

LE CONTINUUM D'INTERVENTION

« SANTÉ MENTALE — JEUNES »

Les recherches en santé mentale réalisées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) estiment que 10 % des jeunes âgés entre 0-17 ans sont susceptibles de vivre un problème de santé mentale et que 1,13 % d'entre eux de souffrir d'une pathologie psychiatrique sévère au cours de leur enfance ou de leur adolescence.

Le continuum d'intervention « Santé mentale — jeunes » s'inscrit dans la poursuite de l'implantation du réseau intégré de services en santé mentale des jeunes supporté par le cadre de référence Grandir en santé mentale en Montérégie¹ élaboré en 2000 et entérinée par le conseil d'administration de la Régie régionale en 2001.

« Le modèle de services retenu favorise le CLSC comme porte d'entrée au plan de la demande de services. Il est aussi l'organisme identifié pour effectuer les liaisons entre les partenaires du milieu et les services spécialisés de 2^e ligne. En plus de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation, le CLSC se voit confier comme mandat la prise en charge, le traitement, le support et le soutien à l'intégration sociale des jeunes aux prises avec un problème de santé mentale. Enfin, comme organisation, il assume les liaisons, la prise en charge, le soutien et la réintégration des jeunes ayant bénéficié des services spécialisés de pédopsychiatrie en cours d'année et qui ne les requièrent plus.

Les centres hospitaliers, quant à eux, se voient confirmés une fois de plus dans leur rôle d'assumer les services spécialisés en pédopsychiatrie sur l'ensemble du territoire et de mettre en place des mesures alternatives à l'hospitalisation. De plus, il est demandé aux différentes équipes spécialisées en pédopsychiatrie d'offrir 20 % de leur temps à la consultation-liaison et à l'expertise-conseil aux équipes de 1^{ère} ligne.

Les organismes communautaires se voient renforcés dans leurs rôles d'entraide et de soutien aux parents dans la communauté. Ils sont aussi interpellés dans le but de développer, en partenariat avec les CLSC et la santé publique, des programmes de promotion, de prévention et de formation s'adressant aux parents »².

Le programme, en processus d'implantation depuis 2001 dans toutes les sous-régions de la Montérégie, s'adresse à tous les jeunes de 0 à 17 ans aux prises avec un problème de santé mentale et a, pour objectif, de rejoindre sur une base annuelle plus de 350 jeunes en situation de crise, plus de 7 000

¹ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Grandir en santé mentale en Montérégie : Projet d'implantation d'un réseau de services intégrés pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale*, RRSSM, octobre 2000.

² RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Grandir en santé mentale en Montérégie : Projet d'implantation d'un réseau de services intégrés pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale*, RRSSM, octobre 2000.

jeunes aux prises avec un problème de santé mentale, dont 3 500 souffrant de troubles mentaux graves.

Le tableau suivant illustre la typologie des services du continuum en fonction des dimensions PRÉVENIR – GUÉRIR – SOUTENIR.

TYPOLOGIE DES SERVICES

DIMENSIONS DU CONTINUUM		
PRÉVENIR	GUÉRIR	SOUTENIR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Info-Santé/Info-Social ▪ Interventions de promotion et prévention ▪ Prévention du suicide ▪ Interventions médicales ▪ Services professionnels privés en santé mentale 	<p><u>Services de 1^{ère} ligne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guichet unique - services 1^{ère} ligne : <ul style="list-style-type: none"> ▫ Info-Santé/Info-Social ▫ Services psychosociaux (équipe enfance-jeunesse) ▫ Services d'évaluation/traitement/orientation spécialisés de 1^{ère} ligne ▫ Équipe santé mentale jeunesse, services médicaux <p><u>Services de 2^e ligne :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Services spécialisés en pédopsychiatrie : traitement, soutien aux intervenants et omnipraticiens ▪ Unité de réadaptation santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesures de soutien aux jeunes, à leur famille et à la communauté

DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION

Entre juin 2004 et mai 2005, plusieurs professionnels de l'Agence, issus de différentes directions, ont été mobilisés autour des chantiers régionaux sur les continuums d'intervention. Chaque équipe de travail associé à un continuum devait, dans un premier temps, définir les caractéristiques de ce continuum en termes de besoins de la population visée, d'interventions à déployer au niveau de la prévention, du traitement et du soutien et enfin, du réseautage actuel. Dans une seconde étape, les équipes de travail ont procédé à l'identification de zones d'inadéquation entre les besoins de la population montérégienne et les services offerts. Les résultats de cette démarche ont été soumis à l'attention d'un certain nombre d'experts et de partenaires du réseau, ce qui a permis de bonifier le matériel proposé. La troisième phase du travail a consisté à traduire les zones d'inadéquation retenues en pistes d'action devant permettre de corriger la situation. Ces pistes d'action ont été formulées, dans la mesure du possible, à partir des grands objectifs d'accessibilité, de continuité des services et de qualité, énoncés par le MSSS³. Le texte qui suit présente les pistes d'action identifiées pour le continuum d'intervention « Santé mentale - jeunes ».

Les pistes d'action sont présentés en fonction des trois grands niveaux d'intervention que sont le **PRÉVENIR - GUÉRIR - SOUTENIR**. Certaines pistes relèvent de plusieurs niveaux d'intervention à la fois. Dans ces cas, pour éviter les répétitions, nous les avons classées dans le niveau auquel elles étaient le plus fortement associées. Les pistes qui concernent le continuum dans son ensemble ont été mises arbitrairement dans la section **GUÉRIR**. D'autre part, certaines pistes ont été regroupées, soit parce qu'elles sont interreliées ou parce qu'elles s'adressent à un même sous-groupe de la clientèle.

A) PRÉVENIR⁴

Différentes actions peuvent être entreprises en matière promotion de la santé mentale et de prévention du suicide des jeunes. Certaines ont été reconnues efficaces alors que d'autres soulèvent certaines questions et préoccupations.

- | |
|--|
| <p>1. La disponibilité du processus École en santé dans les écoles de la Montérégie⁵.</p> |
|--|

L'approche École en santé vise à mieux intégrer l'ensemble des activités de promotion-prévention en milieu scolaire afin d'assurer une plus grande cohérence et efficacité. L'innovation de cette approche réside dans le fait de délaisser l'approche conventionnelle par problème et d'agir plutôt sur les facteurs communs à un ensemble de problèmes vécus par les jeunes. Cette approche est en processus

³ Dans la formulation des pistes d'action, le terme « accessibilité » fait référence à des services déjà offerts mais dont l'accès pose certains problèmes, alors que le terme « disponibilité » a été employé pour les services ou activités à mettre en place.

⁴ La plupart des actions qu'on retrouve dans le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 et dans les Plans d'action locaux ciblent l'ensemble de la population et ont un potentiel de prévenir un ensemble de problèmes de santé et de bien-être. Pour cette raison, elles se retrouvent dans le continuum « Interventions universelles ». Nous vous référons à ce document afin de compléter l'information que vous retrouvez dans ce continuum spécifique.

⁵ Cette piste se retrouve aussi à l'intérieur des continuums « Jeunes en difficulté et leur famille », « Dépendances » ainsi que dans le continuum « Interventions universelles ».

d'implantation dans quelques-unes des écoles et fait partie des ententes de complémentarité des services éducatifs entre les commissions scolaires et les CSSS.

2. La disponibilité d'interventions multistratégiques pour contrôler l'accès aux moyens (armes à feu, médicaments).

Le contrôle de l'accessibilité aux moyens susceptibles de faciliter le passage à l'acte suicidaire (armes à feu, médicaments, ponts et autres lieux à risque) est reconnu comme une mesure efficace au niveau de la prévention du suicide. Cette mesure est à développer en Montérégie.

3. La disponibilité de réseaux de sentinelles dans les milieux de jeunes, dont les écoles et les centres jeunesse.

Les sentinelles sont des adultes qui, à cause de leur travail ou de leur implication dans la communauté, entretiennent des liens privilégiés avec les jeunes. On présume que si ces personnes sont formées, ils pourront mieux identifier et référer les jeunes aux ressources appropriées⁶. Ce type de réseau n'existe pas actuellement en Montérégie. Leur développement, notamment en milieu scolaire, est une priorité inscrite dans le Plan d'action régional (PAR). Rappelons que la mise en place de réseaux de sentinelles exige de s'assurer de l'accessibilité aux services de 1^{ère} ligne en santé mentale.

4. L'accessibilité au programme Fluppy dans les milieux scolaires défavorisés⁷.

Le programme Fluppy, inspiré d'une intervention reconnue efficace pour diminuer les comportements agressifs et les comportements de délinquance, vise prioritairement les enfants des écoles de milieu défavorisé. Actuellement implanté dans quelques écoles, ce programme devrait être consolidé et offert dans son intégralité.

⁶ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*, Direction Développement des individus et des communautés, INSP, 2004.

⁷ Cette piste d'action se retrouve également dans les continuums d'intervention « Jeunes en difficulté et leur famille » et « Dépendances ».

5. L'accessibilité à l'ensemble des services intégrés pour 100 % des familles ciblées, notamment pour les 2-4 ans⁸.
6. L'intensification des suivis individuels dans les services intégrés auprès des familles vulnérables⁹

Les programmes misant sur le développement des habiletés de base chez les enfants ainsi que sur le développement des habiletés parentales sont reconnus efficaces pour diminuer certains problèmes psychosociaux et troubles mentaux et favorisent l'acquisition de facteurs de protection utiles dans la prévention du suicide.

Les services intégrés de promotion et de prévention auprès des enfants 0 à 5 ans et leur famille vivant en contexte de vulnérabilité (Naître égaux et grandir en santé (NEGS), Programme soutien aux jeunes parents (PSJP) et soutien éducatif) sont bien implantés en Montérégie et devraient permettre une diminution d'abus, de négligence, de référence en adaptation scolaire, de troubles de comportement à l'adolescence et de troubles de la conduite. Pour que ces services atteignent leur potentiel d'efficacité, il faut intensifier les suivis au niveau individuel et faire en sorte qu'ils rejoignent l'ensemble des familles ciblées.

7. L'amélioration de l'application des pratiques cliniques préventives (PCP) dont l'efficacité est reconnue (dépression et risques suicidaires).

Les PCP en lien avec la prévention du suicide dans la pratique des intervenants de la 1^{ère} ligne, notamment les omnipraticiens, représentent un fort potentiel pour diminuer les taux de suicide. Le recours à ces pratiques par les omnipraticiens aurait avantage à être mieux documenté et mieux soutenu.

8. La disponibilité d'activités de soutien aux campagnes sociétales en lien avec le thème de la santé mentale des jeunes.

Les campagnes sociétales de promotion de la santé sont un moyen pour rejoindre les populations et pour influencer les attitudes et les comportements des individus, ainsi que pour influencer les normes sociales. La littérature démontre que, pour être efficaces, ces campagnes doivent être appuyées par des mesures de renforcement, notamment au niveau local.

⁸ Cette piste d'action se retrouve aussi dans le continuum d'intervention « Jeunes en difficulté et leur famille ».

⁹ Cette piste se retrouve également dans les continuums d'intervention « Jeunes en difficulté et leur famille » et « Déficience intellectuelle et troubles envahissant du développement ».

9. L'application des recommandations scientifiques dans les activités d'éducation à la santé sur le thème du suicide.

Plusieurs évaluations sur les activités de sensibilisation au suicide auprès des jeunes ont démontré des résultats préoccupants, notamment chez les jeunes vulnérables. Des auteurs ont exprimé la crainte que ces activités entraînent une banalisation du problème et même un effet d'imitation. L'application des recommandations scientifiques qui a permis la remise en question de ces activités, en raison d'effets paradoxaux possibles, a déjà été amorcée et doit se poursuivre.

10. L'application des recommandations scientifiques dans les programmes de postvention.

La postvention fait référence aux mesures de soutien offertes aux personnes, familles ou dans les milieux de vie à la suite d'un décès par suicide¹⁰. Les études évaluatives indiquent qu'il faut être prudent dans le choix des activités de postvention à mettre en place ainsi qu'au niveau des jeunes à cibler. En Montérégie, le nouveau programme québécois de postvention en milieu scolaire est déjà en application. Ce programme s'inscrit en conformité avec la recommandation de l'Avis scientifique de l'Institut national de santé publique du Québec (INSP).

11. L'application des recommandations scientifiques dans les programmes de pairs aidants.

Les programmes d'aide par les pairs sont considérés comme prometteurs pour favoriser le développement des habiletés relationnelles des jeunes et pour prévenir certains comportements à risque. La possibilité d'effets paradoxaux a cependant été soulevée, notamment lorsque les aidants étaient eux-mêmes aux prises avec des difficultés. C'est pourquoi, lors de l'implantation de ces programmes, une attention particulière doit être apportée au recrutement, à l'encadrement et au soutien des aidants.

En Montérégie, le milieu scolaire a beaucoup investi dans le développement de ce type de programme. Une équipe régionale assume une coordination et voit actuellement à l'organisation d'activités de formation. Les recommandations de l'Avis de l'INSPQ au sujet de ces programmes permettront de modifier et de bonifier les pratiques actuelles.

¹⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, MSSS, 1998.

12. L'application des activités de promotion-prévention ciblées à la clientèle des centres jeunesse.

Les activités de promotion-prévention en santé mentale et en prévention du suicide sont présentes et produites par de nombreux intervenants. Cependant, une révision de celles-ci sur la base des recommandations contenues dans l'avis de l'INSPQ est nécessaire, afin qu'elles aient un impact significatif sur la santé mentale des jeunes et sur la prévention du suicide. Rappelons de plus que la clientèle des centres jeunesse est à cibler prioritairement.

B) GUÉRIR

Le niveau d'intervention **GUÉRIR** comprend les services reliés à l'accueil des clientèles, au dépistage, à l'évaluation et à l'établissement du diagnostic ainsi qu'au traitement ou à l'intervention psychosociale. Les pistes d'action plus spécifiquement reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

13. L'accessibilité, dans chaque CSSS, à une équipe en santé mentale jeunes 1ère ligne.
14. L'accessibilité, dans chaque CSSS, à un guichet unique, dont fait partie des équipes en santé mentale jeunes 1ère ligne, incluant un ou des omnipraticiens.
15. L'application de la hiérarchisation des services (incluant le soutien des équipes de 1ère ligne par les services de 2e ligne).
16. La continuité, collaboration et coordination entre les services de l'ensemble des partenaires concernés par les besoins à combler (partage d'information, références, mécanismes de concertation, intervenant-pivot, etc.).

Depuis 2001, le CLSC assure l'accueil et la référence des nouvelles demandes de services pour des jeunes avec un problème de santé mentale. Cette procédure exclut toute demande provenant des écoles, des centres jeunesse, des médecins, des cliniques privées et des organismes communautaires, compte tenu du peu d'effectifs (25 % du requis) des équipes santé mentale jeunesse des CLSC. L'ajout du personnel clinique à 60 % du requis dans les équipes santé mentale jeunesse permettra de débiter la mise en place du guichet unique pour toute demande de services en santé mentale des jeunes. Chacun des CSSS aura alors à revoir l'organisation des services de 1^{ère} ligne en santé mentale des jeunes pour accueillir toutes les demandes et améliorer la disponibilité des services offerts par les équipes santé mentale des jeunes.

Cependant, sans la présence et l'implication de médecins de 1^{ère} ligne dans les équipes santé mentale jeunesse des CLSC, le projet Grandir en santé mentale risque d'être compromis faute d'agencement des meilleures pratiques. L'offre de service, dans une perspective de hiérarchisation des soins, nécessite l'implication et l'adhésion des omnipraticiens, notamment les médecins des cliniques jeunesse œuvrant en CLSC. Il serait nécessaire, dans un deuxième temps, de favoriser l'implication des groupes de

médecine familiale (GMF) et des médecins des cabinets privés en regard de la problématique de la santé mentale des jeunes et l'arrimage de leurs actions avec celles des équipes santé mentale jeunesse de 1^{ère} ligne.

Les médecins en 1^{ère} ligne qui interviennent auprès des jeunes aux prises avec un problème de santé mentale ou aux prises avec une problématique suicidaire soutiennent l'importance de l'implication des pédopsychiatres pour supporter leur pratique professionnelle. Ce support est actuellement peu présent en Montérégie. L'agencement maximal des pratiques professionnelles, associé au soutien et au support provenant de la pédopsychiatrie permettraient d'intéresser les médecins généralistes à joindre leur pratique clinique aux pratiques professionnelles des intervenants des équipes santé mentale jeunesse dans une offre de services complémentaires.

Actuellement, le support aux intervenants des milieux scolaire/communautaire et de garde a été peu développé par les équipes santé mentale jeunesse des CLSC. Il est offert par quelques équipes de pédopsychiatrie dans certains territoires de commissions scolaires.

17. L'harmonisation du découpage territorial (sectorisation psychiatrique avec les CSSS)¹¹.

L'orientation de la clientèle « santé mentale jeunes », selon la délimitation actuelle des secteurs psychiatriques, devient de plus en plus complexe et ne correspond pas au découpage territorial des CSSS. Les protocoles de services sont actuellement difficiles à élaborer pour les services de 1^{ère} ligne qui doivent se coordonner avec les centres hospitaliers de plusieurs CSSS. La hiérarchisation des services dans un même CSSS devrait faire éclater les limites actuelles de la sectorisation pour répondre aux besoins de 2^e ligne en santé mentale. Le CSSS qui n'abrite pas de centre hospitalier offrant des services spécialisés en pédopsychiatrie devrait négocier des ententes avec un seul centre hospitalier d'un autre CSSS.

18. La continuité, coordination et collaboration entre les services de pédopsychiatrie et les centres jeunesse.

Des études récentes démontrent que les jeunes hébergés dans les centres jeunesse présentent un risque suicidaire cinq fois plus élevé que la population jeune vivant dans sa famille. Malheureusement, les centres jeunesse n'arriveront pas seul à contrer la problématique du suicide chez ces jeunes. L'apport de l'expertise en pédopsychiatrie s'avère essentiel, tant au niveau de protocole d'accès et de coordination du PSI avec le service régional de l'Hôpital Charles LeMoyné qu'au niveau d'une consultation continue en support aux équipes des centres jeunesse. La problématique actuelle réside dans le maillage avec la pédopsychiatrie lors de situation de crise requérant une hospitalisation où malheureusement l'urgence de l'hôpital devient trop souvent le mécanisme d'accès aux services de pédopsychiatrie, avec la fragmentation de l'intervention qu'elle entraîne.

¹¹ À noter que cette piste d'action se retrouve également dans le continuum d'intervention « Santé mentale — adultes »

19. L'harmonisation des pratiques efficaces en situation de crise ou de postcrise.

Les besoins de soutien et de formation continus demeurent toujours présents pour les intervenants qui œuvrent auprès des jeunes, de façon à harmoniser les pratiques efficaces dans la détection de problèmes suicidaires et le support du jeune et sa famille en période de crise et postcrise.

20. La continuité des services auprès des jeunes avec une multiproblématique (corridors de services, gestionnaire de cas, etc.).

Les situations très complexes dans lesquelles se retrouvent les jeunes aux prises avec une multiproblématique et leur famille (trouble de comportement, santé mentale, dépendances, TED, DI, déficience physique) nécessitent un accès à un ensemble de services spécialisés où l'intervention et l'arrimage de plusieurs partenaires de services de différents programmes est requise. Certaines de ces familles se retrouvent sans soutien adéquat et doivent composer avec plusieurs partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. Un constat fait l'unanimité : il faut assurer le développement de corridors de services et d'actions concertées à tous les niveaux de services liés à l'agencement des meilleures pratiques spécialisées. Il est impératif de préciser les mécanismes d'accès, la collaboration, le niveau d'imputabilité des organisations de services et les mécanismes de concertation à développer.

21. L'accessibilité aux services externes de pédopsychiatrie, pour les équipes de santé mentale jeunesse 1^{ère} ligne.

22. L'évaluation du programme Grandir en santé mentale.

Le programme Grandir en santé mentale en Montérégie vise particulièrement à rendre plus disponibles les services spécialisés offerts par les cliniques externes de pédopsychiatrie des centres hospitaliers, entre autres, pour le traitement des pathologies plus lourdes, telles que la schizophrénie, la dépression et les troubles anxieux. Le nombre de jeunes en attente d'évaluation et de traitement et le temps d'attente pour recevoir des services ont été au cœur de la réflexion du réseau intégré de services. La prise en charge en 1^{ère} ligne et le partage des soins entre les omnipraticiens et les pédopsychiatres favorisera une meilleure disponibilité de services en 2^e ligne pour des cas complexes qui requièrent des services spécialisés, et ce, dans un contexte de pénurie de pédopsychiatres et des ressources spécialisées. L'attente pour le suivi en 2^e ligne demeure toutefois élevée dans certains centres hospitaliers, faute de prise en charge en 1^{ère} ligne par les équipes santé mentale jeunesse, faute de partage des soins entre les omnipraticiens et les pédopsychiatres et faute d'accessibilité aux services spécialisés en 2^e ligne.

23. L'accessibilité à des lits d'hospitalisation pour les 13-17 ans.

L'unité régionale d'hospitalisation pour les jeunes de 13-17 ans ne comporte que cinq lits et ne comble pas les besoins des jeunes de la Montérégie. Une réorganisation physique des lieux de cette unité serait nécessaire pour accroître le nombre de lits et mieux répondre aux besoins.

24. L'accessibilité aux services hôpital jour/soir.

Les services régionaux de 2^e ligne ne sont disponibles qu'à l'Hôpital Charles LeMoyne et répondent principalement à une clientèle sous-régionale et sont peu accessibles à d'autres territoires, compte tenu des distances à parcourir dans la région.

25. La pertinence de la prestation des services pour les 5-12 ans (hospitalisation vs services externes).

La capacité de l'unité 5-12 ans ne peut actuellement répondre aux besoins de plus de huit jeunes à la fois. La fermeture actuelle de cette unité les fins de semaine en lien avec la pertinence d'hospitaliser des tout-petits dans l'unité régionale devra faire partie d'une réflexion commune entre les partenaires.

26. La disponibilité de mesures de soutien étroit suite à une crise suicidaire (suivi médical, protocoles, suivi psychosocial et de réadaptation, etc.).

Le soutien étroit et le suivi du jeune suite à une crise suicidaire demeurent préoccupants compte tenu du peu de communication entre les services (identification des cas, l'orientation et le suivi des jeunes à haut risque peu importe où il se trouve).

27. L'accessibilité aux services de soutien aux endeuillés pour la famille et les proches tout au long du processus de deuil.

Les services visant l'accueil et le soutien de la famille ayant vécu récemment le suicide d'un de ses membres sont à développer en complémentarité avec le corridor de service à établir entre les partenaires.

28. La disponibilité des services d'hébergement /halte-crise.

Aucun service d'hébergement/halte-crise n'est actuellement disponible pour les jeunes aux prises avec une problématique du suicide en Montérégie.

C) SOUTENIR

Les pistes d'action reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

29. L'élargissement de l'éventail et consolidation des services de soutien à l'enfant et sa famille, de la prévention jusqu'à la réadaptation (répit, groupes d'entraide et de soutien, etc.).

Concernant le soutien des jeunes et de leur famille, on note la présence de groupes d'entraide offerts par l'entremise des installations CLSC et par les organismes communautaires.

Pour les jeunes aux prises avec des problèmes sévères et persistants, les APAMM¹² et l'APDRSM¹³ offrent des services mais ces services sont encore précaires et ne répondent qu'en partie aux besoins de répit des familles, faute de financement et de complémentarité avec les autres partenaires de service.

L'offre de service concernant le soutien et le répit pour des problématiques plus légères de santé mentale aurait avantage à être développée et une meilleure concertation sera à poursuivre entre les services spécifiques ou spécialisés et les organismes offrant un soutien aux parents.

30. La continuité entre les services de santé mentale jeunes et santé mentale adultes.

Lors du passage adulte de jeunes hébergés en famille d'accueil, on note une cessation de services avec les centres jeunesse, sans qu'aucun relais ne soit prévu par les services de santé mentale adulte. Ces jeunes sont alors à haut risque de détérioration de leur situation compte tenu qu'il n'y a pas ou peu de planification de ce passage à l'âge adulte pour ces jeunes.

¹² APAMM : Association des Parents et Amis des Malades Mentaux.

¹³ APEDRSM : Association de parents de l'enfance en difficulté Rive-Sud Montréal Ltée.