

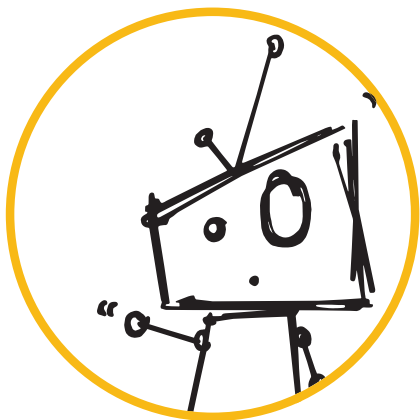


**ESPACE TRANSITION
CHU SAINTE-JUSTINE
DOCUMENT DE RÉFÉRENCE**



PROGRAMMES ESPACE TRANSITION

CONSTATANT DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES LES DIFFICULTÉS ET BESOINS PARTICULIERS DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES AUX PRISES AVEC DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE, DE MÊME QUE LA RARETÉ ET L'INADÉQUATION DES RESSOURCES LEUR ÉTANT DESTINÉES, DRE PATRICIA GAREL, ALORS CHEF DU DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) SAINTE-JUSTINE, EN COLLABORATION AVEC DES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX ET DES PROFESSIONNELS DU MILIEU ARTISTIQUE, A DÉVELOPPÉ LE PROGRAMME ESPACE TRANSITION (**ET**), UNE INITIATIVE NOVATRICE DE RÉADAPTATION PAR LES ARTS DE LA SCÈNE.



Depuis sa première itération au printemps 2009, le programme s'est multiplié et *Espace Transition (ET)* désigne désormais une famille de programmes partageant des fondements, objectifs, principes et composantes d'intervention communs, étayés dans le présent document. Toujours chapeauté par Dre Garel et niché au sein du CHU Ste-Justine, *ET* repose sur de précieux partenariats avec des institutions culturelles de renom et sur le soutien financier de généreux donateurs, administré par la Fondation du CHU Ste-Justine.

FONDEMENTS

LES PROGRAMMES **ET** SONT FONDÉS SUR L'INTÉGRATION DE DIVERS CONSTATS ET CONSIDÉRATIONS CONCERNANT LA SITUATION DES JEUNES AUX PRISES AVEC DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET LA FAÇON DE LES SOUTENIR, DONT LES PRINCIPAUX SONT RÉSUMÉS CI-DESSOUS.

1. Les troubles mentaux représentent une proportion très significative du fardeau de santé chez les individus âgés entre 15 et 24 ans.¹
2. L'aggravation des symptômes de la maladie mentale, les premiers épisodes de soins intensifs en psychiatrie et la tombée des diagnostics représentent un choc important et constituent des sources de stress et de détresse considérables pour les individus affectés et leur entourage^{2,3,4}. La perturbation des relations et réseaux familiaux et amicaux, ainsi que l'abandon des activités académiques ou professionnelles sont fréquents suite à ces étapes «choc» et sont associés à une détérioration, voire à une cristallisation, des symptômes et dysfonctions.^{3,4}
3. Les individus hospitalisés pour cause d'un trouble mental vivent communément une période de vulnérabilité accrue lors de leur transition vers les ressources de la communauté et il est reconnu que la continuité des services suite aux traitements hospitaliers favorise leur adaptation.^{5,6,7,8}
4. Les symptômes de la maladie mentale et la fréquentation intensive ou prolongée des services de soins précarisent la transition de l'enfance vers l'âge adulte, entre autres en limitant les opportunités d'exploration et d'expérimentation auxquelles les jeunes ont accès et en les isolant du soutien nécessaire au succès de cette sensible transition.^{9,10}
5. L'organisation habituelle des services de santé et des services sociaux en un système pédiatrique et un système pour adultes distincts impose des ruptures de services concordant avec une période de grande instabilité et fragilité ainsi que des modalités thérapeutiques peu adaptées aux dynamiques et besoins particuliers des adolescents et des jeunes adultes.

6. Les adolescents et les jeunes adultes sont moins enclins que les individus plus âgés à chercher de l'aide auprès de professionnels de la santé lorsqu'ils éprouvent de la détresse psychologique et les jeunes ayant connu une période d'hospitalisation ou ayant reçu de multiples traitements en raison de leurs difficultés psychiatriques sont souvent réfractaires à recevoir de nouveaux services des instances thérapeutiques conventionnelles.^{11, 12, 13, 14, 15}
7. La plupart des modèles actuels de traitement des maladies mentales visent ultimement la réintégration dans la communauté. Les approches d'intervention axées sur la réadaptation et le rétablissement personnel sont donc les plus fortement prônées. Celles-ci ciblent le développement des habiletés personnelles et du soutien environnemental et ont pour fondements philosophiques la conception holistique de l'humain, la confiance en les capacités de chaque personne à mobiliser son propre potentiel adaptatif moyennant l'organisation d'un contexte adéquat, ainsi que l'importance de l'engagement actif du sujet dans sa démarche d'adaptation.^{16, 17, 18}
8. Les interventions par l'art font l'objet d'un intérêt croissant dans le domaine de la réadaptation psychiatrique et sont même officiellement promues par les agences nationales de certains pays.^{19, 20, 21, 22} Les activités créatives sont en effet de plus en plus reconnues comme ayant des impacts positifs mesurables sur le bien-être et la santé physique et mentale des individus qui s'y adonnent et des données probantes émergent pour appuyer l'efficacité des programmes d'intervention à caractère artistique destinés aux individus souffrant de problèmes de santé mentale.^{15, 23, 24, 25, 26, 27, 28} Les arts créatifs sont par ailleurs considérés comme des médiums attrayants et accessibles, entre autres pour des individus souffrant de difficultés importantes.^{15, 29, 30, 31, 32}

OBJECTIFS TRANSVERSAUX

CHAQUE PROGRAMME NICHÉ SOUS **ET** VISE DES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES PROPRES, MAIS TOUS PARTAGENT LES OBJECTIFS SUIVANTS :

Favoriser le mieux-être de jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale

Favoriser l'adaptation psychosociale de jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale

Diminuer la stigmatisation de jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale

PRINCIPES D'INTERVENTION ET COMPOSANTES ESSENTIELLES

SI LES DIFFÉRENTS PROGRAMMES **ET** SE DISTINGUENT PAR LEUR FORMAT ET MODALITÉS PRÉCIS, ILS PARTAGENT TOUS CERTAINS PRINCIPES ET COMPOSANTES ESSENTIELS, DÉCRITS CI-DESSOUS :

- 1 EXPÉRIENCE COLLECTIVE
- 2 HÉTÉROGÉNÉITÉ DES GROUPES
- 3 CONTEXTE NORMALISANT ET STIMULANT
- 4 ESPACE PROTÉGÉ
- 5 CRÉATION ET REPRÉSENTATION
- 6 RECHERCHE ET ENSEIGNEMENT
- 7 CAPTATION VIDÉO

1- EXPÉRIENCE COLLECTIVE

L'expérience collective est centrale aux programmes *ET*, qui reposent sur le postulat que l'intégration sociale est un moteur crucial du mieux-être, de l'adaptation et de la déstigmatisation. Ainsi, tous les programmes *ET* préconisent la **modalité de groupe** et impliquent la **réalisation d'un projet collectif**. Le sentiment d'appartenance, le soutien par les pairs et la collaboration sont activement encouragés par les différentes expériences proposées.

2- HÉTÉROGÉNÉITÉ DES GROUPES

Les programmes *ET* ciblent des **jeunes de 14 à 25 ans**, d'une part dans le but de pallier la rupture de services survenant fréquemment au moment du passage de l'adolescence à l'âge adulte et, d'autre part en raison du constat de plus en plus reconnu que les adolescents et les jeunes adultes partagent de nombreux besoins et caractéristiques.³³

Par ailleurs, poursuivant des objectifs communs à l'ensemble des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et misant sur le développement de leurs forces plutôt que sur la réduction de symptômes ou déficits spécifiques, les programmes *ET* desservent des groupes de **jeunes présentant des troubles mentaux variés**.

Enfin, les groupes de participants aux programmes *ET* incluent toujours une **proportion de jeunes ne présentant pas de problème de santé mentale ou d'adaptation significatif**. La composition mixte des groupes permet aux jeunes aux prises avec un problème de santé mentale d'évoluer aux côtés de pairs au fonctionnement plus normatif et ce, sans être d'emblée identifiés comme souffrant d'une psychopathologie, la condition psychiatrique de chaque participant n'étant pas divulguée par les responsables cliniques aux autres membres du groupe ni aux animateurs des ateliers. La mixité des groupes permet également aux jeunes ne présentant pas de psychopathologie de côtoyer de près des pairs qui en souffrent et à modifier conséquemment leurs perceptions et attitudes à l'égard des problèmes de santé mentale.^{15, 34}

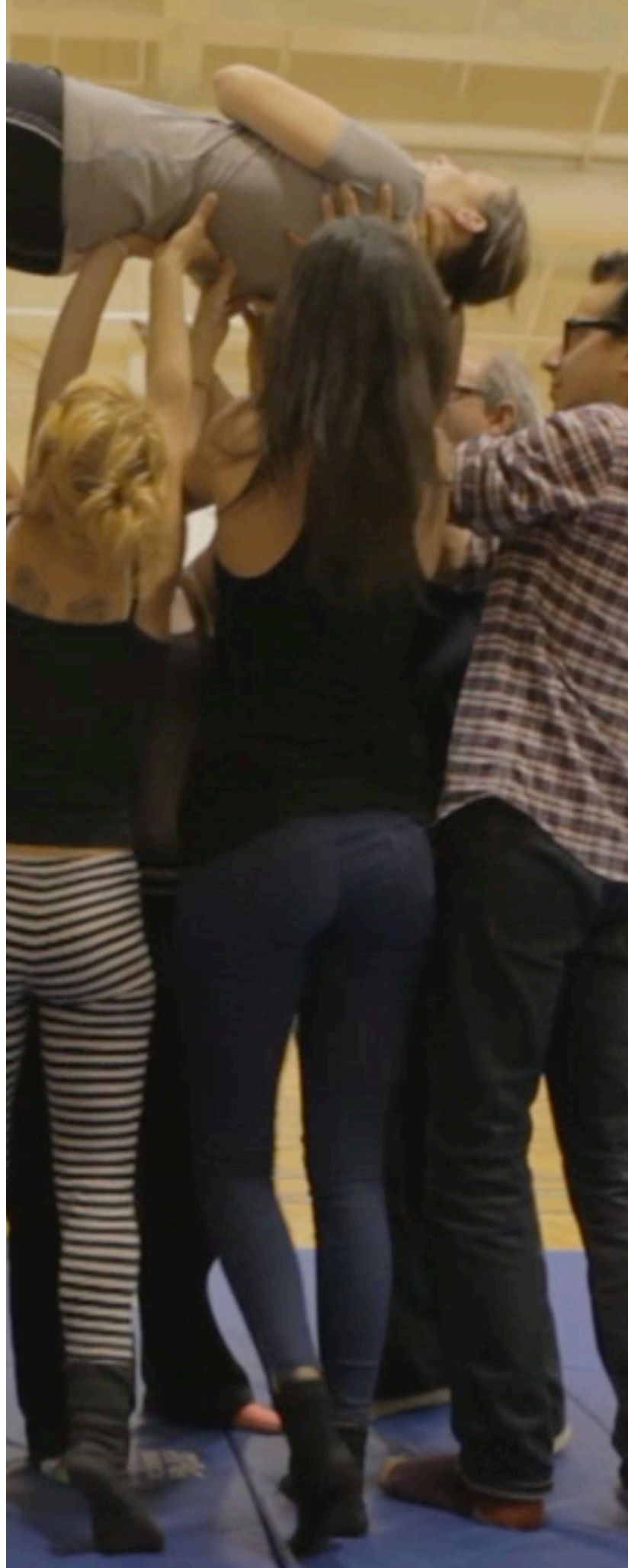
3- CONTEXTE NORMALISANT ET STIMULANT

Les programmes *ET* ne recourent pas aux outils traditionnels des approches psychothérapeutiques et sont généralement **animés par des artistes non-cliniciens**, spécialistes du médium créatif mis de l'avant (ex. percussionnistes professionnels dans le cas d'ateliers musicaux). Ils sont par ailleurs le plus souvent livrés **hors des établissements de soins**, soient dans des locaux communautaires (ex. YWCA) ou rattachés à des centres artistiques (ex. conservatoire de musique de Montréal). Les programmes sont enfin **offerts le soir ou la fin de semaine** afin d'interférer le moins possible avec l'engagement dans des activités scolaires ou professionnelles. L'ensemble de ces considérations offre aux participants la possibilité de vivre une expérience «normalisante», qui tient compte de leur sensibilité particulière à la stigmatisation et de leur désir de se dissocier des structures de soins conventionnelles. Ce contexte stimulant les invite également à découvrir, acquérir et valoriser des habiletés puisqu'il **met en lumière le potentiel de chacun plutôt que ses difficultés**. Il a été suggéré que de telles expériences de normalisation et de réussite sont notamment susceptibles d'améliorer la perception de soi et le fonctionnement quotidien des participants, en plus de favoriser leur adhésion aux programmes.^{30, 35, 36, 37, 38}



4- ESPACE PROTÉGÉ

Malgré la valorisation du contexte normalisant des interventions, l'offre d'un environnement sécurisant constitue une composante essentielle des programmes *ET*, qui entend favoriser que les participants s'adonnent aux différentes expériences leur étant proposées avec le moins de risque possible et en tirent ainsi des bénéfices optimaux. Des efforts de sensibilisation et de modélisation sont donc consentis par l'ensemble des acteurs des programmes afin de faire régner au sein des ateliers un **climat respectueux**, dans lequel les participants peuvent se sentir libres et confiants d'être eux-mêmes, d'expérimenter et de se tromper, sans crainte d'être jugés. Par ailleurs, un **accompagnement clinique** adapté au contexte normalisant mis en place et modulé en fonction des besoins de chaque participant est systématiquement prévu. Celui-ci est assuré par la présence constante d'un intervenant professionnel ou en formation, qui offre du soutien direct aux participants en cours d'ateliers et entre ceux-ci au besoin. L'accompagnateur relaye également les informations cliniques pertinentes aux intervenants traitants des participants. Une psychiatre assure en outre la **supervision clinique** de l'ensemble des programmes de sorte que des interventions appropriées soient rapidement mises en place lorsque nécessaires.



5- CRÉATION ET REPRÉSENTATION

Les programmes *ET* **emploient divers médiums de création comme principales modalités d'intervention** et ce, dans la logique des approches «arts in health» ou «arts for health». Contrairement à l'art-thérapie, qui constitue une forme de psychothérapie recourant aux médias artistiques pour faciliter l'élaboration et l'expression des pensées et affects,³⁹ ces approches conçoivent le processus de création artistique comme recelant en soi d'un potentiel thérapeutique.^{23, 28, 30, 36, 39}

La **création d'une œuvre collective et le partage de cette réalisation avec des individus extérieurs** (ex. représentation de spectacle, vernissage) sont des caractéristiques centrales aux programmes *ET*, la plus-value thérapeutique de telles composantes ayant été suggérée. Par exemple, la création d'une production artistique tangible a été associée au développement d'un sentiment de maîtrise et d'accomplissement accru par rapport à la pratique artistique sans finalité.^{23, 30, 32, 40, 41} La représentation d'une œuvre devant public semble pour sa part avoir le potentiel de catalyser l'amélioration de la perception de soi et la réduction de la stigmatisation des participants en favorisant leur propre réalisation de leurs accomplissements et en permettant à leurs familles, amis et aux membres de la communauté de constater ces mêmes accomplissements.^{32, 42, 43} Lorsque collective, la production d'une œuvre artistique et sa représentation seraient en outre susceptibles d'entraîner des gains supplémentaires au niveau social, entre autres en accroissement la cohésion de groupe et en suscitant le développement d'habiletés de coopération.³⁵



6- RECHERCHE ET ENSEIGNEMENT

Dès les premières étapes de mise en œuvre -souvent même de création- des programmes *ET*, une **démarche de recherche collaborative** leur est systématiquement associée afin d'en évaluer la sécurité, la pertinence et l'efficacité et d'en soutenir l'amélioration, la pérennisation et la diffusion. L'éthique, la rigueur scientifique, la collaboration symétrique avec les partenaires, dont les participants aux programmes, et la centration sur l'utilité concrète des résultats sont des principes guidant les activités de recherche réalisées dans le cadre d'*ET*. Plusieurs de ces activités sont réalisées en collaboration avec des équipes de chercheurs universitaires ou relevant du Centre de recherche du CHU Ste-Justine.

Depuis 2011, *Espace Transition* est par ailleurs reconnu par les Facultés de Médecine de l'Université de Montréal et de l'Université McGill comme un **stage à option crédit** pour les étudiants du premier cycle. Il représente également depuis 2012, un milieu de stage de sensibilisation à la relation d'aide pour les étudiants de niveau baccalauréat du départements de psychologie de l'Université de Montréal.

Dans le cadre de leur stage, les étudiants participent généralement à une session complète du programme *Tous en scène* et bénéficient du mentorat de l'équipe clinique d'*Espace Transition*.

7- CAPTATION VIDÉO



Les programmes *ET* font généralement l'objet de la **production de documents audiovisuels**, qui visent entre autres à imager les processus en jeux et à offrir aux participants la possibilité d'appréhender nouvellement leur expérience avec une certaine distance. Une projection privée des vidéos réalisés est habituellement organisée à la fin de chaque session de programme et les participants s'en voient remettre une copie personnelle, qu'ils peuvent ensuite diffuser et réviser à leur guise. Il est postulé que ce recours au vidéo peut contribuer à modifier positivement la perception de soi des participants aux programmes *ET*, de même que le regard que leur entourage porte sur eux.

APERÇU DES PROGRAMMES EN COURS

1- VOLET RÉADAPTATION EN SANTÉ MENTALE

(Programmes ciblant des jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale et/ou d'adaptation et dont les fondements, objectifs, principes et composantes sont décrits dans le présent document)

PROGRAMMES	BRÈVE DESCRIPTION	RECHERCHES RÉALISÉES ET ÉCRITS ASSOCIÉS
<p>TOUS EN SCÈNE (depuis avril 2009)</p> <p>En collaboration avec des artistes indépendants</p>	<p>Ateliers d'arts dramatiques et d'arts du cirque à travers lesquels les participants explorent la créativité et la corporalité, s'exercent à l'expression de soi, acquièrent diverses techniques théâtrales et acrobatiques et créent une œuvre collective qu'ils présentent à un public de leur choix.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Évaluation d'un programme novateur de soutien aux jeunes présentant un trouble psychiatrique stabilisé par les arts de la scène : Espace de Transition.</i> (2010). Protocole de recherche approuvé par le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) du CHUSJ. ▪ Archambault, K., Dufour, S., Archambault, I., Garel, P., & Gauthier, S. (2012). <i>Rapport d'évaluation de la mise en œuvre du programme Espace de Transition.</i> Rapport officiel déposé au département de psychiatrie du CHUSJ le 20 décembre 2012. ▪ Archambault, K. (2014). <i>Évaluation d'un programme novateur de réadaptation par les arts de la scène pour des jeunes présentant un trouble psychiatrique stabilisé : le programme Espace de Transition.</i> Thèse doctorale inédite, Université de Montréal, Montréal, Canada. ▪ Archambault, K., Archambault, I., Dufour, S., Brière, N. F., & Garel, P. (2015). A Mixed Methods Evaluation of the Effects of an Innovative Art-Based Rehabilitation Program for Youths with Stabilized Psychiatric Disorders. <i>Adolescent Psychiatry</i>, 3, 212-224.
<p>UP TEMPO (depuis janvier 2014)</p> <p>En partenariat avec les Jeunesses musicales du Canada</p>	<p>Ateliers de cercle rythmique à travers lesquels les participants explorent les multiples sonorités des percussions, apprennent les rythmes issus de différentes traditions musicales et surtout, jouent ensemble et créent une œuvre musicale en groupe, en vue d'un concert final.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Évaluation des effets d'un atelier musical chez des jeunes de 14 à 25 ans : projet pilote.</i> (2014). Protocole de recherche approuvé par le CÉR du CHUSJ. ▪ Garel, P., Herba, C., & Porter-Vignola, E. (2014). <i>Évaluation des effets d'un atelier musical chez des jeunes de 14 à 25 ans : projet pilote.</i> Rapport de recherche déposé au département de psychiatrie du CHUSJ le 14 août 2014.

PROGRAMMES	BRÈVE DESCRIPTION	RECHERCHES RÉALISÉES ET ÉCRITS ASSOCIÉS
<p>ESPACE TRANSITION AU MUSÉE (depuis mars 2015)</p> <p>En partenariat avec le Musée des beaux-arts de Montréal</p>	<p>Ateliers d'arts plastiques à travers lesquels les participants explorent diverses techniques artistiques et, inspirés par les collections du musée, créent des œuvres collectives en vue de les présenter lors d'un vernissage et de les exposer dans une vitrine de leur choix.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation pilote du programme <i>Espace Transition au Musée</i>. (2015). Protocole de recherche approuvé par le CÉR du CHUSJ. ▪ Cueillette de données en cours
<p>À LA DÉCOUVERTE DU VIOLONCELLE (début en janvier 2017)</p> <p>En collabora- tion avec deux violoncellistes, également ensei- gnante et musi- cothérapeute</p>	<p>Ateliers musicaux à travers lesquels les participants seront initiés aux rudiments du violoncelle et développeront leurs habiletés sociales et musicales, leur esprit critique et leur créativité par le biais d'activités structurantes et de la réalisation d'un projet collectif.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune activité de recherche réalisée à ce jour
<p>ATELIER DE CINÉMA (depuis avril 2012)</p>	<p>Ateliers de conception et de réalisation d'un court métrage à partir des idées originales et personnages imaginés par les participants. Programme intensif de fin de semaine offert uniquement à des participants ayant déjà complété le programme <i>Tous en scène</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune activité de recherche réalisée

APERÇU DES PROGRAMMES EN COURS

2- AUTRES PROGRAMMES ET ACTIVITÉS

PROGRAMMES	BRÈVE DESCRIPTION	RECHERCHES RÉALISÉES ET ÉCRITS ASSOCIÉS
<p>CERCLE RYTHMIQUE À L'HÔPITAL (depuis mars 2015)</p> <p>En partenariat avec les Jeunesses Musicales du Canada</p>	<p>Activité de cercle rythmique offerte aux enfants et adolescents hospitalisés au CHU Ste-Justine, à leur famille, ainsi qu'aux membres des équipes traitantes. Ateliers d'exploration des multiples sonorités des percussions et rythmes issus de différentes traditions musicales et de jeu musical collectif.</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Protocole approuvé : <i>Évaluation d'un projet pilote de cercle rythmique au CHU Ste-Justine.</i> (2015). Protocole de recherche approuvé par le CÉR du CHUSJ.▪ Rapport de recherche en cours de rédaction
<p>ATELIER MUSI-COTHÉRAPIE (depuis juin 2015)</p> <p>En collaboration avec un musicothérapeute certifié</p>	<p>Activité offerte aux jeunes hospitalisés à l'unité de psychiatrie du CHU Ste-Justine qui peuvent et veulent en bénéficier. Séances de relaxation guidées par un musicothérapeute et supportées par un programme musical personnalisé que chaque jeune est invité à conserver et à s'approprier comme outil d'autorégulation.</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Aucune activité de recherche réalisée à ce jour

APERÇU DES PROGRAMMES ANTÉRIEURS

PROGRAMMES	BRÈVE DESCRIPTION	RECHERCHES RÉALISÉES ET ÉCRITS ASSOCIÉS
<p>ATELIER AVANCÉ D'ARTS DU CIRQUE (printemps 2012)</p>	<p>Ateliers au cours desquels des participants ayant déjà complété le programme Tous en scène ont eu la possibilité d'approfondir leur découverte des arts du cirque.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune activité de recherche réalisée
<p>ATELIER D'ARTS TECHNOLOGIQUES (printemps 2012)</p> <p>En partenariat avec la Société d'arts technologiques (SAT)</p>	<p>Ateliers organisés sur le mode du «living lab» ayant permis aux participants d'explorer le potentiel des techniques d'immersion et l'utilité clinique de la réalité virtuelle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune activité de recherche réalisée
<p>EFFET MIROIR (octobre 2012 à février 2013)</p> <p>En partenariat avec l'École nationale de théâtre</p>	<p>Ateliers d'écriture dramatique à travers lesquels, à partir de discussions dirigées et d'improvisations, les participants ont écrit une pièce de théâtre : <i>La Lumière au bout du tunnel ou L'Exode des loutres</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Développement et fonction protectrice de la métacognition chez des jeunes de 14 à 25 ans présentant un trouble psychiatrique stabilisé.</i> (2012). Protocole de recherche approuvé par le CÉR du CHUSJ. ▪ Porter-Vignola, E., Daigneault, I., Garel, P., Lecours, S. (2015) Evaluation of a Dramatic Writing Workshop in Youth With or Without Psychiatric Disorders. <i>Adolescent Psychiatry</i>, 4(5).
<p>MU (mars à juin 2013)</p> <p>En partenariat avec l'organisme MU</p>	<p>Ateliers d'initiation à l'art mural aux cours desquels les participants ont réalisé diverses œuvres individuelles et collectives, dont une grande murale exposée sur le site d'agrandissement du CHU Ste-Justine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Évaluation des effets d'une démarche artistique picturale chez des jeunes de 14 à 25 ans : projet pilote.</i> (2013). Protocole de recherche approuvé par le CÉR du CHUSJ. ▪ Rapport de recherche en cours de rédaction

RÉFÉRENCES

1. Patel, V., Flisher, A.J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, *369*, 1302-1313.
2. Gleeson, J.F., Cotton, S.M., Alvarez-Jimenez, M., Wade, D., Gee, D., Krisp, K., ... McGorry, P.D. (2009). A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first episode psychosis patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, *70*, 477-486.
3. Lenior, M.E., Dingemans, P., Linszen, G.H., DeHaan, L., & Schene, A.H. (2001). Social functioning and the course of early-onset schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *179*, 53-58.
4. McGorry, P.D., Killackey, E., & Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* *7*, 148-156.
5. Embry, L., Vander Stoep, A., Evens, C., Ryan, K., & Pollock, A. (2000). Risk factors for homelessness in adolescents released from psychiatric residential treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 1293-1299.
6. Forchuck, C., Martin, M.L., Chan, Y.L., & Jensen, E. (2005). Therapeutic relationships: From psychiatric hospital to community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *12*, 556-564.
7. Greenberg, G.A., & Rosenheck, R.A. (2005). Continuity of care and clinical outcomes in a national health system. *Psychiatric Services*, *56*, 427-433.
8. Reynolds, W., Lauder, W., Sharkley, S., MacIver, S., Veitch, T., & Cameron, D. (2004). The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *11*, 82-88.
9. Davis, M., & Vander Stoep, A. (1997). The transition to adulthood for youth who have serious emotional disturbance: Developmental transition and young adult outcomes. *The Journal of Mental Health Administration*, *24*, 400-427.
10. Vander Stoep, A., Beresford, S. A. A., Weiss, N. S., McKnight, B., Mari Cauce, A., & Cohen, P. (2000). Community-based study of the transition to adulthood for adolescents with psychiatric disorder. *American Journal of Epidemiology*, *152*, 352-362.

11. James, M. A. (2007). Principles of youth participation in mental health services. *Medical Journal of Australia*, 187, s57-s60.
12. Lamb, J. (2009). Creating change: Using the arts to help stop the stigma of mental illness and foster social integration. *Journal of Holistic Nursing*, 27, 57-65.
13. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2006). SAMHSA launches anti-stigma campaign. (2006). SAMHSA News, 14, 6. Repéré à http://www.samhsa.gov/samhsa_news/volumexiv_6/article4.htm
14. Sweeney, S. (2009). Art therapy: promoting wellbeing in rural and remote communities. *Australasian Psychiatry*, 17, 151-154.
15. Twardzicki, M. (2008). Challenging stigma around mental illness and promoting social inclusion using the performing arts. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*, 128, 68-72.
16. Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.
17. Anthony, W., A., Cohen, M., Farkas, M., & Gagné, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation* (2nd ed.). Boston, MA : Center for Psychiatric rehabilitation.
18. Kirby, J.L., & 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*. Ottawa, ON: Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.
19. Crawford, M.J., & Patterson, S. (2007). Art therapies for people with schizophrenia: an emerging evidence base. *Evidence Based Mental Health*, 10, 69-70.
20. Hacking, S., Secker, J., Spandler, H., Kent, L., & Shenton, J. (2008). Evaluating the impact of participatory art projects for people with mental health needs. *Health and Social Care in the Community*, 16, 638-648.
21. Leckey, J. (2011). The therapeutic effectiveness of creative activities on mental well-being: a systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 501-509.

22. Patterson, S., Dabate, J., Anju, S., Waller, D., & Crawford, M.J. (2011). Provision and practice of art therapy for people with schizophrenia: Results of a national survey. *Journal of Mental Health, 20*, 328–335.
23. Argyle, E., & Bolton, G. (2005). Art in the community for potentially vulnerable mental health groups. *Health Education, 105*, 340-354.
24. Bunguay, H, & Clift, S. (2010). Arts on prescription: A review of practice in the UK. *Perspectives in Public Health, 130*, 277-281.
25. O’Neil, M. (2010). Cultural attendance and public mental health – from research to practice. *Journal of Public Mental Health, 9*, 22-29.
26. Pratt, R.R. (2004). Art, dance, and music therapy. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America, 15*, 827-841.
27. Ruiz, J. (2004) *A literature review of the evidence base for culture, the arts and sport policy*. Édimbourg, UK: Scottish Executive Education department.
28. Van Lith, T., Fenner, P., & Schofield, M. (2011). The lived experience of art making as a companion to the mental health recovery process. *Disability and Rehabilitation, 33*, 652–660.
29. Goodman, R.F., Chapman, L.M., & Gant, L. (2009). Creative Arts Therapies for Children. In E.B. Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman, & J.A. Cohen (Eds.), *Effective Treatment for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.)* (pp.491-507). New York, NY : The Guilford Press.
30. Heenan, D. (2006). Art as therapy: an effective way of promoting positive mental health? *Disability and Society, 21*, 179-191.
31. Kozłowska, K., & Hanney, L. (2001). An art therapy group for children traumatized by parental violence and separation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 6*, 49-78.
32. Snow, S., D’Amico, M., & Tanguay, D. (2003). Therapeutic theatre and well-being. *The Arts in Psychotherapy, 30*, 73-82.

33. Arnett, J. J. (2000). Emerging Adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
34. Institute of Public Policy Research (2003). *Mental health and the arts: IPPR seminar summary*. London, UK: Department for Media, Culture & Sport.
35. Archambault, K. (2014). *Évaluation d'un programme novateur de réadaptation par les arts de la scène pour des jeunes présentant un trouble psychiatrique stabilisé : le programme Espace de Transition*. Thèse doctorale inédite, Université de Montréal, Montréal, Canada.
36. Macnaughton, J., White, M., & Stacy, R. (2005). Researching the benefits of arts in health. *Health Education*, 105, 332-339.
37. Webster, S., Clare, A., & Collier, E. (2005). Creative solutions: Innovative use of the arts in mental health settings. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 43, 42-49.
38. White, M. (2004). Arts in mental health for social inclusion: towards a framework for program evaluation. In J. Cowling (Ed.), *For Art's Sake: Society and the Arts in the 21st Century* (pp. 75-99). London, UK: Institute for Public Policy Research.
39. Collie, K., Bottorff, J.L., Long, B.C., & Conati, C. (2006). Distance art groups for women with breast cancer: guidelines and recommendations. *Support Care Cancer*, 14, 849-858.
40. Lloyd, C., Wong, S.R., & Petchkovsky, L. (2007). Art and recovery in mental health: A qualitative investigation. *British Journal of Occupational Therapy*, 70, 207-214.
41. Tate, F.B., & Longo, D.A. (2002). Art therapy: enhancing psychosocial nursing. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 40, 40-47.
42. Spandler, H., Secker, J., Kent, L., Hacking, S., & Shenton, J. (2007). Catching life: the contribution of arts initiatives to recovery approaches in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 791-799.
43. Stickley, T., & Hui, A. (2012). Social prescribing through arts on prescription in a UK city: Referrers' perspectives (Part 2). *Public Health*, 126, 580-586.



CHU Sainte-Justine



Fondation
CHU Sainte-Justine

Pour l'amour des enfants