« Arrêtez de me donner un numéro et mettez-moi en contact avec un être humain »

Comment 22 filles ont fait la lumière sur les lacunes du système manitobain de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les jeunes



PHASE FOUR REPORT

Un rapport spécial du Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba (2020)

RAPPORT DE LA PHASE QUATRE

AVERTISSEMENT : CONTENU SENSIBLE

Le présent rapport aborde les questions de maladie mentale, de dépendance, de mauvais traitements et de négligence envers les enfants, de violence et de suicide. En relatant l'histoire des 22 jeunes dont il y est question, nous avons soigneusement examiné chacun des détails contenus dans cette version définitive. Nous tenons toutefois à préciser que certains passages du rapport pourraient ne pas convenir à tous les lecteurs.

Si vous ou l'un de vos proches êtes en difficulté, vous pouvez obtenir de l'aide.
Au Manitoba, appelez la Ligne de prévention et de soutien en matière de suicide en composant le 1-877-435-7170, ou rendez-vous à la page www.ReasonToLive.ca.

Afin de préserver la confidentialité des 22 jeunes dont les témoignages ont inspiré le présent rapport et de respecter la vie privée de leurs familles, aucun nom ni aucune autre information permettant de les identifier ne sont mentionnés. Bien que le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba soit légalement autorisé à divulguer publiquement des renseignements personnels, y compris des renseignements personnels sur la santé, le présent rapport s'appuie sur des données anonymisées et des pseudonymes.

Au sujet du Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba

Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes (le Bureau) est un bureau indépendant et non partisan de l'Assemblée législative du Manitoba. Nous représentons les droits, les intérêts et les points de vue des enfants, des jeunes et des jeunes adultes qui reçoivent, ou devraient recevoir, des services publics provinciaux dans l'ensemble du Manitoba. Pour ce faire, nous offrons un soutien direct à la défense des droits des jeunes et de leurs familles, examinons la prestation des services publics en cas de décès d'un enfant et menons des recherches axées sur l'enfant au sujet de l'efficacité des services publics du Manitoba. Le Bureau est habilité par la loi à formuler des recommandations dans le but d'améliorer l'efficacité des services destinés aux enfants, aux jeunes et aux jeunes adultes, et des interventions qui en découlent. Notre mandat, qui est assujetti à la Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes et guidé par la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, vise à faire valoir l'intérêt supérieur des enfants et des jeunes.

© 2020 Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba
Tous droits réservés.
Imprimé au Canada.
ISBN (en ligne) : 978-1-9995410-7-1
ISBN (papier) : 978-1-9995410-8-8

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le présent rapport veuillez joindre le :
Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba
270, rue Osborne Nord
Winnipeg (Manitoba) R3C 1V7
Courriel : info@manitobaadvocate.ca

L'utilisation de tout extrait du présent rapport est permise, à condition que la source en soit citée.

Citation suggérée

Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba. (2020). *« Arrêtez de me donner un numéro et mettez-moi en contact avec un être humain » : Comment 22 filles ont fait la lumière sur les lacunes du système manitobain de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les jeunes*. Consultable à l'adresse : https://manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/MACY-Special-Report- Suicide-Aggregate-2020.pdf

Rapport spécial global sur l'examen du décès de 22 enfants effectué conformément aux parties 4 et 5 de la Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes.

Aux fins du présent document, toutes les données permettant d'identifier des personnes, y compris des enfants, des jeunes et des jeunes adultes, ou encore des services et des lieux, ont été modifiées ou supprimées afin de préserver leur confidentialité et leur vie privée.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES 7
Notre engagement envers la réconciliation 9
Hommage 9
RÉSUMÉ 10
RECHERCHES EN COURS SUR LE SUICIDE AU BUREAU 14
MÉTHODOLOGIE 17
CONTEXTE 21
LE SUICIDE : UN SUJET COMPLEXE 32
Analyse des facteurs de risque de suicide 33
Déterminants sociaux de la santé et facteurs de risque de suicide 38
COMMENT PRÉVENIR LE SUICIDE CHEZ LES JEUNES AU MANITOBA? 41
Un modèle à plusieurs niveaux, où les services répondent aux besoins 41
Les lacunes et les obstacles restent trop nombreux 44
Un pas dans la bonne direction : des investissements provinciaux récents 51
RECOMMANDATION 1 : MENER UNE ANALYSE DES LACUNES 56
RECOMMANDATION 2 : GARANTIR UN ACCÈS ÉQUITABLE AUX SERVICES 57
Les traumatismes précoces justifient une intervention ciblée 58
Investir dans les enfants présente de nombreux avantages 61
De soins tenant compte des traumatismes à une *approche centrée sur la guérison* 66
RECOMMANDATION 3 : FORMER LES INTERVENANTS SUR LES TRAUMATISMES ET LEURS RÉPERCUSSIONS 69
RECOMMANDATION 4 : AIDER LES FAMILLES À TROUVER LES BONNES RESSOURCES 71
Les jeunes des régions rurales ont droit à des services équivalents sur le plan de la qualité et de la disponibilité 72

Carrefours jeunesse et carrefours régionaux : renforcer l'intégration des services tout au long du continuum **77**

RECOMMANDATION 5: CRÉER UN PLUS GRAND NOMBRE DE CARREFOURS JEUNESSE **82**

RECOMMANDATION 6 : CRÉER DES CARREFOURS RÉGIONAUX EN DEHORS DE WINNIPEG **83**

La recommandation en action : améliorer le mieux-être de la collectivité grâce à un continuum de services essentiels **84**

Les familles ont besoin d'*accompagnateurs*, ou de copilotes **87**

Le niveau le plus élevé du continuum nécessite des investissements particuliers **96**

Sous-financement chronique du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les jeunes **100**

RECOMMANDATION 7 : CRÉER UN TRAITEMENT À LONG TERME POUR LES JEUNES AYANT LES BESOINS LES PLUS CRIANTS **104**

Les interventions s'améliorent lorsque les services communiquent entre eux **105**

ANNEXES ***113***

Annexe A : Synthèse des constatations et des recommandations **113**

Annexe B : Sigles **116**

Annexe C : Mandat **117**

Annexe D : Bibliographie **119**

Notre engagement envers la réconciliation

Le mandat de notre Bureau s'étend à l'ensemble de la province du Manitoba, et c'est pourquoi nous nous déplaçons et travaillons dans un certain nombre de régions visées par des traités. Nos bureaux du sud du Manitoba se situent sur le territoire du Traité n^{o} 1 – le territoire traditionnel des peuples anishinaabe, cri, oji-cri, dakota, ojibwé et déné – et dans la patrie des Métis. Notre bureau du nord du Manitoba se situe sur le territoire du Traité n^{o} 5 et offre des services aux enfants, aux jeunes, aux jeunes adultes et à leurs familles dans de nombreux coins de la province, ce qui inclut les régions visées par les traités n^{os} 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 10.

Nous souscrivons aux principes de la décolonisation et de la réconciliation, et nous nous efforçons de contribuer de manière importante à l'amélioration de la vie de tous les enfants, jeunes et jeunes adultes, mais en particulier de celle des jeunes des Premières Nations, des jeunes Métis et des jeunes Inuits, qui continuent d'être touchés de façon disproportionnée par des inégalités systémiques et autres obstacles dans nos collectivités. Dans un souci de justice sociale et dans une optique axée sur les droits, nous intégrons à la pratique de notre bureau la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones et les appels à l'action de la Commission nationale de vérité et réconciliation. Nous espérons que la portée de notre travail au nom des enfants, des jeunes, des jeunes adultes et de leurs familles contribue à amplifier ces voix et à améliorer concrètement leur vie et leurs résultats.

Hommage

Le présent rapport est dédié à toutes les personnes qui ont souffert ou ont perdu la vie à cause d'une maladie mentale. Nous espérons qu'en partageant les témoignages contenus dans le présent rapport, les lecteurs prendront conscience de l'ampleur du problème. Les symptômes d'une maladie mentale peuvent avoir des répercussions sur tous les aspects de la vie d'une personne et entraîner une grande douleur et beaucoup de souffrance. Les personnes atteintes d'une maladie mentale doivent être en mesure de bénéficier d'un accès équitable à des traitements adaptés susceptibles d'améliorer leur qualité de vie et leur bien-être. La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant stipule que chaque enfant et chaque jeune a droit à des soins de santé de qualité, y compris en matière de santé mentale. Au Manitoba, la Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes donne au protecteur les moyens de « prendre des mesures visant à faire connaître la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant ».

Nous avons tous un rôle à jouer pour mettre fin à la stigmatisation liée à la maladie mentale, afin que les personnes en difficulté sachent qu'elles peuvent obtenir de l'aide et qu'elles sont des membres aimés et estimés de la société. Le pouvoir des mots est immense et peut avoir un effet considérable sur les personnes aux prises avec une maladie mentale ainsi que sur leurs proches. Nous espérons que les lecteurs du présent rapport prendront quelques minutes pour regarder une vidéo YouTube réalisée par le Bureau, qui s'intitule *The Language of Suicide* (la terminologie du suicide), et qu'ils garderont à l'esprit les suggestions formulées dans cette vidéo tout au long de leur lecture.

The Language of Suicide **:** https://www.youtube.com/watch?v=n4jYcUHtu_g

Si vous ou l'un de vos proches êtes aux prises avec une maladie mentale, n'hésitez pas à demander de l'aide. Vous n'êtes pas seul.

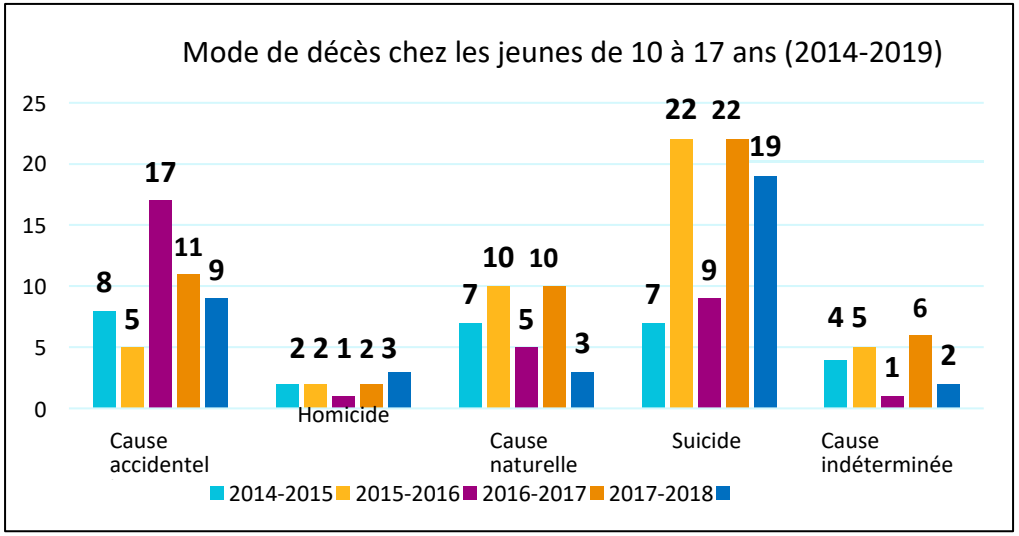
Ligne de prévention et de soutien en matière de
suicide (sans frais) : 1-877-435-7170
Jeunesse, J'écoute (sans frais) : 1-800-668-6868
Services 24 heures sur 24 pour les jeunes en crise à Winnipeg : 204-949-4777
Services 24 heures sur 24 pour les jeunes en crise à l'extérieur de Winnipeg : 1-888-383-2776

RÉSUMÉ

On constate une prise de conscience croissante du problème du suicide, en particulier des décès par suicide chez les enfants, les jeunes et les jeunes adultes. En 2017, la Commission de la santé mentale du Canada a rapporté que le suicide était la deuxième cause de décès chez les jeunes âgés de 10 à 24 ans au Canada (Commission de la santé mentale du Canada, 2017). Il est alarmant de constater qu'au Manitoba, **le suicide représente le principal mode de décès chez les jeunes âgés de 10 à 17 ans** (figure 1).

En ma qualité de protectrice des enfants et des jeunes du Manitoba, et conformément à la législation provinciale, je suis informée par le Bureau du médecin légiste en chef de tous les décès d'enfants, de jeunes et de jeunes adultes âgés de moins de 21 ans survenus dans toute la province. À partir de ces avis officiels de décès, le Bureau a établi qu'au cours des cinq dernières années, comme l'illustre le graphique ci-dessous, le Manitoba a perdu 79 jeunes par suicide, soit une moyenne de près de 16 par an.

Figure 1 – *Mode de décès chez les jeunes âgés de 10 à 17 ans entre 2014 et 2019 (tendance sur 5 ans).*



J'ai rendu ces renseignements publics pour la première fois en février 2020, lorsque j'ai publié un rapport intitulé *La lente disparition de Matthew : Le combat d'une famille pour des soins de santé mentale pour les jeunes en cas d'intimidation et de troubles de santé mentale*[1]. L'enquête menée par le Bureau sur le suicide de Matthew, alors âgé de 16 ans, a montré à quel point la situation pouvait s'avérer difficile pour les enfants et les jeunes de notre province qui souffrent de graves troubles mentaux, et à quel point elle était désespérément frustrante pour leurs familles, qui doivent souvent tenter de composer elles-mêmes avec un ensemble disparate d'interventions et de services. Le témoignage de Matthew est venu renforcer les appels lancés depuis longtemps par de nombreux jeunes, proches et experts de la santé dans notre province, qui soulignent à quel point il est difficile, pour un enfant ou un jeune, d'accéder à des services de santé mentale efficaces. Même si nous avons d'excellents professionnels de la santé et intervenants au sein du système, c'est la structure même de ce système qui n'est pas adaptée aux enfants et qui n'est pas axée sur la jeunesse.

[1] Pour lire l'histoire de Matthew (en anglais), rendez-vous sur : https://manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/2023/05/MACY-Special-Report-The-Slow-Disappearance-of-Matthew-Feb2020.pdf.

En raison des longues listes d'attente et des critères d'admission restrictifs des services, qui affichent pourtant paradoxalement un nombre élevé de places inoccupées, de nombreux enfants et jeunes voient leur situation se détériorer, tandis que leurs familles doivent assumer seules la tâche de les soutenir et de les aider à tenir le coup, parfois pendant plusieurs mois, avant qu'une aide leur soit offerte. Ce fonctionnement du système a une nouvelle fois été décrit dans l'étude approfondie commandée par le gouvernement sur le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances au Manitoba, intitulée *Improving Access and Coordination of Mental Health and Addiction Services: A Provincial Strategy for all Manitobans* (améliorer l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et leur coordination au Manitoba : une stratégie provinciale pour tous les Manitobains) (Virgo Planning, 2018) également connu sous le nom de « rapport Virgo ». Les auteurs du rapport Virgo soulignent le sous-financement et le rendement insuffisant du système de santé mentale destiné aux jeunes dans notre province, et formulent des recommandations clés appelant le gouvernement provincial à combler les lacunes flagrantes en matière de prestation de services. Selon les auteurs :

> ***« Les besoins sont extrêmement importants :*** le Manitoba se distingue par des résultats parmi les plus élevés, voire les plus élevés de tous, pour presque tous les indicateurs des besoins en matière de santé mentale et de dépendance, y compris ceux liés aux facteurs sanitaires, sociaux et judiciaires. Derrière ces "chiffres" se cache un énorme fardeau financier pour la province, ainsi qu'un fardeau physique et psychologique souvent tragique pour les collectivités, les familles et l'ensemble de la population manitobaine. Dans l'ensemble, l'ampleur globale des besoins constitue clairement un appel à l'action » [TRADUCTION] (Virgo Planning, 2018, p. x; mise en évidence dans l'original).

Le rapport poursuit en soulignant que « les problèmes complexes de santé mentale et de dépendance sont très répandus chez les enfants et les jeunes du Manitoba, ce qui contraste fortement avec le niveau relativement faible du financement accordé aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances » [TRADUCTION] (Virgo Planning, 2018, p. xx). Le rapport explique également qu'« **environ 7,2 % des dépenses publiques de santé au Canada sont consacrées aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Ce pourcentage se situe bien en dessous de celui de plusieurs autres pays dont les revenus sont élevés… En 2016-2017, le Manitoba n'a consacré que 5,1 % de son budget de la santé aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances** » [TRADUCTION] (Virgo Planning, 2018, p. 9).

Si certains investissements ont enfin commencé, petit à petit, à être débloqués par le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active, il est clair que c'est le système destiné aux adultes qui retient actuellement toute l'attention du gouvernement et que, par conséquent, les jeunes seront contraints d'attendre une prochaine phase d'investissements publics. Alors que les fonds destinés à la santé mentale et à la prise en charge des dépendances chez les jeunes sont réorientés vers d'autres priorités gouvernementales, les Manitobains doivent prendre conscience

des conséquences que ces décisions ont sur les enfants. Une fois de plus, le suicide est devenu le principal mode de décès chez les jeunes au Manitoba.

Cette révélation surprenante a été entendue par la population. Dans les semaines qui ont suivi la publication du rapport sur l'histoire de Matthew, le personnel du Bureau et moi-même avons reçu d'innombrables messages, appels téléphoniques et autres contacts de la part de personnes souhaitant nous parler d'un jeune de leur entourage qui, comme Matthew, traverse une période difficile. Vous êtes nombreux à m'avoir fait part de votre frustration face au manque de services disponibles lorsque les enfants et les jeunes ont besoin de mesures de soutien en santé mentale et en traitement des dépendances. Vous avez lu l'histoire de Matthew et vous savez à quel point sa famille s'est battue pour sauver son fils. Vous craignez souvent de connaître un Matthew vous aussi.

Le rapport spécial que je vous présente aujourd'hui s'inscrit dans la continuité de l'histoire de Matthew. Il relate le parcours de 22 jeunes filles manitobaines qui se sont donné la mort alors qu'elles cherchaient à obtenir des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances dans notre province. À la lumière des expériences vécues par ces jeunes filles, notre province a l'occasion de s'engager à apporter des changements et de nouveaux modes d'action susceptibles d'améliorer la vie des jeunes et de réduire le risque de suicides à l'avenir. Aujourd'hui, je formule sept recommandations qui s'appuient sur 22 enquêtes distinctes, sur une analyse du système actuel de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les jeunes, sur des publications récentes financées par les contribuables comme le rapport Virgo (Virgo Planning, 2018) et le rapport Peachey (Health Intelligence, 2017), ainsi que sur les annonces et les investissements pertinents du gouvernement. Mon équipe a consulté des experts du système et des responsables locaux, et nous nous sommes penchés sur les meilleures pratiques en vigueur dans les autres administrations. Il importe de noter que nous avons discuté avec des jeunes afin de mieux comprendre ce dont ils ont besoin dans leur vie lorsqu'ils traversent une période difficile et ont besoin d'aide. Leurs vies et leurs témoignages se reflètent dans les sept recommandations que je formule aujourd'hui – des recommandations visant à renforcer la transparence, la responsabilité et l'efficacité du gouvernement. Il convient de noter que leur message global était clair : lorsqu'ils ont besoin d'aide, ce qu'ils souhaitent, c'est d'être mis en relation avec des personnes compétentes et bienveillantes, capables de leur montrer un chemin leur permettant de quitter la souffrance et la solitude pour accéder à la guérison et à un sentiment d'appartenance.

La question du suicide est depuis longtemps au cœur des préoccupations du Bureau. Dans notre rôle de défenseur des enfants et des jeunes, mon équipe et moi-même sommes déterminées à toujours mieux comprendre les parcours de tous les jeunes en souffrance, afin de mieux cerner les formes de soutien et les interventions susceptibles de faire la différence pour un jeune en situation de crise. J'invite toute la

population manitobaine à lire le présent rapport et à réfléchir aux messages qu'il renferme, surtout si, comme moi, vous avez dans votre entourage des enfants et des jeunes que vous aimez et pour lesquels vous rêvez d'un avenir meilleur. Pour toute préoccupation concernant une situation touchant des enfants, des jeunes ou de jeunes adultes qui ont besoin de services publics, je vous invite également à communiquer avec le Bureau pour faire appel à ses services de défense des droits. N'hésitez pas à nous joindre en ligne si vous souhaitez en savoir plus sur l'ensemble de nos activités : de la mobilisation des jeunes à la défense des droits, en passant par les services d'enquêtes, de recherche et de suivi des recommandations. Vous trouverez de nombreux renseignements sur nos travaux et activités en cours sur notre site Web et nos réseaux sociaux.

C'est pour moi un honneur et un immense privilège de servir les enfants, les jeunes et les jeunes adultes du Manitoba en tant que protectrice des enfants et des jeunes du Manitoba. Respectueusement,



Daphne Penrose, maîtrise en service social, travailleuse sociale autorisée
Protectrice des enfants et des jeunes du Manitoba

RECHERCHES EN COURS SUR LE SUICIDE AU BUREAU

Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba (le Bureau), anciennement connu sous le nom de Bureau du protecteur des enfants, a publié plusieurs rapports sur le suicide chez les jeunes. Parmi ces rapports figurent *The Changing Face of Youth Suicide in Manitoba and the Narrow Window for Intervention, Phase One* (l'évolution du suicide chez les jeunes au Manitoba et la courte fenêtre d'intervention : rapport de la phase un) [Bureau du protecteur des enfants et des jeunes, 2015] et *The Changing Face of Youth Suicide in Manitoba and the Narrow Window for Intervention, Phase Two* (L'évolution du suicide chez les jeunes au Manitoba et la courte fenêtre d'intervention : rapport de la phase deux) [Bureau du protecteur des enfants et des jeunes, 2016]. Ces deux rapports s'inscrivent dans le cadre d'une étude en plusieurs phases sur le suicide chez les jeunes au Manitoba qui est aujourd'hui menée par le Bureau. Le rapport publié aujourd'hui constitue la *quatrième phase* de ces travaux en cours.

La *première phase* du projet de recherche s'est achevée en 2015. Elle a porté sur les facteurs de risque de suicide que l'on retrouvait dans la vie de 50 jeunes décédés par suicide au Manitoba entre le 1er janvier 2009 et le 31 décembre 2013. Ils bénéficiaient de services de protection de l'enfance au moment de leur décès ou au cours de l'année précédant leur décès. La *première phase* a permis de constater que les idées reçues concernant le suicide et les personnes à risque pourraient ne pas s'appliquer ici, dans notre province. Les données ont montré qu'au Manitoba, une part plus importante de femmes mourrait par suicide, et ce, à un âge de plus en plus précoce. Parmi les principaux facteurs communs aux 50 jeunes décédés figuraient une fréquentation scolaire irrégulière, des hospitalisations antérieures pour des blessures suspectes, des démêlés avec le système de justice pour les jeunes, des idées suicidaires documentées, la consommation problématique de substances chez les parents/fournisseurs de soins et les jeunes eux-mêmes, ainsi que les changements de placement fréquents.

Le rapport de la *deuxième phase*, publié en 2016, portait sur un groupe témoin aléatoire de 100 jeunes qui avaient bénéficié des services de protection de l'enfance au cours de la même période que celle durant laquelle les décès décrits dans la *première phase* s'étaient produits. Parmi les facteurs de risque communs au sein du groupe témoin de la *deuxième phase*, on comptait la faible fréquentation scolaire, les démêlés avec le système de justice pour les jeunes, l'exposition à des tendances suicidaires, la consommation problématique de substances chez les parents/fournisseurs de soins et les jeunes eux-mêmes, l'instabilité du placement, le fait d'être témoin ou d'être exposé à la violence au sein du foyer, les idées suicidaires et la violence physique. Si ces facteurs de risque étaient présents chez la quasi-totalité des 100 jeunes en question, ils étaient près de deux fois plus marqués chez la plupart de ceux s'étant donné la mort.

Ce qui est ressorti de ces deux premières phases, c'est l'importance d'une intervention précoce dans la vie des jeunes. À titre d'illustration, nos données ont montré que les jeunes les plus exposés au risque de suicide ont commencé à avoir des difficultés à fréquenter régulièrement l'école après l'âge de 12 ans. C'est important, car le Manitoba, comme de nombreuses autres administrations, s'appuie fortement sur le système scolaire public pour diffuser la plupart des renseignements relatifs à la prévention du suicide. Comme notre étude semblait indiquer que les jeunes susceptibles de tirer le plus grand bénéfice de ces messages de prévention risquaient de ne pas être présents en classe pour les recevoir, nous avons cherché des solutions en amont.

En 2016, le Bureau s'est associé à l'Association canadienne pour la santé mentale (Manitoba et Winnipeg) pour mettre en place la *troisième phase* de l'étude en cours sur le suicide : un programme novateur de promotion de la santé mentale à l'échelle de la population destiné aux enfants âgés de 8 à 12 ans. Thrival Kits^{MC} est un programme scolaire offert en classe et animé par les enseignants tout au long de l'année scolaire. Il a pour but d'intégrer la santé mentale et le mieux-être psychologique dans la vie quotidienne, d'enseigner des stratégies d'adaptation et de renforcer l'identité et la confiance en soi dans une perspective de bonne santé mentale. Tout au long de l'année scolaire, les élèves constituent leur trousse Thrival Kits^{MC} : une boîte de la taille d'une boîte à chaussures qu'ils remplissent de petits objets chargés de sens à mesure qu'ils relèvent des défis en classe et participent à des activités de promotion de la santé mentale. Ces trousses s'appuient sur la créativité, la réflexion et le développement des compétences relationnelles pour aider les enfants à comprendre qui ils sont et ce qui les rend particuliers et uniques. En octobre 2019, le gouvernement du Manitoba a investi dans le renforcement des programmes de promotion de la santé mentale destinés aux enfants et aux jeunes de la province et a annoncé qu'il allouerait un financement substantiel au projet Thrival Kits^{MC} au cours des trois prochaines années afin que tous les élèves manitobains de la 4^{e} à la 6^{e} année puissent y participer.

Le rapport publié aujourd'hui constitue la *quatrième phase* de notre projet de recherche en plusieurs phases. Il s'appuie également sur les facteurs de risque répertoriés au cours de la *première phase* et de la *deuxième phase* du projet afin de quantifier le risque de suicide chez les jeunes dont les témoignages ont servi de base au présent rapport. Ces facteurs de risque sont étayés par des études portant sur le risque de suicide et comprennent à la fois des facteurs individuels et des facteurs environnementaux. Sur la base des tendances observées par le Bureau, il convient de souligner que nous avons ajouté les problèmes de comportement à l'école aux 19 facteurs de risque intégrés à la *première phase* et à la *deuxième phase*.

Facteurs de risque de suicide

Consommation d'alcool au moment du décès

Harcèlement

Consommation de drogues au moment du décès

Exposition à la violence à la maison

Antécédents d'hospitalisation pour des blessures suspectes ou pour des questions de santé mentale

Antécédents de violences sexuelles

Consommation problématique de substances par les parents

Changements de placement ou instabilité du logement

Faible fréquentation scolaire

Tentatives de suicide antérieures avérées

Conflit récent (avec un ami proche ou un partenaire)

Problèmes de comportement à l'école

Automutilation

Exploitation sexuelle

Idées suicidaires

Tendances suicidaires chez des membres de la famille ou des amis (tentatives de suicide ou idées suicidaires)

Décès par suicide d'un membre de la famille ou d'un ami

Usage de substances psychoactives par le jeune en question

MÉTHODOLOGIE

D'après les avis officiels de décès d'enfants reçus au cours de la période de 12 mois comprise entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019, 32 enfants, jeunes et jeunes adultes âgés de moins de 21 ans se sont suicidés dans notre province. Depuis le 15 septembre 2008 (date à laquelle la responsabilité des examens portant sur les décès d'enfants a été transférée au Bureau), 159 enfants et jeunes (âgés de 9 à 17 ans) se sont suicidés au Manitoba. Ces chiffres sont particulièrement alarmants quand on sait que le suicide peut être évité, à condition que des interventions adaptées soient mises en place et accessibles à un stade précoce. Le présent rapport vise à enrichir le corpus croissant de données et de connaissances sur le suicide chez les jeunes en analysant les thèmes et les tendances qui se dégagent des récits de 22 jeunes filles (âgées de 10 à 17 ans) qui se sont suicidées au Manitoba entre 2013 et 2019.

Comme nous l'indiquons ci-dessus, le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes est informé de tous les décès d'enfants, de jeunes et de jeunes adultes âgés de moins de 21 ans au Manitoba. Le Bureau a à la fois la responsabilité légale d'évaluer chaque décès et le pouvoir discrétionnaire de procéder à un examen ou à une enquête approfondis sur les services publics qui accompagnaient alors l'enfant, le jeune, le jeune adulte ou sa famille[2].

Le Bureau a été informé par le Bureau du médecin légiste en chef des décès des 22 jeunes filles dont il est question dans le présent rapport, survenus entre 2013 et 2019. On a pu établir que ces décès devaient faire l'objet d'un examen, car ces jeunes, ou leur famille, bénéficiaient des services de protection de l'enfance au moment de leur décès ou au cours de l'année précédant ceux-ci. Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba a ensuite officiellement informé l'organisme de protection de l'enfance concerné et la régie de services à l'enfant et à la famille appropriée qu'il mènerait un examen des services fournis. Dans ce cas précis, 12 des jeunes décédés avaient bénéficié des services de la Régie des services à l'enfant et à la famille des Premières nations du nord du Manitoba, 5 de ceux de la Régie des services à l'enfant et à la famille des Premières nations du sud du Manitoba, 3 de ceux de la Régie générale des services à l'enfant et à la famille, et 2 de ceux de la Régie des services à l'enfant et à la famille des Métis.

[2] Se reporter à l'annexe C pour en savoir plus sur la Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes. Se reporter à la Loi sur les enquêtes médico-légales, et plus précisément aux paragraphes 10(1) et (2) pour en savoir plus sur la procédure de transmission des avis et des rapports du médecin légiste en chef au Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba.

À l'issue de la phase d'examen, les affaires de jeunes filles décédées par suicide ont été regroupées afin de mener une enquête sur les services qui avaient été fournis à ces jeunes filles et à leurs familles. Un avis officiel de l'intention du Bureau de mener une enquête plus approfondie a été adressé à la ministre des Familles. Cependant, le 15 mars 2018, la Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes est entrée en vigueur et la portée du travail du Bureau a été élargie conformément à son nouveau mandat législatif. Des avis d'enquête supplémentaires ont été transmis au ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active, au ministère de la Justice et au ministère de l'Éducation dans les cas où les jeunes bénéficiaient de services de santé mentale, de services de lutte contre les dépendances, de services de justice pour les jeunes, de programmes éducatifs personnalisés ou encore de services de soutien aux victimes relevant du mandat élargi prévu par la loi et qui sont appelés « services désignés ».

Les services examinés dans le cadre de l'enquête comprennent ceux fournis par :

- les offices de services à l'enfant et à la famille et les offices désignés pour la prestation de services d'accueil, parmi lesquels figurent les offices de services à l'enfant et à la famille relevant de chacune des quatre régies de services à l'enfant et à la famille du Manitoba, lesquelles relèvent du ministère des Familles du Manitoba;
- les services de lutte contre les dépendances de toute la province, qu'ils soient délivrés en établissement ou en milieu communautaire, fournis ou financés par le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active du Manitoba;
- les services de santé mentale, qu'ils soient délivrés en milieu hospitalier ou en milieu communautaire, fournis ou financés par le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active du Manitoba;
- les établissements scolaires de toute la province relevant de la compétence des divisions scolaires de la province, lesquelles relèvent du ministère de l'Éducation du Manitoba;
- les écoles des Premières Nations supervisées par les conseils d'administration des autorités scolaires des Premières Nations concernées;
- le ministère de la Justice du Manitoba, à partir des dossiers provenant à la fois des établissements de garde pour les jeunes et des services de probation de toute la province;
- les services de soutien aux victimes, à partir des dossiers provenant du ministère de la Justice du Manitoba.

Par ailleurs, les documents complémentaires examinés comprenaient les rapports du médecin légiste et les rapports d'autopsie, les dossiers de divers services de police du Manitoba et de la GRC, les dossiers de divers centres et établissements de santé de la province, les dossiers du Centre de protection de l'enfance, les dossiers des postes de soins infirmiers fournis par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits ainsi que les dossiers cliniques de thérapeutes exerçant dans le privé.

Au moment d'examiner les dossiers provenant des services susmentionnés dans le cadre d'une enquête, nous avons porté une attention particulière aux circonstances et aux facteurs correspondant aux facteurs de risque de suicide précédemment examinés par le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba et évoqués dans l'introduction du présent rapport. Outre ces facteurs analogues, des thèmes qui n'avaient pas été répertoriés auparavant ont également été relevés.

Outre l'examen des 131 dossiers liés à des services désignés, des entretiens ont été menés avec plusieurs fournisseurs de services désignés dans le domaine de la santé mentale, notamment :

- des représentants du Centre de traitement des adolescents et adolescentes du Manitoba, y compris de Télésanté dans les régions rurales et du Nord;
- des représentants du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du Centre des sciences de la santé;
- des représentants du service de santé de l'enfant du Centre des sciences de la santé;
- des représentants du service des urgences pédiatriques de l'Hôpital pour enfants du Centre des sciences de la santé;
- les représentants de deux autres organismes communautaires de santé mentale qui participent à la fourniture de divers services de santé mentale à Winnipeg;
- des représentants de la région sanitaire du Nord.

Ces entretiens ont permis de mieux comprendre le système de santé mentale du Manitoba et le parcours qu'un enfant ou un jeune pouvait suivre au sein de ce système au moment d'avoir recours à de tels services. Par ailleurs, le Bureau a recueilli les impressions professionnelles des représentants concernant le fonctionnement du système actuel et sa capacité à répondre aux besoins des enfants et des jeunes du Manitoba.

Il a également organisé deux groupes de discussion approfondis avec son Groupe consultatif de jeunes ambassadeurs afin d'aborder les questions du suicide chez les jeunes et de la fourniture des services par les services désignés au Manitoba[3]. Ce groupe consultatif, composé d'un certain nombre de jeunes ambassadeurs, joue un rôle central dans le travail du Bureau : il permet de mieux comprendre les problèmes auxquels se heurtent les jeunes du Manitoba et formule des observations quant à la manière dont les services gouvernementaux pourraient être améliorés pour mieux les accompagner. On ne saurait trop insister sur l'importance d'inclure la voix des jeunes dans un rapport qui aura une incidence directe sur leur vie. Les jeunes sont les meilleurs juges de leur propre vie, et les membres du Groupe consultatif de jeunes ambassadeurs ont clairement exprimé ce dont ils estiment avoir besoin pour cultiver et préserver une bonne santé mentale. Leurs contributions,

[3] La Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes définit les services désignés comme comprenant les domaines suivants : la protection de l'enfance, l'adoption, le handicap, l'éducation, la santé mentale chez les jeunes, la lutte contre les dépendances chez les jeunes, le soutien aux victimes (y compris d'exploitation sexuelle et de violence familiale) et la justice pour les jeunes.

leurs conseils et leurs commentaires ont été intégrés tout au long du présent rapport dans le but d'apporter des évolutions concrètes et d'améliorer l'efficacité et la réactivité des services offerts aux enfants et aux jeunes du Manitoba.

Dans le cadre du présent rapport, le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba a mis en évidence, par l'intermédiaire d'un examen approfondi des dossiers, de la détermination et de l'analyse des facteurs de risque de suicide et d'entretiens avec les fournisseurs de services, les occasions d'intervention manquées ou les lacunes dans les services fournis aux 22 jeunes filles et à leurs familles. Toutes les données permettant d'identifier des personnes, y compris des enfants, des jeunes et de jeunes adultes et leurs familles, ou encore des fournisseurs de services et des lieux, ont été modifiées ou supprimées afin de préserver leur confidentialité et leur vie privée. Le présent rapport contient les recommandations du Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba en vue d'apporter des améliorations systémiques susceptibles d'éviter le décès d'autres jeunes du Manitoba se trouvant dans des situations similaires. Pour consulter les recommandations antérieures consacrées aux services de Winnipeg, veuillez vous reporter au rapport récemment publié *La lente disparition de Matthew : le combat d'une famille pour des soins de santé mentale pour les jeunes en cas d'intimidation et de troubles de santé mentale* (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba, 2020 – en anglais seulement)[4].

Lorsque la version préliminaire du présent rapport a été achevée en février 2020, les organismes, les autorités et les ministères qui avaient fourni des renseignements dans le cadre de cette étude en ont reçu une copie pour examen et ont été invités à assister à une séance d'information en présentiel organisée par le Bureau afin de discuter de ces enquêtes et des conclusions formulées. Dans plusieurs cas, les organismes et les ministères ont reçu à la fois une version préliminaire du rapport et une présentation en présentiel[5]. Les réunions sectorielles ont un double objectif : vérifier l'exactitude des renseignements présentés dans le rapport, et permettre au Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba de recueillir et d'examiner toute mise à jour concernant les services ou les politiques, ainsi que les éventuels commentaires sur le rapport. Conscient de l'importance cruciale de la contribution des dirigeants politiques autochtones et des systèmes de gouvernance autochtones, le Bureau a invité la Manitoba Keewatinowi Okimakanak, l'Assembly of Manitoba Chiefs, la Southern Chiefs Organization Inc. et la Fédération métisse du Manitoba à examiner le présent rapport et ses conclusions. Avant sa publication, des réunions d'information ont été organisées avec des représentants des gouvernements autochtones.

[4] Vous pouvez consulter le présent rapport sur notre site Web : https://manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/MACY-Special-Report-The-Slow-Disappearance-of-Matthew- Feb2020.pdf (en anglais).
[5] Ces discussions et séances d'information en présentiel sont appelées « réunions sectorielles ».

Il importe de noter que le présent rapport spécial comporte certaines limites. L'exactitude des éléments de preuve recueillis est entièrement tributaire de l'exhaustivité et de l'exactitude des données administratives ainsi que de la fiabilité des renseignements supplémentaires transmis par les fournisseurs de services au cours des entretiens. De plus, notamment lorsqu'il s'agit d'aborder les questions de santé mentale, de maladie mentale et de suicide, la formation officielle et la compréhension dont disposent les fournisseurs de services joueront un rôle déterminant dans leur capacité à cerner les facteurs de risque et de protection, à saisir la complexité des problèmes qui se présentent, et à élaborer des plans d'action et des interventions qui apportent des réponses concrètes. En général, nous avons pu vérifier les données et les contre-vérifier auprès de diverses sources, mais cela n'a pas toujours été possible. Malheureusement, dans certains cas, la documentation était totalement absente.

Une fois le rapport d'enquête terminée ou le rapport spécial publié, notre travail se poursuit. En vertu de la Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes, le Bureau a le pouvoir de surveiller le degré de conformité aux recommandations formulées en vertu de la Loi et d'en rendre compte publiquement. Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba s'est engagé à améliorer la sensibilisation du public et les possibilités d'éducation du public. À cette fin, nous avons mis en place des mécanismes permettant aux systèmes visés par les recommandations de rendre compte de leurs progrès tous les six mois. Nous analyserons les mises à jour reçues et rendrons publics les résultats de nos analyses afin que les Manitobaines et les Manitobains puissent comprendre et suivre les améliorations apportées aux systèmes de services à l'enfant financés par l'État[6].

CONTEXTE

Dans le cadre de notre enquête sur les décès par suicide des 22 jeunes dont les témoignages ont nourri le présent rapport, nous nous sommes penchés sur les systèmes avec lesquels ces jeunes filles avaient été en contact et sur les services dont elles avaient bénéficié avant leur décès, en accordant une attention particulière aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Dans notre province, c'est principalement le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active du Manitoba qui s'occupe des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, et presque toutes les jeunes filles citées dans le présent rapport ont eu affaire à ce système. Au fil de notre enquête, il est apparu de manière alarmante que la disponibilité même de ces services et les obstacles empêchant d'y avoir accès avaient des répercussions

[6] Pour consulter notre outil de suivi des recommandations, utilisez le lien suivant : https://manitobaadvocate.ca/fr/reports-publications/recommendation-tracking/.

profondes sur la vie de ces jeunes. Au total, 16 des 22 jeunes filles avaient vécu dans des collectivités rurales, soit pendant toute leur enfance, soit pendant une partie de celle-ci. À la lumière de ces éléments, le présent rapport a pour objectif de se pencher sur les expériences particulières vécues par les enfants, les jeunes, les jeunes adultes et leurs familles qui vivent en dehors des grands centres urbains, en mettant particulièrement l'accent sur les expériences des jeunes personnes issues de collectivités rurales et éloignées.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, le gouvernement du Manitoba a commandé une étude sur les systèmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances dans notre province, dans le but d'améliorer l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances ainsi que la coordination de ces services, pour le bien de la population manitobaine. Pour étayer le présent rapport, le Bureau a procédé à une analyse approfondie du rapport Virgo (Virgo Planning, 2018). Dans le cadre du rapport Virgo, des parties prenantes et des utilisateurs des systèmes ont été invités à répondre à des questionnaires détaillés portant sur les services disponibles, le fonctionnement des systèmes eux-mêmes, les besoins des Manitobains et les capacités de l'infrastructure de santé actuelle à satisfaire à ces besoins. Le rapport Virgo contient de nombreuses recommandations articulées autour de six priorités stratégiques, le tout dans le but d'élaborer un plan stratégique qui guidera la mise en place d'un système accessible et coordonné de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances au Manitoba. Le rapport Virgo est exhaustif, et bon nombre des conclusions et recommandations contenues dans le présent rapport s'inspirent de celles du rapport Virgo.

À l'instar des conclusions de nos enquêtes menées sur 22 décès d'enfants, le rapport Virgo a souligné à plusieurs reprises que la disponibilité et l'accessibilité des services dans les systèmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances variaient considérablement d'une région à l'autre de notre province. Les collectivités rurales et éloignées du Manitoba, par exemple, ont un accès limité aux services et aux soutiens en raison de leur situation géographique et de la disponibilité des fournisseurs de services. Bien entendu, ces zones rurales et éloignées, où les services sont limités, voire inexistants, sont également celles où vivent les Autochtones. Cela donne lieu à des inégalités d'accès aux services provinciaux, ce qui pose des questions en matière de droits de l'enfant. Sur les 22 jeunes filles dont il est question dans le présent rapport, 20 étaient membres des Premières Nations ou des communautés métisses.

Des rapports nationaux récents, comme le rapport intitulé *Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées* (2019), ont mis en lumière les injustices passées et présentes commises à l'encontre des Autochtones au cours de plusieurs siècles de colonisation forcée et de pratiques d'assimilation. L'expulsion forcée des Autochtones de leurs terres par les colons ainsi que les tentatives délibérées de les priver de leur culture, de leur langue, de leur famille et de leur communauté ont eu des répercussions profondes qui se font encore sentir aujourd'hui, plusieurs générations plus tard.

Et pourtant, les familles autochtones se reconstruisent, se réapproprient leur culture et renouent avec leurs pratiques traditionnelles, lesquelles ont des effets de guérison et de protection incroyables sur les enfants, les jeunes, les jeunes adultes, les familles et les collectivités dans leur ensemble. Des investissements importants pour soutenir ces vagues de réappropriation et de revitalisation sur le plan communautaire bénéficieront à toute la population manitobaine. Comme l'a expliqué l'un des jeunes membres du Groupe consultatif de jeunes ambassadeurs du Bureau, ces investissements doivent non seulement répondre aux besoins de chaque enfant et de chaque jeune, mais aussi chercher à favoriser le bien-être des familles et des collectivités. Les parents et les membres des familles élargies peuvent eux aussi se heurter à des problèmes de santé mentale et de dépendance : améliorer la sécurité et la santé des enfants passe notamment par le fait de « garder leurs parents en vie » et en bonne santé (membre du Groupe consultatif de jeunes ambassadeurs du Bureau, entretien réalisé le 22 janvier 2020). Les experts du système et les autres intervenants interrogés dans le cadre du présent rapport ont tous souligné la nécessité d'impliquer les familles et les collectivités dans leur ensemble dans la promotion du mieux-être psychologique des enfants et des jeunes.

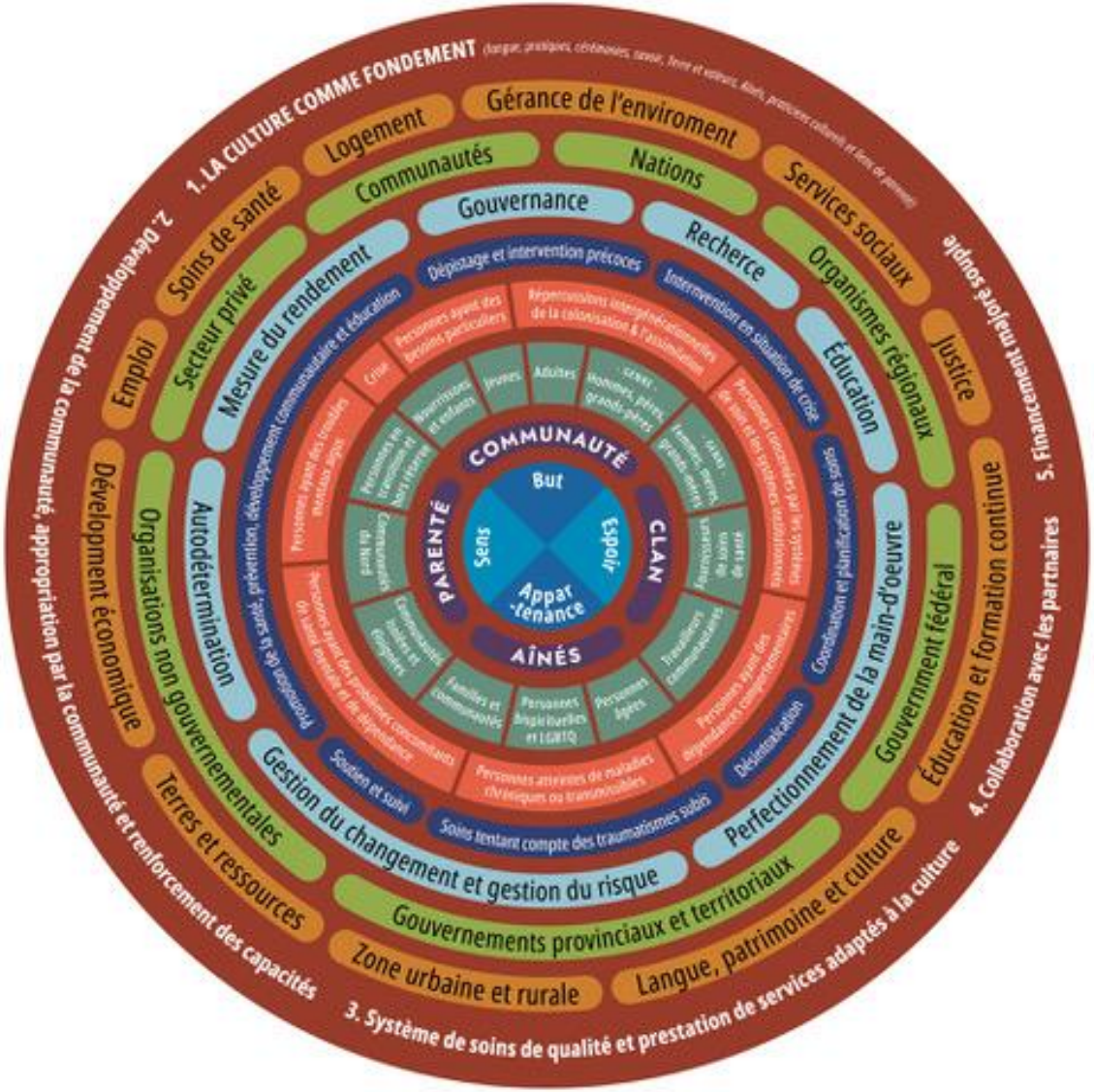
Malheureusement, l'accès insuffisant aux services, le manque de coordination et l'inconstance de la qualité des services sont autant de problèmes qui ont été mis en évidence dans les 22 enquêtes menées dans le cadre du présent rapport. Le fait est qu'au Manitoba, la qualité et l'efficacité des services de santé dépendent du lieu de résidence de l'enfant. Les lacunes et les freins actuels au sein des systèmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances sont encore aggravés par les cloisonnements entre les compétences des différents services financés par les gouvernements fédéral ou provinciaux. Le rapport Virgo a qualifié les questions de compétence de « défi fondamental qu'il faudra relever à l'avenir, puisqu'elles sous-tendent d'importants problèmes d'accès aux services et de coordination » [TRADUCTION] (2018, p. 236). Reconnaissant qu'il s'agissait là d'un pas en avant important, le rapport Virgo a formulé plusieurs recommandations visant à lever ces obstacles, notamment la recommandation 5.4. Cette recommandation issue du rapport Virgo a été mise en avant par le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes dans son rapport spécial intitulé *Documenter le déclin : Le dangereux fossé entre les bonnes intentions et les interventions salutaires* (2018b, en anglais). La voici :

> « Mettre en place un processus intersectoriel concerté pour réduire les limites de compétence perçues et réelles qui nuisent à l'accès et à la coordination des services. Ce processus d'élaboration de la stratégie, de même que toute nouvelle possibilité et ressource de collaboration (p. ex. par l'intermédiaire du principe de Jordan) devraient être vus comme un moyen d'accélérer la création d'une nouvelle ère de confiance et de collaboration fondée sur des croyances et des forces communes entre tous les partenaires, et devraient mettre l'accent sur le mieux-être, l'espoir et la santé des familles et des collectivités » [TRADUCTION] (2018, p. 237).



Image d'illustration

Des appels ont été lancés pour améliorer la qualité des services, leur accessibilité et leur coordination, non seulement à l'échelon provincial, mais aussi au palier fédéral. Publié en 2015, le *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations* (Santé Canada, 2015) est le fruit d'une collaboration entre des partenaires des Premières Nations et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Il a été conçu pour renforcer les programmes fédéraux de mieux-être mental et favoriser une intégration adéquate entre les programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux, dans le but global d'améliorer les résultats en matière de mieux-être mental chez les Autochtones (Santé Canada, 2015, p. 1). Le modèle du cadre comprend 10 niveaux représentés par des anneaux entourant un cercle central composé de quatre directions, ou résultats clés en matière de mieux-être (le but, l'espoir, le sens et l'appartenance) qui constituent les fondements du mieux-être mental et font de la culture un modèle d'intervention (Santé Canada, 2015)[7]. À mesure que l'on s'écarte de ce cercle central, d'autres composantes entrent en jeu, notamment la communauté, les populations



[7] Voir : https://thunderbirdpf.org/cadre-du-continuum-du-mieux-etre-mental-des-premieres-nations/?lang=fr.

particulières desservies, les besoins particuliers de ces populations, le continuum de services essentiels, les éléments de soutien, les partenaires de la mise en œuvre, les déterminants sociaux de la santé des Autochtones, les thèmes liés au mieux-être mental et la culture comme fondement. Le rapport Virgo soutient également ce cadre et recommande qu'il serve de référence pour la mise en œuvre des recommandations qu'il contient.

Améliorer l'accessibilité et la qualité des services destinés aux Autochtones constituait également un axe de réforme dans le cadre de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (2019). Les appels à la justice 3.1 à 3.7 concernent plus particulièrement la santé et le mieux-être. Nous soutenons chacun de ces appels à la justice, mais nous insistons sur l'importance particulière du point 3.4 pour le présent rapport. Voici ce que l'on peut y lire :

> Nous demandons à tous les gouvernements de veiller à ce que toutes les communautés autochtones reçoivent les ressources immédiates et nécessaires, y compris les fonds et le soutien, pour l'établissement de services complets, durables, permanents, libres d'accès, préventifs, accessibles et holistiques, y compris des équipes mobiles de traitement des traumatismes et des dépendances. Nous demandons également que les programmes de traitement des traumatismes et des dépendances soient jumelés à d'autres ressources essentielles, comme des services de santé mentale et de lutte contre l'exploitation sexuelle et la traite des personnes, afin de répondre adéquatement à la situation particulière de chacune des femmes, des filles et des personnes 2ELGBTQQIA inuites, métisses et des Premières Nations (2019, p. 180).

Le présent rapport s'inscrit dans une série croissante de rapports similaires et antérieurs, comme l'Enquête nationale (2019), le rapport Virgo (Virgo Planning, 2018) et le *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations* (Santé Canada, 2015). Ces analyses approfondies des services publics et des expériences vécues par les citoyens devraient suffire à inciter les gouvernements fédéral et provinciaux à prendre des mesures décisives et innovantes. Il faut remédier aux inégalités en matière de services dont sont victimes les citoyens des Premières Nations et métis du Manitoba, mais surtout les enfants, les jeunes et leurs familles qui vivent dans les collectivités rurales et éloignées de la province.

Leah : Des orientations sans suivi

Au cours de sa vie, Leah a vécu dans un milieu rural et dans une zone urbaine au Manitoba. Elle est issue d'une famille nombreuse. D'un naturel sociable, elle était toujours curieuse d'apprendre de nouvelles choses. Au moment de son décès, à l'âge de 15 ans, elle vivait chez un membre de sa famille élargie.

Les Services à l'enfant et à la famille n'ont eu que très peu de relations avec la famille de Leah durant ses premières années de vie. À l'âge de 13 ans, Leah a été orientée vers un centre de lutte contre les dépendances en établissement pour les jeunes. Elle buvait de l'alcool et prenait des drogues, ce qui avait des répercussions sur sa vie. Leah a séjourné trois mois dans ce centre de traitement, où elle a suivi des séances de counseling individuel et de groupe et a participé à des activités ainsi qu'à des cérémonies culturelles. Les recommandations formulées au moment où Leah a quitté le programme soulignaient qu'elle avait besoin du soutien de sa famille, de son conseiller en dépendance et d'autres ressources communautaires pour l'aider à préserver sa sobriété et à poursuivre ses études. On a remis à Leah des articles lui permettant de prendre soin d'elle-même ainsi qu'un plan de suivi comprenant des numéros d'urgence. L'objectif était que Leah et sa famille prennent contact avec les services compétents une fois celle-ci sortie du centre de traitement.

Leah s'en est bien sortie pendant un certain temps après sa sortie, mais elle a été victime de harcèlement et a rechuté. L'année suivante, on a diagnostiqué chez Leah l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale ainsi qu'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), et on lui a prescrit des médicaments. Elle a également commencé à exprimer des idées suicidaires et, après une tentative de suicide à l'âge de 14 ans, a été hospitalisée au titre de la Loi sur la santé mentale. Elle y a subi une évaluation psychiatrique qui a révélé qu'elle réagissait de façon inadaptée aux facteurs de stress psychosociaux auxquels elle était exposée, qu'elle disposait de faibles capacités d'adaptation et qu'elle présentait les traits caractéristiques d'un trouble de la personnalité limite chez l'adolescente. Une fois que Leah a reçu l'autorisation médicale de quitter l'hôpital, elle a refusé de rentrer chez elle et on a communiqué avec les Services à l'enfant et à la famille. Elle a ensuite été orientée vers une unité de stabilisation de crise, où elle a été hospitalisée pendant huit jours.

Pendant son hospitalisation, Leah a suivi des séances de counseling individuel et participé à des séances de thérapie de groupe. Elle a aussi pu faire ses devoirs scolaires et bénéficier du soutien d'infirmières psychiatriques, de travailleurs sociaux et d'un psychiatre. Elle a refusé de prendre les médicaments qui lui avaient été prescrits, expliquant au personnel qu'elle préférait se soigner elle-même avec du cannabis. Leah a été jugée comme ayant « un manque d'introspection et de jugement » en matière de drogues, d'alcool et de prise de décision. Elle n'allait plus à l'école depuis plus de deux mois à cause de l'intimidation dont elle faisait l'objet. Au moment de son admission, elle a révélé avoir été victime de violences sexuelles de la part d'un membre de sa famille, mais n'a pas été en mesure de fournir plus de renseignements au cours des entretiens de suivi menés par la police.

Vers la fin de son hospitalisation, elle n'exprimait plus d'idées suicidaires ni de projet concret, et a donc été jugée apte à sortir. Son plan de sortie prévoyait un accompagnement psychologique, une surveillance accrue de la part des personnes s'occupant d'elle, la mise sous clé des médicaments dans tout logement où elle résiderait, ainsi qu'une orientation vers des services de counseling spécialisés en consommation problématique de substances. On lui a conseillé, ainsi qu'à sa famille, de communiquer avec les services aux jeunes en crise en cas de besoin. Leah a été confiée à sa mère, mais il a été convenu à titre privé qu'elle résiderait chez un membre de la famille élargie. L'office de services à l'enfant et à la famille concerné a maintenu un dossier ouvert pour la famille de Leah, mais rien n'indique qu'il ait pris contact avec la famille après la sortie de Leah de l'unité de stabilisation de crise. Nous n'avons par ailleurs trouvé aucune preuve indiquant que Leah aurait été orientée vers les ressources recommandées dans son plan de sortie. Comme c'est trop souvent le cas, Leah et sa famille ont dû prendre elles-mêmes l'initiative de trouver les ressources de suivi et de s'y orienter. Après sa sortie de l'hôpital, Leah a intensifié sa consommation de substances psychoactives, qui a dégénéré au point de devenir incontrôlable, et elle s'est retrouvée mêlée à des activités criminelles. Leah était souvent de passage d'un endroit à l'autre, séjournant chez différents membres de sa famille ou chez un petit ami soupçonné d'appartenir à un gang. Sa famille ignorait souvent où elle se trouvait.

Dans les jours qui ont précédé son décès, Leah a fait part de pensées suicidaires et a quitté le domicile du membre de sa famille chez qui elle séjournait. Deux jours après cette disparition, son corps a été retrouvé et il a été déterminé qu'il s'agissait d'un suicide. Les rapports toxicologiques ont révélé que Leah avait des amphétamines et de la méthamphétamine dans son organisme au moment de son décès.

Gabriella : Une élève au tableau d'honneur

Gabriella vivait dans une zone urbaine du Manitoba. Elle était issue d'une fratrie nombreuse et, au moment de son décès à l'âge de 17 ans, elle avait été prise en charge par les Services à l'enfant et à la famille. Gabriella était très intelligente, travailleuse et figurait souvent au tableau d'honneur de son école.

L'intervention des Services à l'enfant et à la famille auprès de la famille de Gabriella a commencé avant sa naissance, en raison de problèmes de consommation problématique d'alcool et de substances psychoactives chez ses parents, de violences entre partenaires intimes et de violences physiques à l'encontre des enfants. Les parents de Gabriella se sont séparés lorsqu'elle était encore toute petite, et c'est principalement son père qui s'est occupé d'elle et de ses frères et sœurs plus âgés. Entre l'âge de six et dix ans, Gabriella a été retirée à trois reprises à son père par les Services à l'enfant et à la famille, en raison de l'alcoolisme parental et des actes de maltraitance présumés sur les enfants. Gabriella ainsi que ses frères et sœurs ont été renvoyés chez eux à deux reprises, mais ils ont continué à confier au personnel des Services à l'enfant et à la famille que leur père était trop violent et qu'il avait un problème d'alcoolisme. Lorsque Gabriella avait 10 ans, son père l'a violemment agressée physiquement alors qu'il était en état d'ébriété. Gabriella a été retirée pour la dernière fois de la garde de son père, qui a ensuite été inculpé et condamné pour voies de fait causant des lésions corporelles. Une enquête menée par les Services à l'enfant et à la famille a conclu que les faits de violence étaient avérés, et le père a été inscrit au registre provincial concernant les mauvais traitements infligés aux enfants.

Gabriella est restée sous la garde des Services à l'enfant et à la famille et, lorsqu'elle a eu 13 ans, l'office compétent a obtenu une ordonnance de tutelle permanente pour Gabriella. À cette époque, Gabriella avait commencé à s'automutiler et avait été orientée vers un thérapeute, qu'elle voyait plusieurs fois par semaine. Tandis qu'elle grandissait et que sa thérapie se poursuivait, de nouveaux facteurs de stress sont apparus. À l'âge de 16 ans, Gabriella a révélé avoir subi des violences sexuelles de la part d'un membre de sa famille lorsqu'elle était préadolescente. Cette révélation de Gabriella a donné lieu à une enquête complémentaire, mais elle a indiqué qu'elle ne souhaitait pas être entendue, et l'enquête des Services à l'enfant et à la famille s'est avérée non concluante. Quelques mois plus tard, Gabriella a été hospitalisée dans une unité de soins psychiatriques aigus après une tentative de suicide. Elle a été hospitalisée pendant huit jours, période durant laquelle elle a reçu des médicaments destinés à traiter la dépression. Le niveau de risque de suicide de Gabriella a été jugé faible, car elle n'exprimait plus d'idées suicidaires à la fin de son séjour. Elle a donc quitté l'hôpital avec un plan de suivi : elle devait consulter son thérapeute, continuer à prendre ses médicaments pour traiter son trouble dépressif caractérisé, consulter son médecin de famille si nécessaire et communiquer avec les services d'aide d'urgence en cas de besoin. Elle a ensuite été orientée vers un service d'évaluation de courte durée pour évaluer son humeur et son traitement médicamenteux. Une évaluation a bien eu lieu un mois et demi plus tard, au cours de laquelle Gabriella a confié

qu'elle avait parfois des pensées suicidaires, mais qu'elle parvenait à s'en sortir toute seule. On a estimé qu'elle bénéficiait d'un « soutien important et d'une forte implication dans des activités extrascolaires », contribuant à la stabilité de son humeur et à sa capacité d'adaptation. Son traitement devait rester inchangé et on lui a communiqué les numéros d'urgence. Une consultation de suivi était prévue pour les 12 mois à venir.

À l'âge de 17 ans, les Services à l'enfant et à la famille ont transféré Gabriella vers un programme de vie autonome. Une semaine plus tard, elle a été prise en charge aux urgences après avoir fait une surdose de médicaments en vente libre. Elle a pu sortir après avoir indiqué ne pas avoir d'idées suicidaires, et on lui a remis un plan de sortie qu'elle devait suivre en consultation avec son médecin de famille. Malgré les difficultés rencontrées par Gabriella sur le plan de la santé mentale, elle a connu de nombreuses réussites dans sa vie, notamment d'excellents résultats scolaires, l'obtention de son permis d'apprenti conducteur à l'issue d'une formation à la conduite, ainsi que l'obtention d'un emploi à temps partiel. Toutefois, un mois après son arrivée dans son nouveau placement, elle a révélé qu'un membre de sa famille lui avait fourni de la méthamphétamine avant de l'exploiter sexuellement. Gabriella a été orientée vers un programme visant à prévenir l'exploitation sexuelle des enfants et des jeunes et vers une thérapie pour traiter le stress post-traumatique.

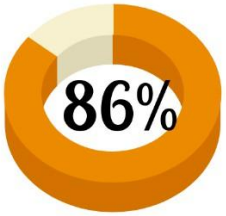
Après avoir été victime d'exploitation sexuelle, Gabriella a souffert de consommation problématique de substances. Elle a également été victime d'une agression grave de la part de son petit ami, qui a provoqué chez elle des blessures physiques. Elle a été examinée aux urgences et traitée pour une légère commotion cérébrale. Apparemment, son bien-être psychologique n'a pas été évalué à ce moment-là, malgré ses antécédents récents de tentatives de suicide. Gabriella a obtenu un engagement de ne pas troubler l'ordre public pour empêcher son ex-petit ami de l'approcher. Elle a eu du mal à surmonter cette rupture et ses résultats scolaires ont commencé à baisser.

Un mois plus tard, Gabriella a de nouveau été examinée par le service d'évaluation urgente en santé mentale. Elle a expliqué que son petit ami lui manquait et qu'elle envisageait de se remettre avec lui. Elle avait des difficultés à suivre le rythme scolaire, ne participait plus à certaines des activités extrascolaires auxquelles elle prenait part auparavant et traversait des périodes de tristesse prolongées. Le psychiatre chargé de son évaluation a recommandé à Gabriella d'augmenter son activité physique à 60 minutes par jour, d'arrêter de consommer du cannabis, d'aller à l'école régulièrement et de pratiquer les activités extrascolaires qui lui faisaient du bien. On a parlé de l'estime de soi, ainsi que des « choix » de Gabriella concernant ses amis et son ex-petit ami. Le plan de sortie remis à Gabriella indiquait que son thérapeute en milieu communautaire devait continuer à renforcer ce plan. Des services de traitement en santé mentale lui ont été offerts, mais Gabriella les a refusés. Une liste de numéros à composer en cas de crise lui a de nouveau été fournie, avec pour consigne de communiquer avec ces services en cas de besoin. Un jour plus tard, Gabriella s'est suicidée. Le rapport toxicologique a révélé qu'au moment de son décès, la concentration de médicaments sur ordonnance présente dans son organisme dépassait largement les concentrations thérapeutiques.

Facteurs de risque de suicide parmi les 22 jeunes dont il est question dans le présent rapport :



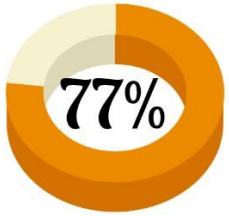
Parents ou responsables ayant une consommation problématique de substances



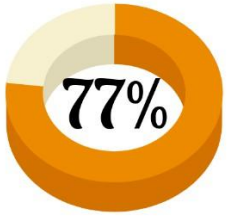
Antécédents d'idées suicidaires



Instabilité du logement et du placement



Comportement d'automutilation



Violence vécue à la maison



Antécédents d'intimidation



64 % affichaient une faible fréquentation scolaire



64 % avaient une consommation problématique de substances



59 % avaient subi une hospitalisation pour des blessures suspectes ou des problèmes de santé mentale



59 % avaient subi des violences sexuelles



59 % avaient déjà fait des tentatives de suicide par le passé

Parmi les autres facteurs de risque, notons : antécédents de violence physique, consommation d'alcool ou de drogues au moment du décès, tentatives de suicide chez des amis ou des membres de la famille, décès par suicide chez des amis ou des membres de la famille, problèmes de comportement à l'école, démêlés avec la justice pénale, exploitation sexuelle et conflit récent avec un ami proche ou un partenaire.

Ces filles présentaient en moyenne six facteurs de risque.

Toutes avaient subi un traumatisme durant la petite enfance.

LE SUICIDE : UN SUJET COMPLEXE

Alors que la visibilité du suicide augmente, on constate une multiplication des données disponibles sur les facteurs de risque et les signes avant-coureurs. Il importe de noter que, si les facteurs de risque de suicide constituent une composante essentielle de la planification des activités de prévention et d'intervention, ils ne permettent pas de prédire directement si une personne va se suicider à un moment donné. Il est indispensable de tenir compte des facteurs de risque dans le cadre de l'évaluation des risques et de la mise en place de mesures de soutien auprès des jeunes. Toutefois, aucun plan ni aucune personne ne pourront jamais éliminer tous les risques auxquels une personne peut faire face au cours de sa vie.

Une simple recherche sur le Web vous permettra de trouver de nombreuses pages de renseignements sur le suicide, les facteurs de risque et les signes avant-coureurs. Il convient toutefois de faire preuve de prudence avec les données provenant de n'importe quelle source, car bon nombre d'entre elles peuvent être obsolètes, voire inexactes. Même si elle n'est pas exhaustive, vous trouverez ci-dessous une liste de sites Web utiles et fiables pour en savoir plus sur le suicide :

Reason To Live : http://reasontolive.ca/
Everyone Matters Manitoba : http://everyonemattersmanitoba.ca/
Association canadienne pour la santé mentale : https://cmha.ca/fr/
Centre for Suicide Prevention : https://www.suicideinfo.ca/
Commission de la santé mentale du Canada : https://commissionsantementale.ca/
Association canadienne pour la prévention du suicide : https://suicideprevention.ca/
Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba : https://manitobaadvocate.ca/fr/

Les questions liées au suicide sont complexes et variées, et dépendent d'une multitude de facteurs propres à chaque individu. L'un des principaux facteurs de protection contre le suicide réside dans la présence de relations de soutien riches de sens dans la vie des personnes. Lorsque les gens prennent conscience de leur lien avec les autres et en font concrètement l'expérience, il est possible de renforcer leur estime

de soi et de leur donner de l'espoir pour leur propre avenir. Chacun d'entre nous a un rôle à jouer pour bâtir un réseau communautaire plus solide, capable d'apporter de l'aide et de détecter les personnes qui ont besoin d'une aide plus ciblée pour faire face aux difficultés auxquelles elles peuvent se heurter. **Il est important de toujours rappeler que nous avons tous des difficultés, à des degrés divers. On peut obtenir de l'aide et il y a toujours de l'espoir.**

Analyse des facteurs de risque de suicide

Parmi les facteurs de risque de suicide évoqués précédemment, bon nombre étaient présents lorsque nous avons examiné les vies des 22 jeunes filles dont les témoignages constituent la base du présent rapport. Les recherches montrent depuis longtemps que certaines expériences vécues au cours de la vie peuvent accroître le risque qu'un jeune adopte des comportements suicidaires ou mette fin à ses jours (Lwin, Head, Wedeles et Nikolova, 2015). Des événements traumatisants peuvent avoir des répercussions profondes et durables sur le cerveau en développement d'un enfant. En effet, certaines recherches ont montré qu'une exposition répétée à des traumatismes pendant la petite enfance peut réellement modifier la structure du cerveau et son fonctionnement, ce qui peut avoir des répercussions sur le développement normal de l'enfant ou le retarder (Bellis et Zisk, 2014). Ces retards peuvent avoir des répercussions sur la mémoire, la maîtrise de soi, les capacités d'adaptation et les fonctions cognitives, entraîner des difficultés scolaires et des problèmes de gestion des émotions, et rendre plus difficile pour l'enfant de nouer des relations saines (The National Child Traumatic Stress Network, 2020). Toutes les jeunes citées dans le présent rapport qui se sont suicidées ont connu une enfance chaotique, marquée par l'instabilité à des niveaux variés. Bon nombre de ces jeunes filles ont subi des violences physiques et sexuelles, ont été témoins de violences ou y ont été exposées, ont été exposées à la consommation problématique de substances de leurs parents ou fournisseurs de soins, ont connu de multiples changements de placement et ont côtoyé, que ce soit au sein même de leur famille ou dans leur entourage, des personnes ayant des idées suicidaires, ayant fait des tentatives de suicide ou s'étant suicidées. De plus, bon nombre de ces 22 filles affichaient une faible fréquentation scolaire depuis leur plus jeune âge, manifestaient des problèmes de comportement à l'école et étaient victimes d'intimidation. Même si beaucoup de ces jeunes filles avaient à faire avec les services sociaux depuis leur plus jeune âge, elles n'avaient reçu que peu de soutien, et aucune intervention efficace n'avait été mise en place pour atténuer ces facteurs de risque omniprésents.

En l'absence d'intervention, l'exposition à des traumatismes durant l'enfance peut accroître le risque de dépression, de comportements violents, de consommation problématique de substances, de comportements suicidaires, de suicide et d'autres problèmes à l'adolescence (National Child Traumatic Stress Network, 2020). Comme c'était le cas pour ces 22 jeunes filles, bon nombre d'entre elles étaient connues pour consommer de l'alcool ou d'autres substances psychoactives, manifester des comportements d'automutilation, avoir exprimé des idées suicidaires ou avoir fait des tentatives de suicide, avoir été hospitalisés pour ces mêmes raisons, avoir eu des démêlés avec le système de justice, entretenir des relations malsaines ou être victimes d'exploitation sexuelle (tableau 1). Pris isolément, ces facteurs peuvent accroître le risque de

comportement suicidaire ou de décès par suicide chez une personne jeune. Cependant, lorsqu'ils se combinent, comme c'était le cas pour de nombreuses jeunes filles citées dans le rapport, le risque augmente d'autant plus.

Tableau 1 – Fréquence des facteurs de risque recensés chez chacune des 22 jeunes filles.

FACTEURS DE RISQUE	NOMBRE D'OCCURRENCES DOCUMENTÉES	POURCENTAGE
Consommation problématique de substances chez les parents ou les personnes responsables	20/22	91 %
Antécédents d'idées suicidaires	19/22	86 %
Instabilité du placement	18/22	82 %
Comportements d'automutilation	17/22	77 %
Exposition à la violence à la maison	17/22	77 %
Antécédents d'intimidation	15/22	68 %
Faible fréquentation scolaire	14/22	64 %
Usage de substances psychoactives par le jeune en question	14/22	64 %
Antécédents d'hospitalisation pour des blessures suspectes ou pour des questions de santé mentale	13/22	59 %
Antécédents de violences sexuelles	13/22	59 %
Tentatives de suicide antérieures connues	13/22	59 %
Antécédents de violences physiques	11/22	50 %
Présence d'alcool ou de substances psychoactives au moment du décès	10/22	45 %
Tentatives de suicide ou pensées suicidaires chez des proches	10/22	45 %
Décès par suicide chez des proches	9/22	41 %
Problèmes de comportement à l'école	9/22	41 %
Démêlés avec la justice pénale	7/22	32 %
Exploitation sexuelle*	6/22	27 %
Conflit récent (ami proche ou partenaire)	2/22	9 %

***REMARQUE :** Les cas d'exploitation sexuelle étaient largement sous-déclarés dans les dossiers analysés. Nos enquêteurs ont relevé de nombreux cas où des situations ou des événements consignés laissaient entrevoir des facteurs de risque d'exploitation sexuelle, mais où les fournisseurs de services n'avaient pas interprété ces situations comme pouvant constituer une exploitation sexuelle des jeunes ni mené d'enquête à ce sujet. À titre d'exemple, on peut citer des périodes prolongées ou répétées pendant lesquelles la jeune personne avait disparu, des liens documentés avec certains adultes, un accès inexpliqué à certaines sommes d'argent, et bien d'autres éléments.*

Les facteurs de risque recensés au cours de la *première phase* (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes, 2015) le restent chez les jeunes qui se suicident (tableaux 2 et 3). Il convient notamment de noter que l'instabilité du logement et du placement est restée un thème central chez les jeunes dans tous les rapports précédents sur le suicide rédigés par le Bureau.

Tableau 2 – Comparaison des principaux thèmes qui se dégagent des rapports de la première phase, de la deuxième phase et de la phase actuelle (quatrième phase).

PRINCIPAUX THÈMES DES PHASES 1, 2 ET 4		
PREMIÈRE PHASE : Groupe des jeunes décédés par suicide	**DEUXIÈME PHASE : Groupe témoin**	**QUATRIÈME PHASE : Groupe de jeunes filles**
• Faible fréquentation scolaire • Démêlés avec la justice pénale • Exposition au suicide • Consommation problématique de substances : chez les jeunes et les parents ou les personnes responsables • Instabilité du logement et du placement • Automutilation, idées suicidaires et tentatives de suicide antérieures • Violence physique • Antécédents d'hospitalisation pour des blessures suspectes ou des problèmes de santé mentale • Présence d'alcool ou de substances psychoactives au moment du décès	• Faible fréquentation scolaire • Démêlés avec la justice pénale • Exposition à des tendances suicidaires (tentatives de suicide ou décès de proches ou d'amis) • Consommation problématique de substances : chez les jeunes et les parents ou les personnes responsables • Instabilité du logement et du placement • Exposition à la violence à la maison • Antécédents de pensées suicidaires • Violence physique	• Consommation problématique de substances par un parent ou une personne responsable • Antécédents d'idées suicidaires • Instabilité du logement et du placement • Antécédents de comportements d'automutilation • Exposition à la violence à la maison • Antécédents d'intimidation • Faible fréquentation scolaire • Usage de substances psychoactives par le jeune en question • Antécédents d'hospitalisation pour des blessures suspectes ou des problèmes de santé mentale

Tableau 3 – Comparaison de la fréquence des principaux facteurs de risque consignés dans les dossiers de suivi de la première phase, de la deuxième phase et de la phase actuelle (le présent rapport).

	PREMIÈRE PHASE (50 jeunes qui se sont suicidés)	DEUXIÈME PHASE (Groupe témoin composé de 100 jeunes)	QUATRIÈME PHASE (22 jeunes filles qui se sont suicidées)
Consommation problématique de substances chez les parents ou les personnes responsables	72 %	64 %	91 %
Antécédents d'idées suicidaires	64 %	26 %	86 %
Instabilité du placement	78 %	79 %	82 %
Comportements d'automutilation	44 %	16 %	77 %
Exposition à la violence à la maison	30 %	45 %	77 %
Antécédents d'intimidation	22 %	3 %	68 %
Usage de substances psychoactives par le jeune en question	74 %	41 %	64 %
Faible fréquentation scolaire	62 %	33 %	64 %

Déterminants sociaux de la santé et facteurs de risque de suicide

Il est important de bien comprendre les facteurs de risque de suicide, car ils peuvent nous aider à déterminer comment intervenir pour prévenir les décès par suicide et servir de base à une planification et à des politiques efficaces. De plus, « les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent » (Organisation mondiale de la Santé, 2020, paragr. 1), également appelées « déterminants sociaux de la santé », interagissent et ont une incidence sur la santé et le bien-être en général. L'Agence de la santé publique du Canada (2019) recense 12 déterminants sociaux de la santé :

> le revenu et le statut social; l'emploi et les conditions de travail; l'éducation et la littératie; les expériences vécues pendant l'enfance; l'environnement physique; le soutien social et la capacité d'adaptation; les comportements sains; l'accès aux services de santé; la biologie et le patrimoine génétique; le genre; la culture; la race et le racisme (paragr. 2).

On reconnaît toutefois de plus en plus que des expériences comme la discrimination, le racisme et les traumatismes historiques ont également une incidence sur l'état de santé général d'une personne (Santé Canada, 2015; Agence de la santé publique du Canada, 2019). L'Organisation mondiale de la Santé (2007) souligne que les conséquences de la colonisation ont entraîné une détérioration de l'état de santé chez les Autochtones. En effet, les conséquences de la colonisation peuvent être si profondes que Santé Canada (2015) a indiqué que « les idées suicidaires sont plus fréquentes chez les jeunes des Premières Nations dont l'un ou plusieurs des parents ou des grands-parents ont fréquenté un pensionnat indien » (p. 29). Consciente de cela, l'Assemblée des Premières Nations (2013), comme l'indique le document de Santé Canada intitulé *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations* (2015), a proposé un ensemble élargi de déterminants sociaux de la santé. Ces éléments renvoient aux aspects propres à la culture et à l'identité autochtones, tout en tenant compte des expériences vécues par les personnes, les familles et les communautés, ainsi que de la manière dont ces facteurs interagissent de différentes manières pour influencer la santé globale. Elle a proposé les déterminants sociaux suivants :

> état de préparation communautaire, développement économique, emploi, gérance de l'environnement, sexe, contexte historique et colonialisme, logement, terres et ressources, langue, patrimoine et forte identité culturelle, équité juridique et politique, apprentissage continu, à l'intérieur et à l'extérieur des réserves, racisme et discrimination, autodétermination et non-dominance, soutien et services sociaux, ainsi que zones urbaines et zones rurales (p. 29).

Ces déterminants sont particulièrement importants dans le contexte de notre province, puisque le rapport Virgo (2018) estime que 18 % de la population totale du Manitoba est autochtone. Pourtant, lorsqu'on se penche sur ces deux listes, on constate de grandes disparités dans de

nombreux domaines liés aux déterminants de la santé des Autochtones. Par exemple, une étude provinciale récente publiée par Katz *et al*. (2019) constate que :

- le revenu moyen des ménages de 89 % des membres des Premières Nations du Manitoba est inférieur à 59 575 $;
- 41 % des membres des Premières Nations vivent dans des logements surpeuplés;
- 59 % des logements nécessitent des réparations particulières;
- 45 % des familles des Premières Nations n'ont pas accès à l'eau potable chez elles;
- 66 % d'entre elles ne vivent pas dans la sécurité alimentaire.

L'accès aux services et aux mesures de soutien est également important pour la santé en général. L'accessibilité peut être freinée par des obstacles physiques, comme la distance géographique et l'accès aux transports, mais aussi par des obstacles structurels et systémiques plus complexes, comme le racisme et la discrimination systémiques lorsqu'ils sont profondément enracinés. Le rapport Virgo a mis en lumière des obstacles dans ces deux domaines, qui ont été présentés comme des thèmes récurrents dans les témoignages des 22 jeunes filles sur lesquels s'appuie le présent rapport. Dans leurs entretiens avec les différents groupes de parties prenantes, les auteurs du rapport Virgo notent que « les Autochtones […] ont indiqué que le racisme et la discrimination constituaient des obstacles majeurs à l'accès aux services de santé mentale » [TRADUCTION] (2018, p. 111). De même, une étude menée au Manitoba a mis en évidence que « les membres des Premières Nations n'ont pas accès à des services de santé spécialisés, ni même à des soins de santé primaires, à proximité de leur domicile […]. Ce constat souligne une lacune dans l'offre de services de soins primaires culturellement sécurisants et adaptés à proximité des collectivités des Premières Nations » [TRADUCTION] (Katz *et al*., 2019, p. 175).

Les déterminants sociaux de la santé ont été maintes fois cités dans le rapport Virgo comme constituant un obstacle persistant à l'accès, par les Autochtones, aux ressources favorisant une bonne santé mentale et le bien-être, et ont été qualifiés d'« essentiels » pour la santé mentale (Virgo Planning, 2018, p. 94). Malheureusement, les inégalités liées aux déterminants sociaux de la santé persistent depuis des générations, créant au Manitoba des conditions qui continuent de contribuer à des résultats moins favorables pour les Autochtones. Par rapport aux autres provinces et territoires, le Manitoba présente les caractéristiques suivantes :

- 76 % des enfants des Premières Nations vivant dans la pauvreté, ce qui représente le taux le plus élevé de toutes les provinces;
- le plus grand nombre d'enfants pris en charge, dont 90 % d'Autochtones;
- le taux d'incarcération des jeunes le plus élevé, 90 % de ces jeunes étant autochtones;
- le taux d'homicides le plus élevé, avec une majorité de victimes également autochtones;
- le deuxième taux le plus élevé de violence contre les femmes et les filles parmi toutes les régions du Nord du Canada (Centre canadien de politiques alternatives, 2016; Virgo Planning, 2018; Malone, 2019; Jones, 2019; Gibson, 2019).

Au vu de ces chiffres alarmants, il n'est pas surprenant que le taux de suicide chez les adultes issus des Premières Nations du Manitoba soit **cinq fois supérieur** à celui de l'ensemble des autres Manitobains (Katz *et al*., 2019). La prévalence des troubles liés à l'usage de substances psychoactives et de drogues est **trois fois** plus élevée chez les adultes (Katz *et al*., 2019). La prévalence de ces deux phénomènes augmente à mesure que les revenus diminuent. Cette étude portait toutefois précisément sur les adultes et, comme nous l'avons indiqué précédemment dans le présent rapport, le suicide reste le principal mode de décès chez les jeunes au Manitoba. Une fois encore, 20 des 22 jeunes filles concernées par la présente étude s'identifiaient comme membres des Premières Nations ou de la communauté métisse.

Les déterminants sociaux de la santé fournissent le contexte dans lequel s'inscrivent bon nombre des facteurs de risque de décès par suicide pris en compte dans le présent rapport. Lorsque le Bureau s'est entretenu avec des fournisseurs de services issus d'offices et de régies des services à l'enfant et à la famille dans tout le Manitoba, nombre d'entre eux ont fait état d'obstacles et d'inégalités dans l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les enfants, les jeunes et les familles dont ils s'occupent. Ils ont également longuement évoqué la santé des familles et des collectivités, ainsi que le rôle que les pouvoirs publics doivent jouer pour favoriser la santé et le bien-être dans les milieux où les enfants grandissent et se développent.

Les principaux thèmes du présent rapport (tableaux 2 et 3), détaillés dans la section suivante, s'appuient sur les 20 facteurs de risque que nous avons examinés. Ces éléments ont servi de base aux sept recommandations formulées par le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes afin d'améliorer les services et de prévenir de futurs décès par suicide chez les jeunes de notre province. Comme nous l'indiquons plus haut, ces recommandations s'inspirent également de celles formulées dans le rapport Virgo (2018), le *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations* de Santé Canada (2015) et les appels à la justice formulés dans le cadre de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (2019). Pour l'avenir, ces trois documents soulignaient la nécessité de partenariats et de collaborations à tous les échelons intergouvernementaux afin d'améliorer la fourniture des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. En effet, Santé Canada (2015) explique que « les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devront impérativement travailler ensemble afin que les Premières Nations reçoivent des services adéquats » (p. 46-47).

COMMENT PRÉVENIR LE SUICIDE CHEZ LES JEUNES AU MANITOBA?

Un modèle à plusieurs niveaux, où les services répondent aux besoins

CONSTATATION : Les enfants et les jeunes du Manitoba ont un besoin urgent d'un continuum complet de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, conçu et organisé selon un modèle à plusieurs niveaux, sans obstacle à l'accès aux services et comprenant un soutien adapté aux enfants et aux jeunes lors de leur passage d'un niveau à l'autre au sein de ce continuum.

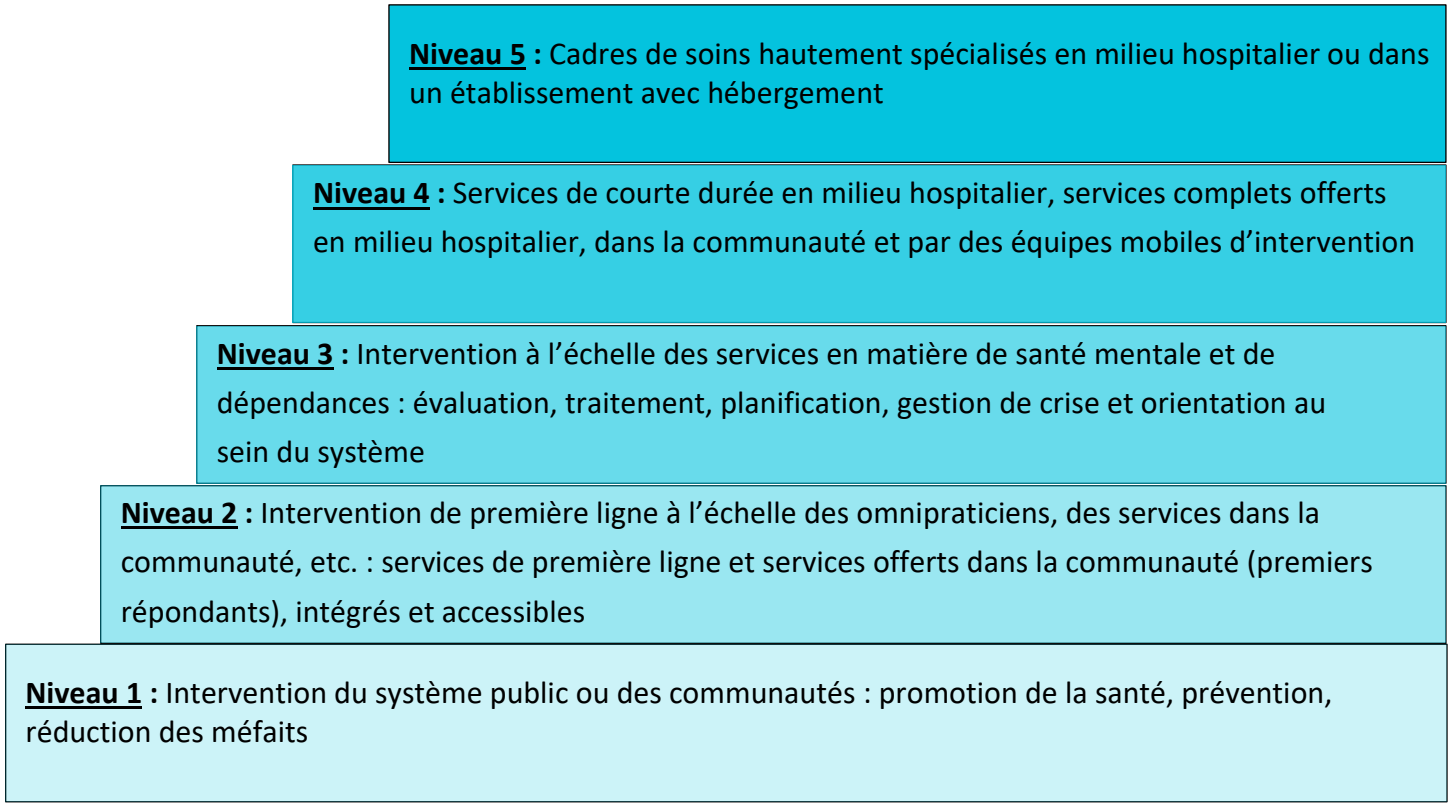
La publication du rapport Virgo a confirmé ce que de nombreux Manitobains ressentaient depuis longtemps : les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances destinés aux jeunes au Manitoba sont sous-financés et ne permettent pas de répondre à la forte demande qui pèse sur eux (Virgo Planning, 2018). En effet, une étude a révélé qu'au Manitoba, les diagnostics de troubles de santé mentale chez les enfants étaient plus fréquents que ceux de certaines maladies physiques, comme l'asthme et le diabète : 14 % des enfants du Manitoba, soit un sur sept, se sont vu diagnostiquer au moins un problème de santé mentale (Chartier *et al*., 2016). La même étude a également révélé que les taux de suicide chez les jeunes âgés de 13 à 19 ans au Manitoba étaient disproportionnellement élevés. Avec 74 pour 100 000 jeunes, ce taux représente le double de la moyenne nationale (Chartier *et al*., 2016). Malgré l'ampleur considérable des besoins au Manitoba, moins d'un tiers des enfants cités dans l'étude susmentionnée recevaient le traitement dont ils avaient besoin (Chartier *et al*., 2016).

Comme l'a révélé le rapport Virgo, les services actuels de santé mentale et de lutte contre les dépendances de notre province présentent de nombreuses lacunes et failles dans lesquelles les enfants et les jeunes se perdent. En effet, sur la base des réponses à une enquête quantitative, le rapport Virgo (Virgo Planning, 2018) a répertorié 15 difficultés citées par la population manitobaine, dont certaines comportaient plusieurs sous-thèmes, liées à la fourniture de services et de soutiens en matière de santé mentale. Vingt-quatre autres difficultés ont été recensées dans la fourniture de services et de soutiens en matière de santé mentale destinés aux populations autochtones (section 6.2.1.1.). De même, 15 difficultés liées à la fourniture de services et de soutien en matière de lutte contre les dépendances ont été relevées, auxquelles s'ajoutent 21 difficultés supplémentaires concernant la prestation de tels services et soutiens aux populations autochtones (section 6.2.1.2.2.).

Le rapport Virgo propose six priorités stratégiques afin d'améliorer l'accès aux services et la coordination au sein des systèmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances au Manitoba. La première préconise l'adoption d'une approche de planification axée sur la santé de la population conçue pour répondre aux divers besoins des Manitobains, allant de mesures de prévention à l'échelle de la population à des traitements personnalisés pour les problèmes les plus complexes et les plus graves. Dans le cadre de cette approche, les besoins sont classés conceptuellement par « niveaux » (Virgo Planning, 2018, p. 48). Cette approche a également été soutenue et analysée dans la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, *Changer les orientations, changer des vies : La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* (Commission de la santé mentale du Canada, 2012). Conformément à la deuxième priorité stratégique énoncée dans le rapport Virgo, à savoir « un continuum complet de services et de soutiens fondés sur des données probantes », cette approche pourrait permettre de combler une partie des lacunes systémiques actuelles et de mieux répondre aux divers besoins des enfants et des jeunes du Manitoba (Virgo Planning, 2018, p. xix).

Le rapport Virgo indique qu'un continuum de soins « favorise une approche par paliers [modèle à plusieurs niveaux], [...] permet de cerner les lacunes, [...] et met l'accent sur le dépistage et l'évaluation, sur l'orientation des personnes vers les niveaux de traitement et de soutien appropriés, ainsi que sur la réduction des délais d'attente » [TRADUCTION] (Virgo Planning, 2018, p. 48). Un modèle à plusieurs niveaux repose sur des services et des mesures de soutien qui répondent aux différents niveaux de besoins au sein d'une population (figure 2). Les mesures de soutien et les interventions sont organisées selon une approche par paliers, avec, au niveau le plus large (le niveau 1), des mesures à grande échelle destinées à l'ensemble de la population afin de soutenir la prévention et la promotion de la santé. À mesure que les besoins d'une personne augmentent, celle-ci peut passer à des niveaux supérieurs, les traitements hautement spécialisés et intensifs étant proposés aux niveaux les plus élevés, à savoir les niveaux 4 et 5. Le dépistage précoce et les interventions ciblant les problèmes de santé mentale et de dépendance bénins à modérés se situent quant à eux au milieu de ce continuum, soit aux niveaux 2 et 3. La figure 2 ci-dessous illustre le continuum des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances selon une approche par niveaux proposée par la Commission de la santé mentale du Canada (2015).

Figure 2 – Approche par niveaux pour un continuum de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Source : Commission de la santé mentale du Canada



Les lacunes et les obstacles restent trop nombreux

Même si l'idéal serait de disposer d'un continuum de soins complet, coordonné et intégré, organisé selon un modèle à plusieurs niveaux de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances destinés aux enfants et aux jeunes, nous devons encore remédier à de nombreuses lacunes et à de nombreux obstacles qui demeurent dans le continuum de soins actuel au Manitoba. Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes a dénoncé sans détour les nombreuses lacunes du système actuel dans de précédents rapports publics et des énoncés de préoccupations adressées à la population[8]. Tout récemment, le Bureau a publié un rapport spécial sur le suicide de Matthew[9], dont l'histoire a permis de mettre en lumière d'importantes failles au sein du secteur des services de santé mentale de Winnipeg. Cependant, ces failles sont ressenties de manière encore plus aiguë par les enfants et les jeunes qui vivent et cherchent à obtenir des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en dehors de la capitale de notre province.

Compte tenu du nombre élevé de problèmes de santé mentale diagnostiqués chez les enfants et les jeunes, du nombre de décès par suicide chez les jeunes et de l'essor de la consommation d'opioïdes et de méthamphétamine au Manitoba, il est urgent de combler les lacunes les plus flagrantes et de s'engager à éliminer tous les obstacles à l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, en particulier pour les enfants et les jeunes de tout le Manitoba.

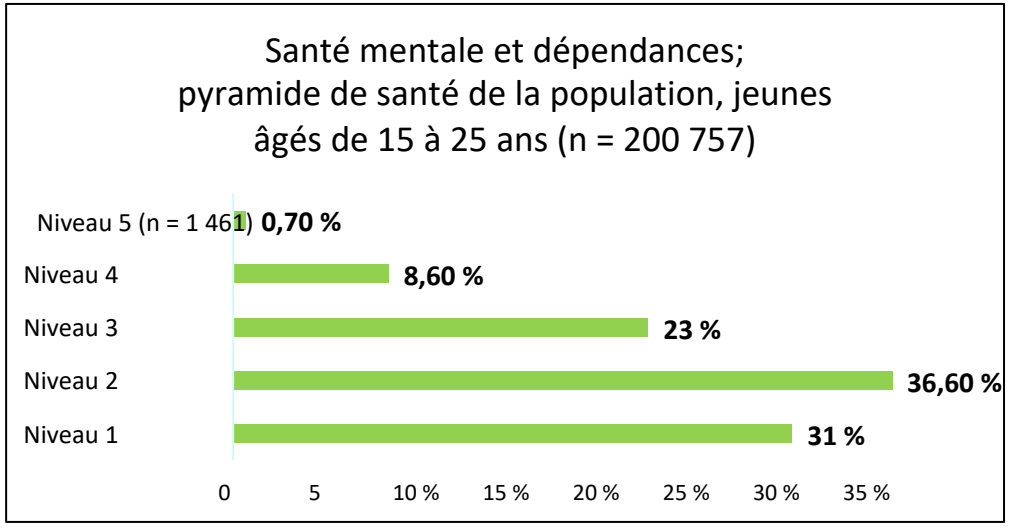
La présente enquête a révélé que bon nombre des critiques formulées dans le rapport Virgo à l'égard du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les jeunes du Manitoba restaient d'actualité et se reflétaient clairement dans les histoires des 22 jeunes filles dont il est question dans le présent rapport. Ces lacunes concernent notamment l'inaccessibilité des services proposés à l'échelle locale, l'absence de suivi après une crise, le manque de communication et de collaboration entre les fournisseurs de services pour mettre en œuvre les plans, le manque d'accès à des services adaptés à la culture et l'existence de services qui ne répondent pas aux besoins des jeunes. À l'instar du rapport Virgo (2018), les lacunes relevées par les personnes ayant participé à l'élaboration du *Cadre du continuum du mieux-être mental des*

[8] À titre d'exemple, consultez l'énoncé de préoccupations du Bureau intitulé *A Call to Action: A Mental Health and Addictions System to Meet the Needs of Children and Youth* (en anglais) publié en septembre 2018 et accessible à la page : https://manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/Advocates-Statement-of-Concern-MH-Addictions.pdf

[9] Pour lire l'histoire de Matthew (en anglais), rendez-vous sur : https://manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/2023/05/MACY-Special-Report-The-Slow-Disappearance-of-Matthew-Feb2020.pdf.

Premières Nations (2015) comprenaient l'absence d'accès à des programmes de mieux-être mental destinés aux enfants et aux jeunes, à des services offerts localement aux personnes vivant dans les collectivités des Premières Nations et à des services provinciaux culturellement compétents et sécurisants, ainsi que le fait que les services étaient offerts par des travailleurs communautaires recevant peu ou pas de formation, de supervision ou de soutien. Il est essentiel de combler ces lacunes, et d'autres encore, si l'on souhaite mettre en place un système *axé* sur les enfants et *centré* sur leurs besoins. Alors que le suicide reste le principal mode de décès chez les jeunes âgés de 11 à 17 ans dans notre province, il est aujourd'hui inacceptable que les systèmes provinciaux et fédéraux, qui sont les principaux responsables de la prise en charge des besoins en matière de santé mentale des jeunes, souffrent d'un grave sous-financement, soient souvent inaccessibles et s'avèrent inefficaces. Ce message nous a été clairement transmis par les experts du système, par les hauts responsables gouvernementaux, par les familles et – *avec force* – par les jeunes eux-mêmes.

Figure 3 – Santé mentale et dépendances; pyramide de santé de la population. Source : Virgo Planning, 2018b, p. 88.

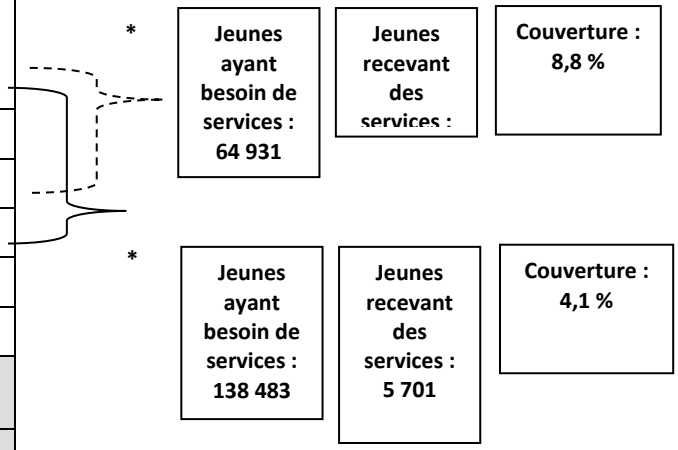


La qualité du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les jeunes est importante. La manière dont le système fonctionne et répond aux besoins des jeunes à mesure qu'ils passent d'un niveau à l'autre aura un effet direct sur la vie et l'avenir de centaines de milliers d'enfants et de jeunes qui ont droit à des soins de santé mentale publics de qualité. La figure 3, tirée du rapport Virgo, présente une estimation du nombre de jeunes et de jeunes adultes âgés de 15 à 25 ans au Manitoba qui ont besoin de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances aux différents niveaux du système provincial (Virgo Planning, 2018b, p. 88). Il importe de souligner que les enfants et les jeunes de moins de 15 ans ne figurent pas dans ce graphique du rapport Virgo ni dans plusieurs autres volets clés de l'analyse du rapport, car « il n'existe pas de données sur la santé de la population des enfants et des jeunes permettant d'estimer les besoins au moyen de l'approche fondée sur la pyramide de santé de la population » (p. 183). Bien que le rapport Virgo contienne des estimations des besoins pour les enfants et les jeunes de moins de 17 ans, ces chiffres ont été calculés à partir d'autres sources de renseignements servant de base à ces estimations. Le rapport Virgo souligne que ces méthodes présentent certaines limites, notamment une sous-estimation générale des besoins, en particulier pour les enfants et les jeunes autochtones, dont les besoins complexes ne sont pas pris en compte dans les sources utilisées pour établir ces estimations.

Un autre aspect important du rapport Virgo résidait dans son analyse et son examen de la couverture des services, et donc des lacunes en la matière. Par exemple, à la figure 4 ci-dessous, lorsque l'on se penche sur le nombre estimé de jeunes et de jeunes adultes ayant besoin de services de lutte contre les dépendances et qui y ont droit, le rapport Virgo indique que 138 483 jeunes et jeunes adultes du Manitoba ont besoin de services des niveaux 2 à 5, alors que seuls 5 701 d'entre eux peuvent y accéder. Ainsi, **le système ne fournit des services qu'à 4,1 % des jeunes et des jeunes adultes qui en ont besoin** (Virgo Planning, 2018b, p. 95). Le rapport Virgo ne comportait pas de représentation semblable concernant le système de santé mentale, mais d'après les réunions que nous avons eues avec les principaux groupes d'intervenants, nous comprenons que ce travail est en cours.

***Figure 4* – Couverture estimée des services liés à la lutte contre les dépendances au Manitoba pour les 15-25 ans. Source : Virgo Planning, 2018b, p. 95.**

Niveau	Pourcentage de jeunes ayant besoin de services	Nombre estimé de jeunes ayant besoin de services
5	0,7	1 461
4	8,6	17 311
3	23,0	46 159
2	36,6	73 552
1	31,0	62 274
*Niveaux 3-5	32,3	64 931
**Niveaux 2-5	68,9	138 483



L'histoire d'une jeune fille, Madison, qui s'est suicidée à l'âge de 15 ans, illustre toutes les constatations principales mentionnées ci-dessus, ainsi que les lacunes et les obstacles auxquels les jeunes Manitobains peuvent se heurter au moment d'accéder à des services de santé mentale.

Madison : Renvoyée à plusieurs reprises dans un foyer dangereux

Au cours de sa vie, Madison a vécu dans un milieu rural et dans une petite ville du Manitoba. Elle avait une fratrie nombreuse et a passé une grande partie de sa vie sous la responsabilité des Services à l'enfant et à la famille. Au moment de son décès, elle était sous la tutelle permanente d'un office de services à l'enfant et à la famille. Ceux qui la connaissaient décrivaient Madison comme une personne pleine de compassion.

La famille de Madison a commencé à être prise en charge par les Services à l'enfant et à la famille peu après sa naissance, en raison des problèmes d'alcoolisme et de consommation problématique de substances de ses parents et d'allégations de négligence envers l'enfant. C'est pour ces raisons que Madison a été prise en charge par les Services à l'enfant et à la famille à quatre reprises entre sa naissance et l'âge de quatre ans. Bien qu'elle ait été placée en raison de problèmes de sécurité, les décisions prises par l'office concernant Madison ont continué à l'exposer à des risques en matière de protection de l'enfance. Madison a été retirée d'une famille d'accueil dans laquelle elle avait été placée à l'âge de cinq ans après des allégations de violence physique. L'année suivante, l'office de services à l'enfant et à la famille concerné a pris des dispositions pour que Madison passe une évaluation psychologique. Ses capacités cognitives globales ont été évaluées comme se situant dans la fourchette basse à moyenne, et il a été recommandé que Madison bénéficie de services de counseling pour l'aider à gérer sa tristesse, sa colère et sa frustration. Au cours de l'enquête, le Bureau n'a trouvé aucune preuve que de tels services de counseling avaient été offerts à Madison, comme cela avait été recommandé.

Madison a été placée de manière permanente sous la tutelle de l'office de services à l'enfant et à la famille à l'âge de huit ans. À cette époque, elle a commencé à dire qu'elle se sentait seule et qu'elle aspirait à renouer avec sa famille biologique. Des signalements ont été faits concernant des problèmes de protection de l'enfance dans sa famille d'accueil, notamment la consommation problématique d'alcool de la part de la personne chargée de s'occuper d'elle, le mauvais état du logement et les violences physiques infligées aux enfants qui y vivaient. En raison de ces préoccupations, un autre office de services à l'enfant et à la famille a décidé de retirer de cette famille d'accueil les enfants dont il avait la charge. Cependant, l'office responsable de Madison ne l'a pas retirée de cette même famille d'accueil. Cette dernière a fait l'objet de deux autres enquêtes, et Madison a été retirée de cette famille avant d'y être renvoyée à quatre reprises par l'office de services à l'enfant et à la famille au cours des cinq années qui ont suivi. Madison a demandé à plusieurs reprises à être placée ailleurs, en expliquant qu'elle ne se sentait pas en sécurité dans cette famille d'accueil. Comme l'office n'avait pas donné suite à ses demandes, Madison s'est enfuie de sa famille d'accueil et a refusé d'y retourner.

Lors d'une deuxième évaluation psychologique à l'âge de 12 ans, Madison a déclaré qu'elle avait besoin de vivre avec sa mère, qu'elle n'avait pas vue depuis deux ans. Madison était victime d'intimidation à l'école et le psychologue a une nouvelle fois recommandé que l'office de services à l'enfant et à la famille oriente Madison vers des services de counseling afin de l'aider à gérer sa colère liée aux traumatismes, son estime de soi et les questions relatives à sa famille d'origine. Madison a finalement été placée chez deux membres différents de sa famille, mais ces placements ont été de courte durée en raison des problèmes d'alcoolisme des personnes qui devaient s'occuper d'elle. Elle a ensuite été renvoyée par l'office de services à l'enfant et à la famille dans la famille d'accueil qu'elle avait demandé à plusieurs reprises de quitter. Une fois de plus, nous n'avons trouvé aucune preuve indiquant que Madison ait été orientée vers des services de counseling.

À l'âge de 13 ans, Madison a commencé à manifester des idées suicidaires et à s'automutiler. Une lettre de suicide a été trouvée dans ses affaires. Elle a été prise en charge par un service mobile d'intervention d'urgence et a révélé avoir été victime de violences sexuelles à l'âge de cinq ans dans l'une des familles d'accueil où elle avait été placée auparavant. Elle a indiqué qu'elle avait révélé ces violences à une ancienne famille d'accueil, mais que celle-ci ne l'avait pas crue et n'avait pas signalé ses propos. Le service mobile d'intervention d'urgence a transmis les révélations de Madison à l'office de services à l'enfant et à la famille, a élaboré un plan de sécurité que Madison a signé et l'a orientée vers un professionnel de la santé mentale. Le service mobile d'intervention d'urgence s'est engagé à prendre des nouvelles de Madison dans un délai de 48 à 72 heures et lui a indiqué qu'il resterait à sa disposition jusqu'à ce qu'un professionnel de la santé mentale lui soit attribué. Cependant, les difficultés de communication avec les travailleurs sociaux de Madison au sein de l'office de services à l'enfant et à la famille et ses parents d'accueil ont entravé leur capacité à fixer des rendez-vous et à lui apporter le soutien régulier dont elle avait besoin. Après les révélations de Madison, des accusations d'agression sexuelle, d'exploitation sexuelle, d'attouchements sexuels et de contacts sexuels ont été portées contre deux personnes. Madison a rencontré à une occasion un professionnel de la santé mentale, mais son dossier a été fermé, car le service de santé mentale n'a jamais réussi à l'impliquer dans le programme.

Ce même schéma, selon lequel les fournisseurs de services interviennent en période d'urgence sans que cela débouche sur un suivi durable, s'est répété pour Madison au cours des deux années suivantes. Madison a été transférée à deux reprises, à plusieurs heures de chez elle, pour subir une évaluation de sa santé mentale, et a été examinée à quatre reprises aux urgences d'un hôpital régional pour des idées suicidaires, des tentatives de suicide et une intoxication extrême. Elle avait du mal à faire face à plusieurs facteurs de stress : les décès d'un membre de sa fratrie et d'un ami; un traumatisme non résolu lié à des violences sexuelles; une colère liée à ce traumatisme; des intimidations à l'école et dans la famille d'accueil qu'elle avait demandé à plusieurs reprises de quitter. Elle a été orientée à deux autres reprises vers le programme communautaire de santé mentale, mais les travailleurs de ce programme ne sont pas parvenus à l'impliquer. À l'hôpital, le personnel médical lui permettait de sortir dès lors qu'elle acceptait les plans de sécurité et qu'elle affirmait ne pas avoir d'idées suicidaires au moment de l'évaluation. Il lui recommandait systématiquement de se présenter au programme communautaire de santé mentale pour un suivi.

Au cours des six derniers mois de sa vie, Madison a vu sa situation empirer. En échec scolaire dans plusieurs matières en raison de ses absences répétées, elle a commencé à consommer des substances psychoactives. Un jour, la police l'a retrouvée dehors, dans son quartier, inconsciente en raison d'une intoxication et souffrant d'hypothermie, sans aucun souvenir de la nuit précédente. Madison continuait d'exprimer des pensées suicidaires assorties d'un plan de passage à l'acte, mais le personnel de la santé estimait qu'une hospitalisation en psychiatrie n'était pas nécessaire. Lors de sa dernière sortie de l'hôpital, le plan de sortie prévoyait que Madison obtienne une consultation en psychiatrie, communique avec une infirmière en santé mentale et contacte les ressources locales d'intervention en situation de crise ou d'autres personnes de soutien si elle éprouvait de nouveau des idées suicidaires. Les éléments de preuve montrent que le professionnel de la santé mentale a tenté à six reprises de communiquer avec l'office de services à l'enfant et à la famille pour organiser une prise en charge pour Madison, car il y avait une incertitude quant à savoir si son placement se ferait au sein d'une collectivité des Premières Nations ou dans une région où elle pourrait bénéficier du programme communautaire de santé mentale. Cette prise en charge n'a toutefois jamais eu lieu et Madison est décédée un mois plus tard.

Les traumatismes subis par Madison pendant sa petite enfance n'ont pas été répertoriés par l'office de services à l'enfant et à la famille concerné, et ce dernier n'a pas non plus pris de mesures pour assurer sa protection, alors qu'il avait la responsabilité légale et éthique de veiller à ses soins, à sa protection et à son développement. Madison n'a pas bénéficié d'un accompagnement adapté au début de sa vie et, à l'adolescence, elle traversait des crises persistantes et récurrentes. Comme bon nombre des 22 jeunes filles présentées dans le présent rapport, Madison a pu bénéficier de services de santé mentale en période de crise, mais n'a pas fait l'objet de l'accompagnement nécessaire pour assurer un suivi auprès des ressources communautaires par la suite, ce qui a conduit ces dernières à mettre fin à leur prise en charge. Comme c'est trop souvent le cas, les services de santé mentale et d'intervention en situation de crise au Manitoba se désengagent lorsque les jeunes ne sont pas en milieu hospitalier. Au moment de la sortie de l'hôpital, les jeunes reçoivent généralement une liste de recommandations et de numéros de téléphone, et c'est à eux qu'il incombe de se prendre en main et d'organiser leurs propres soins, ce qui représente une charge déraisonnable à faire peser sur des enfants et des jeunes.

Le manque de communication entre l'office de services à l'enfant et à la famille et le professionnel de la santé mentale de Madison a également eu des répercussions sur le soutien dont cette dernière a pu bénéficier. Même lorsque Madison a fait plusieurs heures de route depuis son domicile pour passer deux évaluations de santé mentale dans un centre urbain du Manitoba, cela n'a rien changé pour elle. De plus, l'aide a été retardée ou interrompue en raison d'obstacles liés au fait que Madison séjournait par intermittence dans des structures d'accueil relevant d'administrations financées par le gouvernement fédéral. Lorsqu'elle vivait dans ces lieux, elle ne pouvait pas bénéficier des ressources financées par la province auxquelles elle avait auparavant accès. Il est important de noter que tous les fournisseurs de services qui ont été en

contact avec Madison ont omis d'intégrer des mesures de soutien en matière de lutte contre les dépendances dans leurs plans de prise en charge. En mettant de côté cet élément déterminant, les plans destinés à aider Madison présentaient une lacune permanente. Pour Madison, ces lacunes et ces obstacles en matière de ressources en santé mentale ont eu des conséquences désastreuses.

Un pas dans la bonne direction : des investissements provinciaux récents

Le gouvernement du Manitoba a commencé à donner suite au rapport Virgo. En effet, plusieurs annonces de financement dans le domaine de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances ont été faites pour commencer à combler les lacunes et à lever les obstacles auxquels se heurtent les enfants et les jeunes du Manitoba. En 2019, la province a organisé six événements publics afin d'annoncer plusieurs améliorations apportées aux services de santé mentale destinés aux enfants et aux jeunes.

Nom du programme	Description	Investissement
Annoncé le 15 janvier 2019		
Strongest Families Institute (SFI)	Propose des programmes fondés sur des données probantes aux enfants, aux adolescents et aux familles touchés par une maladie mentale bénigne à modérée et par d'autres problèmes de santé. Assure un accompagnement à distance. S'est donné comme politique d'offrir des services sans délai d'attente.	500 000 $
Annoncé le 7 octobre 2019		
NorWest Youth Hub	Cette enveloppe servira à renforcer les services de soutien en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances, ainsi que les mesures de soutien culturel destinées aux Autochtones.	823 000 $
Project 11	Propose des cours et des activités de sensibilisation aux questions de santé mentale et de promotion des stratégies d'adaptation positives.	621 000 $
Thrival Kits[MC]	Cette enveloppe a pour objectif d'élargir la diffusion des Thrival Kits[MC], un projet de promotion du mieux-être psychologique destiné aux écoles primaires.	1,5 million de dollars
Annoncé le 17 octobre 2019		

Le projet pilote Métis CART	Propose des équipes composées d'un travailleur social, d'un mentor familial et de travailleurs en santé mentale et en dépendances offrant du soutien aux familles aux prises avec des problèmes de consommation de substances par les parents ainsi que de maltraitance ou de négligence des enfants.	1,9 million de dollars
Annoncé le 6 novembre 2019		
Programme des écoles communautaires	Les fonds alloués dans le cadre de ce programme serviront à construire cinq nouvelles écoles (dont deux à Winnipeg).	1,6 million de dollars
Aidants communautaires	Offrent des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances aux familles et aux fournisseurs de soins, ce qui réduit le risque de prise en charge par les Services à l'enfant et à la famille ou d'échec des placements d'enfants.	525 000 $
Annoncé le 12 novembre 2019		
Projet Neecheewam	Améliore l'accès des jeunes exploités sexuellement aux services de guérison, de soins et de traitement dirigés par des Autochtones.	3,8 millions de dollars
Centre de traitement des adolescents et adolescentes du Manitoba et Secours-rue	Financement permettant au Centre de traitement des adolescents et adolescentes du Manitoba de collaborer avec Secours-rue pour fournir des soins aux jeunes présentant des besoins multisystémiques qui nécessitent « un accès intégré aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances ».	1,12 $ million
Annoncé le 18 novembre 2019		
Programme de santé mentale pour enfants et adolescents du Centre des sciences de la santé	Renforce les ressources déjà disponibles au Centre des sciences de la santé. Cela comprend notamment une disponibilité accrue des infirmières spécialisées en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour les évaluations aux services d'urgence, les thérapies de groupe (troubles anxieux), les thérapies de groupe (suivi après un programme d'intervention de crise de 12 semaines), un accès à des traitements individuels ainsi que des consultations d'urgence dans les établissements de santé situés en régions rurales ou éloignées.	4,2 $ millions

Il s'agit ici d'investissements judicieux dans la vie des enfants, des jeunes, des jeunes adultes et des familles. Pourtant, des lacunes et des obstacles persistent dans la prestation des services provinciaux et, alors que les besoins des citoyens en matière de santé mentale ne cessent de croître, les investissements cités ci-dessus ne constituent qu'un point de départ pour un plan indispensable visant à adapter nos systèmes provinciaux à une réalité moderne, solide et réactive. Ce sont les enfants et les jeunes qui résident en dehors de Winnipeg qui ressentent le plus vivement ces lacunes du système, car ils ne peuvent pas accéder à bon nombre de ces initiatives récemment annoncées ni en bénéficier. Les enfants et les jeunes des régions septentrionales du Manitoba ont encore moins accès à ces services. Étant donné que le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes a l'obligation légale de surveiller le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances destiné aux enfants

et aux jeunes dans notre province, ces nouveaux investissements s'inscrivent dans le cadre de cette mission de surveillance, et plus particulièrement en ce qui a trait à leur incidence positive sur la vie des enfants, des jeunes et des jeunes adultes.

Comme l'a souligné le Centre canadien de politiques alternatives (2019), « les dépenses consacrées à la santé mentale au Manitoba demeurent inférieures au seuil établi par la recherche nationale et internationale, selon laquelle elles devraient représenter 9 % des dépenses totales en santé. En 2019-2020, le Manitoba a consacré environ 5 % de son budget de la santé [aux services de santé mentale] » [TRADUCTION] (p. 9). La différence entre 9 % et 5 % des dépenses totales en santé représente 213 millions de dollars qui n'ont pas été affectés à l'amélioration de la qualité de vie, de la santé mentale et du mieux-être psychologique des Manitobains au cours de l'exercice 2019-2020 (gouvernement du Manitoba, 2019). Le rapport Virgo (2018) soulignait également que « les services destinés aux enfants étaient considérés comme particulièrement défavorisés en matière de financement par rapport aux services destinés aux adultes » [TRADUCTION] (p. 136). De plus, dans une analyse soulignant le décalage entre les besoins et les capacités du système, le rapport Virgo a mis en évidence les conséquences réelles et graves du sous-financement chronique des services de santé mentale destinés aux enfants et aux jeunes au Manitoba, en particulier pour les jeunes de notre province :

> Un thème récurrent, qui traverse et sous-tend une grande partie des travaux antérieurs, est l'écart entre la nature et l'ampleur des besoins de la population manitobaine et la capacité du système d'y répondre. Cet écart, ainsi que les résultats des analyses des goulots d'étranglement du système et des points de transition critiques, a attiré une attention considérable sur les problèmes persistants d'accès aux services et de coordination de ceux-ci, ainsi que sur les solutions possibles. [...] L'accent mis dans le présent examen sur l'accès aux services et leur coordination est tout à fait justifié, les difficultés d'accès aux services et la complexité de la navigation dans le système étant constamment soulevées. [...] Un constat similaire a été fait en ce qui concerne les investissements relatifs dans les services destinés aux adultes par rapport à ceux destinés aux enfants et aux jeunes; ces derniers étant considérés dans certains rapports comme le « parent pauvre du parent pauvre » du système. [TRADUCTION] (Virgo Planning, 2018, p. 27).

Bien que des progrès aient été accomplis depuis la publication du rapport Virgo, les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances destinés aux enfants et aux jeunes du Manitoba doivent encore faire l'objet de plus d'attention, d'innovation et de financement si l'on souhaite combler les lacunes du continuum actuel et garantir que ces services seront équitablement accessibles à tous les enfants et jeunes.

Au Manitoba, ces avancées ont été freinées ces dernières années par la mise en place de projets pilotes ou par le recours, de la part du gouvernement, à des financements ponctuels et limités dans le temps. Le rapport Virgo a décrit le gouvernement du Manitoba comme étant en

mode « démonstration » ou « projet pilote », sans qu'aucune suite semble être donnée aux projets, même lorsque les évaluations des programmes démontraient leur efficacité. Comme l'ont indiqué les auteurs du rapport Virgo (Virgo Planning, 2018) :

> Un autre thème fréquemment évoqué concernait les difficultés rencontrées **pour élargir la portée des projets après une évaluation positive ou le succès de projets pilotes**. La province était également perçue comme étant constamment en mode « *démonstration* » ou « *projet pilote* », se retrouvant ensuite dans l'obligation de solliciter des fonds pour déployer à plus grande échelle ses projets couronnés de succès, puis d'attendre... et d'attendre encore. Le manque de financement et les occasions manquées en matière de prévention, de promotion de la santé et de dépistage précoce étaient également fréquemment évoqués (p. 138; mise en évidence dans l'original).

Il serait utile que les annonces, y compris celles concernant les nouveaux investissements qui s'inscrivent dans le cadre de projets pilotes, s'accompagnent d'un plan de travail clair et public, afin que la vision du gouvernement ne reste pas un mystère incompris des contribuables qui, en fin de compte, la financent. Ce qu'il faut, c'est que le gouvernement, et plus précisément le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active, expose clairement sa vision, en l'accompagnant d'un plan de travail et d'un calendrier précisant comment les engagements en matière de financement et de programmes permettront de faire passer la santé mentale des enfants et des jeunes du statut de « parent pauvre » à celui de priorité reconnue comme importante et valorisée.

Reconnaissant ce besoin, le plus récent rapport publié par le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba, *La lente disparition de Matthew : Le combat d'une famille pour des soins de santé mentale pour les jeunes en cas d'intimidation et de troubles de santé mentale* (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes, 2020 – en anglais seulement), formulait la recommandation suivante :

> **RECOMMANDATION 7 : Publier un cadre transparent pour la transformation du système de santé en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les enfants et les jeunes**
>
> Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande que, dans un souci de transparence et de responsabilité, le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active du Manitoba publie son cadre et son plan de transformation du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les jeunes au Manitoba, afin que les annonces et les investissements récents et prévus puissent être compris par la population manitobaine non pas comme des annonces ponctuelles, mais comme faisant partie d'une stratégie globale à plusieurs niveaux visant à améliorer l'accès, la coordination, le contenu et la capacité du système de soins de santé pour les enfants et les jeunes dans la province (p. 77).

Le rapport sur la mort de Matthew n'était pas le premier rapport publié par le Bureau à formuler cette recommandation. En fait, deux rapports précédents avaient fait des recommandations similaires, *Documenter le déclin : Le dangereux fossé entre les bonnes intentions et les interventions salutaires* (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes, 2018b – en anglais) et *Un endroit où l'on se sent chez soi : l'histoire de*

Tina Fontaine (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes, 2019). Ces deux rapports appelaient divers ministères à remédier au manque de services et de mesures de soutien destinés aux enfants et aux jeunes du Manitoba, et à rendre public un plan de mise en œuvre clair visant à donner suite aux recommandations concernant précisément les enfants et les jeunes formulées par le rapport Virgo. Par exemple, *Documenter le déclin : Le dangereux fossé entre les bonnes intentions et les interventions salutaires* (2018b) invite le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active à dresser un inventaire des services et des aides actuellement disponibles et à évaluer les lacunes existantes au sein des systèmes, en formulant notamment des recommandations sur la manière dont les services existants pourraient être réorientés. Le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active n'a toujours pas apporté de réponse concrète à la recommandation formulée par le Bureau au cours des deux dernières années. Non seulement ce ministère n'a pas rendu public son cadre, comme cela avait été demandé en 2019, mais il n'a fourni aucune preuve de l'existence d'un inventaire des services ni d'une quelconque évaluation des lacunes systémiques.

La publication d'un plan stratégique visant à transformer les systèmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les jeunes est essentielle au bien-être des enfants et des jeunes. Un cadre et un plan stratégique devront toutefois reposer sur des bases solides, étayées par des évaluations des services actuellement disponibles et une bonne compréhension des besoins des enfants et des jeunes du Manitoba. L'analyse des lacunes dans ces deux domaines doit servir de base à l'élaboration d'un plan global. Comme le recommande le rapport Virgo, le Manitoba doit cesser de se contenter de colmater les brèches en comblant les lacunes du système au coup par coup, au gré des financements disponibles, et prendre plutôt du recul pour avoir une vue d'ensemble. À ce titre, nous réitérons les recommandations formulées précédemment par le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba dans les rapports spéciaux mentionnés ci-dessus.

RECOMMANDATION 1 : MENER UNE ANALYSE DES LACUNES

RECOMMANDATION 1 : Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande que le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active procède à une analyse des lacunes du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les jeunes, en s'appuyant sur le modèle à plusieurs niveaux proposé dans le rapport Virgo. L'analyse des lacunes doit s'inscrire dans le cadre et le plan stratégique pour la transformation des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les enfants et les adolescents. En

RÉSULTATS

- **Procéder à une analyse dans l'ensemble des provinces et territoires afin de dresser un inventaire complet des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les jeunes et des aides disponibles à chacun des cinq niveaux, depuis les initiatives de prévention jusqu'à celles conçues pour répondre aux besoins les plus aigus.**
- **Réaliser une analyse des lacunes à l'aide de l'inventaire des services et d'une évaluation des besoins des enfants et des jeunes au Manitoba, en tenant compte des services actuels figurant dans l'inventaire qui peuvent être modifiés ou adaptés (augmentation des capacités, modifications nécessaires pour en améliorer le fonctionnement, modifications apportées sur la base de nouvelles évaluations ou données probantes, etc.).**
- **Rendre publique la vision à court terme (1 an) et à long terme (3 à 5 ans) ainsi que le plan stratégique pour le développement du programme et les investissements requis pour guider l'amélioration du système.**

INCIDENCE POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES

Tout plan stratégique nécessite une évaluation et une analyse rigoureuses. Les enfants et les jeunes du Manitoba bénéficieront d'une meilleure prise en charge si le plan stratégique provincial visant à transformer les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances s'appuie sur une évaluation précise des services disponibles ainsi que sur la détermination des besoins actuels dans toute la province.

Une fois qu'un cadre global, adapté et efficace ainsi qu'un plan stratégique ont été élaborés, ils doivent être suivis de mesures concrètes et d'engagements en faveur des enfants, des jeunes, des jeunes adultes et des familles afin que des changements tangibles puissent se produire. Comme le souligne le rapport Virgo, il faut agir et « accorder une attention particulière à l'amélioration de ces services et de ces soutiens à tous les niveaux de gravité et de complexité » [TRADUCTION] (2018, p. 221). C'est la nécessité d'un changement qui motive la deuxième recommandation du présent rapport.

RECOMMANDATION 2 : GARANTIR UN ACCÈS ÉQUITABLE AUX SERVICES

RECOMMANDATION 2 : Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande que le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active démontre que son cadre et son plan stratégique pour la transformation des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les jeunes au Manitoba garantit un accès équitable aux services dans toutes les régions du Manitoba, des services qui sont adaptés aux besoins uniques des enfants et des jeunes de notre province.

RÉSULTATS

- **Il convient de s'appuyer sur les rapports provinciaux déjà publiés, comme le rapport Virgo (2018), ainsi que sur les meilleures pratiques à l'échelle nationale et internationale, pour orienter la mise en œuvre d'un cadre visant à établir un continuum fonctionnel de services et de soutiens destinés à répondre aux besoins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les enfants et les jeunes du Manitoba dont les besoins relèvent de chacun des cinq niveaux.**
- **Il faut mettre en place des services et des soutiens (nouveaux ou remaniés) sûrs et adaptés à la culture en tenant compte des commentaires des principales parties prenantes, à savoir les enfants, les jeunes et leurs familles, les fournisseurs de services ainsi que les dirigeants et les aînés autochtones, afin de répondre aux besoins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les enfants et les jeunes du Manitoba dont les besoins relèvent de chacun des cinq niveaux.**

INCIDENCE POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES

Grâce à l'amélioration du système à tous les niveaux, les enfants et les jeunes du Manitoba bénéficieront d'un accès équitable aux services et aux soutiens adaptés à leurs besoins, ce qui leur permettra d'améliorer leur santé et leur bien-être général. Les investissements réalisés dans les cinq niveaux visent à promouvoir la santé et le bien-être de tous les Manitobains, aujourd'hui comme demain.

Les traumatismes précoces justifient une intervention ciblée

CONSTATATION : Les enfants et les jeunes du Manitoba ont besoin que les fournisseurs de services cernent plus rapidement les traumatismes et interviennent à temps pour lutter contre les effets de ceux qui ont été subis pendant l'enfance, qui augmentent le risque de troubles concomitants de santé mentale et de dépendance, y compris le risque de suicide chez les enfants, les jeunes et les jeunes adultes.

Malgré le recours fréquent de bon nombre des 22 jeunes filles du présent rapport aux services désignés, souvent dès leur plus jeune âge, les facteurs de risque de suicide ont été peu évalués et les répercussions négatives et persistantes que les traumatismes peuvent avoir tout au long de la vie ont été peu prises en compte[10]. En raison de cette absence d'évaluation, aucun plan de soutien ni aucune intervention n'ont été mis en place pour atténuer les facteurs de risque de suicide. C'est un schéma que le personnel du Bureau observe fréquemment dans la vie des jeunes dont il défend les intérêts, et ce sont également des questions abordées dans d'autres rapports spéciaux qu'il a publiés, comme *Besoin de protection : L'histoire d'Angel* (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes, 2018c – en anglais), qui se penche sur les expériences négatives durant l'enfance (ENE), et *Un endroit où l'on se sent chez soi : L'histoire de Tina Fontaine* (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes, 2019).

L'absence d'intervention précoce et de traitement efficace des traumatismes chez l'enfant est préoccupante compte tenu des conséquences que cette absence peut avoir. Des études ont mis en évidence un lien de causalité entre les traumatismes subis durant la petite enfance et des conséquences négatives sur la santé mentale et le développement des enfants, de l'enfance à l'adolescence, et même tout au long de la vie (Gerson et Rappaport, 2013). Il est largement reconnu que le fait de subir un traumatisme augmente les risques de consommation problématique d'alcool et de substances psychoactives, d'anxiété, de dépression et de tentatives de suicide (Rosenberg, 2011). Par ailleurs, les effets des traumatismes subis pendant l'enfance sont cumulatifs et « plus le traumatisme est grave, plus le risque est élevé » [TRADUCTION] (Rosenberg, 2011, p. 428). Bon nombre des 22 jeunes évoquées dans le présent rapport ont subi plusieurs traumatismes simultanément au cours de leur petite enfance, ce qui a eu des répercussions aiguës sur leur santé et leur bien-être à l'adolescence.

[10] L'article 1 de la Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes définit les « services désignés » comme comprenant les domaines suivants : la protection de l'enfance, l'adoption, le handicap, l'éducation, la santé mentale chez les jeunes, la lutte contre les dépendances chez les jeunes, le soutien aux victimes (y compris d'exploitation sexuelle et de violence familiale) et la justice pour les jeunes.

Si les 22 jeunes ont toutes vécu des traumatismes durant leur enfance, seules trois d'entre elles avaient bénéficié d'une forme d'intervention ciblée au cours de leur petite enfance et de leur enfance. Pour celles qui ont bien bénéficié d'une forme d'intervention ou de traitement à la suite d'un traumatisme subi pendant la petite enfance, l'intervention en question n'était pas toujours suffisante pour répondre à leurs besoins, ou certains obstacles les empêchaient d'accéder facilement aux services, comme de longues listes d'attente. L'une des jeunes filles, Hannah, qui s'est suicidée à l'âge de 16 ans, a été dans cette situation.

Hannah : « Une souffrance affective permanente »

La famille d'Hannah présentait des antécédents importants avec les Services à l'enfant et à la famille avant sa naissance, et cette situation s'est poursuivie tout au long de sa vie. De sa naissance jusqu'à l'âge de 10 ans, Hannah a été élevée par sa mère, son père ou d'autres membres de sa famille. Les milieux dans lesquels Hannah a grandi étaient souvent chaotiques, et les Services à l'enfant et à la famille ont dû intervenir en raison de nombreux facteurs, y compris : les problèmes de dépendance des parents; la violence et la négligence envers les enfants; les préoccupations liées à la sécurité des enfants face aux dépendances d'autres membres de la famille vivant sous le même toit; les tendances suicidaires de certains membres de la famille; la violence et les comportements criminels de certains membres de la famille.

À l'âge de 10 ans, Hannah a vécu un événement traumatisant et a commencé à suivre des séances avec thérapeute en santé mentale dans sa collectivité. Toutefois, Hannah n'a pas honoré ses rendez-vous prévus et le thérapeute n'a pas réussi à joindre ses parents pour reprogrammer les séances. Quelques mois plus tard, Hannah a été appréhendée en raison de l'alcoolisme de ses parents et de la négligence dont elle faisait l'objet de leur part. Elle a été placée dans un foyer distinct de celui de sa fratrie, au sein de sa collectivité.

Une fois prise en charge par les Services à l'enfant et à la famille, la vie d'Hannah est restée chaotique et elle n'a guère connu de stabilité. Au cours des cinq années de prise en charge d'Hannah, les Services à l'enfant et à la famille l'ont placée dans plus de 20 foyers différents. Elle a finalement été placée sous la tutelle permanente des Services à l'enfant et à la famille à l'âge de 12 ans. À partir de ce moment-là, elle a commencé à s'automutiler et à exprimer des idées suicidaires. Elle a été orientée vers le programme communautaire de santé mentale, mais a été placée sur liste d'attente pour bénéficier de ces services. Hannah a ensuite été examinée par un psychologue, qui lui a diagnostiqué un trouble de l'adaptation et une dépression, découlant de plusieurs facteurs : la séparation d'avec sa famille, la négligence liée à l'alcoolisme de ses parents ainsi que le suicide récent d'un proche adulte de sa famille. Hannah a également cité le harcèlement par ses camarades parmi les facteurs de stress. On a recommandé sa mise en relation avec un thérapeute en santé mentale, mais elle est restée sur une liste d'attente pour en bénéficier.

À l'âge de 13 ans, Hannah affichait une faible fréquentation scolaire, avait commencé à consommer des substances, de l'alcool et des solvants, et s'absentait souvent des placements qui lui avaient été attribués par les Services à l'enfant et à la famille. Au cours d'une évaluation menée par un service mobile d'intervention d'urgence, après avoir fait part de ses pensées suicidaires, Hannah a indiqué qu'elle ressentait « une souffrance affective permanente ». Comme elle niait alors avoir des idées suicidaires ou un plan suicidaire et qu'elle avait signé un plan de sécurité écrit, elle a été considérée comme présentant un risque faible à modéré. Elle a de nouveau été orientée vers le programme communautaire de santé mentale et un professionnel de la santé mentale a été affecté à son dossier. Cependant, comme ce dernier n'a pas réussi à joindre le travailleur des Services à l'enfant et à la famille responsable du dossier d'Hannah pour organiser les rendez-vous, celle-ci n'a pas pu le voir pendant quatre mois. Hannah a finalement participé à deux séances avec ce professionnel, au cours desquelles elle a évoqué ses symptômes de dépression et d'anxiété. Elle a nié avoir eu des pensées suicidaires ou avoir fait d'autres tentatives de suicide.

Trois mois plus tard, à l'âge de 14 ans, Hannah a fait deux tentatives de suicide en l'espace de 24 heures. À ces deux occasions, elle a subi une évaluation en santé mentale aux urgences de l'hôpital local. Lors de la première intervention, elle a accepté de prendre les mesures nécessaires pour assurer sa sécurité, a signé un plan de sécurité écrit et a été évaluée comme présentant un faible risque. Elle est sortie de l'hôpital avec pour consigne de consulter un psychiatre afin de se faire prescrire des médicaments, de se rendre régulièrement à des séances avec son professionnel de la santé mentale, d'entretenir des contacts plus fréquents avec sa famille et de participer à des cérémonies traditionnelles, un souhait dont elle avait elle-même fait part. Quelques heures plus tard, Hannah a commencé à boire de l'alcool et a de nouveau tenté de se suicider. À l'hôpital local, elle a expliqué qu'elle était tourmentée par le suicide d'un membre de sa famille et que sa famille lui manquait. Elle a fait part de son intention de se suicider et a estimé ne plus être en mesure d'assurer sa propre sécurité. Elle a été transportée par les airs vers un autre service d'urgence pour une évaluation et un traitement supplémentaires. Ce processus a pris encore 24 heures, à l'issue desquelles Hannah a été jugée comme présentant un faible risque de nouvelles tentatives, car elle avait indiqué ne plus avoir d'idées suicidaires. Elle a quitté l'hôpital sans y avoir été admise. Un mois plus tard, elle a fait une overdose de médicaments sur ordonnance, mais a ensuite nié qu'il s'agissait d'une tentative de suicide. Hannah a rencontré une nouvelle fois son professionnel de la santé mentale et a réaffirmé qu'elle n'avait pas besoin de consulter un psychiatre pour obtenir des médicaments. Elle a indiqué que son humeur s'était améliorée et qu'elle avait pris conscience que sa consommation d'alcool avait des conséquences sur son niveau de tristesse, la maîtrise de ses impulsions et son jugement. Elle avait alors décidé de ne plus boire. C'est la dernière fois qu'Hannah a consulté un professionnel de la santé mentale. De retour dans sa collectivité d'origine, elle n'a plus jamais été orientée vers un tel professionnel.

Au cours de la dernière année de sa vie, Hannah a été remis sous la garde de sa famille. Si des préoccupations subsistaient quant aux idées suicidaires d'Hannah et à sa consommation problématique d'alcool et de substances psychoactives, de nouvelles inquiétudes sont apparues concernant un comportement délictueux. À l'âge de 16 ans, Hannah avait été témoin de trois agressions et d'un homicide, elle avait été

poignardée à deux reprises et avait été inculpée pour avoir agressé un camarade. Bien que l'office de services à l'enfant et à la famille ait reconnu qu'Hannah avait besoin de services de soutien en santé mentale et d'une thérapie, aucune mesure n'a été prise pour lui garantir ces services et, à l'âge de 16 ans, Hannah s'est donné la mort dans sa collectivité. Au moment de son décès, son organisme comportait des traces d'alcool et d'autres substances.

Comme ce fut le cas pour Hannah, et pour de nombreuses jeunes dont les récits figurent dans le présent rapport, les interventions mises en place pendant l'adolescence s'inscrivaient dans un modèle de prise en charge axé sur la gestion des crises et visaient à remédier à un risque ou à un incident comportemental, et non aux causes profondes du problème : à savoir les répercussions des traumatismes sur la santé et le développement de l'enfant. Dans d'autres cas présentés dans le présent rapport, on a même pu constater l'absence totale de toute intervention. Ce modèle de prestation de services a placé les jeunes filles évoquées dans le présent rapport dans une situation défavorisée tout au long de leur enfance et à l'aube de cette nouvelle période déroutante qu'est l'adolescence. Un fournisseur de services interrogé par le Bureau a souligné que les mesures d'intervention précoce constituaient une lacune importante dans le système actuel de santé mentale et de lutte contre les dépendances :

> […] On attend que les gens soient vraiment malades, puis on attend qu'ils soient pris en charge aux urgences. Les interventions précoces constituent la meilleure pratique, mais même pour celles qui existent déjà, comme les groupes de thérapie cognitivo-comportementale, il faut des années avant de pouvoir y participer. Les écoles ne disposent pas non plus de ressources et de services suffisants en la matière (entretien avec un fournisseur de services, le 19 novembre 2019).

Les récits de ces 22 jeunes filles mettent en évidence l'urgence d'améliorer le dépistage précoce et la prise en charge des traumatismes chez les enfants et les jeunes du Manitoba. De plus, tous les enfants et les jeunes du Manitoba doivent pouvoir bénéficier d'interventions précoces tenant compte des traumatismes subis et adaptées à leurs besoins. Pour certains enfants, comme les jeunes filles citées ici qui présentent plusieurs facteurs de risque de suicide, les mesures d'accompagnement nécessaires consistent en des interventions ciblant les problèmes de santé mentale bénins à modérés. Pour d'autres, les initiatives générales de promotion de la santé et du mieux-être ainsi que les mesures de prévention peuvent s'avérer bénéfiques.

Investir dans les enfants présente de nombreux avantages

Plusieurs rapports, et notamment le rapport Virgo (Virgo Planning, 2018), le *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations* (Santé Canada, 2015) et *Changer les orientations, changer des vies : La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* (Commission de la

santé mentale du Canada, 2012) ont souligné l'importance d'orienter la planification et les politiques vers la promotion universelle du mieux-être psychologique et les efforts d'intervention précoce. Le rapport Virgo (2018) estime que « l'investissement dans les services de santé mentale destinés aux enfants s'est également révélé une stratégie efficace pour prévenir les problèmes et les maladies chez les jeunes et plus tard à l'âge adulte » [TRADUCTION] (p. 112). De plus, ces efforts permettront d'éviter « […] des problèmes plus graves, plus pénibles, plus coûteux et plus complexes à l'avenir » [TRADUCTION] (p. 112).

Au Manitoba, la mise en œuvre et l'accessibilité des initiatives actuelles en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé mentale varient. Il est essentiel que ces programmes soient mis en place à grande échelle et dès le plus jeune âge, car 70 % des jeunes adultes indiquent avoir commencé à ressentir les premiers symptômes d'une maladie mentale dès l'enfance (Commission de la santé mentale du Canada, 2016). De plus, Santé Canada (2015) indique que « la période entre la conception et l'âge de six ans est celle qui est la plus déterminante; cette période est cruciale pour le développement du cerveau, pour la santé mentale, pour la relation parent-enfant et pour les résultats liés à la santé de l'enfant, de la famille et de la communauté » (p. 16). Une intervention précoce est donc indispensable pour apporter un soutien et un accompagnement aux parents, afin de favoriser le bon développement de l'enfant.

Au cours de cette enquête, nous avons saisi l'occasion de consulter le Groupe consultatif de jeunes ambassadeurs du Bureau, qui fournit des conseils et des avis au Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba. Lorsque nous avons demandé aux jeunes ce qui manquait au système, ils ont évoqué l'absence d'intervention précoce, de mesures de prévention et de prise en charge des traumatismes pendant la petite enfance. Ces jeunes estiment qu'il faudrait consacrer des moyens financiers aux initiatives d'intervention précoce afin d'aider les parents, les éducateurs et les autres professionnels à commencer à sensibiliser les enfants à la santé mentale et à leur enseigner des stratégies d'adaptation dès leur plus jeune âge, tout en ayant des discussions ouvertes avec eux sur ce qu'ils ressentent et ce dont ils ont besoin. Cette suggestion s'inscrit parfaitement dans le niveau 1 du modèle à plusieurs niveaux, qui s'adresse à l'ensemble de la population de la province et qui met l'accent sur « la promotion de la santé et la prévention à l'échelle de la population » [TRADUCTION] (Virgo Planning, 2018, p. 12). Par ailleurs, la promotion de la santé, la prévention, le développement de la communauté et l'éducation font également partie de l'éventail des services essentiels soutenus par le *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations* de Santé Canada (2015).

Le Manitoba a notamment choisi de mettre en œuvre ce programme dans les écoles. Étant donné que tous les enfants du Manitoba sont dans l'obligation légale d'aller à l'école, le fait de concentrer nos efforts sur ce milieu permettra à ces programmes de toucher un public plus large. Comme nous l'indiquons plus haut, le gouvernement provincial a annoncé de récents investissements dans Project 11 et les Thrival Kits[MC], deux initiatives locales qui proposent des activités de promotion de la santé mentale dans les écoles du Manitoba. Ces initiatives d'intervention

précoce se situent à l'une des extrémités du continuum des services de santé mentale et jouent un rôle important dans le renforcement des capacités à l'échelle de la collectivité.

Outre les efforts de prévention et de promotion de la santé mentale à grande échelle, les fournisseurs de services doivent bien connaître les effets des traumatismes subis pendant la petite enfance. La compréhension des expériences négatives durant l'enfance (ENE) et de leurs répercussions a été longuement abordée dans le rapport du défenseur des droits du Manitoba intitulé *Besoin de protection : L'histoire d'Angel* (2018c). En prenant conscience des nombreuses ENE qu'Angel avait vécues durant sa petite enfance, ainsi que de l'absence d'intervention dont elle avait fait l'objet, le Bureau a constaté un manque préoccupant de sensibilisation et de formation à propos des ENE chez les fournisseurs de services. En raison de ce manque d'information, Angel a dû gérer seule des traumatismes qui s'accumulaient dans sa vie. Ses niveaux de risque n'ont cessé de s'aggraver et les professionnels concernés ne sont pas intervenus pour la protéger.

Tout comme dans l'histoire d'Angel, les 22 jeunes filles concernées par le présent rapport ont vécu de nombreuses occasions manquées. Les interventions des fournisseurs de services ont eu lieu après des événements critiques, comme des périodes d'hospitalisation, des crises de santé mentale ou encore des situations d'automutilation et des tentatives de suicide. Il faut reconnaître l'importance de l'intervention précoce et d'une réponse rapide face aux traumatismes subis pendant l'enfance, et cette prise de conscience de la part des gouvernements doit se traduire par l'octroi de financements prioritaires. Comme l'ont recommandé les auteurs du rapport Virgo :

> Conformément à la recommandation du rapport Peachey, il conviendrait d'allouer à la prévention 8 % des ressources consacrées à la santé mentale et aux dépendances, reconnaissant ainsi le lien étroit qui existe entre la mise en place de services d'intervention précoce face aux nouveaux problèmes de santé mentale et de dépendance et la nécessité de services complémentaires à l'avenir [TRADUCTION] (Virgo Planning, 2018, p. 218).

Nous savons qu'il a été démontré que les facteurs de risque de suicide sont étroitement liés aux traumatismes subis pendant l'enfance. Une étude menée par Choi *et al*. (2017) a constaté que les traumatismes subis pendant l'enfance, ainsi que les problèmes de santé mentale et les troubles liés à l'usage de substances psychoactives, étaient beaucoup plus fréquents chez les personnes ayant fait une tentative de suicide que chez celles n'en ayant pas fait. L'histoire d'une enfant, Andrea, dont le suicide fait l'objet d'une enquête dans le cadre du présent rapport, souligne l'importance d'investir dès le plus jeune âge dans la santé mentale et le mieux-être psychologique des enfants. Andrea s'est suicidée alors qu'elle n'avait que 11 ans et venait de terminer sa 6^{e} année. Elle était exposée à plusieurs facteurs de risque de suicide, mais n'a bénéficié d'aucun soutien documenté, alors même que des signes de problèmes de santé mentale étaient apparus chez elle dès l'âge de 7 ans.

Andrea : Des signes avant-coureurs évidents, mais aucune aide

Andrea a passé toute sa vie dans une petite collectivité. Elle avait une grande famille et était particulièrement proche de sa mère.

Les parents d'Andrea ont connu des difficultés pendant de nombreuses années, et leur relation était marquée par la dépendance et de graves violences entre partenaires intimes. En effet, plusieurs incidents ont conduit à l'hospitalisation de sa mère et à l'incarcération de son père. Ces incidents se sont souvent déroulés sous les yeux des enfants.

Andrea a été placée pour la première fois par les Services à l'enfant et à la famille à l'âge d'un an, mais elle a été rendue à sa mère quelques jours plus tard. Son père avait été incarcéré après une agression, mais ses parents se sont remis ensemble à sa sortie de prison. Ce schéma, selon lequel les enfants étaient appréhendés pour être remis à leurs parents peu de temps après, s'est répété tout au long de l'enfance d'Andrea. Aucune intervention durable n'a été mise en place pour cette famille : les enfants ont été témoins de violences répétées et ont vécu dans un environnement constamment instable et dangereux. Ses parents sont restés en proie avec leurs problèmes de dépendance et, même si les documents attestent de leurs remords après des incidents violents et des interventions policières, aucune aide n'a été mise en place pour les aider à apporter des changements significatifs et durables au sein de leur famille.

Andrea a de nouveau été appréhendée par les Services à l'enfant et à la famille à l'âge de 6 ans, car son petit frère nouveau-né avait été laissé seul à la maison sous la surveillance d'un autre membre de la fratrie alors âgé de moins de 10 ans. Lorsque les agents des Services à l'enfant et à la famille se sont rendus au domicile, ils ont constaté des signes de négligence envers les enfants et d'autres problèmes liés à la protection de l'enfance.

Andrea a passé environ 15 mois sous la garde des Services à l'enfant et à la famille et a été placée séparément de ses frères et sœurs. Elle avait des difficultés dans toutes les matières à l'école; on savait qu'elle était victime d'intimidation de la part de ses camarades et certains documents laissaient penser qu'elle souffrait peut-être d'un trouble d'apprentissage non diagnostiqué. Ces préoccupations concernant son développement n'ont pas été prises en compte par les fournisseurs de services.

À l'âge de 7 ans, on a retrouvé Andrea avec un bout de fil de pêche autour du cou. Elle a été conduite au poste de soins infirmiers local, où elle s'est entretenue avec une infirmière et des travailleurs des Services à l'enfant et à la famille, avant d'être ramenée dans sa famille d'accueil avec pour consigne à son tuteur de la surveiller de près. Rien n'indique qu'on ait proposé à Andrea un accompagnement supplémentaire en matière de santé mentale ou un suivi.

Pendant cette période de prise en charge par les Services à l'enfant et à la famille, sa mère manquait beaucoup à Andrea, et celle-ci s'enfuyait souvent de son placement pour rendre visite à ses parents. Par la suite, l'office de services à l'enfant et à la famille l'a à nouveau confiée à sa mère, celle-ci ayant réussi à rester sobre pendant un certain temps et participant aux programmes imposés par l'office.

À l'âge de 8 ans, Andrea et plusieurs de ses camarades se sont mutuellement infligé des blessures. Andrea a révélé que sa mère avait recommencé à boire et qu'elle organisait des « beuveries » à la maison. Elle a confié qu'elle ne dormait pas bien et qu'elle avait peur chez elle. Quand on lui a demandé si elle allait encore s'automutiler, elle a répondu : « Je ne sais pas ». Malgré ces révélations, Andrea a été renvoyée chez sa mère et aucune aide ni aucun suivi ne lui ont été proposés.

La mère d'Andrea a été hospitalisée quand Andrea avait 10 ans et est décédée quand Andrea avait 11 ans. Quelques mois après le décès de sa mère, Andrea s'est suicidée dans la maison familiale.

Comme tant d'autres dans le présent rapport, Andrea a demandé de l'aide à plusieurs reprises sans obtenir de réponse concrète de la part des adultes qui l'entouraient. Tout indiquait clairement qu'Andrea se heurtait à des difficultés à la maison, à l'école et au sein de sa communauté, mais on l'a laissée se débrouiller seule malgré son très jeune âge. Les fournisseurs de services ont affiché une méconnaissance des souffrances ou des traumatismes qui sous-tendaient ses comportements, et n'ont par conséquent jamais envisagé d'intervention susceptible d'avoir un effet positif sur la vie d'Andrea.

Les enfants ayant vécu un traumatisme réagissent de différentes manières : si certains, comme Andrea, manifestent des difficultés évidentes, d'autres peuvent souffrir davantage en silence. Comme l'indique le rapport intitulé *L'évolution du suicide chez les jeunes au Manitoba et la courte fenêtre d'intervention : rapport de la phase deux* (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes, 2016 – en anglais) :

> Certains enfants peuvent présenter des troubles du comportement ou parler ouvertement de leurs difficultés, tandis que d'autres ne présentent aucun problème. Il arrive parfois que l'on prenne les enfants pour des enfants résilients lorsqu'ils restent calmes ou ne réagissent pas comme on s'y attendrait face à des événements ou à des situations considérés comme traumatisants. Les réactions individuelles face à des événements traumatisants peuvent varier considérablement selon les enfants et comprendre des sentiments d'impuissance, d'anxiété, de culpabilité, de honte, de colère et de paralysie liée à la peur. Souvent, les enfants ont du mal à exprimer leurs sentiments et peuvent se replier sur eux-mêmes ou, au contraire, adopter un comportement agressif pour faire face à la situation. Il est important, particulièrement dans le cadre du travail dans la protection de l'enfance, d'analyser les comportements et les réactions observés afin d'apporter le meilleur soutien possible à chaque enfant [TRADUCTION] (p. 14).

Les fournisseurs de services jouent un rôle central dans le dépistage des traumatismes chez les jeunes enfants. Il leur incombe de mettre en place des interventions tenant compte des traumatismes ainsi qu'une approche centrée sur la guérison pour les enfants qui en ont besoin. Le virage dans la fourniture de services amorcé avec l'adoption d'une approche tenant compte des traumatismes se poursuit et s'appuie sur les retours des jeunes (Ginwright, 2018). Les soins tenant compte des traumatismes ont vu le jour grâce à une évolution dans la manière dont les fournisseurs de services interagissaient avec les personnes qu'ils accompagnaient, passant de la question « qu'est-ce qui ne va pas chez elles? » à la question « que leur est-il arrivé? » [TRADUCTION] (Rosenberg, 2011, p. 248). Les services fournis selon une approche tenant compte des traumatismes reposent sur la mobilisation, la participation, l'autonomisation et le rétablissement, et doivent être assurés par des professionnels compétents sur le plan culturel (Rosenberg, 2011). ***Une approche centrée sur la guérison*** nous permet de percevoir les choses sous un autre angle, en nous éloignant encore un peu plus d'un modèle de soins fondé sur les déficits et et en remplaçant la question « que vous est-il arrivé? » par la question « qu'est-ce qui va bien pour vous? » [TRADUCTION] (Ginwright, 2018). Une approche centrée sur la guérison vise également à traiter les traumatismes, mais, dans un souci de guérison, elle dépasse l'idée selon laquelle une personne serait définie par ses traumatismes.

De soins tenant compte des traumatismes à une *approche centrée sur la guérison*

Une approche centrée sur la guérison constitue une évolution de la fourniture de services que tous les fournisseurs devraient maîtriser, tous services et systèmes confondus. Une approche centrée sur la guérison vise à combler les lacunes des soins tenant compte des traumatismes, notamment l'idée selon laquelle le traumatisme serait une expérience individuelle plutôt que collective ainsi que le fait que ces soins ne s'attaquent pas aux causes profondes du traumatisme et qu'ils se concentrent sur le traitement du traumatisme plutôt que sur la promotion du bien-être (Ginwright, 2018). Plus précisément, l'approche axée sur la guérison vise à favoriser le bien-être au sens large, en intégrant « la culture, la spiritualité, l'action civique et la guérison collective » [TRADUCTION] (Ginwright, 2018, paragr. 10), et « […] envisage les personnes ayant subi un traumatisme comme des acteurs de leur propre bien-être plutôt que comme des victimes d'événements traumatisants » (Ginwright, 2018, paragr. 12).

Shawn Ginwright (2018) avance que **l'approche centrée sur la guérison se compose de quatre volets** :

1. impliquer les personnes dans leur propre processus de guérison en les aidant à comprendre les circonstances à l'origine de leur traumatisme et en les accompagnant pour qu'elles puissent se faire entendre ou agir afin de remettre en question ces circonstances;
2. favoriser une guérison globale en aidant les jeunes à s'engager dans leur culture et à développer leur identité et leur sentiment d'appartenance par l'intermédiaire de cet engagement;
3. aller au-delà du simple traitement des symptômes du traumatisme pour s'appuyer sur les points forts ou les « atouts » afin de contribuer à la santé et au bien-être de la personne à long terme;
4. inciter les fournisseurs de services à prendre soin de leur propre santé et de leur propre bien-être, et les inciter à solliciter le soutien dont ils ont besoin pour aider efficacement les jeunes [TRADUCTION].

Une approche centrée sur la guérison reconnaît l'importance et le caractère indispensable de la conception globale du mieux-être. Le *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations* (Santé Canada, 2015) met également en avant des éléments semblables à ceux d'une approche axée sur la guérison. Il y est indiqué que « des approches holistiques centrées sur le développement de l'identité des Premières Nations, notamment les approches qui relient la culture à l'identité et qui mettent l'accent sur la résilience plutôt que sur les manques, ont des effets positifs » (p. 32). Les membres du Groupe consultatif des jeunes ambassadeurs du Bureau ont également évoqué l'importance d'une prise en charge globale qui intègre les systèmes de connaissance autochtones tout en tenant compte des répercussions de la colonisation sur leur propre vie.

Bon nombre des 22 jeunes filles dont il est question dans le présent rapport ont exprimé un sentiment de désespoir tout au long de leur vie, mais surtout lorsqu'elles ont eu recours à des services après avoir eu des idées suicidaires ou fait une tentative de suicide. Ginwright (2018) formule un message fort qui trouve un écho dans les récits des 22 jeunes filles présentés dans le présent rapport. Il déclare :

> La lutte quotidienne pour survivre et la gestion permanente des crises dans la vie des jeunes peuvent les empêcher de voir au-delà du présent… Les conséquences les plus graves d'un traumatisme ne se limitent pas à la dépression et aux séquelles psychologiques, elles comprennent également la perte de la capacité à rêver et à imaginer une autre façon de vivre. [TRADUCTION] (paragr. 19-20)

Si nous voulons donner de meilleures conditions de vie aux enfants et aux jeunes du Manitoba, les systèmes doivent s'efforcer de les faire participer à leur propre processus de guérison en les aidant à mieux comprendre les traumatismes qu'ils ont subis, en leur donnant le sentiment de maîtriser les situations qu'ils ont vécues, en créant des ponts avec leur culture et en renforçant leur sentiment d'appartenance et leur identité, en s'appuyant sur leurs points forts pour favoriser leur bien-être, et en veillant à ce qu'ils soient accompagnés par des professionnels compétents qui ont conscience de leur responsabilité dans la mobilisation active des jeunes dans ce processus.

Ce n'est pas le premier rapport spécial publié par le Bureau dans lequel les traumatismes subis pendant la petite enfance occupent une place prépondérante. Ainsi, des recommandations ont déjà été formulées par le passé à l'intention des ministères provinciaux, comme la **recommandation n^{o} 1** du rapport spécial intitulé *Besoin de protection : L'histoire d'Angel* (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes, 2018c – en anglais) :

> Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande que le ministère de l'Éducation et de la Formation du Manitoba, le ministère des Familles du Manitoba, le ministère de la Justice du Manitoba ainsi que le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active du Manitoba collaborent avec des experts en traumatismes et en expériences négatives durant l'enfance afin d'élaborer un plan d'action de prévention et d'intervention en matière de traumatismes visant : a) à sensibiliser les fournisseurs de services et le public aux expériences négatives durant l'enfance; b) à mettre en place des interventions appropriées, accessibles, immédiates et à long terme, fondées sur des données probantes, afin de faire face à la crise des traumatismes qui sévit au Manitoba [TRADUCTION] (p. 60).

En réponse à cette recommandation formulée il y a plus de 16 mois à la date de rédaction du présent rapport, le gouvernement du Manitoba, par l'intermédiaire de son Comité de planification des mesures donnant suite aux recommandations du Bureau, n'a toujours pas pris de mesure concrète répondant à l'esprit de cette recommandation initiale de 2018. En conséquence, et face à l'inaction du gouvernement face aux traumatismes précoces, certains enfants de notre province continuent de porter un immense fardeau de souffrance au quotidien, sans bénéficier d'un soutien, d'une intervention, d'un accompagnement ou d'une prise en charge suffisants. Les enfants méritent mieux, et le gouvernement doit commencer à prendre des mesures concrètes qui montrent qu'il a pris conscience des conséquences à court et à long terme d'une telle inaction. Aujourd'hui, le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes publie à nouveau une recommandation sur la formation sur les traumatismes précoces à l'intention des fournisseurs de services.

RECOMMANDATION 3 : FORMER LES INTERVENANTS SUR LES TRAUMATISMES ET LEURS RÉPERCUSSIONS

RECOMMANDATION 3 : Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande au gouvernement du Manitoba d'organiser des actions de sensibilisation et de formation sur les traumatismes subis pendant la petite enfance et leurs répercussions à l'intention des fournisseurs de services de tous les ministères qui s'occupent des enfants et des jeunes.

RÉSULTATS

- **En s'appuyant sur une perspective axée sur les droits de l'enfant, élaborer un programme de sensibilisation et de formation sur les traumatismes subis pendant la petite enfance et leurs répercussions, qui intègre des renseignements pertinents au niveau provincial, comme l'histoire de la colonisation et son incidence sur les Autochtones.**
- **Élaborer une stratégie durable permettant de mettre en œuvre, d'évaluer et de réviser le programme d'études selon les besoins, sur la base d'évaluations de l'incidence.**

INCIDENCE POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES

Une telle formation permettra aux fournisseurs de services d'approfondir leurs connaissances afin de mieux comprendre les traumatismes subis pendant la petite enfance et leurs répercussions sur l'état de santé global et le développement de l'enfant. Ces connaissances permettront aux fournisseurs de services de mieux répondre aux besoins des enfants, des jeunes et des familles dont ils s'occupent, afin de garantir que les interventions sont mises en œuvre de manière efficace.

En ce qui concerne les interventions, le Comité de planification des mesures donnant suite aux recommandations du Bureau du gouvernement a répondu que des financements accrus avaient été accordés aux services de counseling par l'intermédiaire du Klinic Community Health Centre (Klinic) et de The Laurel Centre. En réalité, chacun de ces programmes est soumis à des restrictions d'âge. L'organisme The Laurel Centre s'adresse aux jeunes âgés de 16 ans et plus (The Laurel Centre, 2020). En ce qui concerne Klinic, l'équipe nous a confirmé qu'elle « ne proposait pas de services de counseling aux enfants et aux jeunes de moins de 18 ans » (entretien avec le personnel de Klinic, le 16 mars 2020). Le personnel de Klinic a indiqué qu'il s'efforçait toujours, dans la mesure du possible, d'orienter les enfants et les jeunes vers d'autres services, et que des services de santé de la reproduction étaient proposés dans le cadre de son programme « Teen Clinic », destiné aux enfants âgés de 12 ans et plus (Klinic Inc., 2020). Il importe également de noter ici que ces programmes, bien qu'ils aient leur importance, ne sont accessibles qu'aux jeunes résidant à Winnipeg. De plus, ces restrictions d'âge limitent l'accès aux services au moment où ils sont nécessaires : lorsque le traumatisme survient pendant la petite enfance. Il est important de noter que, parmi les jeunes filles concernées par le présent rapport, 23 % se

sont suicidées avant l'âge de 13 ans et 73 % avant l'âge de 16 ans, et que 82 % d'entre elles n'auraient pas pu bénéficier de ces services en raison de leur situation géographique.

D'autres services sont disponibles en dehors de Winnipeg, mais comme l'a révélé le rapport Virgo, il est difficile de savoir quels services sont proposés dans l'ensemble de la province et des lacunes existent dans de nombreuses régions. Il est évident que la réponse apportée par le gouvernement du Manitoba à la recommandation formulée en 2018 par le Bureau concernant les traumatismes précoces est insuffisante et porte préjudice aux nombreux enfants de notre province qui continuent de traîner sur des listes d'attente ou qui sont laissés à eux-mêmes face à leur souffrance. Conformément aux recommandations formulées précédemment dans le présent rapport, les familles et les fournisseurs de services doivent être au courant des services qui sont disponibles.

RECOMMANDATION 4 : AIDER LES FAMILLES À TROUVER LES BONNES RESSOURCES

RECOMMANDATION 4 : Conformément à l'article 24 de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes recommande que le gouvernement du Manitoba procède à des examens annuels des interventions thérapeutiques disponibles pour traiter les traumatismes des enfants et des jeunes du Manitoba et qu'il crée un inventaire des ressources, qu'il précise si ces ressources nécessitent des orientations formelles de la part des fournisseurs de services ou si elles sont en accès direct, qu'il indique tout critère d'admissibilité connexe (âge, emplacement, situation de garde, etc.), et qu'il fasse la promotion de son inventaire annuel et de ses conclusions auprès du public.

RÉSULTATS

- **L'examen annuel doit porter sur les services destinés aux enfants et aux jeunes de 0 à 17 ans. Il doit être présenté sous la forme d'un document structuré par office régional de la santé et comporter une liste des noms et des coordonnées des programmes, le public visé par chacun de ces programmes, les résultats escomptés, les conditions et les critères d'admissibilité et d'orientation, ainsi que les taux d'occupation.**
- **L'inventaire annuel qui en résultera devrait être accessible à toute la population manitobaine, en tenant compte de leurs langues de préférence.**
- **Ce document devrait être accessible en ligne et distribué au format papier aux organismes et organisations au service du public dans chaque région.**

INCIDENCE POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES

En veillant à ce que les fournisseurs de services et les familles sachent quels services et quels soutiens sont à leur disposition dans chaque région sanitaire, et disposent de leurs coordonnées et d'une description de chacun d'entre eux, les enfants et les jeunes se heurteront à moins d'obstacles pour accéder aux interventions adaptées aux traumatismes qu'ils ont vécus, ce qui permettra de réduire les effets de ces traumatismes sur leur santé et leur développement à mesure qu'ils grandiront.

Les jeunes des régions rurales ont droit à des services équivalents sur le plan de la qualité et de la disponibilité

CONSTATATION : En raison de la disponibilité limitée des services et de la qualité inégale des ressources, les enfants et les jeunes des collectivités rurales et éloignées de la province se heurtent à des obstacles supplémentaires pour accéder à des services et à des soutiens équivalents en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

Au Manitoba, la disponibilité des services varie considérablement d'une région à l'autre, et cette question est abordée en détail dans le rapport Virgo. Cet écart est encore plus marqué chez les enfants et les jeunes du Manitoba, car le continuum de services qui leur est offert est moins développé que celui destiné aux adultes. Par exemple, pour les adultes, des soins psychiatriques aigus en milieu hospitalier sont offerts dans cinq hôpitaux distincts à l'échelle de la province, mais il n'existe qu'un seul service de soins aigus pédiatriques au Manitoba, à Winnipeg, au Centre des sciences de la santé. De même, la province ne compte que deux centres de traitement des dépendances en établissement pour les jeunes : le programme Compass de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, et le Whiskyjack Treatment Centre, alors que les options pour les adultes sont bien plus nombreuses.

Bien que les ressources destinées aux jeunes soient déjà peu nombreuses et que les besoins soient colossaux, les fournisseurs de services ont indiqué au Bureau, au cours de cette enquête, que les ressources affectées au programme Compass avaient été réduites, rendant l'accès au programme existant encore plus difficile. En ce qui concerne la prise en charge des crises de santé mentale, les cinq régions sanitaires du Manitoba disposent toutes d'au moins une structure de prise en charge pour adultes; cependant, seules trois d'entre elles disposent d'unités de stabilisation de crise à court terme (sans soins psychiatriques aigus) réservées exclusivement aux jeunes : (1) l'Unité d'intervention d'urgence de Winnipeg, (2) le Child and Adolescent Treatment Centre à Brandon, et (3) le Centre de rétablissement Hope North à Thompson. Une région propose toutefois une unité de stabilisation à laquelle les jeunes âgés de 15 ans ou plus peuvent avoir accès aux côtés d'adultes.

Si les jeunes ont uniquement besoin d'une stabilisation en matière de dépendance, il n'existe que deux structures d'accueil au Manitoba : l'unité de stabilisation pour mineurs à Winnipeg et un service de deux lits au Centre de rétablissement Hope North à Thompson. Il apparaît donc clairement que la plupart des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances destinés aux jeunes au Manitoba sont concentrés dans les centres urbains, ce qui crée des obstacles pour les enfants, les jeunes et les familles de toute la province qui vivent dans des collectivités rurales.

On peut affirmer que c'est dans le nord du Manitoba que ces disparités se font le plus sentir. C'est une région qui présente à la fois la plus forte prévalence de troubles liés à l'usage de substances psychoactives chez les jeunes et, de loin, les taux de suicide les plus élevés chez les jeunes âgés de 13 à 19 ans (Chartier *et al*., 2016). Dans le cadre de leurs recherches, les auteurs du rapport Virgo (2018) ont constaté que :

> Dans le Nord [...], l'éloignement de nombreuses collectivités, les difficultés importantes liées aux transports, l'escalade rapide de la dépendance aux opioïdes, le taux de suicide extrêmement élevé (dans plusieurs collectivités, on parle de « *pratiquement un suicide par mois* ») et le coût extrêmement élevé des évacuations sanitaires en situation de crise (pour ensuite retourner dans un milieu où le soutien offert est minime, voire inexistant) ont été cités comme des circonstances extrêmement difficiles face à des ressources très limitées [TRADUCTION] (p. 108, mise en évidence dans l'original).

Dans le Nord, les fournisseurs de services ont également confirmé ces inégalités lors d'entretiens menés par le Bureau. La région sanitaire du Nord couvre une superficie de 396 000 km^2. Cela représente une part importante du territoire de la province du Manitoba, et les fournisseurs de services de la région soulignent que cette immensité entrave considérablement l'accès aux services pour les résidents. Présentement, en dehors de Thompson, il n'existe aucun établissement hospitalier pour les enfants et les jeunes dans le Nord. Flin Flon, une ville du Nord, ainsi que des localités comme The Pas se trouvent à plus de cinq heures de route de Thompson. Les mêmes obstacles existent pour les services de proximité, qui affichent souvent de longues listes d'attente en raison de leur rareté et de leur capacité limitée. Par exemple, on compte deux fournisseurs de services communautaires de santé mentale communautaires à The Pas et à Flin Flon, deux villes comptant chacune plus de 5 000 habitants. Ce chiffre ne tient pas compte des familles et des collectivités situées à proximité immédiate de ces centres, qui pourraient également y avoir recours. Les fournisseurs de services du Nord nous ont indiqué qu'ils étaient constamment au maximum de leur capacité et que, si plus de services étaient disponibles, ils seraient sans aucun doute sollicités de la même manière (entretien avec un fournisseur de services, le 17 janvier 2020). En dehors de Thompson, de Flin Flon et de The Pas, les services sont encore plus rares.

Ces inégalités d'accès aux services touchent de manière disproportionnée les collectivités des Premières Nations et des Métis au Manitoba. Lors des entretiens menés avec les membres du personnel des offices et des régies des services à l'enfant et à la famille dans le cadre du présent rapport, nombre d'entre eux ont fait remarquer que les Autochtones ne disposaient pas, au sein même de leurs collectivités, des ressources nécessaires pour prendre en charge les enfants et les jeunes qui y résident. Comme le soulignent les conclusions du présent rapport, des ressources ne sont mises à disposition que lorsque des enfants et des jeunes se trouvent déjà en situation de crise. Lorsque ces ressources sont nécessaires, elles peuvent se trouver à plusieurs centaines de kilomètres des habitations et des collectivités. Comme nous l'a fait remarquer un fournisseur de services : « Les Autochtones sont aussi des Manitobains! ».

Les cloisonnements de compétence entre les gouvernements fédéral et provincial ont créé des failles dans notre système, et les enfants et les jeunes sont ceux qui en subissent les conséquences. Au total, 16 des 22 jeunes filles dont il est question dans le présent rapport avaient vécu dans des collectivités rurales, soit pendant toute leur vie, soit de manière intermittente. Parmi ces 16 jeunes filles, huit ont dû se rendre dans un centre urbain, parfois à plusieurs heures de chez elles et de leur famille, en avion ou en voiture, pour bénéficier d'une évaluation ou d'un traitement de courte durée lors d'une urgence liée à leur santé mentale ou un problème de dépendance. Un professionnel de la santé nous a indiqué que le coût d'une telle évacuation sanitaire s'élevait entre 12 000 et 20 000 dollars pour un aller simple.

Au cours de l'exercice 2018-2019, 3 % des enfants et des jeunes pris en charge par le service mobile d'intervention d'urgence pour les jeunes d'une ville du Nord ont dû être évacué par les airs vers Winnipeg. Ce chiffre serait toutefois bien plus élevé, car il ne tient pas compte des enfants qui ont été évacués par les airs directement depuis les collectivités des Premières Nations situées dans tout le nord du Manitoba. D'après ces chiffres, le coût total des soins d'urgence en santé mentale prodigués à ces enfants et jeunes serait compris entre 156 000 et 260 000 dollars. Sur les 22 jeunes filles citées dans le présent rapport, quatre ont été évacuées par voie aérienne vers un centre urbain à une ou plusieurs reprises pour y recevoir des soins psychiatriques d'urgence. Un autre fournisseur de services nous a confié que l'accès aux services d'intervention d'urgence pour les enfants et les jeunes dans le Nord était « inexistant » et que, bien que l'évacuation médicale vers un centre plus important soit actuellement la seule option, ce n'est pas la meilleure, car elle perturbe encore plus la vie de l'enfant ou du jeune à un moment où celui-ci est déjà en situation de crise (entretien avec un fournisseur de services, le 17 janvier 2020). De plus, lorsque ces jeunes retournent dans leur collectivité, les soins dont ils ont besoin ne sont pas facilement accessibles, voire pas toujours offerts, comme nous l'avons vu plus haut. Le *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations* a également mis en évidence cette lacune, et explique :

> En raison du faible nombre de ressources en santé mentale dans les réserves, de nombreux membres des Premières Nations aux prises avec des problèmes de santé mentale doivent sortir de leur communauté pour accéder à des services qui, souvent, ne sont pas adaptés du point de vue de la culture ou ne sont pas conformes au principe de la sécurité culturelle. Par ailleurs, lorsque ces membres retournent dans leur communauté, les soins de suivi ou les soins continus sont souvent limités, voire inexistants (Santé Canada, 2015, p. 27).

En raison du manque de ressources adéquates dans de nombreuses collectivités, peu d'autres services existent. Trop souvent, la prise en charge de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances incombe aux travailleurs des Services à l'enfant et à la famille, qui sont souvent déjà surchargés par leurs responsabilités actuelles et qui ne sont pas formés pour intervenir dans ces domaines. Les professionnels de la santé mentale sont des spécialistes dans leur domaine et doivent suivre une formation approfondie dans le cadre de leur métier. Comme la santé

mentale et la lutte contre les dépendances nécessitent des interventions axées sur la santé, c'est à ce système qu'il revient de prendre les choses en main. Et pourtant, au Manitoba, cette tâche incombe trop souvent aux Services à l'enfant et à la famille. Les fournisseurs de services nous ont maintes fois fait remarquer que le système de Services à l'enfant et à la famille faisait office de filet de sécurité, prenant le relais de tous les autres systèmes. Ils nous ont expliqué que certains offices de la santé provinciaux refusaient de fournir des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes pris en charge par les Services à l'enfant et à la famille. Il est préoccupant de constater que certains fournisseurs de services invitent les parents et les familles à confier leur enfant ou leur jeune aux Services à l'enfant et à la famille, même en l'absence de tout problème lié à leur protection, afin de pouvoir bénéficier des services de santé auxquels tous les enfants et les jeunes ont droit.

Tous les enfants et les jeunes du Manitoba méritent un accès équitable aux soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances, et ont droit à des services et à un soutien sans aucune discrimination qui tiennent comptes de leurs propres valeurs culturelles et méthodes de guérison et les intègrent. Une jeune fille, Dawn, qui s'est suicidée à l'âge de 13 ans, s'est heurtée à bon nombre des obstacles évoqués dans cette section.

Dawn : L'accès aux soins de santé est un droit de la personne

Dawn vivait dans une petite localité rurale du Manitoba. Elle avait un don pour la musique et savait jouer de nombreux instruments. Au moment de son décès, à l'âge de 13 ans, elle était prise en charge par les Services à l'enfant et à la famille et vivait avec certains de ses frères et sœurs dans le foyer d'un membre de la famille élargie.

Les premières années de Dawn ont été difficiles. Ses deux parents avaient des problèmes d'alcoolisme et Dawn se retrouvait souvent sans aucune personne sobre pour s'occuper d'elle. Elle a été exposée à des adultes dangereux, a été témoin de violences entre adultes et a souffert de négligence. La famille de Dawn avait eu de nombreux démêlés avec les Services à l'enfant et à la famille. Ainsi, à l'âge de 3 ans, Dawn avait déjà été appréhendée à trois reprises et avait séjourné dans cinq foyers de placement à court terme, dont plusieurs étaient des refuges d'urgence ou des hôtels.

À l'âge de 3 ans, Dawn a été retirée une dernière fois à la garde de sa mère par les Services à l'enfant et à la famille pour être placée dans le foyer d'un membre de la famille élargie. Les parents de Dawn ont essayé de se soigner de leur dépendance à l'alcool, mais ils ne sont pas parvenus à rester sobres à long terme. Une décision définitive a été rendue en faveur de l'office de services à l'enfant et à la famille lorsque Dawn avait 7 ans. La même année, le père de Dawn s'est suicidé. Dawn n'a bénéficié d'aucun counseling ni d'aucun soutien thérapeutique après ce décès.

À l'âge de 12 ans, Dawn avait commencé à s'automutiler et avait été orientée vers un professionnel de la santé mentale dans le cadre du programme communautaire de santé mentale, ainsi que vers un thérapeute familial distinct. Dawn a commencé à rencontrer son professionnel de la santé mentale au moins une fois par mois, et des plans de traitement ont été élaborés pour traiter ses symptômes d'anxiété d'origine traumatique, ses problèmes d'attachement et son trouble de l'adaptation associé à de l'anxiété et à un état dépressif. Dawn consultait également un psychologue par l'intermédiaire de son établissement scolaire en raison de la baisse de ses notes, d'un sentiment de frustration croissant à l'école, de symptômes de dépression et d'anxiété, ainsi que d'une incapacité générale à faire face à la situation. Une évaluation réalisée par l'école de Dawn a révélé qu'elle présentait de faibles capacités cognitives.

Malgré tout le soutien dont bénéficiait Dawn, elle continuait à s'automutiler pour faire face à ses émotions. À l'âge de 13 ans, elle s'est rendue à cinq reprises aux urgences hospitalières en l'espace de six mois pour se faire soigner après deux tentatives de suicide et des actes d'automutilation commis pendant cette période. Dawn a passé environ un mois, réparti sur deux hospitalisations distinctes, dans l'unité de soins psychiatriques aigus, située à plusieurs heures de chez elle, et s'est vu prescrire des médicaments destinés à traiter son anxiété et sa dépression. Après une tentative de suicide, Dawn a révélé qu'un de ses proches s'était donné la mort la veille. Une fois son état jugé stabilisé, Dawn a quitté l'hôpital avec la recommandation de consulter son professionnel de la santé mentale, son thérapeute familial et son médecin. Dawn a également été prise en charge par des services mobiles d'intervention d'urgence après avoir fait part, à une occasion, de pensées suicidaires.

Pendant son hospitalisation, lors de ses séances avec son professionnel de la santé mentale et lors de ses évaluations par les services mobiles d'intervention d'urgence, Dawn s'est attelée à l'élaboration de plans de sécurité personnalisés. Le professionnel de la santé mentale de Dawn a réalisé deux évaluations formelles du risque de suicide au cours des mois qui ont précédé le décès de Dawn, des évaluations au cours desquelles celle-ci a nié avoir des pensées suicidaires ou un projet de suicide. Les services mobiles d'intervention d'urgence ont suggéré à Dawn qu'elle pourrait tirer profit de services de counseling ou d'un traitement pour gérer ses pensées suicidaires et ses comportements d'automutilation, bien que Dawn ait déjà recours à ces ressources.

À l'âge de 13 ans, Dawn s'est suicidée dans sa collectivité d'origine. Trois jours auparavant, Dawn avait rencontré son professionnel de la santé mentale pour la dernière fois. Ils avaient établi ensemble un plan de sécurité personnalisé et elle en avait reçu une copie à emporter chez elle.

Dawn était une jeune fille qui vivait dans une collectivité rurale isolée. Elle devait donc parcourir de longues distances pour bénéficier des services de santé mentale dont elle avait besoin et auxquels elle avait droit. Elle et les personnes qui en étaient responsables devaient faire de

longs trajets pour se rendre à leurs rendez-vous avec des professionnels de la santé mentale, des thérapeutes privés, des médecins et des psychiatres. Il arrivait parfois que Dawn doive voyager par les airs pour se rendre dans un centre urbain lorsqu'elle avait besoin de soins de santé mentale d'urgence. Chaque fois qu'elle avait besoin de soins psychiatriques d'urgence, Dawn devait quitter sa famille, ses amis et son entourage, car ces services n'étaient disponibles qu'à plusieurs heures de chez elle.

Carrefours jeunesse et carrefours régionaux : renforcer l'intégration des services tout au long du continuum

Une solution au problème d'égalité d'accès qui a touché Dawn et bien d'autres consiste à étendre les carrefours jeunesse, dont l'un existe déjà à Winnipeg, aux régions rurales du Manitoba. Un carrefour jeunesse est un « guichet unique » qui regroupe divers services et soutiens en un seul lieu central, garantissant ainsi que ces services seront centralisés, accessibles et intégrés. Le rapport Virgo (2018) décrit certains aspects positifs du modèle, parmi lesquels « l'intégration de la prise en charge et du soutien à la prévention et à la promotion de la santé dans le cadre d'une approche globale » [TRADUCTION] (p. 116).

Si le modèle des carrefours jeunesse a vu le jour en Australie sous le nom de projet *Headspace*, il a depuis été adapté dans sept provinces et un territoire au Canada, notamment au Manitoba (Halsall *et al*., 2019). Le NorWest Co-op Youth Hub, un carrefour jeunesse de Winnipeg, s'adresse aux jeunes et aux jeunes adultes âgés de 14 à 24 ans et propose des services dans les domaines de la santé mentale, des soins primaires, de la lutte contre les dépendances, de l'emploi et des loisirs, par l'intermédiaire de divers fournisseurs, comme la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, Youth Employment Services et le Centre de traitement des adolescents et adolescentes du Manitoba (NorWest Co-op Community Health, 2020). D'autres provinces, notamment l'Ontario et la Colombie-Britannique, ont étendu leur modèle de carrefours régionaux afin de desservir divers territoires et diverses populations. Si la plupart de ces carrefours proposent toute une gamme de services, notamment des soins de santé primaires, des services de santé mentale, des services de lutte contre les dépendances ainsi que des services sociaux et d'insertion professionnelle, il semble toutefois y avoir des différences quant à la nature des services proposés dans le cadre de ces grands domaines. D'autres provinces ont intégré la thérapie brève axée sur les solutions, l'entretien motivationnel, la thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes, la thérapie comportementale dialectique et le recours à la pleine conscience dans la fourniture de services de santé mentale (Halsall *et al*., 2019).

Lors d'un entretien, des représentants du NorWest Co-op Youth Hub de Winnipeg ont indiqué qu'ils accordaient de l'importance aux liens et aux relations naturels que les jeunes tissent entre eux et avec les personnes qui leur viennent en aide, et ont souligné que la plupart des jeunes qui

se rendaient au carrefour jeunesse y revenaient (entretien avec un fournisseur de services, le 16 janvier 2020). Pour inciter les jeunes à s'y rendre, les fournisseurs de services ont souligné qu'il était également utile de tisser des liens avec les jeunes au sein même de la collectivité, dans leur environnement naturel. Par exemple, les fournisseurs de services du carrefour jeunesse de Winnipeg ont expliqué que les liens tissés avec les jeunes lorsque le personnel se rendait dans une école locale quelques jours par semaine ou organisait des activités dans un centre communautaire local favorisaient l'établissement de relations naturelles tout en créant un climat de familiarité. Grâce à cette relation déjà établie, les jeunes étaient plus enclins à fréquenter le carrefour jeunesse (entretien avec un fournisseur de services, le 16 janvier 2020).

ACCESS Esprits ouverts, un projet pancanadien de transformation des services et de recherche visant à transformer la fourniture des services de santé mentale destinés aux jeunes dans tout le Canada, a constaté un besoin similaire. Dans l'un de ses carrefours jeunesse, ses équipes ont constaté qu'il ne suffisait pas de simplement mettre un espace à la disposition des jeunes. Les fournisseurs de services doivent plutôt aller à la rencontre de la communauté et s'impliquer activement en organisant des événements et en y participant (ACCESS Esprits ouverts, 2018). Elles soulignent que c'est à partir de là que l'on peut nouer des relations et orienter les personnes selon les besoins. Bien que les données probantes concernant ces modèles, relativement nouveaux au Canada, ne cessent de s'accumuler, il apparaît clairement que plusieurs provinces ont eu recours à ces carrefours centralisés pour intégrer et renforcer de manière cohérente un système de services fragmenté, dans le but d'améliorer les résultats pour les jeunes.

Dans le prolongement du modèle de carrefours jeunesse, le rapport Virgo recommande la mise en place de « carrefours régionaux » dans tout le Manitoba. Cette recommandation a été formulée pour la première fois dans le rapport *Clinical Preventative Services Planning for Manitoba Report* (Health Intelligence, Inc. and Associates, 2017, également connu sous le nom de « rapport Peachey »), qui a été remis au gouvernement du Manitoba. Si le modèle de carrefours jeunesse vise à intégrer et à coordonner les services et les soutiens destinés aux problèmes de santé mentale et de dépendance légers à modérés, les carrefours régionaux :

> […] visent à intégrer plusieurs services essentiels nécessaires pour répondre efficacement aux crises les plus urgentes et renforcer les capacités des services d'urgence afin d'accompagner les personnes aux prises avec des problèmes liés à la santé mentale et aux dépendances, notamment en leur donnant accès à une évaluation psychiatrique et en les orientant vers des services de proximité, le cas échéant [TRADUCTION] (Virgo Planning, 2018, p. 222).

Le rapport Virgo propose que des carrefours régionaux soient mis en place pour réduire les inégalités régionales qui existent dans toute la province; la recommandation 2.11 du rapport Virgo (2018, p. 225) propose que ces carrefours régionaux s'appuient sur six services essentiels, à savoir :

- des capacités d'intervention en matière de lutte contre les dépendances et de traitement des troubles concomitants, y compris le dépistage et l'évaluation;
- l'accès 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à des consultations psychiatriques et à des services d'évaluation et de traitement de courte durée;
- la mise en place d'un noyau de professionnels, en plus des psychiatres, ayant la capacité d'aider les services de lutte contre les dépendances (p. ex. des psychologues cliniciens et du personnel infirmier spécialisé en urgence psychiatrique). Ces professionnels devraient également être en mesure d'accompagner les personnes aux prises avec des difficultés liées aux dépendances;
- des travailleurs de liaison en santé mentale et en lutte contre les dépendances ayant reçu une formation croisée exerçant dans les services d'urgence des hôpitaux ou dans d'autres programmes hospitaliers et rattachés à une équipe communautaire intégrée à proximité, constituent un service central du modèle, en remplacement du personnel infirmier spécialisé en urgence psychiatrique, si celui-ci n'est pas disponible;
- les infrastructures et les effectifs (c.-à-d. l'adaptation des installations) nécessaires pour assurer la sûreté et la sécurité des patients et du personnel;
- des liens avec les services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances, y compris pour un accueil centralisé.

De plus, ces deux modèles pourraient être intégrés et adaptés afin de répondre aux besoins de chaque collectivité autochtone en s'appuyant sur les composantes du *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations* (2015) : promotion de la santé, prévention, développement communautaire et éducation; dépistage et intervention précoces; intervention en situation de crise; coordination/planification des soins; désintoxication; soins tenant compte des traumatismes subis; soutien et suivi. De plus, aider chaque communauté à créer et à s'approprier ses carrefours jeunesse et ses carrefours régionaux permettrait de garantir que l'ensemble de ses services soit adapté à la culture locale et conçu pour répondre aux besoins particuliers de la collectivité qu'elle sert.

Lorsque nous avons interrogé des fournisseurs de services dans le Nord dans le cadre de cette enquête, ceux-ci ont indiqué au Bureau que « les services psychologiques ne sont pas suffisants » dans leur région et qu'ils y sont très attendus (entretien avec un fournisseur de services, le 17 janvier 2020). Ils ont souligné que l'ajout de consultations psychiatriques à leur gamme de services pourrait réduire la nécessité de transférer des enfants par les airs à Winnipeg, des évacuations coûteuses et épuisantes, tant sur le plan physique que psychologique pour les enfants, les jeunes et leurs familles.

En ce qui concerne la mise en place des services, les jeunes membres du Groupe consultatif de jeunes ambassadeurs du Bureau ont plaidé en faveur de la création de lieux de prise en charge autres que les services d'urgence. Ils ont indiqué que lorsqu'ils se rendaient aux urgences pour un problème de santé mentale, ces derniers étaient surchargés et ne permettaient pas d'assurer l'intimité des personnes. D'après leur expérience, il s'agit d'espaces cliniques qui se concentrent principalement sur les problèmes médicaux et, comme l'a déclaré un jeune : « la douleur est à l'intérieur, mais soigner l'extérieur est la seule chose qui les intéresse » (entretien avec un membre du Groupe consultatif de jeunes ambassadeurs, le 22 janvier 2020). Ils verraient particulièrement d'un bon œil la création d'espaces d'intervention d'urgence axés sur la santé mentale, qui seraient exempts de tout jugement et de toute stigmatisation, centrés sur l'enfant et où ils pourraient s'exprimer ouvertement et en toute franchise avec des professionnels au sujet de leurs besoins. Les méthodes de guérison autochtones devraient être intégrées aux traitements, et une salle réservée aux pratiques culturelles devrait être mise à la disposition des jeunes en situation de crise, de même que des aînés pour les soutenir.

À l'instar du rapport Virgo (Virgo Planning, 2018), le *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations* (Santé Canada, 2015) recense toutefois de nombreux obstacles actuels à l'accès à des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances accessibles, coordonnés et de qualité, notamment :

- la difficulté d'accès aux collectivités en raison de leur situation rurale ou isolée;
- des services provinciaux qui ne sont pas adaptés du point de vue de la culture ou ne sont pas conformes au principe de la sécurité culturelle;
- des problèmes liés à la qualité des services dus à un manque ou à l'absence totale de supervision clinique ou de soutien aux professionnels chargés de la mise en œuvre des programmes de mieux-être mental financés par le gouvernement fédéral;
- des ressources humaines et financières limitées;
- des questions de compétences territoriales;
- une mauvaise intégration des services.

Le rapport Virgo souligne que « l'ensemble du système de services ne s'améliorera pas de manière significative en ce qui a trait à l'accès ou à la coordination sans un effort concerté et soutenu visant à mieux répondre aux besoins des Autochtones de la province » [TRADUCTION] (2018, p. 236). Le manque de services disponibles dans les collectivités rurales et éloignées du Manitoba pourrait être décrit comme un problème d'« orientation vers nulle part » rencontré par d'autres qui tentent d'améliorer l'accessibilité et la coordination des services (Valaitis *et al.*, 2017, p. 9). Sans un effort concerté et coordonné de la part des gouvernements provincial et fédéral visant à améliorer les services offerts tout au long du continuum de soins dans les collectivités rurales et éloignées du Manitoba, on ne constatera probablement que peu d'évolutions dans le domaine de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances. Ces deux niveaux de gouvernement investissent actuellement pour faire

face aux crises liées à la santé mentale et aux dépendances chez les jeunes lorsqu'elles surviennent. Ces investissements seraient toutefois plus utiles aux enfants et aux jeunes s'ils servaient à mettre en place des services et des mesures de soutien accessibles localement et culturellement adaptés en vue de prévenir les crises avant qu'elles se produisent, comme des carrefours jeunesse ou des carrefours régionaux.

RECOMMANDATION 5 : CRÉER UN PLUS GRAND NOMBRE DE CARREFOURS JEUNESSE

RECOMMANDATION 5 : Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande que le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active, en collaboration avec les collectivités rurales du Manitoba et le gouvernement fédéral, le cas échéant, mette en œuvre la recommandation 4.8 du rapport Virgo :

> **« S'appuyer sur l'expérience concluante du NorWest Youth Hub et sur les leçons tirées d'autres provinces pour élaborer un plan provincial de déploiement du modèle de carrefours jeunesse (ou de modèles similaires de services intégrés pour les jeunes), en tirant parti des ressources philanthropiques lorsqu'elles sont disponibles » [TRADUCTION] (Virgo Planning, 2018, p. 235).**

RÉSULTATS

- **Élaborer un plan provincial de déploiement du modèle de carrefours jeunesse, sur la base d'une analyse des lacunes et d'une évaluation des besoins à l'échelle de la province, afin de déterminer quelles populations tireraient le plus grand bénéfice de ces ressources. Une attention particulière doit être accordée aux zones rurales et éloignées de toute la province.**
- **Passer en revue la documentation abondante et les expériences menées dans d'autres provinces afin de mobiliser les collectivités locales dans la mise en œuvre de leurs carrefours jeunesse.**
- **Intégrer plusieurs carrefours régionaux au sein des communautés afin de favoriser la participation des jeunes dans les carrefours, et notamment en proposant des services là où se trouvent les enfants, par exemple dans les écoles, les centres communautaires, les établissements de santé, etc.**

INCIDENCE POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES

Lorsque des services et des soutiens sont offerts localement et regroupés en un seul lieu, les jeunes sont plus enclins à faire appel à des professionnels et à des programmes de soutien susceptibles de contribuer à améliorer leur santé et leur bien-être général. Ces interventions précoces pourraient empêcher que les problèmes de santé mentale et de dépendance ne s'aggravent et ne débouchent, à terme, sur des crises complexes.

RECOMMANDATION 6 : CRÉER DES CARREFOURS RÉGIONAUX EN DEHORS DE WINNIPEG

RECOMMANDATION 6 : Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande que le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active, en collaboration avec les collectivités rurales et les Premières Nations du Manitoba, et le gouvernement fédéral, le cas échéant, mette en œuvre la recommandation 2.11 du rapport Virgo, telle qu'elle est résumée ci-dessous :

Dans les offices régionaux de la santé autres que celui de Winnipeg, créer des pôles de santé mentale (tels qu'ils sont décrits dans le rapport Peachey), en vue :

(a) a) d'en faire des carrefours régionaux intégrés pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances;

(b) b) d'harmoniser un ensemble essentiel de services régionaux et de soutien aux services d'urgence et de crise des hôpitaux, y compris :

- **le dépistage, l'évaluation et le soutien des services de lutte contre les dépendances;**
- **l'accès 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à des consultations psychiatriques et à des services d'évaluation et de traitement de courte durée;**
- **un noyau de professionnels, en plus des psychiatres, ayant la capacité d'aider les services de lutte contre les dépendances (p. ex. des psychologues cliniciens et du personnel infirmier spécialisé en urgence psychiatrique);**
- **des travailleurs de liaison en santé mentale et en lutte contre les dépendances ayant reçu une formation croisée exerçant dans les services d'urgence des hôpitaux ou dans d'autres programmes hospitaliers;**
- **une infrastructure et du personnel pour assurer la sécurité des patients et du personnel;**
- **des liens avec les services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances, y compris pour un accueil centralisé [TRADUCTION] (Virgo Planning, 2018; la recommandation complète se trouve à la page 225 du rapport).**

RÉSULTATS

- **Veiller à ce que chaque carrefour régional soit en mesure de prendre en charge des enfants et des jeunes, sauf si d'autres spécialités disponibles dans un centre plus important sont nécessaires.**
- **Élaborer un plan provincial de déploiement des carrefours régionaux dans chacun des cinq offices régionaux de la santé du Manitoba.**

INCIDENCE POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES

L'accès à des services de soutien psychiatrique et à d'autres formes d'aide professionnelle à l'échelon local permettra de garantir que les enfants et les jeunes seront pris en charge à proximité de leur domicile et de leur famille, évitant ainsi les procédures coûteuses d'évacuation sanitaire par les airs, de surcroît source de stress. En outre, la présence d'intermédiaires spécialisés en santé mentale ou en lutte contre les

dépendances (p. ex. un professionnel jouant le rôle d'accompagnateur du système de santé mentale) ainsi que d'un service d'accueil centralisé regroupé en un seul lieu permettrait de garantir que les enfants et les jeunes en situation de crise sont orientés vers des ressources de soutien de proximité avant leur sortie, et qu'un professionnel est chargé d'assurer le suivi de l'enfant ou du jeune au sein de la collectivité afin d'assurer l'efficacité du plan.

La recommandation en action : améliorer le mieux-être de la collectivité grâce à un continuum de services essentiels

La Première Nation d'Eskasoni est un excellent exemple de la manière dont une petite collectivité canadienne a intégré l'ensemble de ses services de santé mentale et de lutte contre les dépendances afin de mieux répondre aux besoins des enfants et des jeunes, tout en harmonisant les services disponibles pour améliorer le mieux-être général de la communauté (Services de Santé Mentale d'Eskasoni, 2018; ACCESS Esprits ouverts, 2020). La Première Nation d'Eskasoni est une administration de bande mi'kmaq située sur l'île du Cap-Breton, en Nouvelle-Écosse. Cette collectivité compte environ 3 752 résidents vivant dans la réserve et 660 membres vivant hors réserve. C'est une collectivité rurale qui a été sélectionnée pour participer au projet de recherche ACCESS Esprits ouverts, financé par la Fondation Graham Boeckh et la Stratégie de recherche axée sur le patient. Ce projet vise à s'appuyer sur l'éventail de services déjà disponibles au sein des collectivités pour mobiliser les jeunes de différentes manières, le tout pour améliorer le mieux-être général des personnes et de la collectivité. Le site Web des Services de Santé Mentale d'Eskasoni indique ce qui suit (2018) : « Cela se fera grâce à une collaboration avec les jeunes, les familles, les soignants, les organisateurs communautaires et les fournisseurs de services afin d'assurer un accès transparent aux soins et de réduire les lacunes dans les services des organisations. Ces soins seront offerts de manière adaptée aux jeunes, sur la base des principes d'inclusion, de respect, de participation, d'autonomisation et d'aide ».

Les Services de Santé Mentale d'Eskasoni ont intégré le continuum de services essentiels proposé dans le *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations* de Santé Canada (2015), dont bon nombre coïncident avec les recommandations du rapport Virgo (2018) et constituent le fondement des recommandations formulées par le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba dans le présent rapport. Il s'agit notamment d'organiser la fourniture des services selon un modèle de soins à plusieurs niveaux. Par exemple, la Première Nation d'Eskasoni a intégré des activités universelles de promotion de la santé et de prévention au niveau 1 (p. ex. programmes sur le rôle des parents et diverses activités culturelles, cérémonielles et d'économie sociale), des interventions précoces ciblant les problèmes de santé mentale et de

dépendance légers à modérés aux niveaux 2 et 3 (p. ex. interventions thérapeutiques individuelles et en groupe, camps culturels, programmes destinés aux jeunes) et des interventions plus intensives destinées aux personnes ayant des besoins complexes aux niveaux 4 et 5 (p. ex. services d'intervention d'urgence et gestion de cas en milieu communautaire).

Au sein de la collectivité de la Première Nation d'Eskasoni, un bureau central assure la coordination entre six équipes de professionnels qui fournissent des services intégrés en matière de santé mentale et de mieux-être. Les services proposés aux membres de la collectivité comprennent :

- **Le programme ACCESS Esprits ouverts** : interventions thérapeutiques individuelles et en groupe, programmes destinés aux jeunes, séances d'information destinées aux jeunes, entreprise sociale, art-thérapie, cours de musique, cybercafé, soirées de jeux et de cinéma, bibliothèque, activités culturelles et cérémonies, évaluations psychopédagogiques, évaluations de l'aptitude à entreprendre une hormonothérapie.
- **Une ligne communautaire d'accès aux services et de soutien en situation de crise ou de détresse** : des services offerts gratuitement, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et en ligne (Facebook, MSN, messages texte, WhatsApp et Twitter), proposant également des services d'intervention en personne en situation de crise et des services d'orientation, un guichet centralisé, de la formation (ASIST, safeTALK, Premiers soins en santé mentale), des activités d'artisanat traditionnel et des soirées de jeux.
- **La gestion de cas en milieu communautaire** : une gestion de cas pour les clients ayant des besoins complexes faisant appel aux services de plusieurs organismes, des services de défense des droits, un groupe de soutien pour les personnes ayant des besoins particuliers et un conseil des familles et des proches aidants.
- **Le soutien clinique et thérapeutique destiné aux jeunes** : des services de soutien clinique destinés aux jeunes, un perfectionnement des habiletés sociales et des aptitudes à la vie quotidienne, des activités récréatives et sportives, des activités et événements culturels, des services de défense des droits des jeunes, des camps culturels et des programmes destinés aux jeunes.
- **Le soutien clinique et thérapeutique destiné aux adultes** : des services de soutien clinique individuels, de groupe, conjugaux et familiaux, des programmes de soutien à la parentalité et un programme d'intervention en matière de violence familiale.
- **Le soutien aux survivants des pensionnats** : des services de soutien psychologique aux anciens élèves des pensionnats, une orientation vers les fournisseurs de services appropriés, des services de soutien culturel et un accès à des guérisseurs traditionnels, à des aînés ainsi qu'à des enseignements et à des activités traditionnels.

L'équipe, composée d'environ 25 personnes réparties en six équipes qui offrent les services décrits ci-dessus selon un continuum de soins gradué, comprend des pairs aidants ou des personnes ayant une expérience vécue, des intervenants paraprofessionnels, des professionnels titulaires d'un

diplôme universitaire en travail social ou dans une autre discipline des sciences sociales (baccalauréat ou maîtrise), des médecins de famille et un psychiatre consultant.

Bon nombre de ces services sont regroupés au sein de pôles centralisés accessibles aux membres de la collectivité. Ces pôles ont été conçus de manière à proposer un large éventail d'activités, allant des soirées cinéma et jeux à des interventions thérapeutiques, en passant par des programmes destinés plus précisément aux jeunes, afin que les personnes qui y participent ne se sentent pas stigmatisées. Les services retenus ont été conçus et mis en œuvre en tenant compte des avis des bénéficiaires et de la collectivité, ainsi que dans le cadre de partenariats de recherche. Les aînés de la Première Nation d'Eskasoni ont proposé que les services offerts intègrent les pratiques culturelles et les enseignements des Premières Nations parallèlement aux interventions thérapeutiques occidentales, selon l'approche à double perspective qui a été mise en œuvre.

Bien qu'une évaluation complète du projet soit en cours, les premières données laissent entendre que les enfants et les jeunes peuvent accéder à ces services gérés par la collectivité plus rapidement qu'ils ne le pourraient avec des services financés par la province, et que les jeunes de la collectivité s'engagent volontiers dans les services proposés.

Les familles ont besoin d'*accompagnateurs*, ou de copilotes

CONSTATATION : Actuellement, le continuum de soins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les jeunes est difficile à appréhender pour les enfants, les jeunes et leurs familles en raison de la complexité et de la multiplicité des systèmes qui le composent, ce qui se traduit souvent par un fonctionnement cloisonné. Nous avons besoin d'accompagnateurs compétents et dévoués, capables d'aider les enfants, les jeunes et les familles à s'orienter dans ce continuum, à suivre les progrès réalisés, à évaluer l'efficacité des interventions et à apporter des modifications éventuelles lorsqu'un plan n'atteint pas les objectifs fixés.

Aujourd'hui, le continuum de soins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les jeunes est, par nature, difficile à appréhender. Non seulement les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances destinés aux jeunes sont fournis par des systèmes distincts, mais aussi les services au sein de chaque système relèvent d'organismes différents, qui disposent de sources de financement et de structures de gouvernance variées. Ces cloisonnements sont encore compliqués par ceux qui existent entre les services provinciaux et fédéraux. Tout cela signifie que les enfants, les jeunes et leurs familles sont contraints de s'orienter dans des systèmes complexes composés d'organismes qui appliquent des procédures d'orientation diverses et des critères d'accès aux services distincts, et dont les prestations sont assurées par de multiples bureaux situés dans différentes régions de la province. Lorsqu'ils se heurtent à cette gigantesque machine qu'est le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances, les familles et les autres fournisseurs de soins sont dans l'obligation de prendre l'initiative pour mettre en œuvre les plans de prise en charge (même s'ils ne sont pas en mesure de le faire ou s'ils ne connaissent pas bien le système), et ce, malgré le sentiment de marginalisation ou d'impuissance qu'ils peuvent ressentir. Pour les familles et les fournisseurs de services qui sont au bord de l'épuisement à force de tenter simplement de maintenir un enfant ou un jeune en vie, cela peut se transformer en un véritable dédale d'appels téléphoniques, de rendez-vous, de réunions, de médicaments, de plans de traitement à court terme, d'évaluations, de consultations supplémentaires, d'appels en situation de crise, d'équipes d'intervention d'urgence, et plus encore. De surcroît, les efforts déployés par une famille peuvent ne pas aboutir à ce que cet enfant ou ce jeune ait accès aux services s'il n'est pas jugé admissible à un programme ou s'il est inscrit sur une longue liste d'attente. Comme l'a expliqué l'un des fournisseurs de services que nous avons interrogés : « c'est déroutant, les gens ne savent pas où aller ni quoi faire, et ça les met en colère » (entretien avec un fournisseur de services, le 19 novembre 2019).

Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba (2020) a récemment fait connaître l'une de ces histoires à la population manitobaine : *La lente disparition de Matthew : le combat d'une famille pour des soins de santé mentale pour les jeunes en cas d'intimidation et de troubles de santé mentale*. Pendant six ans, à l'adolescence, Matthew a fait face à des problèmes de santé mentale. En conséquence, Matthew a rencontré plusieurs intervenants, y compris des psychologues scolaires et communautaires, des psychiatres, des thérapeutes publics et privés, des ergothérapeutes, des médecins, des agents de police, des ambulanciers paramédicaux, des équipes du service mobile

d'intervention d'urgence et du personnel des Services à l'enfant et à la famille. Il en a résulté un ensemble disparate de mesures mal coordonnées qui, au bout du compte, se sont révélées inefficaces pour l'amener à suivre un traitement ou lui apporter une aide à long terme.

Les obstacles auxquels se sont heurtés Matthew et les 22 jeunes filles dont les histoires ont servi de base au présent rapport constituent une préoccupation commune pour de nombreux autres Manitobains. Les réponses au questionnaire fournies par divers groupes de parties prenantes, compilées dans le rapport Virgo, indiquaient ce qui suit : « Tous les groupes de parties prenantes ont identifié un manque de connaissance de l'offre de services et des difficultés à s'orienter dans l'offre de services comme des obstacles majeurs à l'accès aux services » [TRADUCTION] (2018, p. 153, mise en évidence dans l'original). Les obstacles systémiques qui empêchaient ces jeunes d'accéder aux services et au soutien dont ils avaient besoin se traduisaient souvent par des obstacles qui entravant leur bonne santé et leur bien-être.

Ces obstacles ont, en partie, contribué à la mise en place d'un modèle de prestation de services axé sur la gestion des crises au Manitoba. Comme le souligne le rapport Virgo, « compte tenu des capacités actuelles et de la nature des services offerts, les problèmes ne sont pris en charge que lorsque la situation est grave, et souvent en situation de crise » [TRADUCTION] (2018, p. 108). Ce mode de prestation de services a également été constaté dans les expériences vécues par les 22 jeunes filles du présent rapport. Bon nombre d'entre elles avaient recours à des services largement accessibles lorsqu'elles avaient besoin d'aide, comme des établissements de santé ou des services mobiles d'intervention d'urgence; et pourtant, cet accès n'a pas toujours débouché sur une hospitalisation, un traitement ou une mise en relation avec des ressources communautaires offrant un soutien continu. De même, l'admission dans un établissement spécialisé dans le traitement de la santé mentale ou des dépendances n'a pas toujours donné lieu à des résultats positifs, car les obstacles systémiques à l'accès aux services tout au long du continuum ont compliqué la capacité des familles ou des prestataires de services à mettre en œuvre des plans de traitement après l'établissement en question sollicité. En fait, 11 de ces 22 jeunes filles avaient eu des contacts répétés avec des hôpitaux ou des ressources d'intervention en cas de crise en raison d'idées suicidaires, de comportements d'automutilation ou de tentatives de suicide avant leur décès, et n'avaient constaté que peu d'améliorations après leur prise en charge par ces services. Le fait de passer sans cesse d'un service à l'autre est préoccupant. En effet, il s'agit d'occasions cruciales d'intervention, mais cela indique surtout que l'intervention proposée à ce stade ne répond pas aux besoins de la jeune personne. De plus, les tentatives de suicide antérieures constituent l'un des meilleurs indicateurs du risque de suicide (Bridge *et al*., 2006 et Kirmayer *et al*., 2007, cités par le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba, 2016). Le lien entre les problèmes de santé mentale et la consommation problématique de substances psychoactives est également bien établi, et l'abus d'alcool ou d'autres drogues constitue le facteur de risque de suicide le plus répandu, juste après la dépression (Centre for Suicide Prevention, 2014).

L'un des facteurs ayant pu contribuer à ces résultats négatifs est l'absence de suivi et de soutien après que ces jeunes ont eu recours aux services proposés dans le cadre du continuum de soins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances en place aujourd'hui. Voici un résumé du parcours que suit habituellement une jeune lorsqu'elle se rend dans un établissement de santé ou sollicite une ressource d'intervention en cas de crise pour des problèmes de santé mentale, de dépendance, ou les deux, d'après nos observations et les entretiens que nous avons menés avec les fournisseurs de services :

1. Des évaluations sont réalisées par des professionnels de la santé, notamment des infirmières, des médecins et, si nécessaire et dans la mesure du possible, des psychiatres, afin de déterminer le risque immédiat de suicide chez la jeune en question.
2. Si la jeune est considérée comme présentant un faible risque de suicide, elle est orientée vers un soutien extrahospitalier avec un plan de sortie, qui consiste souvent en une recommandation de consulter son médecin traitant et en une liste des services d'intervention d'urgence locaux et des numéros de téléphone auxquels la jeune pourra s'adresser par la suite.
3. Si la jeune est considérée comme présentant un risque de suicide et qu'il n'est pas possible de la laisser sortir en toute sécurité (c.-à-d., si elle continue à exprimer des intentions suicidaires), elle peut être orientée vers une unité de stabilisation de crise à court terme ou hospitalisée dans une unité de soins psychiatriques aigus, également conçue pour favoriser une stabilisation à court terme.
4. Une fois que l'état de la jeune est stabilisé après la crise et qu'elle ne manifeste plus d'idées suicidaires ni n'évoque de projet concret, elle quitte l'unité munie d'un plan de sortie. Dans de nombreux cas, ces plans se répètent lorsque les jeunes sollicitent le service à plusieurs reprises.

D'après les 22 enquêtes menées dans le cadre du présent rapport spécial, sept des jeunes filles avaient été admises dans une unité de stabilisation de crise ou dans une unité de soins psychiatriques aigus pour enfants avant leur décès. La durée moyenne de leur séjour était de 7,5 jours, le séjour le plus long ayant duré 28 jours et le plus court, deux jours. Parmi ces sept jeunes filles, cinq ont été admises au moins une fois, deux d'entre elles ayant été admises jusqu'à trois fois au cours d'une période de six et huit mois, respectivement. Une seule jeune a bénéficié des services d'un établissement spécialisé dans le traitement des dépendances, alors que l'on sait que 11 d'entre elles avaient des problèmes de dépendance. Pour certaines, leur dépendance avait été clairement consignée par les fournisseurs de services et s'était poursuivie sur plusieurs années.

Quelle que soit la source consultée, un thème récurrent était l'absence de soutien et de suivi dont souffraient ces jeunes filles lorsqu'elles quittaient les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour réintégrer la collectivité. Santé Canada (2015) indique que « le suivi et le débreffage coordonnés et rapides, au niveau individuel et communautaire, forment des éléments essentiels de l'intervention en situation de crise » (p. 16). Pour les 14 jeunes filles qui se sont rendues dans un établissement de santé ou qui ont eu recours à un service mobile d'intervention d'urgence, ainsi que pour les sept jeunes filles qui ont été admises dans des unités de stabilisation de crise ou dans l'unité de

soins psychiatriques aigus, ce suivi essentiel n'a pas été assuré. Ces jeunes filles et leurs familles n'ont jamais été contactées par un professionnel de ces établissements après la sortie afin de vérifier si le plan de sortie était mis en œuvre ou s'il s'avérait efficace. On ne peut toutefois pas seulement rejeter la faute sur les professionnels. Dans de nombreux établissements de santé et de nombreuses unités de stabilisation de crise et unités de soins psychiatriques aigus, aucun suivi n'est exigé pour veiller à ce que les plans de sortie élaborés pour les enfants et les jeunes soient respectés et répondent à leurs besoins. Il n'existe par ailleurs aucun moyen de déclencher une réévaluation, à moins que la jeune personne ne retourne à l'hôpital ou ne fasse appel à une équipe régionale du service mobile d'intervention d'urgence. Le rôle des ressources hospitalières est de garantir la sécurité de l'enfant ou du jeune pendant son séjour dans l'établissement et de lui prodiguer le traitement de courte durée dont il a besoin pour réintégrer la collectivité en toute sécurité. À ce stade, c'est aux jeunes, à leurs familles et aux fournisseurs de services communautaires, s'ils interviennent, qu'il revient de s'y retrouver dans un système complexe et parfois disparate d'organismes spécialisés dans la santé mentale et la lutte contre les dépendances.

Un fournisseur de services a souligné l'importance de ces ressources destinées à la gestion des crises et à la stabilisation, mais a également fait remarquer que, pour les enfants et les jeunes qui y ont recours de manière répétée, elles ne constituent qu'une solution provisoire lorsqu'elles ne sont pas assorties d'un soutien communautaire adapté (entretien avec un fournisseur de services, le 3 décembre 2019). Comme nous l'avons constaté pour bon nombre des jeunes filles concernées par le présent rapport, les dossiers des enfants et des jeunes qui ont été orientés vers une ressource communautaire, mais qui ont ensuite eu des difficultés à y accéder sont souvent tout simplement clôturés. D'après un fournisseur de services, « il est difficile de réintégrer le système une fois qu'on est passé entre les mailles du filet » (entretien avec un fournisseur de services, le 3 décembre 2019). De nombreux jeunes se retrouvent alors à nouveau dans une situation de crise et font à nouveau appel aux mêmes services d'urgence et de crise, après quoi « ils recommencent tout depuis le début » (entretien avec un fournisseur de services, le 3 décembre 2019). Ce processus est fondamentalement défaillant, et comme l'a fait remarquer un jeune membre du Groupe consultatif de jeunes ambassadeurs du Bureau, « nous ne devrions pas avoir à faire des pieds et des mains pour obtenir de l'aide » (entretien avec un membre du Groupe consultatif de jeunes ambassadeurs, le 15 janvier 2020).

L'histoire de Jasmine, qui s'est suicidée à l'âge de 17 ans, met en évidence les failles qui existent dans le suivi et l'accompagnement tout au long du continuum de soins. Son histoire montre ce qui peut arriver lorsqu'un enfant quitte un service sans bénéficier de l'accompagnement et du suivi nécessaires.

Jasmine : Quand un *accompagnateur du système de santé mentale* aurait pu faire la différence

Jasmine vivait dans une collectivité rurale du Manitoba. Elle avait plusieurs frères et sœurs et vivait avec sa famille au moment de son décès, à l'âge de 17 ans. Avant son décès, Jasmine espérait obtenir son diplôme et poursuivre ses études.

La famille de Jasmine avait eu des démêlés sporadiques avec les Services à l'enfant et à la famille avant son adolescence, mais ils ne concernaient pas particulièrement Jasmine. Ces interventions concernaient plutôt des membres plus âgés de sa fratrie, ainsi que les problèmes de consommation d'alcool de sa mère et les violences physiques que celle-ci avait infligées à un mineur. Lorsque Jasmine est entrée dans l'adolescence, elle a commencé à avoir des difficultés scolaires et à présenter des problèmes de comportement à l'école. Elle a eu de plus en plus de difficultés en entrant au secondaire et a ensuite été orientée vers le conseiller d'orientation de l'établissement, une personne avec laquelle elle allait nouer une relation positive au cours des années suivantes. Parallèlement, l'office de services à l'enfant et à la famille a classé le dossier concernant la famille de Jasmine, indiquant qu'ils n'avaient aucune inquiétude et que la mère de Jasmine ne jugeait pas nécessaire de bénéficier de leur aide.

À l'âge de 16 ans, Jasmine a exprimé des pensées suicidaires assorties d'un plan de passage à l'acte. Elle a été transférée des urgences d'un hôpital vers une unité de stabilisation de crise, où elle a séjourné pendant quatre jours. Au moment de son admission, elle a fait état de trois tentatives de suicide antérieures, d'idées suicidaires fréquentes, de crises de panique et d'un état dépressif. Il s'est avéré que la consommation de cannabis était une source d'inquiétude pour les parents de Jasmine, tout comme les conflits qu'ils avaient avec celle-ci. Jasmine a évoqué les événements stressants qu'elle avait récemment vécus, comme le suicide d'une amie et la rupture récente avec son petit ami.
Une fois son état jugé stabilisé, elle a pu quitter l'hôpital avec pour consigne de continuer à consulter son conseiller d'orientation, d'obtenir du soutien par l'intermédiaire du programme communautaire de santé mentale, d'assurer un suivi auprès de son médecin traitant et de communiquer avec les services d'aide d'urgence en cas de besoin. L'unité de stabilisation de crise l'a orientée vers le programme communautaire de santé mentale.

Un peu plus d'un mois plus tard, Jasmine a de nouveau été admise à l'unité de stabilisation de crise en raison de pensées suicidaires. À cette époque, elle ne fréquentait plus régulièrement l'école, mais restait en lien avec le conseiller d'orientation. Pendant son séjour à l'unité de stabilisation de crise, Jasmine a subi une évaluation psychologique qui a révélé que son QI se situait dans une fourchette très basse et qu'elle

présentait des symptômes correspondant à un TDAH. Elle a ensuite reçu un diagnostic de consommation problématique de plusieurs substances, de TDAH et de fonctionnement intellectuel limite. On lui a prescrit des médicaments pour traiter les symptômes du TDAH. Au bout de huit jours, elle a quitté l'hôpital avec un programme de suivi identique à celui qui lui avait été prescrit le mois précédent.

L'année suivante, la mère de Jasmine a contacté l'équipe régionale du service mobile d'intervention d'urgence, car Jasmine buvait de l'alcool, s'automutilait, n'allait pas à l'école et ne mangeait plus depuis plusieurs jours. Elle traversait une période difficile à cause de problèmes relationnels avec son petit ami. Jasmine ne prenait plus ses médicaments contre les symptômes de son TDAH, mais son médecin traitant lui avait prescrit d'autres médicaments pour traiter sa dépression et son anxiété. Jasmine continuait à consulter le conseiller d'orientation de l'école, mais n'avait pas pris part au programme communautaire de santé mentale. La mère de Jasmine a demandé son admission à l'unité de stabilisation de crise, mais aucun document n'indique qu'elle y a été admise.

À peine deux mois plus tard, l'école de Jasmine a communiqué avec les Services à l'enfant et à la famille pour aborder sa faible fréquentation scolaire. Bien qu'un dossier ait été ouvert auprès des Services à l'enfant et à la famille pour résoudre cette affaire, l'office a appris, avant même de donner suite à ce signalement, que Jasmine avait été hospitalisée après une tentative de suicide. Jasmine est décédée peu après des suites de ses blessures.

L'histoire de Jasmine n'est qu'un exemple parmi d'autres qui montre à quel point l'absence de suivi et de soutien pour s'y retrouver au sein des systèmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances peut nuire au bien-être d'une jeune personne. En fait, de nombreuses sources indiquent qu'une grande partie des enfants et des jeunes ne bénéficient pas des traitements dont ils ont besoin (Association canadienne pour la santé mentale, 2014; Brown *et al*., 2014; Chartier *et al*., 2017). La littérature montre également qu'un manque de suivi peut avoir des conséquences désastreuses. Une étude canadienne a montré qu'un manque de suivi après une hospitalisation était associé à des réadmissions, à des rechutes de la consommation de substances, à des actes d'automutilation, à une aggravation des facteurs de stress psychosociaux et au suicide (Butler *et al*., 2017).

Une solution viable qui permettrait de combler cette lacune et d'aider les enfants, les jeunes et leurs familles à s'y retrouver dans la complexité du continuum de soins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances du Manitoba serait la mise en place d'un programme d'accompagnement en santé mentale et en lutte contre les dépendances destiné aux jeunes, une recommandation soutenue par de nombreux experts. Plusieurs fournisseurs de services interrogés par le Bureau ont indiqué que la désignation d'un intervenant après qu'un enfant a eu accès à un service d'urgence ou d'hospitalisation pourrait faire une « très, très grande différence » quant à la possibilité pour cet enfant ou ce

jeune d'accéder à un soutien extrahospitalier (entretien avec un fournisseur de services, le 3 décembre 2019). Par ailleurs, le rapport Virgo recommande « d'étendre et d'accélérer les services et les soutiens destinés aux familles et aux proches, notamment en renforçant le soutien aux services d'accompagnement familial » [TRADUCTION] (2018, p. 224). La mise en place d'un service d'accompagnement dans le système figure également parmi les priorités d'action du *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations*, qui précise : « Les intervenants pivots […] sont des défenseurs naturels, car ils offrent du soutien, comblent les lacunes, relient les points entre les services et atténuent les problèmes de communication pour les clients dans le système » (Santé Canada, 2015, p. 52).

Même si ces programmes peuvent porter des noms différents dans l'ensemble de l'Amérique du Nord, ce modèle de soutien et de défense des droits pourrait améliorer l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances destinés aux jeunes dans toute la province et, ce faisant, améliorer l'issue à court et à long terme pour les enfants et les jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de dépendance (Rollins *et al*., 2018). Ces programmes peuvent aider les enfants, les jeunes et leurs familles à accéder à des services et à des aides, et contribuer à trouver le programme le plus adapté aux besoins de l'enfant ou du jeune. Une façon d'y parvenir serait de faire appel à des professionnels de la santé mentale spécialisés et formés, qui joueraient le rôle de gestionnaires de cas et de coordonnateurs des soins (Santé Canada, 2015). Grâce à ces ajouts au système de santé mentale et de lutte contre les dépendances, l'accès aux aides et aux services devrait globalement s'améliorer. Surtout, les enfants et les jeunes pourraient bénéficier de l'accompagnement de professionnels de la santé mentale au sein de la collectivité, lesquels seraient chargés d'évaluer l'évolution de leurs besoins et de veiller à ce que les plans soient réévalués et adaptés si nécessaire, afin d'améliorer la santé mentale et le bien-être de chaque enfant ou jeune.

Un programme intitulé Family Navigation Project [projet d'accompagnement des familles] a vu le jour à Toronto, en Ontario, en 2013, après des retours de parents qui se plaignaient d'avoir du mal à s'y retrouver dans un système complexe de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour obtenir l'aide dont leurs enfants et jeunes avaient besoin. C'est ainsi qu'est né le projet Family Navigation Project, qui aide gratuitement les jeunes et les jeunes adultes âgés de 13 à 26 ans, ainsi que leurs familles, à accéder aux ressources des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Le processus commence par un premier contact par téléphone ou par courriel, et se poursuit par la désignation d'un accompagnateur pour chaque participant dans un délai de deux jours ouvrables. Ces accompagnateurs sont des professionnels de la santé titulaires d'un diplôme d'études supérieures qui possèdent une connaissance approfondie des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Après un examen minutieux des antécédents sociaux et médicaux du participant, un plan d'accompagnement est élaboré. S'il est approuvé par le jeune et sa famille, ce plan est mis en œuvre par l'accompagnateur. Ce dernier reste en contact avec la famille pour s'assurer que le plan se déroule comme prévu. S'il ne donne pas les résultats escomptés, l'accompagnateur poursuit son travail avec la famille pour l'aider à résoudre ses problèmes et lui apporter son soutien jusqu'à ce qu'elle soit satisfaite du plan ou que toutes les ressources

disponibles aient été épuisées. Les résultats du programme se sont révélés positifs, 90 % des familles se déclarant satisfaites de l'aide reçue (Markoulakis *et al.*, 2016).

De même, les membres du Groupe consultatif de jeunes ambassadeurs du Bureau ont également souligné la nécessité de disposer d'accompagnateurs du système pour aider les jeunes et leurs familles à s'y retrouver dans le réseau complexe de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Ils ont noté qu'il serait utile de disposer d'un « copilote » qui aiderait les jeunes à accéder aux ressources dont ils ont besoin à toutes les étapes de leur parcours de santé mentale. Ils ont imaginé un programme d'accompagnement qui pourrait comprendre une ligne d'assistance téléphonique, qu'un jeune a qualifiée de « **311 de la santé mentale** », ainsi que des accompagnateurs en mesure de se tenir aux côtés des jeunes pour les aider à trouver les soutiens dont ils ont besoin. Une jeune nous a confié que le fait de se voir remettre une feuille de papier avec une liste de numéros de téléphone à appeler toute seule à sa sortie d'un service d'intervention en cas de crise ne lui avait pas été d'une grande aide. De nombreux jeunes ont fait valoir qu'il aurait été bien plus utile qu'un professionnel prenne un contact avec eux dès leur admission, afin de nouer une relation et de mieux comprendre leurs besoins, de sorte qu'ils sachent qui étaient leurs référents et quels seraient leurs rôles avant leur retour en milieu communautaire. **Comme l'a déclaré un jeune qui connaît très bien, par expérience, le système de santé mentale pour les jeunes : « Arrêtez de me donner un numéro et mettez-moi en contact avec un être humain »** (entretien avec un membre du Groupe consultatif de jeunes ambassadeurs, le 15 janvier 2020).

Il aurait été bénéfique pour les 22 jeunes filles présentées dans le présent rapport spécial global et leur parcours si des traitements et un accompagnement adaptés avaient été coordonnés et mis en œuvre de manière rapide et exhaustive. Ce qui ressort clairement des récits présentés dans le présent rapport, c'est que, bien souvent, les enfants et les jeunes n'avaient recours aux services qu'en cas de crise. C'est une préoccupation courante que nous constatons dans le cadre de notre travail de défense des droits dans tout le Manitoba, et qui ressort également des examens portant sur les décès d'enfants que nous réalisons chaque année. La mise en place de ressources se consacrant à l'accompagnement dans les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances a permis d'améliorer les résultats chez les jeunes d'autres provinces du Canada et pourrait améliorer ceux des enfants et des jeunes du Manitoba si de tels accompagnateurs étaient déployés de manière efficace, en associant les populations concernées au processus de planification.

Le rapport spécial intitulé *La lente disparition de Matthew : Le combat d'une famille pour des soins de santé mentale pour les jeunes en cas d'intimidation et de troubles de santé mentale* (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba, 2020) recommande la création de postes d'accompagnateurs du système de santé mentale :

> Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande que **le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active du Manitoba élabore, mette en œuvre et finance des postes d'accompagnateurs du système de santé mentale et de lutte contre les**

> **dépendances, dont les titulaires agiront comme des gestionnaires de cas pour les enfants et les jeunes qui accèdent aux niveaux supérieurs du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les jeunes**, à l'instar du modèle de l'Ontario. Ces accompagnateurs, qui doivent être bien renseignés et bien formés, offriront des services de coordination des cas et d'intervention rapide pour s'assurer que les enfants et les jeunes connaissent leur plan de soins de santé, qu'ils peuvent accéder aux services adaptés et que des examens de cas sont menés lorsque les services ne sont pas efficaces. En outre, à l'instar des travailleurs des Services à l'enfant et à la famille, ces accompagnateurs en santé mentale et en lutte contre les dépendances doivent fournir des services conformes aux normes provinciales de soins dont l'intensité et la fréquence varient en fonction des niveaux de risque évalués pour l'enfant ou l'adolescent dont il est question (p. 77).

Nous saisissons cette occasion pour rappeler cette recommandation importante, sachant que les accompagnateurs en santé mentale auraient pu changer considérablement la vie des 22 jeunes filles citées dans le présent rapport.

Le niveau le plus élevé du continuum nécessite des investissements particuliers

CONSTATATION : Le Manitoba manque de services et de soutiens intensifs au niveau le plus élevé du continuum de soins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les jeunes qui permettraient de répondre aux besoins des jeunes confrontés à des problèmes complexes et exposés à un risque élevé de préjudice ou de décès.

D'après les renseignements réunis aux fins du présent rapport et de nombreux autres rapports rédigés par le Bureau, il existe une lacune importante dans l'offre actuelle de soins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances : l'absence de services et de mesures de soutien destinés aux jeunes qui présentent un risque élevé de subir un préjudice en raison de leurs besoins en matière de santé mentale ou de leurs dépendances. Il s'agit des services relevant du niveau 5, soit le niveau le plus élevé du modèle de soins à plusieurs niveaux dont il est question tout au long du présent rapport spécial. Ce groupe restreint de jeunes présente des besoins importants en matière de traitement et peut nécessiter des soins hautement spécialisés en milieu hospitalier ou en établissement.

Pour les 22 jeunes filles, les répercussions des traumatismes sur leur vie ont été considérables et, en l'absence d'une intervention et d'un traitement précoces, les effets de ces traumatismes cumulés ont contribué à un mauvais état de santé mentale et au développement de mécanismes d'adaptation malsains, comme la consommation problématique d'alcool et de substances psychoactives. Onze d'entre elles, soit 50 %, avaient des problèmes concomitants de santé mentale et de dépendance. Cette situation rendait ces jeunes vulnérables à l'exploitation sexuelle, à la violence physique, à l'implication dans le système de justice et augmentait leur risque de mourir par suicide, homicide ou surdose. Au fil du temps, leurs chances d'établir des relations saines, de s'investir dans leurs études et d'y réussir, ainsi que de s'épanouir dans la vie en général, se sont amenuisées, éclipsées par leur lutte quotidienne pour la simple survie. Pour ces jeunes, les systèmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances ne répondaient pas à leurs besoins qui étaient, pour bon nombre d'entre eux, compliqués par de lourds antécédents traumatiques et des problèmes complexes de santé mentale et de dépendance qui demeuraient sans réponse. Ces jeunes filles ont fait plusieurs fois le tour des services disponibles à toutes les étapes du continuum de soins en place aujourd'hui, mais leur état de santé physique et mentale s'est progressivement détérioré.

Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba a souligné la nécessité d'améliorer le soutien et les services tout au long du continuum de soins en santé mentale et de lutte contre les dépendances, mais surtout pour les jeunes relevant du niveau 5 (besoins les plus élevés) qui sont touchés par les dépendances et également victimes d'exploitation sexuelle. Le Bureau a rappelé cette préoccupation dans deux précédents rapports spéciaux qu'il a publiés : *Un endroit où l'on se sent chez soi : L'histoire de Tina Fontaine* (2019) et *Besoin de protection :*

L'histoire d'Angel (2018c). Outre les rapports publics consacrés précisément aux enfants, le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba a également publié en septembre 2018 un énoncé de préoccupations (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba, 2018a) concernant la capacité du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances destiné aux enfants et aux jeunes à répondre aux besoins de ces derniers. Cet énoncé de préoccupation a été publié afin d'informer le public et d'exhorter le gouvernement provincial à mettre en œuvre la stratégie tout en prenant des mesures concrètes pour donner suite aux recommandations importantes du rapport Virgo (2018).

Comme le souligne le présent rapport spécial, certains travaux préliminaires ont effectivement été entrepris, ce qui est encourageant. Le gouvernement du Manitoba a récemment annoncé un investissement visant notamment à ajouter quatre lits dans le cadre du Projet Neechewam, un organisme sans but lucratif offrant des services de soutien et de stabilisation aux jeunes en situation de crise de santé mentale, aux jeunes aux prises avec des problèmes de dépendance et à ceux qui sont victimes d'exploitation sexuelle de la part d'adultes. La Province a également annoncé des fonds supplémentaires en faveur de Secours-rue, afin de renforcer les équipes responsables des interventions de proximité auprès des jeunes victimes d'exploitation sexuelle en y intégrant des professionnels de la santé mentale et des conseillers en dépendance. Dans son communiqué, la ministre des Familles a indiqué que le financement de ces initiatives visait en partie à faire avancer la stratégie de lutte contre l'exploitation, ainsi qu'à donner suite aux principales recommandations formulées dans le rapport Virgo et dans les rapports du Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba (CBC, 2019). À l'heure actuelle, il n'existe aucune structure de traitement à long terme capable de répondre à des besoins complexes en matière de santé mentale. Les ressources extrahospitalières et communautaires sont également rares. Il s'agissait là d'une lacune relevée par Santé Canada (2015) :

> [L']accès à des psychiatres et à des soins psychiatriques est vital, mais non existant dans bien des communautés. Bien souvent, après avoir été traitées dans un service de soins intensifs, les personnes qui survivent à une tentative de suicide et qui sont autorisées à sortir de l'hôpital se voient placées sur une liste d'attente qui peut être très longue (p. ex. jusqu'à un an d'attente) (p. 18).

Si les récents investissements provinciaux constituent des premières étapes importantes, la pression qui pèse sur le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances reste insoutenable. Les enfants, les jeunes, les jeunes adultes du Manitoba et leurs familles attendent toujours des investissements supplémentaires et des mesures concrètes pour mettre en place des services adaptés aux besoins les plus pressants, aux traumatismes les plus complexes et aux jeunes qui se trouvent dans la catégorie des besoins les plus urgents. Ces jeunes personnes, celles qui peuvent avoir reçu un diagnostic de maladie mentale, qui peuvent être victimes d'exploitation sexuelle, qui souffrent d'une dépendance, qui font face à une instabilité de logement et qui peuvent faire des allers-retours dans les établissements de garde, restent privées d'accès à des services adaptés à leurs besoins très complexes.

Noelle : Diagnostic tardif, déclin rapide

Noelle s'est suicidée à l'âge de 14 ans, huit mois après son premier contact avec le système de santé mentale. Elle a eu recours à plusieurs services proposés dans le cadre du continuum actuel, notamment des services d'intervention d'urgence en santé mentale et des services hospitaliers de soins aigus, mais aucun d'entre eux n'a permis d'obtenir des résultats positifs en matière de santé mentale. Son état de santé mentale et son bien-être général se sont détériorés très rapidement une fois qu'elle a été prise en charge par le système.

Noelle a vécu tout au long de sa vie au Manitoba, tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Sa famille a eu affaire aux Services à l'enfant et à la famille lorsqu'elle avait moins de deux ans, en raison des problèmes de dépendance de sa mère et de négligence dont Noelle était victime. Les Services à l'enfant et à la famille ont pris des dispositions pour que Noelle soit prise en charge par son père et un membre de sa famille élargie avant de classer son dossier. Noelle n'a plus eu recours à des services désignés jusqu'à l'âge de 14 ans, âge auquel elle a fait part de pensées suicidaires. Une équipe régionale du service mobile d'intervention d'urgence a été sollicitée, mais comme Noelle n'a pas été en mesure de s'engager à assurer sa propre sécurité, elle a été transportée par la police au service des urgences d'un hôpital. Noelle a confié à une infirmière qu'elle avait des pensées suicidaires et qu'elle s'automutilait depuis plusieurs mois. Elle a été admise dans une unité de soins psychiatriques aigus pour enfants et jeunes, où elle est restée sept jours. Pendant son séjour, on lui a diagnostiqué un épisode dépressif majeur et un trouble anxieux non spécifié, et on lui a prescrit des médicaments pour traiter les symptômes de chacun de ces problèmes. Noelle a quitté l'unité de soins psychiatriques aigus avec pour consigne de se présenter aux rendez-vous prévus avec le travailleur des Services à l'enfant et à la famille, son médecin de famille et le travailleur des services communautaires de santé mentale, et de continuer à consulter son conseiller d'orientation scolaire si nécessaire. Noelle a été confiée à un membre de sa famille élargie, mais elle avait été placée sous la tutelle des Services à l'enfant et à la famille pendant son hospitalisation, car son père avait été jugé inapte à s'occuper d'elle. Après sa sortie de l'hôpital, Noelle ne s'est présentée à aucun des rendez-vous prévus dans le cadre du programme communautaire de santé mentale.

Dix-huit jours après sa sortie de l'hôpital, Noelle s'est automutilée. Elle a été transportée en ambulance aux urgences pour y être soignée. Noelle a déclaré au personnel hospitalier qu'elle n'avait pas de pensées suicidaires et qu'elle n'avait pas l'intention de se suicider. Elle a quitté l'hôpital sans qu'aucun suivi ne lui soit recommandé. Quatre jours plus tard, Noelle s'est de nouveau rendue au même service des urgences et n'a pas été en mesure de s'engager à assurer sa propre sécurité. Elle a ensuite été admise pour la deuxième fois en moins d'un mois à l'unité de soins psychiatriques aigus. Elle a été hospitalisée pendant cinq jours avant de sortir avec pour consigne de se présenter aux rendez-vous de suivi prévus, de prendre ses médicaments conformément à la prescription, de recourir aux services d'urgence et aux ressources communautaires si nécessaire, et de trouver un équilibre entre les activités structurées, les loisirs et le sommeil. Les Services à l'enfant et à la famille ont retiré

Noelle du domicile du membre de sa famille élargie en raison de ses besoins en matière de prise en charge, et elle a quitté l'hôpital pour être placée dans un refuge d'urgence des Services à l'enfant et à la famille. Noelle a été placée sous la tutelle provisoire des Services à l'enfant et à la famille.

Au cours des semaines qui ont suivi, Noelle a fait part de ses pensées suicidaires à cinq reprises et a continué à s'automutiler régulièrement. Une personne des services mobiles d'intervention d'urgence a été contactée à une occasion, et bien que Noelle n'ait pas souhaité s'entretenir avec elle, elle a accepté de parler de ce qu'elle ressentait avec le personnel du refuge d'urgence des Services à l'enfant et à la famille. La cinquième fois que Noelle a fait part de ses pensées suicidaires, elle a accepté de se faire examiner aux urgences d'un hôpital. La police l'a conduite à l'hôpital, mais elle a rapidement été renvoyée chez elle, car elle n'avait pas fait part de pensées suicidaires au personnel hospitalier. Noelle a été orientée vers un psychiatre communautaire aux fins d'évaluation et on lui a donné les numéros de téléphone des services d'intervention d'urgence. On n'a pu trouver aucun document relatif à quelconque évaluation complémentaire. Une fois prise en charge par les Services à l'enfant et à la famille, Noelle a révélé qu'elle avait subi des violences physiques de la part d'un de ses parents, et le travailleur s'occupant d'elle au sein des Services à l'enfant et à la famille a appris qu'elle avait été victime de violences sexuelles durant son enfance. Une enquête pour maltraitance a été ouverte par les Services à l'enfant et à la famille et la police locale afin de se pencher sur les allégations de Noelle, mais les deux dossiers ont été classés sans suite, car elle n'a pas été en mesure de fournir plus de renseignements au cours des entretiens de suivi.

Le mois suivant, en l'espace d'une semaine, Noelle a rédigé trois notes dans lesquelles elle exprimait des pensées suicidaires. Les services médicaux d'urgence ont été alertés et la police a conduit Noelle aux urgences pour qu'elle y soit examinée. Chaque fois qu'elle a été examinée par le personnel médical, elle a nié avoir d'autres pensées suicidaires et a été autorisée à sortir.

Au cours des trois derniers mois de sa vie, Noelle a continué à s'automutiler régulièrement. Les Services à l'enfant et à la famille l'ont orientée vers un placement spécialisé capable de lui offrir un soutien plus important que celui du refuge d'urgence où elle résidait jusque là. Quelques jours après son déménagement, elle a toutefois de nouveau fait part de pensées suicidaires et a été conduite par la police aux urgences pour y subir une évaluation. Le psychiatre ayant examiné Noelle a estimé qu'une hospitalisation ne lui serait pas profitable et lui a conseillé de suivre une thérapie. Elle a refusé et a été autorisée à sortir de l'hôpital. Quelques semaines plus tard, Noelle a tenté de se suicider. Elle a de nouveau été transportée aux urgences pour y subir une évaluation. En chemin, elle a de nouveau tenté de se suicider. Lorsque Noelle est arrivée à l'hôpital, le médecin qui l'a examinée a estimé qu'elle ne faisait que mettre à l'épreuve la nouvelle personne qui s'occupait d'elle, et l'a autorisée à sortir de l'hôpital dès qu'elle a promis de ne plus se faire de mal. Noelle a révélé par la suite qu'elle avait récemment essayé la cocaïne.

Après cet épisode, la santé mentale de Noelle s'est rapidement détériorée. Elle a commencé à présenter des signes de dépression, elle pleurait sans pouvoir s'arrêter, elle s'automutilait et elle a essayé de se suicider. Elle a été une nouvelle fois évaluée aux urgences, où on lui a prescrit des médicaments pour traiter son anxiété, puis elle a pu rentrer chez elle. Après avoir pris le médicament, Noelle a semblé faire une crise convulsive. Elle a ensuite été reconduite à l'hôpital, où elle s'est mise à faire de l'hyperventilation et à pleurer de façon incontrôlable. Elle a été examinée puis admise à l'unité de soins psychiatriques aigus pour la troisième fois en six mois. Elle y a séjourné huit jours. Elle a ensuite été autorisée à sortir avec un plan prévoyant un suivi auprès du personnel des Services à l'enfant et à la famille et d'un travailleur des services communautaires de santé mentale, la poursuite de la prise de ses médicaments tels que prescrits, l'adoption de stratégies d'adaptation plus saines lorsqu'elle se sentait dépassée, la présence à tous les rendez-vous de suivi et la recherche d'un équilibre entre les activités structurées, les activités de loisirs et le sommeil. Une demande d'orientation vers le programme communautaire de santé mentale a été faite pendant que Noelle était hospitalisée, et un intervenant du programme était présent lors de la réunion de sortie.

Noelle a rencontré une fois ce travailleur des services communautaires de santé mentale afin d'évaluer ses besoins et de définir un plan de traitement adapté. Noelle s'est suicidée avant que le plan n'ait pu être mis en œuvre. Elle avait 14 ans.

Au cours des deux derniers mois de sa vie, Noelle s'est rendue cinq fois aux urgences pour des idées suicidaires ou des tentatives de suicide. Elle luttait au quotidien pour fonctionner. Les services et les aides communautaires n'ont pas été mis en place assez tôt et, lorsqu'ils l'ont été, ils se sont révélés insuffisants pour assurer la sécurité de Noelle. Noelle n'a pas tiré de bénéfice durable de ce cycle répétitif d'évaluation de crise, de brèves hospitalisations et de sorties accompagnées du même plan de suivi. Les problèmes de santé mentale de Noelle étaient si envahissants qu'ils touchaient tous les aspects de sa vie. Elle présentait un niveau de besoins qui aurait dû la classer parmi les cas les plus prioritaires en matière de prise en charge, mais en raison de la limitation des services disponibles, ses besoins en matière de santé mentale n'ont pas été pris en charge de manière adéquate par le système provincial de santé mentale pour les jeunes. Noelle aurait pu bénéficier d'une prise en charge psychiatrique à long terme afin d'assurer sa sécurité et de lui offrir l'évaluation dont elle avait tant besoin, ainsi qu'un traitement psychiatrique continu.

Sous-financement chronique du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les jeunes

Si les besoins de Noelle concernaient principalement des questions de santé mentale, de nombreux autres jeunes sont aux prises à la fois avec des problèmes de santé mentale et des problèmes de dépendance. Le système de lutte contre les dépendances chez les jeunes au Manitoba

manque également d'options de traitement à long terme. Au Manitoba, la Loi sur la stabilisation des mineurs toxicomanes (aide aux parents) permet aux parents et aux fournisseurs de soins des mineurs de demander une ordonnance d'appréhension permettant de faire admettre de force une jeune personne à l'unité de stabilisation pour mineurs (YASU). Il s'agit d'une unité de désintoxication et de stabilisation à court terme située à Winnipeg, destinée aux jeunes souffrant d'une forte dépendance aux substances psychoactives, mais dont le temps de séjour est limité à sept jours. Ce séjour de courte durée est très insuffisant pour offrir une prise en charge durable aux jeunes aux prises avec de graves problèmes de dépendance, notamment à ceux qui souffrent d'une dépendance aux opioïdes ou aux méthamphétamines. Pour ces jeunes, sept jours, c'est tout simplement insuffisant.

Les jeunes manitobains ont besoin de traitements spécialisés à long terme en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances, à l'instar de Noelle et de nombreux autres jeunes qui, à l'heure actuelle, ne cessent de faire des allers-retours aux urgences sans jamais bénéficier des interventions thérapeutiques intensives dont ils auraient réellement besoin. Par exemple, selon le rapport Virgo (2018), **on estime à 18 772 le nombre de jeunes et de jeunes adultes âgés de 15 à 25 ans dont les besoins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances les classent dans les niveaux 4 et 5 du modèle à plusieurs niveaux, ce qui correspond aux besoins les plus extrêmes et les plus urgents en matière de services spécialisés et intensifs.** Le sous-financement chronique du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les jeunes dans notre province fait que les interventions sont ponctuelles, inadaptées et axées sur la gestion immédiate des situations de crise. L'histoire de Noelle montre bien à quel point une vision à court terme peut avoir des conséquences désastreuses. Même si l'ajout de quatre lits par-ci ou de six lits par-là reste important et absolument nécessaire, la population manitobaine doit comprendre que ces engagements ne représentent qu'une goutte d'eau dans l'océan de ce qu'il faudrait réellement faire pour répondre aux besoins actuels. En effet, les experts du système de santé mandatés par la province du Manitoba pour rédiger le rapport Virgo ont indiqué que **la province ne répondait qu'à 8,8 % des besoins en matière de services de lutte contre les dépendances aux niveaux 3, 4 et 5. Ils expliquent que, sur les quelque 64 931 jeunes et jeunes adultes qui présentent des besoins modérés à graves et complexes en matière de lutte contre les dépendances, les services actuels ne couvrent que 5 701 personnes, soit un déficit massif de 91,2 %, ou 59 230 jeunes.**

Notre province continue de voir des jeunes disparaître à un rythme alarmant en raison de lourds problèmes de santé mentale et de dépendance, lesquels trouvent souvent leur origine dans des expériences traumatisantes vécues durant l'enfance et qui finissent par prendre le dessus sur leur vie. Le Manitoba a un besoin urgent de structures d'accueil sûres et sécurisées, où les jeunes se sentent comme chez eux, et où ils peuvent bénéficier d'un accompagnement complet (sur le plan médical, affectif, thérapeutique, culturel et spirituel) afin de guérir et de retrouver leur force intérieure. Ce type d'intervention s'adresse aux jeunes qui se situent à l'extrémité du continuum correspondant aux besoins les plus importants. Il ne convient donc pas à tous les jeunes, ni même à la plupart d'entre eux. Nous constatons que la demande pour ce type de

soutien spécialisé, sûr et sécurisé, ne cesse de croître dans notre province, et c'est encourageant. C'est avec plaisir que nous avons accédé à la demande récente de rédiger une lettre de soutien à la requête d'une collectivité visant à mettre en place ce type de service pour ses membres.

Tout en aidant les enfants et les jeunes à exprimer leurs points de vue et leurs opinions, qui sont importants, nous reconnaissons également qu'ils ont le droit d'être protégés contre les situations et les expériences qui les mettent en danger, par exemple lorsqu'ils souffrent d'une dépendance nocive à l'alcool ou à d'autres substances, ou lorsqu'ils traversent une crise de santé mentale pouvant mettre leur vie en danger. Au cours de notre enquête sur le décès de Tina Fontaine (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba, 2019), nous avons discuté avec le Groupe consultatif des jeunes ambassadeurs du Bureau. Nous avons demandé à ses membres ce dont avaient besoin les jeunes présentant les besoins les plus complexes et les plus importants, et ils ont clairement exprimé leur soutien en faveur de solutions d'accueil sûres et sécurisées, où les jeunes peuvent se sentir comme chez eux. Comme l'a expliqué un membre vivant de graves problèmes de dépendance : **« Peu m'importe comment vous voulez l'appeler, mais ne me laissez surtout pas partir une fois que j'y serai »**.

Plus récemment, lorsqu'on leur a demandé quelle était, selon eux, la responsabilité du gouvernement en matière de fourniture de services de santé mentale aux jeunes, les membres ont expliqué qu'ils estimaient qu'il incombait au gouvernement provincial de trouver des solutions thérapeutiques adaptées pour chaque enfant ou jeune. Ces traitements doivent être axés sur les besoins de l'enfant ou du jeune et ne pas se contenter de maintenir le statu quo des systèmes actuels. Les enfants et les jeunes ne devraient jamais se voir refuser de l'aide lorsqu'ils en demandent ou se trouvent en situation de crise. On constate souvent que les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances sont organisés de manière à servir les intérêts du système et à donner la priorité aux besoins des adultes qui y travaillent. Les services et les programmes comportent des obstacles inutiles à l'accès, notamment :

- des heures d'admissions limitées;
- une interdiction de toute réadmission pendant un certain temps après la sortie;
- une tolérance zéro envers les comportements généralement associés aux dépendances et aux troubles de santé mentale;
- des restrictions en matière de tabagisme;
- des restrictions quant aux vêtements que les jeunes peuvent porter;
- un personnel perçu comme indifférent et critique envers les jeunes en situation de crise.

De plus, on entend souvent des professionnels faire porter aux jeunes la responsabilité de la réussite de l'accompagnement, se dégageant ainsi de leur propre devoir de diligence. Au lieu de reconnaître qu'il incombe aux adultes de parvenir à faire participer le jeune au traitement dont il a besoin, les enfants et les jeunes sont souvent qualifiés de « récalcitrants » ou de « rebelles » et se voient sommairement refuser l'accès aux

services. Nous le constatons dans d'innombrables dossiers, nous entendons de nombreux jeunes en parler, et les professionnels nous en font part directement lors des réunions. S'il est vrai que certains enfants et jeunes sont difficiles à motiver lorsqu'il s'agit de suivre un traitement, il nous incombe, en tant qu'adultes et en tant que professionnels de la santé, de redoubler d'efforts pour les impliquer. Si nous n'y parvenons pas, nous devons remettre en question les règles et les restrictions qui régissent nos services, ainsi que nos propres préjugés et convictions.

Sur les 22 jeunes filles citées dans le présent rapport, cinq ont fait plusieurs tentatives de suicide en peu de temps, cinq étaient victimes d'exploitation sexuelle de la part d'adultes et 11 consommaient de grandes quantités d'alcool ou d'autres substances psychoactives. Beaucoup de ces jeunes n'avaient pas accès à des ressources thérapeutiques et, bien que des intervenants de nombreux programmes leur aient apporté leur soutien, il n'existait aucune structure de prise en charge à long terme capable de les aider à surmonter leurs difficultés en matière de santé mentale et de dépendances, ni à retrouver un sentiment de sécurité et d'espoir pour l'avenir. Le *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations* met également en lumière des lacunes dans le continuum des soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances au Canada : « Parmi les principaux problèmes, on compte l'accès limité à du soutien culturel en matière de traitement, à du soutien spécialisé pour les personnes ayant des besoins complexes et à des services de désintoxication et de traitement axés sur les besoins des enfants et des familles » (Santé Canada, 2015, p. 18).

RECOMMANDATION 7 : CRÉER UN TRAITEMENT À LONG TERME POUR LES JEUNES AYANT LES BESOINS LES PLUS CRIANTS

RECOMMANDATION 7 : Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes recommande que le gouvernement du Manitoba mette en place une ressource de traitement à long terme en milieu hospitalier ou communautaire pour offrir des services de stabilisation, d'évaluation, de traitement et de suivi aux jeunes dont les besoins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances sont les plus aigus et pour lesquels les options moins intensives se sont révélées inefficaces.

RÉSULTATS

- **Passer en revue les pratiques exemplaires aux échelles nationale et internationale ainsi que les travaux de recherche fondés sur des données probantes menés par des experts dans les domaines de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances chez les jeunes.**

- **En s'appuyant sur les données recueillies auprès d'experts et en consultation avec les acteurs locaux, notamment les dirigeants autochtones, les aînés et les enfants et les jeunes, élaborer un plan visant à mettre en œuvre à l'échelle provinciale un modèle de traitement à long terme. Ce modèle doit être adapté sur le plan culturel et conforme au principe de la sécurité culturelle, et le personnel doit posséder les compétences culturelles requises.**
- **Mettre en œuvre ce modèle de traitement et évaluer son efficacité dans l'obtention des résultats escomptés.**

INCIDENCE POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES

Les jeunes auront accès, dans leur province, à une ressource à long terme proposant une prise en charge globale comprenant l'évaluation, le traitement et le suivi pour répondre à leurs besoins complexes en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Cette ressource permettrait de réduire le risque d'une aggravation de la situation en donnant accès à des interventions efficaces qui favorisent la santé mentale et le bien-être.

Les interventions s'améliorent lorsque les services communiquent entre eux

CONSTATATION : Les enfants et les jeunes du Manitoba ont besoin d'une meilleure communication et d'une meilleure coordination entre les différents services afin d'améliorer la fourniture des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, lesquels sont essentiels à la promotion de la sécurité et du bien-être des enfants et des jeunes.

Outre l'élargissement de la quantité et de la qualité des services offerts dans le continuum de soins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les jeunes, il est devenu indispensable de renforcer la communication et la collaboration entre les services et les secteurs concernés afin de garantir un continuum de soins efficace et centré sur l'enfant pour les enfants et les jeunes. De nombreuses jeunes filles dont les récits figurent dans le présent rapport ont eu recours à plusieurs services désignés, selon diverses combinaisons, notamment les Services à l'enfant et à la famille, les services de santé mentale, les services de lutte contre les dépendances, la justice pour les jeunes, l'éducation et le soutien aux victimes. Comme le montre le graphique ci-dessous, les 22 jeunes filles avaient toutes fait l'objet d'un suivi par les Services à l'enfant et à la famille, 17 par des services de santé mentale, huit par le système éducatif, cinq par le système de justice pour les jeunes, cinq par les services de soutien aux victimes et quatre par les services de lutte contre les dépendances. Il est important de souligner ici que ces chiffres ne prennent en compte que les services auxquels ces jeunes ont eu recours et ne font pas fidèlement écho à leurs besoins réels, car bon nombre d'entre elles se sont vu refuser l'accès à ces services, n'ont pas pu y accéder ou, pour d'autres raisons, n'ont pas bénéficié des services appropriés.

Figure 5 – Liens des 22 jeunes filles avec les différents systèmes

Service désigné concerné	N^bre de jeunes filles ayant eu recours à ce service
Services à l'enfant et à la famille	22
Santé mentale	17
Éducation	8
Système de justice pour les jeunes	5
Soutien aux victimes	5
Lutte contre les dépendances	4

Une prise en charge systémique étendue aurait dû permettre d'éviter que ces jeunes filles passent entre les mailles du filet tout au long du continuum de soins. Malheureusement, le Bureau constate régulièrement un manque de communication et de coordination entre les structures qui s'occupent des jeunes. Claire, une jeune fille qui s'est suicidée à l'âge de 16 ans, a été profondément touchée par le manque de communication et de coordination entre les différents services qui l'accompagnaient.

Claire : Le manque de coordination des services met les jeunes en péril

Claire a vécu entre deux collectivités rurales du Manitoba. Elle vivait dans une petite fratrie. Au cours de ses premières années, elle a alterné entre la garde de sa mère et celle des Services à l'enfant et à la famille, avant d'être confiée à son père à l'âge de six ans. Pendant son adolescence, elle a fait la navette entre la maison de sa mère et celle de son père. On disait de Claire qu'elle avait l'âme d'une artiste et qu'elle adorait le grand air.

La famille de Claire a longtemps été en contact avec les Services à l'enfant et à la famille, et ce dès sa plus tendre enfance. Entre sa naissance et l'âge de 13 ans, Claire a été appréhendée à six reprises. Les problèmes liés à la protection de l'enfance qui ont conduit à l'intervention des Services à l'enfant et à la famille comprenaient : la consommation problématique d'alcool par les parents de Claire; celle de Claire et d'un autre membre de sa fratrie à l'adolescence; des questions de négligence et d'abandon des enfants; des problèmes de violences physiques et sexuelles subies par Claire et un autre membre de sa fratrie; le recours par les parents de Claire à des personnes peu fiables pour garder les enfants; les problèmes de violence entre partenaires intimes; les problèmes de santé mentale de chaque membre de la famille. Claire a été placée dans huit

foyers distincts au cours de sa petite enfance. Bien que ses parents n'aient suivi que de manière sporadique les plans d'intervention établis par les Services à l'enfant et à la famille, Claire et l'autre membre de sa fratrie ont continué à être confiés à la garde de leurs parents, malgré la fréquence des signalements reçus par les offices de services à l'enfant et à la famille concernés.

Claire a été victime de violence sexuelle à deux reprises durant sa petite enfance, mais l'auteur n'a été inculpé que pour l'un de ces faits. Cette personne a plaidé coupable, a été condamnée et a été inscrite au registre provincial concernant les mauvais traitements infligés aux enfants. Claire souffrait de plusieurs troubles affectifs et comportementaux qui se répercutaient sur son fonctionnement à la maison et à l'école. Bien que les professionnels accompagnant Claire aient envisagé de lui faire passer, de même qu'à un autre membre de sa fratrie, un examen de dépistage de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale compte tenu de leurs comportements et du fait que leur mère avait avoué avoir consommé de l'alcool pendant ses grossesses, aucun examen formel n'a jamais été organisé pour Claire. Claire a suivi une thérapie pendant six mois afin de surmonter le traumatisme lié à la violence sexuelle qu'elle avait subie, mais cette thérapie a pris fin lorsqu'elle a été replacée sous la garde de ses parents.

Claire a eu ses premiers démêlés avec le système de justice pénale à l'âge de 13 ans et, au cours des trois années qui ont suivi, elle a été condamnée pour plus de 30 infractions. À de nombreuses reprises, lorsque Claire a eu affaire aux forces de l'ordre, elle était sous l'emprise de l'alcool ou du cannabis. À l'âge de 13 ans, Claire a fait l'objet de deux ordonnances de probation, qui lui imposaient toutes deux de s'abstenir de consommer de l'alcool et des substances psychoactives. L'année suivante, alors que Claire avait 14 ans, elle a fait l'objet d'une ordonnance différée de placement sous garde et de surveillance, suivie d'une ordonnance de probation de deux ans. Comme Claire continuait à accumuler les nouvelles infractions et à enfreindre les conditions qui lui avaient été imposées par le tribunal, elle a commencé à être condamnée à des peines de détention dans des établissements correctionnels. À l'âge de 14 ans, Claire a passé au total six jours en détention, répartis sur trois périodes distinctes. À 15 ans, elle a passé près de 90 jours au total dans un établissement correctionnel pour adolescents, au cours de six incarcérations distinctes. Ces incarcérations étaient attribuables aux suspensions de son ordonnance différée de placement sous garde et de surveillance ainsi qu'à des manquements aux conditions qui lui avaient été imposées par le tribunal.

Claire a fait l'objet d'une évaluation par les services de probation juste avant ses 15 ans, et son niveau de risque et de besoin a été jugé élevé. De nombreux proches de Claire ont indiqué qu'elle se laissait facilement influencer par des camarades au comportement négatif. Le plan de probation de Claire prévoyait son orientation vers un programme communautaire de justice pour les jeunes ainsi que la mise en œuvre du Programme d'assistance et de surveillance intensives (PASI) afin de faire respecter la condition relative à son couvre-feu. Le système de justice pour les jeunes a également reconnu que le comportement délictueux de Claire était étroitement lié à sa consommation problématique de substances psychoactives et l'a orientée à trois reprises vers des programmes de lutte contre les dépendances.

Claire a rencontré un intervenant spécialisé dans la lutte contre les dépendances à quatre reprises lorsqu'elle avait 15 ans et à trois reprises lorsqu'elle avait 16 ans. Sur la base des renseignements recueillis lors de ces rendez-vous, l'intervenant de Claire a estimé que sa consommation d'alcool et de substances psychoactives avait atteint un niveau nocif. Le plan établi avec Claire et ses parents lorsqu'elle avait 15 ans prévoyait de l'orienter vers un programme de traitement en établissement. Claire est décédée avant que ce plan puisse aboutir.

Comme dans d'autres domaines de sa vie, Claire a connu des difficultés liées à sa santé mentale et à son mieux-être psychologique pendant son adolescence. À l'âge de 13 ans, Claire a exprimé des pensées suicidaires. Elle a ensuite été conduite aux urgences d'un hôpital local pour y subir une évaluation en santé mentale. Elle était sous l'emprise de l'alcool lorsqu'elle a été retrouvée. À l'hôpital, Claire a nié avoir des pensées suicidaires à ce moment-là et s'est montrée disposée à s'engager à assurer sa propre sécurité. Elle a été renvoyée chez ses parents, avec la recommandation de consulter son médecin de famille pour la suite du traitement. Rien n'indique que cela se soit produit. La famille de Claire en a informé son intervenant spécialisé en traitement des dépendances, mais les autres services n'en ont pas été informés. Deux ans plus tard, Claire a subi une nouvelle évaluation en santé mentale alors qu'elle était incarcérée, après qu'elle s'était automutilée. Elle a nié avoir d'autres pensées suicidaires ou un projet de ce type, mais sa consommation problématique d'alcool et d'autres substances psychoactives, ainsi que ses symptômes de dépression et d'anxiété ont été jugés préoccupants. Bien que l'agent de probation de Claire ait effectivement orienté cette dernière vers des services de counseling dans sa collectivité, nous n'avons trouvé aucune preuve que ces services lui ont été fournis. Il n'a pas été précisé si la famille de Claire ou son intervenant spécialisé en lutte contre les dépendances avaient été informés qu'une évaluation avait eu lieu, ni pour quelle raison. De plus, la fréquentation scolaire de Claire a été fortement freinée par ses problèmes de santé mentale, sa consommation problématique de substances psychoactives et ses démêlés avec la justice. Elle a affiché un fort absentéisme scolaire tout au long de ses années d'études secondaires.

Au cours des six derniers mois de sa vie, il a été révélé que Claire était victime d'exploitation sexuelle, et un homme adulte a été inculpé pour ces actes concernant Claire et d'autres jeunes filles. Elle a vu son intervenant spécialisé en lutte contre les dépendances pour la dernière fois deux mois avant son décès. Bien que celui-ci ait tenté de communiquer avec les deux parents de Claire afin de faire le point sur l'organisation de son inscription dans un programme de traitement en établissement, il n'est pas parvenu à les joindre. La famille de Claire s'est bien adressée à un centre de santé local pour que Claire puisse bénéficier de counseling, mais elle a manqué les deux rendez-vous d'évaluation initiale.
Claire s'est suicidée à l'âge de 16 ans. Ses démêlés avec la justice, ainsi que l'intimidation dont elle était victime de la part de ses camarades étaient récemment devenus pour elle une source de stress. Au moment de son décès, Claire avait de la cocaïne et de l'alcool dans l'organisme.

Dans le cas de Claire, les services désignés qui intervenaient dans sa vie communiquaient rarement entre eux et ne coordonnaient guère leurs interventions. En conséquence, les services fournis à Claire et à sa famille étaient mal coordonnés et, pour l'essentiel, inefficaces. Comme l'ont déjà souligné d'autres rapports du Bureau, les services désignés ont interagi de manière passive les uns avec les autres, sans jamais coopérer pour venir en aide à Claire alors que le danger auquel elle était exposée au sein de la collectivité ne cessait de croître. Lorsque des orientations vers des services de soutien et de conseil en dépendance ont été proposées, les services désignés impliqués dans son dossier n'ont pas assuré de suivi pour l'aider à y recourir. Les systèmes avec lesquels Claire était en contact considéraient ses comportements comme de la délinquance et faisaient reposer sur elle la responsabilité de faire appel à de multiples services, simplement parce qu'une ordonnance du tribunal l'y obligeait. Claire était rarement considérée comme une survivante, alors qu'elle luttait pour supporter le poids énorme de son traumatisme à un si jeune âge. Le plus inquiétant est peut-être que de nombreux services ont semblé abandonner Claire, au lieu de prendre l'initiative et de collaborer avec elle et sa famille pour trouver des solutions.

Un manque de communication entre les différents services et secteurs a également été relevé dans trois rapports publics précédents publiés par le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba. Dans *Documenter le déclin : Le dangereux fossé entre les bonnes intentions et les interventions salutaires* (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba, 2018b – en anglais), le Bureau a formulé la recommandation suivante concernant l'échange d'information :

> Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande à la province du Manitoba de remédier au manque persistant de coordination entre les services destinés aux enfants et aux jeunes en élaborant et en mettant en œuvre une stratégie provinciale visant à former les fournisseurs de services à l'exigence d'échange de l'information entre les différents systèmes et à veiller à ce que les enfants et les jeunes soient au centre de tous les services fournis. Ce projet doit être élaboré, mis en œuvre et évalué en concertation avec le ministère de l'Éducation et de la Formation du Manitoba, le ministère des Familles du Manitoba, le ministère de la Justice du Manitoba et le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active du Manitoba (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba, 2018b, p. 49).

Le gouvernement du Manitoba avait déjà tenté d'améliorer la coordination et l'échange d'information entre les services et les secteurs en adoptant en 2017 la Loi sur la protection des enfants (communication de renseignements). Cette loi vise à favoriser l'échange d'information entre les fournisseurs de services afin de permettre une planification et une prise de décision éclairées, et mettre ainsi en place une approche collaborative et multidisciplinaire dans la fourniture de services destinés aux enfants, aux jeunes, aux jeunes adultes et à leurs familles. Malgré les bonnes intentions qui sous-tendent cette loi, nous continuons d'intervenir auprès d'enfants et de jeunes pris en charge par différents systèmes de services qui continuent obstinément de fonctionner en vase clos et de protéger leurs propres renseignements, au détriment de la

qualité des services offerts. Il est essentiel que, lorsque les jeunes ont recours à plusieurs services, la fourniture de ces services (comme les évaluations, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation) soit assurée de manière concertée et coordonnée par l'équipe de prise en charge. Les défaillances de la communication entre les différents secteurs de services entraînent inévitablement une fourniture de services fragmentée qui ne favorise pas de façon constante une issue positive en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez ces jeunes ou pire encore, qui les expose à un risque accru.

Plusieurs fournisseurs de services interrogés dans le cadre du présent rapport ont également fait état d'obstacles à la coordination, notamment une communication insuffisante entre les systèmes, un manque de compréhension des rôles de chacun et un important roulement du personnel chez les fournisseurs de services. Un fournisseur de services a fait remarquer que lorsque les organismes travaillent en silos et qu'il n'y a pas de coordination entre eux, c'est comme si « la main droite ne savait pas ce que fait la main gauche » (entretien avec un fournisseur de services, le 3 décembre 2019), ce qui se traduit par des plans de traitement et de prise en charge fragmentés. Les jeunes membres du Groupe consultatif de jeunes ambassadeurs du Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba ont également souligné que la communication et les liens entre les structures d'accompagnement et les systèmes sont quasi inexistants.

Le Bureau salue également l'approche pangouvernementale adoptée par le Manitoba dans le cadre de la mise en place du Comité de planification des mesures donnant suite aux recommandations du Bureau, un comité composé de sous-ministres du ministère des Familles, du ministère de la Justice, du ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active et du ministère de l'Éducation. Ce comité agit pour assurer la communication et la collaboration entre les services et au sein de ceux-ci au moment de mettre en œuvre les mesures en réponse aux recommandations du Bureau. Nous nous réjouissons de cette approche du gouvernement, qui mobilise les dirigeants afin d'améliorer l'intégration des communications, mais les obstacles à une véritable collaboration entre les systèmes demeurent profondément enracinés dans les systèmes du Manitoba.

La recommandation ci-dessus, formulée en 2018, reste en suspens et a fait l'objet de travaux de la part du gouvernement. Toutefois, le Bureau n'a pas encore constaté l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie visant à former les fournisseurs de services à l'***exigence*** d'échange de l'information entre les différents systèmes. Il reste encore du travail à accomplir pour donner suite à cette recommandation de 2018 et veiller à ce que cette approche en matière de communication soit mise en œuvre à tous les niveaux des systèmes de services, notamment en s'assurant que les fournisseurs de services soient conscients de leur obligation et de leur responsabilité dans la transmission des renseignements et la coordination des plans entre les différents services et systèmes.

L'un des principaux objectifs du rapport Virgo était d'améliorer la coordination des services et des soutiens dans le domaine de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances au Manitoba. Compte tenu de cet objectif, les conclusions du rapport Virgo (2018) ont mis en évidence des lacunes importantes dans le domaine de la coordination des services, ce qui corrobore les conclusions du présent rapport ainsi que celles d'autres rapports du Bureau. Au vu de la complexité croissante et des besoins de plus en plus nombreux des personnes qui ont recours aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, ces problèmes de coordination et de collaboration ont des répercussions sur de nombreux services offerts, tant au niveau provincial qu'au niveau fédéral.

Pour lever ces obstacles, le rapport Virgo (2018) a formulé plusieurs recommandations constructives visant à améliorer la coordination des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances à l'échelle de la province. Parmi celles-ci figurent la modification du cadre de fourniture de service afin de créer un continuum de services à plusieurs niveaux, le regroupement de divers services au sein de carrefours jeunesse et de carrefours régionaux, ainsi que la mise en place d'accompagnateurs au sein du système. Des changements s'imposent si nous voulons améliorer la situation des enfants, des jeunes, des jeunes adultes et de leurs familles qui font face à des problèmes de santé mentale et de dépendance. En fin de compte, la santé et le bien-être des enfants et des jeunes du Manitoba continueront de dépendre de l'engagement de tous les Manitobains à garantir qu'ils bénéficient des services et du soutien dont ils ont besoin à chaque étape de leur vie, et que ces services soient bien coordonnés, flexibles et adaptés à l'évolution de leurs besoins.



Image d’illustration

ANNEXES

Annexe A : Synthèse des constatations et des recommandations

Un modèle à plusieurs niveaux, où les services répondent aux besoins

CONSTATATION : Les enfants et les jeunes du Manitoba ont un besoin urgent d'un continuum complet de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, conçu et organisé selon un modèle à plusieurs niveaux, sans obstacle à l'accès aux services et comprenant un soutien adapté aux enfants et aux jeunes lors de leur passage d'un niveau à l'autre au sein de ce continuum.

RECOMMANDATION 1 : MENER UNE ANALYSE DES LACUNES

Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande que le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active procède à une analyse des lacunes du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les jeunes, en s'appuyant sur le modèle à plusieurs niveaux proposé dans le rapport Virgo. L'analyse des lacunes doit s'inscrire dans le cadre et le plan stratégique pour la transformation des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les enfants et les adolescents. En outre, le Bureau recommande que l'analyse des lacunes, le cadre et le plan stratégique soient rendus publics pour que la population du Manitoba puisse les consulter.

RECOMMANDATION 2 : GARANTIR UN ACCÈS ÉQUITABLE AUX SERVICES

Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande que le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active démontre que son cadre et son plan stratégique pour la transformation des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les jeunes au Manitoba garantit un accès équitable aux services dans toutes les régions du Manitoba, des services qui sont adaptés aux besoins uniques des enfants et des jeunes de notre province.

Les traumatismes précoces justifient une intervention ciblée

CONSTATATION : Les enfants et les jeunes du Manitoba ont besoin que les fournisseurs de services cernent plus rapidement les traumatismes et interviennent à temps pour lutter contre les effets de ceux qui ont été subis pendant l'enfance, qui augmentent le risque de troubles concomitants de santé mentale et de dépendance, y compris le risque de suicide chez les enfants, les jeunes et les jeunes adultes.

RECOMMANDATION 3 : FORMER LES INTERVENANTS SUR LES TRAUMATISMES ET LEURS RÉPERCUSSIONS

Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande au gouvernement du Manitoba d'organiser des actions de sensibilisation et de formation sur les traumatismes subis pendant la petite enfance et leurs répercussions à l'intention des fournisseurs de services de tous les ministères qui s'occupent des enfants et des jeunes.

RECOMMANDATION 4 : AIDER LES FAMILLES À TROUVER LES BONNES RESSOURCES

Conformément à l'article 24 de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes recommande que le gouvernement du Manitoba procède à des examens annuels des interventions thérapeutiques disponibles pour traiter les traumatismes des enfants et des jeunes du Manitoba et qu'il crée un inventaire des ressources, qu'il précise si ces ressources nécessitent des orientations formelles de la part des fournisseurs de services ou si elles sont en accès direct, qu'il indique tout critère d'admissibilité connexe (âge, emplacement, situation de garde, etc.), et qu'il fasse la promotion de son inventaire annuel et de ses conclusions auprès du public.

Les jeunes des régions rurales ont droit à des services équivalents sur le plan de la qualité et de la disponibilité

CONSTATATION : En raison de la disponibilité limitée des services et de la qualité inégale des ressources, les enfants et les jeunes des collectivités rurales et éloignées de la province se heurtent à des obstacles supplémentaires pour accéder à des services et à des soutiens équivalents en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

RECOMMANDATION 5 : CRÉER UN PLUS GRAND NOMBRE DE CARREFOURS JEUNESSE

Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande que le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active, en collaboration avec les collectivités rurales du Manitoba et le gouvernement fédéral, le cas échéant, mette en œuvre la recommandation 4.8 du rapport Virgo :
« S'appuyer sur l'expérience concluante du NorWest Youth Hub et sur les leçons tirées d'autres provinces pour élaborer un plan provincial de déploiement du modèle de carrefours jeunesse (ou de modèles similaires de services intégrés pour les jeunes), en tirant parti des ressources philanthropiques lorsqu'elles sont disponibles » [TRADUCTION] (Virgo Planning, 2018, p. 235).

RECOMMANDATION 6 : CRÉER DES CARREFOURS RÉGIONAUX EN DEHORS DE WINNIPEG

RECOMMANDATION 6 : Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande que le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active, en collaboration avec les collectivités rurales et les Premières Nations du Manitoba, et le gouvernement fédéral, le cas échéant, mette en œuvre la recommandation 2.11 du rapport Virgo, telle qu'elle est résumée ci-dessous :

Dans les offices régionaux de la santé autres que celui de Winnipeg, créer des pôles de santé mentale (tels qu'ils sont décrits dans le rapport Peachey), en vue :

(a) a) d'en faire des carrefours régionaux intégrés pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances;

(b) b) d'harmoniser un ensemble essentiel de services régionaux et de soutien aux services d'urgence et de crise des hôpitaux, y compris :

- le dépistage, l'évaluation et le soutien des services de lutte contre les dépendances;
- l'accès 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à des consultations psychiatriques et à des services d'évaluation et de traitement de courte durée;
- un noyau de professionnels, en plus des psychiatres, ayant la capacité d'aider les services de lutte contre les dépendances (p. ex. des psychologues cliniciens et du personnel infirmier spécialisé en urgence psychiatrique);
- des travailleurs de liaison en santé mentale et en lutte contre les dépendances ayant reçu une formation croisée exerçant dans les services d'urgence des hôpitaux ou dans d'autres programmes hospitaliers;
- une infrastructure et du personnel pour assurer la sécurité des patients et du personnel;
- des liens avec les services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances, y compris pour un accueil centralisé [TRADUCTION] (Virgo Planning, 2018; la recommandation complète se trouve à la page 225 du rapport).

Les familles ont besoin d'*accompagnateurs*, ou de copilotes

CONSTATATION : Actuellement, le continuum de soins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les jeunes est difficile à appréhender pour les enfants, les jeunes et leurs familles en raison de la complexité et de la multiplicité des systèmes qui le composent, ce qui se traduit souvent par un fonctionnement cloisonné. Nous avons besoin d'accompagnateurs compétents et dévoués, capables d'aider les enfants, les jeunes et les familles à s'orienter dans ce continuum, à suivre les progrès réalisés, à évaluer l'efficacité des interventions et à apporter des modifications éventuelles lorsqu'un plan n'atteint pas les objectifs fixés.

Le niveau le plus élevé du continuum nécessite des investissements particuliers

CONSTATATION : Le Manitoba manque de services et de soutiens intensifs au niveau le plus élevé du continuum de soins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les jeunes qui permettraient de répondre aux besoins des jeunes qui sont aux prises avec des problèmes complexes et qui sont

exposés à un risque élevé de préjudice ou de décès.

RECOMMANDATION 7 : CRÉER UN TRAITEMENT À LONG TERME POUR LES JEUNES AYANT LES BESOINS LES PLUS CRIANTS

Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes recommande que le gouvernement du Manitoba mette en place une ressource de traitement à long terme en milieu hospitalier ou communautaire pour offrir des services de stabilisation, d'évaluation, de traitement et de suivi aux jeunes dont les besoins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances sont les plus aigus et pour lesquels les options moins intensives se sont révélées inefficaces.

Annexe B : Sigles

APN	Assemblée des Premières Nations
CNUDE	Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant
ENE	expériences négatives durant l'enfance
ETCAF	ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale
MKO	Manitoba Keewatinowi Okimakanak Inc
SCO	Southern Chiefs Organization
SEF	services à l'enfant et à la famille
TCC	thérapie cognitivo-comportementale
TCD	thérapie comportementale dialectique
TDAH	trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
YES	Youth Employment Services

Annexe C : Mandat

Le protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba est avisé de tous les décès d'enfants, de jeunes et de jeunes adultes de moins de 21 ans, a la responsabilité légale d'examiner chaque décès et a un mandat accru d'examen et d'enquête à l'égard des services fournis à la jeune personne et à sa famille.

L'article 20 de la Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes décrit le pouvoir d'examen du protecteur et l'objectif de ses examens.

Pouvoir d'examen — en cas de décès d'enfant ou de jeune adulte

20(3) Après avoir été avisé du décès d'un enfant ou d'un jeune adulte par le médecin légiste en chef en conformité avec la Loi sur les enquêtes médico-légales, le protecteur peut examiner le cas de décès :

(a) si la victime est un enfant et si ce dernier ou sa famille recevait des services sujets à examen au moment du décès ou au cours de l'année qui précède;

(b) si la victime est un jeune adulte qui recevait des services au titre du paragraphe 50(2) de la Loi sur les services à l'enfant et à la famille au moment du décès ou au cours de l'année qui précède.

Objectifs des examens

20(4) Le protecteur peut effectuer des examens au titre du présent article aux fins suivantes :

(a) décider, sous le régime de l'article 23, si le cas fera l'objet d'une enquête;

(b)) reconnaître et analyser les tendances et les circonstances récurrentes dans le but :

(i) soit d'améliorer l'efficacité de services sujets à examen et des interventions qui en découlent,

(ii) soit de cerner les améliorations à apporter aux politiques publiques visant les services désignés.

Après l'examen d'un cas de décès, le protecteur peut, à sa discrétion, mener une enquête exhaustive sur les services publics. L'article 23 de la Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes décrit les conditions en vertu desquelles une enquête peut être menée.

Enquêtes portant sur les cas de blessures graves et de décès

23(1) S'il tire les conclusions indiquées ci-dessous après l'examen prévu à l'article 20, le protecteur peut enquêter sur un cas de blessure grave ou de décès où la victime est un enfant ou un jeune adulte :

(a) un service sujet à examen, ou les politiques ou pratiques connexes, pourraient avoir contribué à l'incident;

(b) l'incident présente l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes :

(i) il a été ou peut avoir été causé par une ou plusieurs des situations énumérées à l'article 17 de la Loi sur les services à l'enfant et à la famille, si la victime est un enfant,

(ii) il s'est produit dans des circonstances inhabituelles ou suspectes,

(iii) il a été causé par une autre personne, ou la victime s'est infligé elle-même la blessure grave ou s'est donné la mort.

La Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes accorde des pouvoirs plus larges au protecteur des enfants et des jeunes. Ce dernier peut accéder à des documents électroniques ou imprimés ou à d'autres dossiers, et il peut contraindre, par l'entremise d'une ordonnance d'observation, des personnes à répondre à des questions s'il juge cela nécessaire pour son enquête. L'article 25 de la Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes décrit ces pouvoirs.

Droit de visite

25 Aux fins d'enquête sous le régime de la présente partie, le protecteur peut, à toute heure convenable, procéder à la visite des locaux où un service sujet à examen faisant l'objet d'une enquête est ou a été fourni.

Pouvoir de contraindre des personnes à répondre à des questions et d'exiger la production de documents

26(1) Aux fins d'enquête au titre de la présente partie et sous réserve du paragraphe 17(3), le protecteur peut donner l'un ou l'autre des ordres suivants, ou les deux à la fois :

(a) exiger qu'une personne comparaisse devant lui, physiquement ou par voie électronique, pour répondre à des questions, notamment sous serment ou sous affirmation solennelle;

(b) exiger qu'un organisme public ou qu'une autre personne lui produise tout document ou toute autre chose dont il a la garde ou la responsabilité.

Ordonnance d'observation

26(2) Le protecteur peut demander à la Cour du Banc de la Reine de rendre une ordonnance enjoignant à un organisme public ou à une personne de se conformer à un ordre donné en application du paragraphe (1).

Depuis le 15 mars 2018, le Protecteur du Manitoba peut rendre publics des rapports spéciaux portant sur toute question relevant de la Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes. L'article 31 de la Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes décrit cette responsabilité et ses limites.

Rapports spéciaux

31(1) Dans le but d'améliorer l'efficacité des services désignés et des interventions qui en découlent, le protecteur peut publier des rapports spéciaux.

31(2) Sous réserve de l'article 32, les rapports spéciaux peuvent :

(a) énoncer des recommandations à l'intention :

(i) d'un ministre chargé de la fourniture d'un service désigné,

(ii) d'un organisme public ou d'une autre personne offrant un service désigné, selon ce que le protecteur juge approprié;

(b) faire mention ou traiter de toute question ayant fait l'objet d'un examen ou d'une enquête du protecteur au titre de la partie 4;

(c) comporter des renseignements que le protecteur juge nécessaires sur toute autre question qui relève de ses attributions au titre de la présente loi.

L'objectif des rapports spéciaux est d'examiner les services fournis aux enfants et à leur famille afin de cerner les moyens de rehausser la sécurité et le bien-être des enfants. Les rapports spéciaux visent à faire entendre la voix de l'enfant ou du jeune adulte décédé. Ils sont donc préparés « à travers le regard de l'enfant », c'est-à-dire en mettant avant tout l'accent sur les besoins de l'enfant, de l'adolescent ou du jeune adulte.

Aux fins des enquêtes menées dans le cadre de la préparation des rapports spéciaux, les enquêteurs sont autorisés à examiner les dossiers et à en faire des copies confidentielles, à interroger le personnel ainsi que les bénéficiaires et les fournisseurs de services. Ils sont aussi autorisés à exercer tous les autres pouvoirs d'enquête prévus par la loi sur le protecteur des enfants et des jeunes. Les rapports spéciaux comprennent des renseignements factuels sur les événements qui ont précédé le décès de l'enfant, de l'adolescent ou du jeune adulte, une analyse de ces événements et des recommandations officielles à l'intention d'un organisme d'examen ou de tout autre organisme public ou personne que le protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba juge approprié.

Annexe D : Bibliographie

ACCESS Esprits ouverts. (2018). *Eskasoni First Nation, Nova Scotia Impact Report 2018.* https://accessopenminds.ca/fr/resources/

Agence de la santé publique du Canada. (2019). *Équité en santé et déterminants de la santé.* https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html

Association canadienne pour la santé mentale. (2014, 17 novembre). *Enfants et jeunes : accès à la promotion de la santé mentale et aux soins de santé mentale.* https://cmha.ca/fr/public_policy/enfants-et-jeunes-acces-a-la-promotion-de-la-sante-mentale-et-aux-soins-de-sante-mentale/

Barkman, M. et McCraken, M. (2019, 16 avril). *Failing grade: Manitoba poverty reduction strategy and budget 2019.* Centre canadien de politiques alternatives. https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/Manitoba%20Office/2019/04/Failing_grade_Budget_2019.p df

Bellis, M. et Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *23*(2), 185-222.

Bridge, J., Goldstein, T. et Brent, D. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(3), 372-394.

Brown, N., Green, J., Desai, M., Weitzman, C. et Rosenthal, M. (2014). Need and unmet need for care coordination among children with mental health concerns. *Pediatrics, 133*(3), 530-537. https://doi.org/10.1542/peds.2013-2590

Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba. (2015). *The changing face of youth suicide in Manitoba and the narrow window for intervention: Phase one report.* https://manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/The-Changing-Face-of-Youth-Suicide-in-Manitoba_FINAL_web.pdf

Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba. (2016). *The changing face of youth suicide in Manitoba and the narrow window for intervention: Phase two report.* https://manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/The-Changing-Face-of-Youth-Suicide_P2_web.pdf

Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba. (2018a). *Énoncé de préoccupation du Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba. A call to action: A mental health and addictions system to meet the needs of children and youth.* http://manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/AdvocatesStatement-of-Concern-MH-Addictions.pdf

Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba. (2018b). *Documenting the decline: The dangerous space between good intentions and meaningful interventions.* http://manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/Final-Circling-Star-2018.pdf

Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba. (2018c). *In need of protection: Angel's story.* http://manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/In-Need-Of-Protection- Angels-Story-Dec2018.pdf

Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba. (2019). *Un endroit où l'on se sent chez soi : L'histoire de Tina Fontaine.* https://manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/2024/12/Tina-Fontaine-Report-FRE.pdf

Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba. (2020). *The Slow Disappearance of Matthew: A Family's Fight for Youth Mental Health Care in the Wake of Bullying and Mental Illness.* https://manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/MACY-Special-Report-The-Slow-Disappearance-of-Matthew- Feb2020.pdf

Butler, A., Adair, C. E., Jones, W., Kurdyak, P., Vigod, S., Smith, M., Lesage, A., Bolton, J., Madi, N., Sareen, J., Enns, M., Rochette, L., Rittenbach, K., Bakal, J., Youngson, E., Clelland, S., Bercov, M., Santana, M., et Goldner, E. M. (2017). *Towards quality mental health services in Canada: A comparison of performance indicators across 5 provinces.* Centre for Applied Research in Mental Health & Addiction. https://access-mentalhealth.ca/wp-content/uploads/2017/08/prov_indic_technical_report_final.pdf

Centre for Suicide Prevention. (2014, 1er mai). *Substance use disorder and suicide.* https://www.suicideinfo.ca/resource/substance-use-disorder-suicide-prevention/

Chartier, M., Brownell, M., MacWilliam, L., Valdivia, J., Nie, Y., Ekuma, O., Burchill, C., Hu, M. et Kulbaba, C. (2016). *The mental health of Manitoba's Children.* Centre manitobain des politiques en matière de santé. http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/MHKids_web_report.pdf

Choi, N., DiNitto, D., Marti, C. et Segal, S. (2017). Adverse childhood experiences and suicide attempts among those with mental health and substance use disorders. *Child abuse & neglect*, *69*, 252-262. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.04.024

Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada.* Commission de la santé mentale du Canada : https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/MHStrategy_Strategy_FRE_1.pdf

Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Faire un pas vers le futur : Bâtir un système de services en santé mentale et en toxicomanie adapté aux besoins des adultes émergents*. Commission de la santé mentale du Canada : https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/Faire%252520un%252520pas%252520vers%252520le%252520futur_0.pdf

Commission de la santé mentale du Canada. (2016). *La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada : Une perspective axée sur les jeunes.* https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2016/07/Youth_Strategy_fr_2019.pdf

Commission de la santé mentale du Canada. (2017). *Suicide Prevention.* https://www.mentalhealthcommission.ca/English/key-priority/mental-health-and-substance-use

Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. (2019). *Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*. https://www.mmiwg-ffada.ca/fr/final-report/

Eskasoni Mental Health Services. (2018). *Services: With you every step of the way*. https://www.eskasonimentalhealth.org/services-1

Gerson, R. et Rappaport, N. (2012). Traumatic stress and posttraumatic stress disorder in youth: Recent research findings on clinical impact, assessment, and treatment. *Journal of Adolescent Health*, *52*(2), 137-143. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.018

Gibson, S. (2019, 5 juillet). Manitoba has second highest rate of violence against women and girls in northern Canada. *Global News.* https://globalnews.ca/news/5464852/manitoba-has-second- highest-rate-of-violence-against-women- and-girls-in-northern-canada/

Ginwright, S. (2018, 31 mai). *The future of healing: Shifting from trauma informed care to healing centred engagement.* Medium.

Gouvernement du Manitoba. (1989). Loi sur les enquêtes médico-légales. (1989, c. F52 de la C.P.L.M.). Consulté à l'adresse : https://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/ccsm/_pdf.php?cap=f52

Gouvernement du Manitoba. (2017). Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes. (L.M. 2017, c. 8). Consulté à l'adresse : http://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/2017/pdf/c00817.pdf

Gouvernement du Manitoba. (2018). *Manitoba Health, Seniors and Active Living Information Management and Analytics Annual Statistics 2016 – 2017.* https://www.gov.mb.ca/health/annstats/as1617.pdf.

Gouvernement du Manitoba. (2019). *Budget 2019 : Nous faisons le travail. https://www.gov.mb.ca/asset_library/en/budget2019/budget.fr.pdf*

Gouvernement du Manitoba. (2019, 23 décembre). *Le gouvernement investit plus de 25 millions de dollars dans des initiatives concernant la santé mentale et la lutte contre les dépendances au cours du dernier trimestre.* https://news.gov.mb.ca/news/index.fr.html?item=46578&posted=2019-12-23

Grabish, A. (2019). Manitoba funding 4 new beds in treatment facility for exploited youth. *CBC News.* https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/manitoba-at-risk-youth-funding-1.5356571

Halsall, T., Manion, I., Iyer, S., Mathias, S., Purcell, R. et Henderson, J. (2019). Trends in mental health system transformation: Integrating youth services within the Canadian context. *Healthcare Management Forum*, *32*(2), 51-55. https://doi.org/10.1177/0840470418808815

Health Intelligence, Inc. and Associates. (2017). *Provincial clinical and preventative services planning for Manitoba: Doing things differently and better.* Winnipeg : Manitoba. https://www.gov.mb.ca/health/documents/pcpsp.pdf
https://medium.com/@ginwright/the-future-of-healing-shifting-from-trauma-informed-care-to-healing-centered-engagement-634f557ce69c
https://www.cbc.ca/news/canada/north/statistics-canada-report-violence-women-north-1.5200914

Jones, R. P. (2019, 5 juillet). Levels of violence against young women in Northern Canada triple rest of country. *CBC/Radio Canada.*

Katz A., Kinew K. A., Star L., Taylor C., Koseva I., Lavoie J., Burchill C., Urquia M. L., Basham A., Rajotte L., Ramayanam V., Jarmasz J. et Burchill S. (2019). *The Health Status of and Access to Healthcare by Registered First Nation Peoples in Manitoba.* Centre manitobain des politiques en matière de santé.

Kirmayer, L. J., Brass, G. M., Holton, T., Paul, K., Simpson, C., et Tait, C. (2007). *Suicide among Aboriginal people in Canada*. Aboriginal Healing Foundation. Série de recherches : http://www.ahf.ca/downloads/suicide.pdf

Klinic Inc. (2020). *In-person counselling. http://klinic.mb.ca/in-person-counselling/*

Lwin, K., Head, S., Wedeles, J. et Nikolova, K. (2015). *Breaking barriers: Understanding intimate partner violence in child welfare. Practice and Research Together.* Toronto: ON.

Malone, K. G. (2019, 15 février). Manitoba to look at connection between youth incarceration and child welfare. *CTV News.*
https://winnipeg.ctvnews.ca/manitoba-to-look-at-connection-between-youth-incarceration-and-child-welfare-1.4299743

Markoulakis, R., Weingust, S., Foot, J. et Levitt, A. (2016). The family navigation project: An innovation in working with families to match mental health services with their youth's needs. *Canadian Journal of Community Mental Health, 35*(1), 63-66. http://doi10.7870/cjcmh-2016-026

Morgan, C. (2016, 17 mai). *Fast facts: Manitoba ranked highest for Indigenous child poverty.* Centre canadien de politiques alternatives. https://www.policyalternatives.ca/publications/commentary/fast-facts-manitoba-ranked-highest-indigenous-child-poverty

National Child Traumatic Stress Network. (2020). *Early childhood trauma.* https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types/early-childhood- trauma

NorWest Co-op Community Health. (2020). *Youth hub.* https://norwestcoop.ca/resource-centres/youth-hub/

Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Social determinants and Indigenous health: The international experience and its policy implications.* https://www.who.int/social_determinants/resources/indigenous_health_adelaide_report_07.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2020). *About social determinants of health.* https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/

Première Nation Eskasoni, Nouvelle-Écosse. (s. d.) *ACCESS Esprits ouverts*. Consulté le 13 mars 2020 à l'adresse : https://accessopenminds.ca/fr/our_site/eskasoni-first-nation-ns-2/

Rollins, M., Milone, F., Suleman, S., Vojvoda, D., Sgro, M., et Barozinno, T. (2018). Patient navigators: Mapping the route toward accessibility in health care. *Paediatrics & Child Health, 24*(1), 19-22. https://doi.org/10.1093/pch/pxy057

Rosenberg, L. (2011). Addressing trauma in mental health and substance use treatment. *Journal of Behavioral Health Services and Research, 38*(4), 428-431. https://doi.org/10.1007/s11414-011-9256-9

Santé Canada. (2015). *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations.* https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2023/05/FNMWC-Full_FR_WEB2023frameworks.pdf

Statistique Canada. (2019). *Décès et taux de mortalité par groupe d'âge, selon certains groupes de causes, 2013-2017*. https://open.canada.ca/data/fr/dataset/ec766fd8-926b-4204-b72a-7ccb62b56259

The Laurel Centre. (2020). *Services provided.* https://thelaurelcentre.com/services/

Valaitis, R., Carter, N., Lam, A., Nicholl, J., Feather, J. et Cleghorn, L. (2017). Implementation and maintenance of patient navigation programs linking primary care with community-based health and social services: A scoping literature review. *BMC Health Services Research, 17*(116). https://doi.org/10.1186/s12913-017-2046-1

Virgo Planning. (2018). *Improving access and coordination of mental health and addiction services: A Provincial Strategy for all Manitobans.* https://www.gov.mb.ca/health/mha/docs/mha_strategic_plan.pdf

Virgo Planning. (2018b). *Improving access and coordination of mental health and addiction services: A provincial Strategy for all Manitobans, Appendices.* https://www.gov.mb.ca/health/mha/docs/mha_strategic_plan_appendices.pdf