifique, Institut Douglas, Université McGill, Montréal (Québec) Canada
- M. Mark Rayter** - Gestionnaire, Child and Youth Mental Health Services in Vancouver Community, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
- D<sup>r</sup> Darcy Santor** – Professeur, École de psychologie, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
- M<sup>me</sup> Alyse Schacter** – Défenseuse en santé mentale des adolescents, Ottawa (Ontario), Canada
- M. Brent Seal** - Défenseur en santé mentale des adolescents, Langley (Colombie-Britannique), Canada
- M<sup>me</sup> Sylvia Sikakane** – Gestionnaire de clinique, Geneva Centre for Autism, Toronto (Ontario), Canada
- D<sup>re</sup> Purnima Sundar** – Experte-conseil, recherche et échange de connaissances, Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et ados, Ottawa (Ontario), Canada
- D<sup>re</sup> Sherry Stewart** – Département de psychiatrie, psychologie, santé communautaire et épidémiologie, université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
- M<sup>me</sup> Linda Smith** – Directrice administrative, Mental Health, Children's Services and Addictions Treatment, gouvernement de la Nouvelle-Écosse, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
- M. Steven Solomon** – Travailleur social, Human Sexuality Program, Department of Social Services, Toronto District School Board, Toronto (Ontario), Canada

- M<sup>me</sup> Marg Synyshyn** - Membre, Comité consultatif sur les enfants et les adolescents, Commission de la santé mentale du Canada; directrice de programme, Child and Adolescent Mental Health Program Winnipeg Regional Health Authority, Winnipeg (Manitoba), Canada
- D<sup>re</sup> Rosemary Tannock** - Chaire de recherche du Canada en éducation spécialisée; scientifique chevronnée, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario), Canada
- M. Don Tapscott** - Auteur, *Growing Up Digital* et *Wikinomics*, Toronto (Ontario), Canada
- M<sup>me</sup> Krista Thompson** – Directrice administrative, Covenant House, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
- D<sup>re</sup> Kate Tilleczek** - Chaire de recherche du Canada sur la culture des jeunes et leurs transitions; professeure agrégée, département de sociologie de l'université de l'Île-du-Prince-Édouard, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard), Canada
- D<sup>re</sup> Brenda Toner** – Chef conjointe, Social Equity & Health Research Unit, Centre de toxicomanie et de santé mentale; professeure et chef, Women's Mental Health Program, et directrice, programme des fellows du département de psychiatrie, université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
- P<sup>re</sup> Paula Tognazzini** – Chargée de cours supérieure, école des soins infirmiers, université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
- M<sup>me</sup> Michelle Wong** - Directrice, Evaluation and Strategic Directions, Monitoring, Research and Evaluation, Representative for Children and Youth, province de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
- D<sup>f</sup> Michael Ungar** – Professeur, école de travail social, université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
- D<sup>re</sup> Tracy Vaillancourt** - Chaire de recherche du Canada en santé mentale des enfants et en prévention de la violence; professeure agrégée, École de psychologie, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
- D<sup>re</sup> Jeannette Waegemakers Schiff** – Professeure adjointe, école de travail social, université de Calgary, Calgary (Alberta) Canada
- M<sup>me</sup> Shelly Watkins** – Coordinatrice de projet, Inuit Tapiriit Kanatami, Ottawa (Ontario), Canada
- D<sup>re</sup> Margaret Weiss** – Professeure clinicienne, département de psychiatrie, université de la Colombie-Britannique, directrice de la recherche, division de la psychiatrie infantile, université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
- D<sup>f</sup> Christopher Wilkes** – Professeur agrégé, facultés de psychiatrie et de pédiatrie, université de Calgary, Calgary (Alberta), Canada
- D<sup>f</sup> David Wolfe** – Titulaire de la chaire RBC Investissements en santé mentale des enfants et en psychopathologie, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto (Ontario), Canada

### Conseil des jeunes

- M<sup>me</sup> Jessica Wishart** – Présidente, conseil des jeunes du projet Evergreen, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
- M<sup>me</sup> Faye Bronte** – Membre, conseil des jeunes du Comité consultatif sur les enfants et les adolescents de la Commission de la santé mentale du Canada, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada

### Document-cadre Evergreen

- M<sup>me</sup> Olivia Fischer** – Membre, Southern Alberta Child & Youth Health Network's, Comité consultatif sur les enfants et les adolescents, Calgary (Alberta), Canada
- M. Aaron Goodwin** – Membre du conseil des jeunes de la Commission de la santé mentale du Canada, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
- M. Kyle Haddow** – Membre du conseil des jeunes de la Commission de la santé mentale du Canada, Calgary (Alberta), Canada
- M. Joe Leger** – Président, conseil des jeunes de la Commission de la santé mentale du Canada, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
- M<sup>me</sup> Bronwyn Loucks** – Membre du conseil des jeunes de la Commission de la santé mentale du Canada, Kingston (Ontario), Canada
- M<sup>me</sup> Alyse Schacter** – Défenseur de la santé mentale des adolescents, Ottawa (Ontario), Canada
- M<sup>me</sup> Meredith Pritchard** – Membre, Southern Alberta Child & Youth Health Network's, Comité consultatif sur les enfants et les adolescents, Calgary (Alberta) Canada

### **Comité consultatif international**

- D<sup>r</sup> Wendel Abel** – Chef, section de la psychiatrie, département de santé communautaire et de psychiatrie, faculté des sciences médicales, université des West Indies, Jamaïque
- D<sup>re</sup> Leah Andrews** – Chargée d'enseignement en médecine psychologique clinique, école de médecine, université d'Auckland, Nouvelle-Zélande
- D<sup>r</sup> Alan Apter** - Schneiders Children's Medical Center of Israel, Israël
- D<sup>r</sup> Myron Belfer** – Professeur de psychiatrie, département de santé globale et de médecine sociale, école de médecine de Harvard, États-Unis
- D<sup>r</sup> Gary Blau** – Chef, Child, Adolescent, Substance and Mental Health Services Administration (SAMHSA), États-Unis
- D<sup>r</sup> David Brent** – Départements de psychiatrie, de pédiatrie et d'épidémiologie, université de Pittsburgh, États-Unis
- D<sup>re</sup> Barbara Burns** – Directrice des services, recherche sur l'efficacité et professeure, département de psychiatrie et de sciences comportementales, école de médecine de l'université Duke, États-Unis
- D<sup>r</sup> Ian Goodyer** – Professeur, département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, université de Cambridge, Grande-Bretagne
- D<sup>re</sup> Tiffany Farchione** – Professeure adjointe, département de psychiatrie, université de Pittsburgh, États-Unis
- D<sup>r</sup> Joerg Fegert** – Professeur, département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, université de Ulm, Allemagne
- D<sup>r</sup> Alan Flisher** – Professeur et chef, division de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, université de Cape Town, Afrique du Sud
- D<sup>re</sup> Katherine Grimes** – Professeure adjointe, département de psychiatrie, école de médecine de Harvard, États-Unis
- D<sup>re</sup> Megan Gunnar** – Professeure, institut du développement infantile, université du Minnesota, États-Unis
- D<sup>r</sup> Joel Hetler** - Directeur, centre d'excellence en santé mentale infantile, université du Minnesota, États-Unis
- M<sup>me</sup> Devora Kestel** – Conseillère régionale, Pan American Health Organization, Barbade
- D<sup>re</sup> Cristina Marques** – Comité de coordination national en santé mentale, Lisbonne, Portugal

- D<sup>f</sup> Andrés Martin** – Professeur, département de psychiatrie, université Yale, rédacteur en chef, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Center, États-Unis
- D<sup>f</sup> Patrick McGorry** – Professeur, département de psychiatrie, université de Melbourne, directeur administratif, centre de recherche ORYGEN, Australie
- D<sup>re</sup> Merete Nordentoft** – Professeure, département de psychiatrie, université de Copenhague, Danemark
- D<sup>f</sup> Helmut Remschmidt** – Professeur, département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, université Philipps, Allemagne
- Sir Michael Rutter** – Professeur, institut de psychiatrie, Kings College, Angleterre, Grande-Bretagne
- D<sup>f</sup> Luis Augusto Rohde** – Professeur agrégé, département de psychiatrie, université fédérale du Rio Grande du Sul, Brésil
- D<sup>f</sup> Stephen Suomi** – Chef, laboratoire d'éthologie comparative, National Institute of Child Health and Human Development, États-Unis
- D<sup>f</sup> Garry Walter** – Professeur, département de médecine de la psychologie, école Northern Clinical, université de Sydney, Australie
- M<sup>me</sup> Deborah Wan** – Chef de la direction, New Life Psychiatric Rehabilitation Association, Hong Kong, Chine
- D<sup>f</sup> Robert Wrate** – Ancien chef du Young Peoples' Unit, Edinburgh, Écosse, Grande-Bretagne