

La lente disparition de Matthew

Le combat d'une famille pour des soins de santé mentale en cas d'intimidation et de troubles de santé mentale

TRAUMAVERTISSEMENT

Le présent rapport traite d'intimidation, de maladies mentales, de dépendances et de suicide. En racontant l'histoire de Matthew, nous avons soigneusement soupesé chaque détail inclus dans cette version finale et avons étroitement consulté sa famille. Il n'empêche que des renseignements figurant dans le présent rapport pourraient heurter la sensibilité de certains lecteurs.

Si vous ou une personne de votre entourage traversez une période difficile, vous pouvez obtenir de l'aide. Au Manitoba, communiquez avec la Ligne de prévention du suicide du Manitoba au 1 877 435-7170 ou consultez le site Web www.ReasonToLive.ca.

© Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba, 2020. Tous droits réservés.

Imprimé au Canada.
ISBN 978-1-9995410-4-0

Référence suggérée

Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba. (2020). *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.* Winnipeg (Manitoba). Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba.

Qui sommes- nous?

Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba 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 dans l'ensemble du Manitoba qui reçoivent ou devraient recevoir des services publics provinciaux. 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 relève de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes* et s'appuie sur les principes de la *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant*, est de promouvoir l'intérêt supérieur des enfants et des jeunes.

le Défenseur au Manitoba

DE LA CAUSE des enfants et des jeunes

Un rapport spécial publié après une enquête sous le régime des parties 4 et 5 de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*

En l'honneur et à la mémoire de

MATTHEW

NOVEMBRE 2000 – NOVEMBRE 2017



Table des matières

Table des matières ____ *6*

Reconnaissance territoriale ____ *8*

Un grand merci à la famille de Matthew ____ *8*

Sommaire ____ *9*

Méthodologie ____ *15*

L'histoire de Matthew ____ *17*

Chronologie des facteurs de risque et des interventions ____ **19**

Un enfant curieux qui adorait les insectes et les dinosaures ____ **21**

L'intimidation commence ____ **21**

L'intimidation s'intensifie, les notes de Matthew chutent ____ **22**

La première tentative de suicide ____ **23**

Plus aucun intérêt pour l'école ____ **25**

Matthew change d'école ____ **33**

L'école, un déclencheur de symptômes post-traumatiques ____ **35**

Un désengagement quasi total ____ **40**

Services à l'enfant et à la famille, le seul service qui demeure actif ____ **43**

Les jours précédant la mort de Matthew ____ **46**

L'appel à l'action d'une mère ____ **48**

Constatations, thèmes et recommandations ____ *49*

Les profondes répercussions de l'intimidation sur Matthew ____ **49**

Les écoles du Manitoba ont un rôle unique à jouer dans la prévention de l'intimidation ____ **51**

RECOMMANDATION UN : Promouvoir la santé mentale dans toutes les classes de la maternelle à la 12e année ____ **57**

RECOMMANDATION DEUX : Cesser de suspendre ou d'expulser des élèves lorsque la sécurité n'est pas en jeu ____ **57**

RECOMMANDATION TROIS : Créer et promouvoir des écoles sûres et accueillantes ____ **57**

Les facteurs de risque de suicide sont cruciaux pour déterminer le niveau de soutien dont un jeune a besoin ____ **58**

Les enfants et les jeunes ont besoin d'*intervenants pivots* dans le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances ____ **66**

RECOMMANDATION QUATRE : Améliorer les points d'accès pour les enfants et les jeunes en situation de crise ____ **71**

RECOMMANDATION CINQ : Mettre en place des équipes d'*intervenants pivots* dans le système de santé mentale pour aider les enfants et les jeunes ____ **72**

La population manitobaine mérite de comprendre comment le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances évolue ____ **73**

RECOMMANDATION SIX : Offrir du traitement en établissement de longue durée pour les jeunes **77**

RECOMMANDATION SEPT : Publier un cadre pour la transformation du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les jeunes ____ **77**

Les services à l'enfant et à la famille ont apporté du soutien axé sur l'enfant à cette famille en situation de crise ____ **78**

Les parties en suspens de *la Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes* doivent être proclamées ____ **79**

RECOMMANDATION HUIT : Proclamer les parties en suspens de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes* ____ **83**

Annexe A : Résumé des constatations et des recommandations ____ ***85***

Annexe B : Articles pertinents de la Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes ____ ***87***

Annexe C : Références ____ ***89***

Reconnaissance territoriale

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 plusieurs 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, ojibwe et dene – et dans la magnifique patrie des Métis. Notre bureau du nord se situe sur le territoire du Traité n^{o} 5 et dispense des services aux enfants, aux adolescents, aux jeunes adultes et à leurs familles dans l'ensemble de la province, y compris 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, adolescents 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 d'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* et la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, ainsi que les *Appels à l'action* de la Commission de vérité et réconciliation.

Un grand merci à la famille de Matthew

Toute notre équipe tient à exprimer sa gratitude à la famille de Matthew, qui nous a aidés à comprendre qui il était et comment on devrait se souvenir de lui. Si la participation de la famille est toujours optionnelle dans nos enquêtes et nos rapports spéciaux, en tant qu'organisme de protection des enfants et des jeunes, nous savons que cette participation enrichit considérablement notre travail. Travailler en collaboration avec la famille nous aide à raconter l'histoire de leur proche au-delà des entrevues et des dossiers auxquels nous avons accès en vertu de la loi. Le frère et la mère de Matthew nous ont rencontrés, et cette dernière, en particulier, nous a apporté une aide inestimable en nous rencontrant à plusieurs reprises pour nous parler de sa famille, nous fournir les photographies incluses dans le présent rapport et nous faire part des interactions de sa famille avec les services publics provinciaux. Vers la fin du processus, notre équipe a de nouveau rencontré la mère, une tante et un ami de la famille de Matthew afin de passer en revue le rapport, les constatations et les aspects visés par les recommandations du Bureau du protecteur des enfants et des jeunes. Nous sommes reconnaissants du courage dont a fait preuve toute la famille de Matthew, tout particulièrement sa mère, et de son engagement continu envers Matthew. À la famille, merci de nous avoir aidés à mieux connaître Matthew et de nous avoir encouragés à utiliser son nom et son image pour que d'autres familles dans des circonstances similaires puissent se reconnaître dans les pages qui suivent, et pour que nous puissions tous ensemble exiger que soient améliorés les systèmes où des jeunes se perdent dans leur souffrance.

Sommaire



L'histoire de Matthew est celle d'une famille prête à tout pour sauver son fils. Matthew a vécu une enfance heureuse durant laquelle il passait beaucoup de temps en famille, que ce soit en camping en groupe l'été, ou en voyage dans des destinations soleil pour échapper aux hivers froids du Manitoba. De nombreux Manitobains pourraient se reconnaître dans cette histoire. Malheureusement, la suite n'est pas aussi belle. En effet, le premier cycle du secondaire de Matthew a été marqué par de graves problèmes d'intimidation qui semblent avoir déclenché puis aggravé certaines maladies mentales.

Sa famille et lui ont eu l'impression d'avoir été laissés seuls face aux conséquences de cette intimidation qu'il vivait presque quotidiennement à l'école. À mesure que les maladies mentales de Matthew s'aggravaient, sa capacité de fonctionnement diminuait. À la fin, il était chez lui la plupart du temps, incapable de quitter la maison pour aller à l'école ou à ses séances de thérapie, qui devaient pourtant l'aider à gérer ses maladies mentales. Ses parents étaient chaque jour plus désespérés. La situation familiale étant devenue préoccupante, les Services à l'enfant et à la famille sont intervenus. Petit à petit, la famille a vu Matthew disparaître lentement, consumé par une immense détresse et des pensées suicidaires persistantes. L'histoire de Matthew met au jour les nombreuses failles du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les jeunes du Manitoba, un thème au cœur du présent rapport spécial. Et pourtant, n'eût été la brève intervention des Services à l'enfant et à la famille auprès de Matthew avant son décès, je ne pourrais pas vous raconter son histoire aujourd'hui, en raison de restrictions législatives.

Comme mon bureau l'a appris au cours de l'enquête sur le décès de Matthew, et comme vous pourrez le constater en lisant le rapport, Matthew était un enfant brillant et curieux. Plus jeune, il aimait dessiner, lire et jouer avec ses Lego. Il s'intéressait aussi aux insectes, aux dinosaures et aux roches. À l'adolescence, il se passionnait pour les sciences, l'actualité et la politique. Il était doté d'un bon sens de l'humour et aimait débattre de toutes sortes de sujets. Il adorait ses chats, sa famille et le plein air.

Matthew est né et a grandi à Winnipeg avec sa mère, son père et son jeune frère. Il avait quelques problèmes de santé physique, et était un grand sensible. Il avait du mal à tisser des liens, et même si sa mère l'assurait que ses qualités naturelles feraient de lui un adulte merveilleux, il se sentait frustré d'être socialement exclu par ses pairs.

Matthew a fréquenté trois écoles et a commencé à vivre de l'intimidation de la part d'autres élèves en 7e année. Il a dit à sa famille et à d'autres adultes autour de lui qu'il ne se sentait pas en sécurité à l'école, et que des élèves lui faisaient subir du harcèlement verbal et physique presque tous les jours. À 12 ans, on lui a prescrit un antidépresseur pour l'aider à surmonter son sentiment persistant de tristesse. À 13 ans, il a fait savoir à son thérapeute que neuf ou dix enfants lui avaient dit qu'il devrait se suicider. Matthew suivait une thérapie visant à l'aider à réduire son anxiété et à améliorer sa confiance en lui. Peu avant son 14e anniversaire, il a reçu un diagnostic d'anxiété généralisée et de dépression majeure, deux troubles qui ne feraient que s'aggraver en raison de ce qu'il vivait à l'école.

Matthew tentait parfois de tisser des liens avec ses pairs, et même avec ses intimidateurs, par exemple en consommant du cannabis pour s'intégrer à un groupe d'élèves de son école. L'intimidation s'intensifiait et continuait en dehors de l'école et même en ligne. À quelques reprises, frustré par ces mauvais traitements incessants, Matthew s'est défendu. Ainsi, il s'est vu infliger plusieurs suspensions à l'intérieur et à l'extérieur de l'école pour avoir formulé des menaces à l'endroit d'autres élèves et pour avoir été en possession d'articles pour consommer de la drogue et d'une arme (un couteau à lame rétractable) sur le terrain de l'école. Au fil des ans, Matthew s'est éloigné de plus en plus de l'école et a perdu tout intérêt pour les sciences et les mathématiques, des matières qui l'avaient pourtant déjà passionné. Arrivé en 11e année, Matthew est devenu incapable d'aller à l'école en raison de ses maladies mentales, et les discussions avec ses parents ou les fournisseurs de services au sujet de sa réintégration à l'école déclenchaient souvent une crise qui nécessitait une intervention à domicile du personnel d'urgence et d'équipes mobiles d'intervention d'urgence.

Les six années durant lesquelles Matthew a lutté contre la dépression, l'anxiété, la consommation de substances psychoactives et des pensées suicidaires persistantes ont consumé sa famille. Sa mère vivait dans la peur qu'il lui arrive quelque chose si elle ne parvenait pas à lui offrir une présence et une aide constantes. Pour la famille, il ne faisait aucun doute que les interventions éparses en santé mentale offertes à Matthew n'étaient pas coordonnées et ne l'aidaient pas à se remettre sur pied. Matthew a rencontré plusieurs intervenants en soutien communautaire, y compris des psychologues scolaires et communautaires, des psychiatres, des thérapeutes des secteurs public et privé, des ergothérapeutes, des médecins (son pédiatre ainsi que des médecins rencontrés lors de soins d'urgence et d'hospitalisations), des policiers, des travailleurs paramédicaux, des équipes mobiles d'intervention d'urgence et du personnel des Services à l'enfant et à la famille. Malgré tout, sa famille ne parvenait pas à obtenir de l'aide à long terme pour Matthew.

Il a répété à plusieurs reprises aux adultes autour de lui qu'il voulait mourir, et a fait au moins deux tentatives de suicide. Il s'isolait de plus en plus, a abandonné l'école et, en raison de ses maladies mentales, était souvent incapable de sortir de chez lui pour aller à ses séances de thérapie. Sa mère a envisagé des options de traitement en établissement de longue durée à l'extérieur du pays, étant donné qu'il n'existe pas de tels services pour les jeunes au Manitoba. Quant au reste, Matthew était inscrit à

des listes d'attente alors que son état se détériorait, une situation que vivent de nombreux Manitobains.

Le seul service qui est demeuré présent dans la vie de Matthew, ce sont les Services à l'enfant et à la famille; la loi l'exige. En effet, un travailleur de soutien familial des Services à l'enfant et à la famille est intervenu auprès de Matthew en février 2016 et a commencé à le visiter chez lui sur une base régulière et à bâtir avec lui une relation significative pendant les 18 derniers mois de sa vie. Pendant que les Services à l'enfant et à la famille s'efforçaient d'aider Matthew à prendre du mieux, tous les autres services de soutien ont fermé leurs dossiers. À la fin de sa vie, Matthew n'avait plus que le soutien de sa famille et des Services à l'enfant et à la famille. Matthew a mis fin à ses jours en novembre 2017, quelques jours avant son 17e anniversaire.

Malheureusement, le suicide est terriblement courant chez les jeunes du Manitoba. Les données compilées par mon bureau démontrent que le suicide a été le principal mode de décès chez les jeunes de 10 à 17 ans dans la province au cours des cinq dernières années. Depuis 2014, 79 jeunes Manitobains dans cette tranche d'âge se sont suicidés.

L'histoire de Matthew ressemble à celle de nombreux autres enfants et jeunes dans notre province. C'est pour cette raison que la famille de Matthew a invité mon bureau à partager son histoire, et c'est pour cette raison aussi que je recommande d'apporter des changements substantiels au système de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les jeunes du Manitoba, en prenant appui sur le travail remarquable effectué dans le cadre du rapport de VIRGO, publié en 2018.

Depuis que le mandat du Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba a été élargi en mars 2018, nous avons été inondés d'appels de personnes cherchant de l'aide pour accéder à des traitements en santé mentale et en lutte contre les dépendances pour les jeunes. Au cours de l'exercice 2018-2019, 53 % des jeunes qui ont appelé à notre bureau demandaient de l'aide pour s'y retrouver dans le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances de la province (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba, 2019a).

Bien que les auteurs du rapport de VIRGO aient élaboré une stratégie complète pour la transformation du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances, le gouvernement du Manitoba met du temps à apporter les changements dont ont besoin les enfants et les jeunes de la province. L'histoire de Matthew met en lumière de nombreux problèmes décrits dans le rapport de VIRGO, et bien des familles, comme celle de Matthew, continuent d'être renvoyées d'un service à l'autre et cherchent désespérément des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances qui peuvent répondre aux besoins cruciaux de leurs enfants.

Le gouvernement de notre province doit éliminer tous les obstacles qui empêchent les enfants et les jeunes d'accéder aux services de santé. Il doit également agir face au taux de suicide chez les jeunes Manitobains et prendre les mesures nécessaires pour renverser cette tendance immédiatement. Il s'agit d'une question de droits de l'enfant. Les jeunes du Manitoba ont droit à des soins de santé de qualité et à des services axés sur les besoins des *personnes* plutôt que sur les besoins du *système*. Le gouvernement doit appuyer les cliniciens et les experts chevronnés que compte la province afin que tous adoptent une éthique de travail qui repose sur la prestation de services axée sur l'enfant.

Bien que le gouvernement provincial ait commencé à faire des annonces régulières concernant les améliorations apportées au système, y compris une série d'annonces de financement prometteuses faites l'automne dernier, ces améliorations ne semblent pas s'inscrire dans un plan global clair. Aujourd'hui, je recommande au ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active de publier son cadre de transformation du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les jeunes. Il est important de le faire pour que les familles puissent comprendre comment les annonces passées et futures faites par le gouvernement dans le cadre de la transformation s'inscriront dans un plan global d'amélioration du système, comme le recommande le rapport de VIRGO.

Je recommande également que le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active améliore l'accès au traitement pour tous les jeunes Manitobains qui vivent une crise de santé mentale. À l'heure actuelle, le service d'urgence pour enfants du Centre des sciences de la santé est l'unique point d'accès pour obtenir de l'aide à Winnipeg. À la lumière des expériences vécues par Matthew et de l'opinion des experts du système qui ont été consultés, je demande la formation d'un groupe d'experts du système spécialisés en pédopsychiatrie, en soins de santé d'urgence et en administration de système. Ce groupe serait chargé d'évaluer les pratiques du service d'urgence pour enfants du Centre des sciences de la santé afin que des mesures axées sur les enfants et les jeunes soient prises lorsque ces derniers s'y présentent en état de crise et ont besoin de soutien en santé mentale.

Les maladies mentales de Matthew ont pris le dessus sur tous les aspects de sa vie. Ses parents l'ont soutenu sans relâche et ont eu recours à de nombreux services de santé mentale à Winnipeg. Alors qu'ils tentaient de s'y retrouver dans le système de santé mentale, le même cycle se répétait : **le recours aux mêmes services, de la même façon, le suivi des mêmes recommandations, qui aboutissent aux mêmes résultats, sans amélioration durable chez Matthew**.

Afin de briser ce cycle pour les autres familles, je recommande également que des travailleurs en santé mentale dûment formés, appelés *intervenants pivots*, soient assignés à titre de gestionnaires de cas pour aider les enfants et les jeunes, ainsi que leurs familles, à accéder aux services de santé mentale ou de lutte contre les dépendances. Nombreux sont ceux qui ont du mal à se retrouver par eux-mêmes dans le système, ce qui le rend inefficace et improductif. Les intervenants pivots en santé mentale seraient chargés d'aider les familles qui tentent d'accéder aux niveaux supérieurs du système de santé mentale et

de lutte contre les dépendances pour les jeunes. Ils aideraient les enfants, les jeunes et leurs proches à s'orienter dans le système et à mettre en œuvre les plans recommandés. Ainsi les familles sauraient où aller et comment avoir accès aux services de soutien. Ces intervenants pivots veilleraient aussi à l'évaluation régulière des plans de soins afin que les services soient adaptés aux besoins changeants des jeunes. Des solutions semblables sont mises en place ailleurs, notamment en Ontario, et je recommande qu'elles le soient aussi au Manitoba.

Je recommande également au ministère de la Santé de mettre sur pied un établissement de traitement de longue durée pour les jeunes. Il n'en existe aucun dans la province, et le besoin est criant. Le matin même où elle a retrouvé le corps de son fils en rentrant à la maison, la mère de Matthew était justement à la recherche de renseignements sur un établissement de traitement de longue durée aux États-Unis. En tant que province, nous ne pouvons pas tolérer qu'un autre parent vive le désespoir terrible d'assister à la lente disparition de son enfant en sachant que rien n'existe ici pour l'aider.

J'ajoute également trois recommandations visant à améliorer le système d'éducation pour les enfants et les jeunes. D'abord, j'invite le ministère de l'Éducation à travailler avec les divisions scolaires du Manitoba en vue de promouvoir les objectifs provinciaux d'apprentissage axés sur la littératie en matière de santé mentale et les compétences liées au bien-être mental dans toutes les classes de la maternelle à la 12^{e} année. Je demande aussi au ministère et aux divisions de faire en sorte que les éducateurs aient accès à des occasions de formation. D'excellentes initiatives à cet égard sont déjà en cours partout dans la province. Ma recommandation s'inscrit donc dans la foulée.

Ensuite, je réitère les recommandations que j'ai formulées dans deux rapports spéciaux précédents, à savoir que les suspensions et les expulsions devraient être éliminées progressivement, sauf en cas de risque pour la sécurité des élèves ou du personnel. Les données démontrent clairement que l'exclusion d'un enfant de la communauté scolaire ne fait qu'accroître son risque sans améliorer quoi que ce soit.

Enfin, je recommande au ministère de l'Éducation de faire la promotion d'écoles sûres et accueillantes. Ainsi, j'attire l'attention sur le document *Écoles sûres et accueillantes — Une approche de planification à l'échelle de l'école pour favoriser la sécurité et l'appartenance*, un outil précieux élaboré par le ministère, et j'encourage ce dernier à continuer de promouvoir cet exemple de pratique exemplaire à l'échelle du Manitoba. L'approche et les stratégies présentées dans ce document contribueront, une fois adoptées, à améliorer les expériences scolaires et personnelles des jeunes de la communauté scolaire et donneront aux éducateurs plus d'outils pour les aider.

Comme mentionné précédemment, n'eût été la brève intervention des Services à l'enfant et à la famille auprès de Matthew, je ne pourrais pas vous raconter son histoire aujourd'hui ni lancer ce que j'espère être un important débat public sur la prévalence du suicide chez les jeunes Manitobains. Dans les prochaines semaines, je publierai un autre rapport spécial sur le suicide de 22 jeunes Manitobaines. Nous devons tenir un tel débat avec ouverture et bienveillance, parce que trop de nos jeunes sont emportés par leur souffrance. Membres de la communauté, fournisseurs de services et décideurs ayant

le pouvoir de promulguer des changements qui peuvent sauver la vie des jeunes, nous avons tous un rôle à jouer.

Dans les dernières pages du présent rapport, j'expliquerai en quoi les restrictions continuelles imposées à mon bureau par le gouvernement sont un frein à la responsabilisation et à l'amélioration de la sécurité des enfants. Bien que la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes* ait été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée législative en 2018, certaines parties, soit les phases 2 et 3, n'ont toujours pas été proclamées.

À l'heure actuelle, la mise en œuvre partielle de la Loi signifie que certains avis de décès d'enfants reçus par mon bureau ne feront l'objet d'aucune enquête, y compris certains décès par suicide, par homicide et par accident. L'année dernière, 19 des 32 décès par suicide de jeunes et de jeunes adultes au Manitoba étaient exclus de notre mandat d'enquête, de même que 3 des 6 décès par homicide et 19 des 26 décès par accident.

Ma dernière recommandation à l'issue de l'enquête sur Matthew est que le gouvernement fixe immédiatement une date de proclamation pour les parties de la Loi en suspens. C'est l'unique façon de garantir qu'à l'avenir, si un enfant comme Matthew est admis à l'urgence à répétition pour des soins de santé mentale ou à la suite de tentatives de suicide, mon bureau en sera avisé. Nous pourrons enquêter sur les blessures graves subies par les enfants et les jeunes afin d'améliorer leur sécurité et de réduire le nombre de décès. Ensemble, nous devons tout faire pour comprendre les expériences des jeunes, et le gouvernement doit prendre des mesures pour combler les lacunes du système en se fondant sur les enquêtes et les analyses approfondies qu'un bureau comme le mien a été mis sur pied pour mener.

La famille de Matthew, et sa mère en particulier, a fortement appuyé notre enquête, et nous la remercions profondément pour son aide. Pour honorer la mémoire de Matthew, sa famille continue de plaider pour l'amélioration des soins de santé mentale dans notre province, un sujet qui préoccupe de nombreux Manitobains. Nous espérons que notre rapport spécial pourra aider la famille dans sa lutte.

Tous les Manitobains ont l'obligation morale et éthique de faire ce qu'ils peuvent pour préserver la sécurité et la santé de nos enfants. Comme le prévoit l'article 24 de la *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant*, que le Canada a signée, et en vertu de laquelle le Manitoba a des obligations, chaque jeune a le droit de recevoir des soins de santé de qualité et de vivre dans un environnement sécuritaire. L'expérience de Matthew souligne la nécessité pour le gouvernement de fournir un modèle complet de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances à plusieurs niveaux pour les enfants et les jeunes, plutôt que des mesures disparates offertes en vase clos. Au cours de la dernière année, le gouvernement provincial a amorcé une expansion progressive des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les jeunes, et je l'encourage à en faire plus et à informer le public de son plan global.

Comme c'est le cas avec tous nos rapports spéciaux, la publication du présent rapport entraîne le déclenchement par mon bureau d'un processus de surveillance publique et de responsabilité à l'égard du public. L'automne dernier, j'ai commencé à publier sur mon site Web des analyses et des bilans des

mesures prises par le gouvernement en réponse à mes recommandations, et je continuerai de le faire tous les six mois. Je vous invite à suivre les progrès accomplis au https://manitobaadvocate.ca/fr/reports-publications/recommendation-tracking/.

Le suicide peut être évité si les traumatismes sont décelés tôt et que des mesures de soutien appropriées sont déployées pour protéger l'enfant ou le jeune qui souffre. Il est grand temps pour le Manitoba d'entamer une transformation radicale des systèmes, et les histoires comme celle de Matthew sont la preuve que l'investissement massif et les solutions innovantes sont d'une importance cruciale. Nous devons faire en sorte que nos systèmes publics répondent aux besoins de tous les enfants et les jeunes du Manitoba.



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

Méthodologie

Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba (le « Bureau ») est avisé par le médecin légiste en chef de tous les décès d'enfants, de jeunes et de jeunes adultes de moins de 21 ans survenus au Manitoba. Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba a la responsabilité légale d'examiner chaque cas de décès d'enfants et peut, à sa discrétion, mener un examen ou une enquête sur les services publics qui ont offert ou qui auraient dû offrir un soutien à la jeune personne ou à sa famille[1].

Le Bureau du protecteur des enfants (maintenant le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba) a été avisé par le Bureau du médecin légiste en chef du décès de Matthew le 10 novembre 2017. Il a été établi qu'un examen du cas de décès de Matthew relevait du mandat du Bureau, car la famille avait un dossier auprès d'un office de protection de l'enfance au moment du drame. Par conséquent, le Bureau a envoyé un avis officiel à l'office en question, de même qu'à la Régie générale des services à l'enfant et à la famille (la « Régie générale »), de son intention de mener une enquête sur les services. Cette dernière a été confiée à l'interne à un enquêteur, et le Bureau a entamé l'examen du dossier en vertu de son mandat tel qu'alors prescrit par la loi.

La *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes* a été promulguée le 15 mars 2018. La portée de l'enquête a été élargie en vertu de ce nouveau mandat. Des avis supplémentaires ont été transmis concernant l'enquête en cours et la décision du Bureau de rendre public le présent rapport spécial.

L'enquêteur a demandé, obtenu puis examiné de nombreuses sources de renseignements pour dresser un portrait complet des services publics reçus par Matthew et sa famille avant le décès de ce dernier. Les services fournis par les entités suivantes ont été examinés dans le cadre de l'enquête :

- un office de services à l'enfant et à la famille autorisé par la Régie générale, laquelle relève du ministère des Familles;
- un office désigné pour la prestation de services d'accueil des Services à l'enfant et à la famille;
- l'école de Matthew, sous l'autorité d'une division scolaire provinciale, laquelle relève du ministère de l'Éducation;
- la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, qui est sous l'autorité du ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active;
- le Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc., qui est sous la responsabilité de l'Office régional de la santé de Winnipeg, lequel relève lui-même du ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active;
- le Système d'aide d'urgence à la jeunesse en crise, à Winnipeg, géré par Macdonald

[1] Voir l'annexe B pour des renseignements supplémentaires au sujet de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*, notamment au sujet des décès qui répondent aux critères législatifs pour la tenue d'un examen ou d'une enquête. Pour des renseignements au sujet des avis et des rapports du médecin légiste en chef au Bureau du protecteur des enfants et des jeunes, voir la *Loi sur les enquêtes médico-légales*, notamment les paragraphes 10(1) et 10(2).

Youth Services.

En outre, le rapport du médecin légiste, le rapport d'autopsie ainsi que les dossiers du Service de police de Winnipeg, du Centre des sciences de la santé et d'une clinique privée de psychologie pédiatrique ont été examinés.

À cela s'ajoutent une ou plusieurs entrevues avec des fournisseurs de services en santé mentale, en protection de l'enfance et en éducation. Les personnes interrogées représentaient les entités suivantes :

- l'unité de psychiatrie pour enfants et adolescents, Centre des sciences de la santé;
- les services de traitement pour adolescents du Manitoba, y compris le service de télésanté pour les régions rurales et du Nord;
- le Service de santé de l'enfant, Centre des sciences de la santé;
- le service d'urgence pour enfants, Centre des sciences de la santé;
- un organisme de santé communautaire;
- les services aux élèves, Division scolaire;
- un office de services à l'enfant et à la famille, Régie générale des services à l'enfant et à la famille;
- un programme de soutien familial offert par l'office de services à l'enfant et à la famille.

Au cours de l'enquête, la mère de Matthew a eu plusieurs rencontres avec l'enquêteur pour discuter des services auxquels sa famille a eu recours, du processus pour ce faire et des résultats obtenus. De plus, la mère, le frère et la tante de Matthew ainsi qu'une personne proche de la famille ont rencontré la protectrice et les membres de son équipe pour discuter de l'enquête, du rapport final et des particularités concernant la diffusion publique de l'histoire de Matthew. À ce moment, la mère de Matthew a consenti officiellement à l'utilisation du nom de son fils et des photographies qui figurent dans le présent rapport. Elle espère qu'en rendant l'histoire de Matthew publique, des changements seront apportés au système de santé mentale pour les jeunes au Manitoba.

L'histoire de Matthew

Matthew naît à Winnipeg, au Manitoba, le 18 novembre 2000. Sa mère et son père sont ravis de devenir parents, et Matthew est le premier petit-enfant de part et d'autre de la famille. La famille étendue est très présente, et les réunions et les activités familiales sont fréquentes. Son frère cadet naît deux ans plus tard. Les deux enfants passent beaucoup de temps ensemble et sont très proches. Ils ont le même sens de l'humour et partagent les mêmes intérêts pour les émissions et les jeux.

La famille est soudée. Voyant que leurs fils aiment passer du temps en plein air, les parents de Matthew achètent une roulotte et voyagent aux quatre coins du Manitoba pour y pratiquer des activités de plein air avec des amis. La famille passe souvent ses vacances à faire de telles escapades, et profite de la relâche scolaire pour aller au soleil. Puisque leurs enfants participent à des activités distinctes, chaque parent a l'occasion de passer des moments privilégiés avec chacun des garçons, ce qui crée une dynamique positive pour l'ensemble de la famille.

Matthew se révèle être un enfant éveillé et curieux. Cependant, dès son plus jeune âge, il est aussi décrit comme étant irritable. Bien qu'il soit un bébé relativement en bonne santé, Matthew reçoit un diagnostic de reflux gastro-intestinaux à l'âge de trois mois. Il allait souffrir de brûlures d'estomac toute sa vie. À cinq mois et demi, Matthew prononce son premier mot (« cat »), et commence à dessiner des images reconnaissables à onze mois. Matthew est un enfant indépendant qui trouve toujours des activités pour s'occuper. Il aime dessiner, lire et jouer avec des Lego®. Tout jeune, il se passionne pour les insectes, les dinosaures, les roches et les minéraux, si bien que sa famille en vient à le surnommer son « petit professeur ». En grandissant, Matthew développe cette passion pour les sciences, et a même étudié l'astronomie et la chimie. Il aime les débats animés et se passionne pour l'actualité et la politique. Il a une réelle soif d'apprendre. C'est un garçon intelligent, gentil, qui exprime ouvertement ses émotions. Il aime beaucoup passer du temps à l'extérieur et en compagnie d'animaux, surtout de ses deux chats.

Il n'empêche que Matthew est aussi un enfant qui éprouve des difficultés de santé mentale. Dès la prématernelle et tout au long de l'école primaire, son intelligence exceptionnelle est rapidement remarquée. Toutefois, ses parents constatent que ses aptitudes sociales sont limitées. Il n'interagit pas avec ses camarades, et ses enseignants notent qu'il est souvent seul. Ils remarquent que Matthew s'irrite facilement contre ses camarades et qu'il les confronte, sans être conscient des répercussions que son comportement peut avoir sur ses relations sociales. La mère de Matthew affirme qu'il a toujours eu une façon de penser distincte de celle de ses camarades, et que sa perception du monde ne correspond pas toujours à la réalité. Même si Matthew ne semble pas être conscient de sa différence, sa mère se rappelle de réactions négatives de la part d'autres enfants envers lui, ce qui la chagrine profondément. Il revient souvent de l'école contrarié par le fait que ses camarades ne pensent pas et ne se comportent

pas comme lui. Durant cette période, la mère de Matthew essaie de l'aider à se faire des amis en organisant des activités avec d'autres enfants avec qui elle estime qu'il s'entendra bien.

Au premier cycle du secondaire, Matthew est victime d'intimidation grave et persistante. Il en parle aux adultes et aux fournisseurs de services qui l'entourent. Cette intimidation prend la forme d'isolement social, de menaces de violence et d'agressions physiques. Matthew confie à plusieurs fournisseurs de services ainsi qu'à ses parents avoir le sentiment que, la plupart du temps, l'école le laisse gérer seul les situations d'intimidation. Matthew répond alors par des accès d'agressivité et de violence. Il est surpris en possession d'une arme à l'école, qui lui sert à se protéger, selon lui, mais qui lui vaut plusieurs suspensions.

Matthew reçoit un diagnostic de trouble dépressif majeur et de trouble d'anxiété généralisée. De plus, il présente des idées suicidaires persistantes. Ses parents s'efforcent constamment d'obtenir une multitude de services de soutien professionnel pour leur fils, lesquels sont résumés dans le présent rapport. L'intimidation prend une telle ampleur que Matthew ne se sent plus en sécurité à l'école et s'absente régulièrement. En 10e année, il est transféré dans une nouvelle école, mais son bien-être mental est déjà considérablement affecté. À mesure que sa dépression et son trouble d'anxiété s'aggravent, Matthew fréquente de moins en moins l'école, et les services d'urgence et les équipes mobiles d'intervention sont quant à eux appelés de plus en plus souvent au domicile familial. Matthew finit par lâcher complètement l'école et la thérapie et, en fin de compte, il ne quitte presque plus la maison.

Les maladies mentales dont souffre Matthew influencent sa façon de penser, de composer avec le monde qui l'entoure et d'exercer un certain contrôle sur sa vie. D'après le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (2016), il est important de comprendre que la santé mentale et la maladie mentale ne sont pas des notions opposées : un jeune souffrant d'une maladie mentale peut présenter une bonne santé mentale en général, tandis qu'un jeune n'ayant reçu aucun diagnostic peut avoir un faible niveau de santé mentale.

La famille de Matthew se mobilise sans relâche pour le soutenir et pour trouver des services de santé mentale susceptibles de l'aider à se rétablir. Malheureusement, malgré les nombreux services mis à contribution et les efforts considérables déployés par sa famille, l'état de Matthew continue de se dégrader. Les fournisseurs de services ne parviennent pas à lui faire tirer parti de l'aide offerte. Matthew met fin à ses jours quelques jours avant son 17e anniversaire.

La santé mentale ne se résume pas à l'absence de maladie mentale; elle fait partie intégrante de la santé en général. La santé mentale correspond à un état de bien-être qui permet à une personne de réaliser son potentiel, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de s'investir dans sa communauté.

Commission de la santé mentale du Canada

Chronologie des facteurs de risque et des interventions

7e année : 2012-2013 (11 à 12 ans)

Facteurs de risque	Interventions
• Difficultés sociales • Conscience de sa différence	• Antidépresseur prescrit pour traiter l'anxiété

8e année : 2013-2014 (12 à 13 ans)

Facteurs de risque	Interventions
• Baisse des notes • Absences scolaires • Isolement social et intimidation	• Thérapie avec un thérapeute privé

9e année : 2014-2015 (13 à 14 ans)

Facteurs de risque	Interventions
• Consommation de cannabis, d'alcool et de médicaments • Absences scolaires • Intimidation • 4 suspensions de l'école • Idées suicidaires • Tentative de suicide	• Visite à domicile par le Service de police de Winnipeg • Évaluation psychologique • Diagnostics d'anxiété et de dépression • Psychologue de la division scolaire • Conseiller de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances • Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. • Système d'aide d'urgence à la jeunesse en crise

10e année : 2015-2016 (14 à 15 ans)

Facteurs de risque	Interventions
• Consommation de plusieurs substances psychoactives • Idées suicidaires persistantes • Tentative de suicide • Comportement agressif • Hausse marquée des absences scolaires	• 8 séances avec le psychologue de la division scolaire • 15 séances avec un clinicien du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. • 12 appels au Système d'aide d'urgence à la jeunesse en crise • 5 visites à domicile par l'équipe mobile d'intervention d'urgence • Deuxième évaluation psychologique • 6 visites au service d'urgence pour enfants du Centre des sciences de la santé • 4 admissions aux services de soins psychiatriques pour enfants et adolescents hospitalisés (PY1) • 3 appels au Service de police de Winnipeg • 1 contact avec la protection de l'enfance

11e année : 2016-2017 (15 à 16 ans)

Facteurs de risque	Interventions
• Non-fréquentation scolaire • Arrêt de la thérapie au Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. • Consommation de plusieurs substances psychoactives • Idées suicidaires persistantes • Insomnie et mauvaise hygiène • Prise irrégulière des médicaments	• 80 séances avec un travailleur de soutien familial des Services à l'enfant et à la famille • 2 appels au Système d'aide d'urgence à la jeunesse en crise • 1 visite à domicile par l'équipe mobile d'intervention d'urgence • 2 appels au Service de police de Winnipeg • 3 séances avec un psychologue clinicien du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. • 1 visite aux urgences • Mise en place de l'apprentissage à distance • Intervention continue de l'office de services à l'enfant et à la famille

12e année : 2017 (16 ans)

Facteurs de risque	Interventions
• Non-fréquentation scolaire • Aucun recours à des services de santé mentale • Hausse de la consommation de cannabis • Idées suicidaires persistantes • Insomnie et mauvaise hygiène • Prise irrégulière des médicaments • Sorties à l'extérieur de la maison de plus en plus rares • Abattement et verbalisation du désespoir	• Séances avec un travailleur de soutien familial des Services à l'enfant et à la famille • Intervention continue de l'office de services à l'enfant et à la famille



Un enfant curieux qui adorait les insectes et les dinosaures

L'enfance de Matthew, de la maternelle à la 6e année : 2005 à 2012

Matthew est un enfant allumé, qui fait preuve d'une vive curiosité (notice nécrologique de Matthew, *Winnipeg Free Press*, 15 novembre 2017). Selon ses premiers dossiers scolaires, Matthew est sympathique et enthousiaste. Un enseignant déclare :

> [Traduction] « Matthew est sûr de lui, et il comprend et suit les consignes. Il écoute attentivement et coopère. Matthew assume la responsabilité de son comportement et respecte bien les règlements de l'école. Matthew participe avec enthousiasme aux activités en classe et fait preuve d'une bonne compréhension des notions et des réflexions. Matthew montre une volonté d'apprendre et n'aura aucun mal à s'adapter à la 1re année » (rapport de fin d'année, école primaire de Matthew, juin 2006).

Ces commentaires positifs continuent de se retrouver dans les dossiers scolaires de Matthew, puisque les enseignants voient en lui un enfant curieux qui aime particulièrement les sciences et apprendre comment fonctionne le monde. Notre équipe constate, au cours de l'enquête, que l'évolution sociale de Matthew pendant l'enfance est généralement positive. Un enseignant écrit que Matthew démontre une maturité scolaire et sociale propre aux enfants plus âgés. Il a de bonnes relations avec ses pairs et les intègre de son plein gré lors d'activités (notes au dossier de l'enseignant, école primaire de Matthew, mars 2006). Pendant sa 6e année, Matthew (âgé de 10 ans) continue d'être perçu comme un enfant qui participe facilement; ses enseignants remarquent qu'il a de la difficulté à rester concentré. Ils précisent qu'il faut souvent lui demander de se concentrer sur ses tâches scolaires plutôt que de discuter avec ses amis. À compter de la 7e année, Matthew intègre une nouvelle école.

L'intimidation commence

7e année : 2012-2013 (11 à 12 ans)

La 7e année est, comme pour la plupart des enfants, une période de transition pour Matthew. Il a 11 ans et est inscrit à un programme d'immersion française à Winnipeg. Même s'il semble avoir entretenu d'assez bons liens à l'école et avec ses pairs au début de son parcours scolaire, Matthew prend conscience cette année-là que ses pairs le trouvent différent. Pendant l'enquête, la mère de Matthew nous a dit qu'il comprenait de plus en plus où il se trouvait sur l'échelle sociale, et que son statut social le dérangeait. À l'école, il commence à être victime d'intimidation et d'isolement social, des problèmes dont il parle régulièrement avec sa mère. Son approche est d'aider Matthew alors qu'il fait face à ces nouvelles émotions. Elle nous dit qu'elle essayait de rassurer Matthew en lui expliquant que toutes les qualités qu'il déteste chez lui en ce moment feront de lui un adulte merveilleux. Le père de Matthew adopte une approche plus corrective et se montre plus irrité par les comportements de Matthew, lui demandant de cesser d'agir de certaines manières. À l'école, Matthew est l'« ami flottant » et ne fait

jamais vraiment partie d'un groupe. Au cours de cette année scolaire, les services de soutien aux élèves n'interviennent pas auprès de Matthew.

En mai 2013, en raison d'antécédents familiaux de dépression et de leur connaissance des symptômes, les parents de Matthew l'amènent chez un pédiatre, car il ressent de la tristesse. On lui prescrit un antidépresseur.

L'intimidation s'intensifie, les notes de Matthew chutent

8e année : 2013-2014 (12 à 13 ans)

En 8e année, Matthew est toujours inscrit au programme d'immersion française. Jusqu'ici, c'était un élève brillant dont les notes supérieures sont supérieures à la moyenne. Toutefois, cette année, ses notes sont plus faibles, et ses absences à l'école sont à la hausse. Les dossiers de santé de Matthew indiquent également qu'il souffre de problèmes de santé physique, y compris d'une courbure rachidienne, de problèmes de posture et de brûlures d'estomac persistantes. Il est dirigé vers un physiothérapeute et subit des examens médicaux. De plus, une évaluation réalisée plus tard cette année souligne notamment que Matthew semble maladroit lorsqu'il court et qu'il a des problèmes d'image corporelle (thérapeute, notes d'observations cliniques, 27 juin 2014).

Matthew continue d'être victime d'isolement social et d'intimidation à l'école, ce qui nuit à sa motivation et à ses notes. Ce changement attire l'attention de l'école, mais le personnel ne s'en inquiète pas. Sa mère se rend compte qu'elle doit commencer à communiquer avec l'école lorsqu'elle découvre dans la chambre de Matthew des devoirs terminés qui n'ont jamais été remis. Le personnel de l'école indique ne pas s'en inquiéter, même s'il constate que les travaux de Matthew sont moins soignés qu'à l'habitude. La mère de Matthew, quant à elle, est préoccupée. Au cours de l'enquête, elle nous a confié :

> [Traduction] « C'est à ce moment-là que j'ai compris qu'il se passait autre chose. Il haussait souvent les épaules. Probablement que la situation lui faisait peur, qu'il n'y comprenait rien. C'est à ce moment-là que nous avons remarqué que sa chambre, son classeur et son sac à dos étaient de plus en plus en désordre. C'était sans doute le reflet de ce qu'il ressentait » (mère de Matthew, entrevue, 28 août 2019).

Tout en occupant un emploi à temps partiel, la mère de Matthew gère et prend en charge les besoins de soutien de son fils, et est le point de contact pour les services externes. Il est difficile pour elle de coordonner les services, de répondre aux besoins croissants de Matthew en matière de santé mentale et de voir à l'organisation familiale, de soutenir tout le monde. Ces responsabilités nuisent au bien-être mental de la mère de Matthew. Elle commence à souffrir de crises de panique lorsqu'elle se trouve à son emploi. À cette période, les parents de Matthew lui offrent un téléphone. Dès lors, Matthew commence à envoyer constamment des messages textes à sa mère, pour se plaindre. La mère de Matthew nous a dit s'être sentie épuisée, et inquiète pour son fils. Avec le recul, la mère de Matthew note que c'est à ce

moment-là que leur famille a commencé à s'isoler un peu. Elle-même gardait beaucoup de choses pour elle. Elle trouvait que la situation dans son ensemble n'augurait rien de bon (mère de Matthew, entrevue, 10 décembre 2019).

En mai 2014, les parents de Matthew l'amènent chez un thérapeute privé concernant son anxiété, ses problèmes dépressifs, son estime de soi et ses aptitudes sociales. Ils sont conscients de l'intimidation et de l'isolement social dont Matthew est victime. Lors de la première séance avec le thérapeute, les parents de Matthew lui expliquent à quoi ressemble le quotidien de Matthew. En effet, ils indiquent que, sur le plan physique, Matthew a des maux de ventre, des maux de tête et des brûlures d'estomac, qu'il a du mal à respecter l'espace des autres, qu'il manque de coordination et qu'il bouge de manière maladroite. Ils mentionnent que Matthew dit être déprimé, qu'il n'a pas d'amis, qu'il est victime d'intimidation, et que neuf ou dix enfants lui ont dit qu'il devrait se suicider (thérapeute, notes d'observations cliniques, 27 juin 2014).

Matthew assiste à trois séances. L'objectif est de développer des techniques permettant d'aider Matthew à détendre son esprit et son corps, à avoir davantage confiance en lui afin qu'il puisse verbaliser ce qu'il ressent et à s'exprimer à la maison et à l'école. À la première séance, le 23 juin 2014, Matthew explique au thérapeute qu'il est victime d'intimidation à l'école, tous les jours, plusieurs fois par jour, et qu'il a l'impression que les enseignants en sont conscients, mais qu'ils n'interviennent pas. Matthew explique que l'intimidation a commencé alors qu'il se trouvait chez McDonald's et qu'un garçon a voulu lui emprunter de l'argent pour s'acheter un hamburger, et qu'il a refusé. Depuis ce temps, le garçon s'en prend à Matthew tous les jours à l'école. Matthew indique ne pas souhaiter retourner à l'école à l'automne.

Matthew décrit également ses relations de plus en plus tendues avec ses parents. Il confie au thérapeute avoir l'impression que son père est souvent fâché, et qu'il doit être prudent dans ses interactions avec lui. Matthew mentionne avoir l'impression que sa mère l'accuse fréquemment de lui mentir, ce qui mène souvent à des conflits entre eux. Il explique au thérapeute souhaiter que ses parents comprennent qu'il grandit et qu'il a besoin d'être traité davantage comme un adulte. Dans ses notes, le thérapeute souligne que Matthew refoule souvent ses émotions et qu'il ne parle pas de tout à ses parents. Le thérapeute écrit :

> [Traduction] « Matthew semble en colère, car il a été victime de plusieurs épisodes d'intimidation à l'école, ne constate aucun changement, puis rentre à la maison pour se faire critiquer par son père ou sa mère, ou les deux. Il est essentiel d'aider Matthew à s'exprimer à la maison et à l'école d'ici l'automne » (thérapeute, notes d'observations cliniques, 23 juin 2014).

En raison de l'intimidation constante, Matthew a un faible niveau de bien-être mental, au point où ses activités quotidiennes normales sont fortement compromises.

La première tentative de suicide

9e année : 2014-2015 (13 à 14 ans)

Les difficultés de Matthew à la maison et à l'école empirent durant sa 9e année. Ses parents continuent d'explorer et d'utiliser les ressources communautaires pour essayer d'aider Matthew. Ces ressources sont le premier contact de Matthew avec de nombreux services publics liés à la santé mentale et aux dépendances :

- Unité de psychiatrie pour enfants et adolescents
- Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc.
- Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances
- Psychologue de la division scolaire
- Service de police de Winnipeg
- Système d'aide d'urgence à la jeunesse en crise

Les parents de Matthew ont du mal à s'y retrouver. Pour obtenir les services et le soutien dont Matthew semble avoir besoin, ils ont dû apprendre rapidement à communiquer, à coordonner et à défendre leurs intérêts au sein d'un système complexe, sans pouvoir compter sur un intervenant pivot expérimenté. Elle nous a confié qu'il était impossible de s'y retrouver dans les méandres des services offerts. Elle aurait simplement voulu qu'une personne lui dise ce qu'elle devrait faire, quels étaient les services offerts (mère de Matthew, entrevue, 28 août 2019).

La dynamique familiale change. Les choses deviennent tendues. La mère de Matthew nous dit que tout ce qu'il avait si patiemment bâti était en train de s'effondrer (mère de Matthew, entrevue, 10 décembre 2019). Matthew constate les changements, lui aussi. Lors d'une séance avec son thérapeute juste avant la rentrée scolaire, il parle de la dynamique à la maison et confie avoir l'impression que ses parents sont toujours en train de crier. Son thérapeute note :

> [Traduction] Nous explorons davantage les cris à la maison, et Matthew me dit qu'il s'agit de l'une de ses plus grandes préoccupations. Comme les cris sont continus, ses parents sont rarement à l'écoute de ses besoins, de ses envies. Sa mère s'est jointe à la séance pour qu'elle puisse mieux comprendre sur quoi Matthew doit travailler entre les séances (thérapeute, notes d'observations cliniques, 6 août 2014).

Les parents de Matthew s'inquiètent aussi pour le petit frère de Matthew, et des effets de la maladie mentale de Matthew sur lui. La mère de Matthew ne travaille plus. Elle reste désormais à la maison pour essayer d'organiser la vie familiale en fonction des besoins de Matthew. L'objectif de la famille est d'apporter de la stabilité dans un environnement familial qui nous a été décrit comme tendu, épuisant et accaparant.

En septembre 2014, les parents de Matthew l'amènent au Concordia Hospital, puis au service d'urgence pour enfants du Centre des sciences de la santé après l'avoir trouvé en train d'errer dans la maison en pleine nuit, incohérent et désorienté. Même si Matthew (âgé de 13 ans) nie avoir consommé de la drogue, les tests révèlent la présence d'amphétamines et de benzodiazépines. Une fois dans un état stable, il obtient son congé de l'hôpital. Il est convenu que sa mère assurera le suivi auprès du pédiatre de Matthew. Dans les heures et les jours qui suivent, il devient clair qu'il s'agit d'un acte intentionnel qui constitue la première tentative de suicide connue de Matthew. Le pédiatre de Matthew le voit deux semaines plus tard, le 14 octobre 2014. Il note que Matthew n'explique pas pourquoi il a voulu se faire du mal. Il note également que Matthew a toujours éprouvé des difficultés sociales et n'a jamais eu d'amis proches. De plus, le pédiatre précise que, de mai à juin, Matthew pleurait et vomissait tous les matins et que sa mère n'était pas capable de l'envoyer à l'école certains matins (pédiatre, demande de consultation du 14 octobre 2014). Le pédiatre de Matthew aiguille ce dernier vers une évaluation psychiatrique dans le cadre du Programme de santé mentale pour enfants et adolescents de l'Office régional de la santé de Winnipeg.

Le lendemain, Matthew a sa troisième séance avec le thérapeute privé qu'il a commencé à voir plus tôt pendant l'été. Matthew parle de sa tentative de suicide et confie qu'il se sentait si accablé par la vie ce jour de septembre qu'il avait avalé une boîte de comprimés de Benadryl. Matthew explique lors de cette séance qu'il était très en colère contre ses parents puisqu'ils ne lui laissaient aucune intimité. Son thérapeute explore ces sentiments avec lui. Ils discutent de techniques que Matthew peut utiliser pour s'affirmer davantage dans diverses sphères de sa vie, qu'il s'agisse de sa communication avec ses parents ou de l'organisation de ses travaux scolaires, un sujet qui lui causait une anxiété croissante. Une note au dossier indique que la mère de Matthew allait appeler pour prendre un rendez-vous de suivi, au besoin; cependant, aucune autre séance avec ce thérapeute n'a été consignée.

L'évaluation psychiatrique demandée par le pédiatre de Matthew a lieu le 13 novembre 2014. Matthew décrit une année de tristesse et de dépression qui a perturbé son fonctionnement et a mené à sa tentative de suicide. Matthew parle d'insomnie, d'un manque d'énergie, d'une baisse d'appétit et de concentration. Il confie avoir été victime d'intimidation et d'isolement social, et révèle avoir des pensées suicidaires depuis un an. Matthew dit au psychiatre avoir déjà consommé du cannabis et de l'alcool. Le psychiatre note qu'en raison d'antécédents familiaux Matthew est prédisposé, entre autres, à la dépression, à l'anxiété et possiblement à un trouble affectif bipolaire, et que sa dépression et son anxiété nuisent de façon importante à sa vie. Il précise qu'il semble évident que l'un des facteurs de prédisposition pour l'anxiété et la dépression de Matthew est l'intimidation et les moqueries qu'il vit à l'école ainsi que d'autres problèmes physiques (psychiatre, notes cliniques, 13 novembre 2014). Matthew reçoit un diagnostic de trouble dépressif majeur et de trouble d'anxiété généralisée. Il est recommandé que Matthew reçoive des services continus au Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. afin de traiter ses symptômes de l'humeur et d'anxiété, de commencer une nouvelle médication et de mettre en œuvre les techniques d'hygiène du sommeil recommandées lors de l'évaluation.

Plus aucun intérêt pour l'école

Le lendemain, soit le 14 novembre 2014, à son retour à l'école, Matthew (âgé de 13 ans) est impliqué dans un incident avec un autre élève. Selon les documents de l'école, Matthew est dans la cour et laisse tomber son téléphone par mégarde. L'autre élève traite Matthew d'idiot, et Matthew le frappe à deux reprises. Matthew reçoit une suspension d'un jour à l'intérieur de l'école (école secondaire de premier cycle de Matthew, dossier disciplinaire de l'élève, 14 novembre 2014).

Le 26 novembre 2014, inquiète que Matthew mésuse des substances psychoactives, sa mère appelle la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances pour obtenir de l'aide. Elle mentionne que Matthew ne prend pas sa médication prescrite, ce qui perturbe son sommeil, et qu'il souffre de dépression à long terme. Elle ajoute avoir trouvé des articles pour consommer de la drogue dans la chambre de Matthew et précise savoir qu'il a déjà bu de l'alcool. Une séance individuelle avec les services pour les jeunes de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances est prévue en décembre. Matthew et ses parents discutent ouvertement des risques associés à la consommation de substances psychoactives. En décembre 2014, il rencontre un conseiller de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances à qui il mentionne avoir consommé du cannabis à quatre occasions.

Le service de thérapie de courte durée pour enfants et adolescents de la collectivité du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. commence à accompagner Matthew en décembre 2014. Il s'agit de services d'intervention de courte durée offerts à des jeunes qui éprouvent des difficultés affectives, comportementales ou psychiatriques. Dans le cadre de ce service, Matthew a quatre séances avec un clinicien en santé mentale. L'objectif des séances est d'évaluer l'état de santé mentale de Matthew ainsi que d'observer le fonctionnement de la famille et d'en discuter. Ses parents et son petit frère participent à une séance lors de laquelle ils se concentrent sur des méthodes de parentage appropriées et uniformes. Cette approche frustre la mère de Matthew, qui nous a confié avoir l'impression :

> [Traduction]... qu'ils [le service de thérapie brève] se concentraient sur la mauvaise chose, soit le parentage. Ce n'était pas utile de se concentrer sur le parentage, c'était exaspérant. Nous étions de bons parents. Nous avions besoin de savoir comment gérer la situation. Pas de nous faire remettre en question (mère de Matthew, entrevue, 28 août 2019).

Malgré tout, Matthew et ses parents acceptent des services supplémentaires, et ils sont aiguillés vers le service de thérapie pour enfants et adolescents de la collectivité du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc.

Matthew commence aussi à recevoir des services pour les jeunes de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances en décembre 2014. Selon le dossier de la Fondation, les parents de Matthew

affirment que leur fils a été suspendu de l'école le 8 décembre 2014 pour avoir menacé un autre élève[2]. Le dossier ne précise pas s'il s'agit de l'un des élèves qui intimidaient Matthew de façon continue. Lors de sa rencontre avec Matthew le 9 décembre 2014, le conseiller de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances constate qu'il est visiblement contrarié (conseiller, notes d'observations cliniques, 9 décembre 2014). Durant la séance, Matthew déclare être inscrit à l'école à temps plein, et aimer particulièrement ses cours de mathématiques. Il dit aussi que ses autres occupations sont les jeux vidéo, le baseball et la pêche, et qu'il aime faire du camping l'été. Il admet au conseiller de la Fondation que, puisque son meilleur ami ne consomme pas de cannabis, il passe du temps avec d'autres adolescents avec qui il peut consommer plus aisément. Le conseiller s'engage à effectuer un suivi avec Matthew et sa mère plus tard dans le mois pour essayer de planifier des rendez-vous réguliers. La Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances fait un suivi le 29 décembre 2014 et laisse un message vocal à la mère, lui demandant de rendre l'appel.

Les dossiers de la Fondation révèlent que, comme l'appel n'a pas été rendu, la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances a fermé le dossier de Matthew le 2 mars 2015 avec une note recommandant d'évaluer Matthew de nouveau si la famille revenait. Durant notre rencontre avec la famille de Matthew, sa mère explique ne pas avoir rappelé la Fondation parce que son fils lui avait dit qu'il ne se présenterait pas à une autre séance (mère de Matthew, entrevue, 21 février 2020).

Le 10 décembre 2014, le lendemain de son premier rendez-vous avec la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, Matthew est suspendu de l'école pour trois jours pour avoir été en possession d'un couteau à lame rétractable. Selon les dossiers scolaires, l'établissement s'est entretenu avec des élèves impliqués dans ce qui semblait être un incident s'étant déroulé sur plusieurs jours. Toujours selon les dossiers, la fin de semaine précédente, Matthew avait menacé un autre élève de lancer un cocktail Molotov par sa fenêtre et de l'attaquer au couteau, entre autres. Le personnel de l'école a consulté la transcription des échanges sur les médias sociaux et corroboré l'accusation au sujet du comportement en ligne de Matthew. Pour expliquer ces menaces, Matthew déclare qu'un groupe d'élèves l'avait suivi et avait tenté de provoquer une altercation avec lui. Matthew dit avoir craint pour sa sécurité, ce qui l'a poussé à se rendre à l'école armé du couteau à lame rétractable. Matthew a été fouillé, le couteau a été trouvé, et l'école a appelé la mère de l'adolescent pour qu'elle vienne le chercher. L'école note que le retour de Matthew serait conditionnel à une rencontre avec la commission scolaire, et que le jeune serait dirigé vers le service de psychologie (école de Matthew, dossier disciplinaire de l'élève, 10 décembre 2014). Notre Bureau n'a pas réussi à obtenir de compte-rendu de la rencontre de retour, mais une note au dossier de Matthew mentionne que la rencontre était prévue le 15 décembre 2014.

Notre enquête ne nous a pas non plus permis de déterminer si l'école avait pris des mesures pour faire suite à cet incident, mais aussi au problème plus global et récurrent de l'intimidation, qui subsistait depuis deux ans environ. Des membres du personnel de l'école ont affirmé être intervenus auprès des autres élèves impliqués pour contrer l'intimidation (personnel de l'école, entrevue, 31 janvier 2020).

[2] Selon les dossiers de l'école, cet incident se serait déroulé le 9 décembre 2014.

Pour sa part, la mère de Matthew nous a raconté avoir rencontré l'administration à deux reprises. À l'une de ces occasions, elle a demandé la tenue d'une rencontre avec les parents des autres élèves impliqués dans l'intimidation, rencontre qui n'a jamais été organisée (mère de Matthew, entrevue, 21 février 2020).

Le 16 décembre 2014, Matthew et sa mère ont une première rencontre avec le clinicien du service de thérapie de courte durée pour enfants et adolescents de la collectivité du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. Ils examinent les médicaments que prend Matthew à ce moment pour traiter sa dépression et son anxiété. La mère précise que la consommation de cannabis de Matthew la préoccupe particulièrement. Elle dit au clinicien ne plus faire confiance à Matthew et avoir décidé d'inspecter sa chambre et son sac à dos quotidiennement jusqu'à ce qu'il ait regagné sa confiance (programme B-CCATS du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc., notes d'évolution intégrées, 16 décembre 2014).

À la reprise des classes en janvier 2015, un psychologue de la division scolaire ouvre un dossier en vue de fournir des services à Matthew. Le 12 janvier 2015, ce psychologue nouvellement assigné à Matthew parle à la mère de l'adolescent au téléphone pour recueillir des renseignements initiaux sur Matthew. La mère de Matthew lui parle des autres services reçus (Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc., Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances), les médicaments prescrits actuellement et du contexte social de son fils. Elle mentionne notamment que Matthew ne se sent pas appuyé par son école relativement à l'intimidation qu'il vit depuis longtemps. Elle raconte au psychologue que l'incident du couteau était lié au problème d'intimidation, que Matthew avait peur à l'école, qu'il était auparavant un bon élève qui aimait l'école alors que maintenant, c'était terminé, il ne s'y intéressait plus (psychologue de la division scolaire, notes d'observations, 12 janvier 2015). Un rendez-vous entre Matthew et le psychologue de la division scolaire est prévu le 10 février 2015.

Le psychologue de la division scolaire établit un lien positif avec Matthew et le rencontre individuellement à quatre reprises. Le psychologue discute avec la mère de l'adolescent et le personnel de l'école, communique avec le clinicien du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. et participe à la planification du changement d'école de Matthew en 10^{e} année. L'anxiété et la dépression de l'adolescent nuisent considérablement à sa capacité de participer à son éducation. En raison de l'intimidation, Matthew affirme ne pas toujours se sentir en sécurité à l'école. Il insiste pour que le personnel de l'école ne mette pas en œuvre un plan de sécurité. Par conséquent, l'on décide que le plan de sécurité prévoirait que le personnel scolaire surveillerait les interactions de Matthew avec ses pairs pour déceler toute intimidation. Le psychologue fournit des ressources en matière d'intimidation aux éducateurs de Matthew.

L'intimidation se poursuit durant l'année scolaire. À trois occasions distinctes, des élèves coupables d'intimidation sont suspendus, notamment pour intimidation physique, menaces et agression physique envers Matthew. Matthew est également suspendu à d'autres reprises cette année-là. Le

28 janvier 2015, l'école reçoit un signalement selon lequel quelques élèves, dont Matthew, ont fumé du cannabis la veille, pendant la pause du dîner. Le personnel de l'école interroge et fouille Matthew et découvre qu'il a en sa possession du cannabis, une pipe et deux briquets. Matthew est suspendu à l'extérieur de l'école pour cinq jours. L'école dirige l'adolescent vers le counseling en matière de drogues de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances. Au total, Matthew reçoit une suspension à l'intérieur de l'école et trois à l'extérieur de l'école durant l'année scolaire. Les suspensions à l'extérieur de l'école lui font manquer 13 jours d'école.

Matthew confie au psychologue de la division scolaire qu'il craint que les élèves le traitent de « snitch », de gai, qu'ils l'intimident physiquement, et que tout cela l'empêche de se concentrer à l'école (psychologue de la division scolaire, rapport d'observation continue, 12 mars 2015). Quand les élèves l'insultent, Matthew a parfois recours à l'humour pour essayer de désamorcer la situation. [Traduction] « Je t'aime quand même! », répond-il à l'un de ses intimidateurs qui le harcèle (mère de Matthew, entrevue, 21 février 2020).

Le 20 mars 2015, le psychologue de la division scolaire rencontre les enseignants de Matthew pour discuter de certaines préoccupations de l'adolescent. Les enseignants affirment avoir remarqué un changement chez Matthew depuis octobre, quand il a commencé à ne pas faire certains travaux scolaires et que son comportement est devenu inhabituel. Le psychologue donne quelques exemples de l'intimidation vécue par Matthew, et les enseignants déclarent n'avoir jamais vu Matthew se faire intimider. L'un des enseignants ajoute que la semaine précédente, il a vu Matthew tenter de faire un « high-five » aux élèves qui selon ses dires l'intimidaient (psychologue de la division scolaire, notes d'observations cliniques, 20 mars 2015).

Le 14 février 2015, le père de Matthew appelle le Service de police de Winnipeg parce que Matthew menace de se suicider. Le service de police désamorce la situation, et aucune autre intervention de sa part n'est nécessaire.

Le 19 février 2015, Matthew a une rencontre avec le clinicien du programme de courte durée du service de thérapie pour enfants et adolescents de la collectivité du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. Il admet avoir eu des idées suicidaires et mentionne que les suspensions de l'école contribuent à son malheur. Le plan est de continuer les rencontres avec Matthew et sa famille. Matthew demeure inscrit à la liste d'attente du service de thérapie pour enfants et adolescents de la collectivité du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. Matthew confie au clinicien avoir de nouveau été suspendu de l'école du 13 au 20 février 2015 après que deux autres élèves ont montré au directeur des photos où il tenait une cigarette de cannabis. Lorsqu'on les leur a présentées, Matthew et ses parents ont nié la véracité de ces images prises avec un téléphone cellulaire. En fouillant Matthew, l'école a trouvé des gouttes ophtalmiques Visine, un briquet et du papier à rouler, et lui a imposé une suspension de cinq jours à

l'extérieur de l'école. Durant la rencontre avec le clinicien en santé mentale, Matthew dit avoir hâte de changer d'école en septembre 2015.

Le conseiller de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances de l'école rencontre Matthew quatre fois à partir de février 2015. Pendant l'évaluation initiale, Matthew décrit les avantages de sa consommation de cannabis, selon lui. Il estime que le cannabis l'aide à se sentir heureux, à s'évader et à gérer sa dépression. Il sait également les conséquences négatives de sa consommation, à savoir ses problèmes à l'école et à la maison. Matthew raconte au conseiller de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances certaines situations d'intimidation qu'il a vécues qui impliquent une poignée d'élèves en particulier. Il précise qu'il a dénoncé l'intimidation et que ses parents sont au courant, mais que peu de choses ont changé, que sa situation ne s'est pas améliorée.
Matthew décrit sa tentative de suicide de septembre 2014 comme une expérience horrible qu'il ne répéterait jamais. Une évaluation relève les facteurs de protection suivants pour Matthew :

- une bonne relation avec sa mère;
- beaucoup de soutien de sa famille;
- l'importance de l'école à ses yeux.

Pour ce qui est des facteurs de risques, il :

- est facilement influencé par ses pairs;
- s'est fait intimider par le passé;
- a de la difficulté à gérer sa colère.

Matthew exprime son intérêt à s'abstenir de consommer du cannabis et s'y engage. Par ailleurs, bien que Matthew participe volontiers à la séance, il dit clairement croire que le counseling n'est pas utile, selon les notes du conseiller. Des documents d'information sur le cannabis lui sont fournis, et Matthew convient avec le conseiller de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances de mettre fin au counseling. Le dossier est fermé le 13 avril 2015. Le conseiller de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances effectue un suivi auprès de la mère de Matthew le 12 mars, le 25 mars et le 16 avril pour discuter des résultats de l'évaluation. Il invite la mère de Matthew à une séance du Programme d'intervention et de soutien parentaux à venir. Ce programme fournit aux parents et aux autres adultes responsables des renseignements et du soutien concernant la consommation d'alcool, de drogue et le jeu compulsif de leurs jeunes. Bien que la mère de Matthew connaisse déjà l'essentiel du contenu de la séance d'information, elle doit y assister pour que son fils ait accès au counseling de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances (mère de Matthew, entrevue, 21 février 2020).

En avril 2015, un élève gifle Matthew assez fort pour laisser une marque sur sa peau. L'école propose de rencontrer Matthew et sa mère pour élaborer des plans de sécurité, mais la mère de Matthew refuse. Selon elle, une telle rencontre est inutile, car son fils n'a plus confiance en l'établissement.

La semaine suivante, le 10 avril 2015, Matthew rencontre le psychologue de la division scolaire et lui confie avoir reçu des menaces sur les médias sociaux de la part de deux élèves de son école. Il déclare que les élèves l'ont menacé de rassembler un groupe pour s'en prendre à lui et ont parlé de se trouver quelqu'un à qui faire mal (psychologue de la division scolaire, notes d'observations cliniques, 10 avril 2015). Le psychologue souligne que Matthew a eu l'occasion d'obtenir un plan de sécurité, mais qu'il a refusé pour ne pas se faire remarquer davantage. Rien n'indique que le psychologue ait signalé ces menaces physiques à qui que ce soit d'autre.

Le 29 avril 2015, la mère de Matthew parle au psychologue au téléphone. Elle lui raconte qu'un autre incident s'est produit au cours de la fin de semaine :

> [Traduction] Un ami de Matthew l'a appelé pour l'inviter au parc. À son arrivée, l'un des élèves qui l'intimidait était présent. L'élève a tenté de brûler le pneu du vélo de Matthew pour le percer et l'a poussé en bas de son vélo. Matthew a subi des blessures légères. Matthew a ressenti de la gêne et a été très blessé par ce piège qu'on lui avait tendu. Il croyait que ces garçons étaient ses amis (psychologue de la division scolaire, notes d'observations cliniques, 29 avril 2015).

Dans ses notes du 5 mai 2015, le psychologue de la division scolaire écrit que l'un des enseignants a remarqué que Matthew continue d'essayer de devenir ami avec les élèves qui l'intimidaient. Selon l'enseignant, le comportement de Matthew dans ces interactions réduit encore plus ses chances de réussir à établir un bon lien avec ses pairs. Le 4 juin 2015, le psychologue de la division scolaire apprend par un enseignant que Matthew a été agressé physiquement (à savoir giflé) par un autre élève, qui a été suspendu de l'école. Dans un appel ultérieur, la mère de Matthew mentionne que son fils n'arrive pas à faire ses travaux scolaires parce qu'il se sent anxieux, déprimé, inquiet, et énervé par ses intimidateurs (psychologue de la division scolaire, notes d'observations cliniques, 4 juin 2015).

À ce moment, Matthew est toujours inscrit à la liste d'attente pour recevoir des services de counseling réguliers du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc.

Un enseignant de Matthew avise le psychologue de la division scolaire qu'un autre incident a eu lieu à l'école. Cette fois-ci, le 10 juin 2015, un couteau est trouvé dans un pupitre, mais l'identité du propriétaire n'est pas établie. Matthew et d'autres élèves sont interrogés à ce sujet. Le psychologue indique que la découverte du couteau pourrait aggraver l'anxiété de Matthew, car ce dernier avait mentionné craindre le retour à l'école d'un élève. Le personnel de l'école se demande si Matthew ressent le besoin de se protéger. Un professeur

Plans d'enseignement adapté

Le ministère de l'Éducation a ciblé une série de mesures de soutien pédagogique pour tenir compte de la diversité des élèves, y compris l'enseignement différentiel, l'adaptation et la modification des programmes, et la programmation individualisée. L'adaptation désigne un changement visant la démarche et le matériel pédagogiques ainsi que les devoirs et les produits de l'élève et ayant pour but de lui permettre d'atteindre les résultats d'apprentissage prévus.
L'adaptation répond aux besoins propres à l'élève.
Source : www.edu.gov.mb.ca/indexfr.html

remarque que Matthew semble en savoir long au sujet du couteau lorsqu'il est interrogé à ce sujet. Deux membres du personnel indiquent qu'ils procéderont à une fouille du sac de Matthew le lendemain (psychologue de la division scolaire, notes d'observations, 10 juin 2015). Les dossiers mentionnent que l'école a bel et bien effectué la fouille du sac le 12 juin 2015, sans aucune précision sur ce qui a été trouvé ou non.

En juin, le psychologue de la division scolaire de l'école secondaire de premier cycle discute avec le conseiller d'orientation de la nouvelle école secondaire que Matthew fréquentera. Cet échange, qui a lieu avec la permission de Matthew, a pour but de fournir un peu de contexte quant à l'intimidation subie par ce dernier ainsi que les noms des élèves responsables. La nouvelle école invite Matthew à une rencontre avant le début de l'année scolaire pour faciliter sa transition. L'école indique être prête à discuter avec Matthew de la liste d'élèves de sa classe pour l'année à venir (psychologue de la division scolaire, notes d'observations, 11 et 12 juin 2015).

Le plan de services de sa nouvelle école pour l'année à venir est que les services de soutien psychologique restent accessibles, que Matthew établisse une bonne relation avec un membre du personnel de sa nouvelle école, et que Matthew reste investi dans le counseling pour l'aider à surmonter les expériences traumatiques qu'il a vécues en ce qui concerne les conflits avec ses pairs. Matthew réussit tous ses cours et obtient huit crédits. Le psychologue recommande qu'un plan d'enseignement adapté de courte durée soit préparé puis remis à la nouvelle école secondaire de Matthew. Il n'est pas prévu que les élèves qui intimident Matthew fréquenteront la nouvelle école, et l'espoir à ce moment-là est que l'anxiété de Matthew s'en trouverait amoindrie. Lorsque nous avons rencontré sa famille, la mère de Matthew nous a dit ne pas avoir été informée que l'école envisageait un plan d'enseignement adapté pour son fils (mère de Matthew, entrevue, 21 février 2020).

Pour résumer, comme le montre le tableau ci-dessous, le rendement scolaire de Matthew a connu une baisse marquée en 9^{e} année par rapport aux années précédentes, où il semblait se plaire à l'école, particulièrement dans les cours de sciences et de mathématiques.

MATIÈRE	ABSENCES (sur un total de 197 jours de classe)	RETARDS	NOTE FINALE
ELA – Immersion	94	7	53 %
Français	87	0	52 %
Sciences humaines	78	2	54 %
Mathématiques	80	4	60 %
Sciences de la nature	97	3	54 %
Éducation physique	82	3	87
Arts dramatiques	78	3	59 %
Aliments et nutrition	18	0	79 %

Technologie de l'électricité et de l'électronique	9	1	66 %

La famille a recours au Système d'aide d'urgence à la jeunesse en crise pour la première fois en juillet 2015. Le père de Matthew appelle la ligne de crise 24 heures sur 24, car Matthew est sous l'influence d'une substance inconnue et se fait menaçant. De l'aide est fournie par téléphone, et l'incident est contrôlé.

Système d'aide d'urgence à la jeunesse en crise

Le Système d'aide d'urgence à la jeunesse en crise offre un éventail de mesures et de services de soutien pour aider à stabiliser les jeunes et les familles lors de périodes de crise. Ces mesures et services, qui sont administrés par quatre organismes sans but lucratif de Winnipeg, comprennent les suivants :

- Services de soutien à la famille
- Unités d'intervention d'urgence
- Équipes mobiles d'intervention d'urgence
- Intervention d'urgence à domicile
- Services éducatifs pour les jeunes
- Équipes de thérapie de courte durée
- Ligne de crise 24 heures sur 24

Source : https://www.mys.ca/services/youth-crisis-services

Matthew change d'école

10e année : 2015-2016 (14 à 15 ans)

La 10e année est une année très difficile pour Matthew. Ses parents apprennent rapidement à se retrouver dans différents systèmes pour lutter contre la maladie mentale de Matthew, et ont recours aux services offerts à plusieurs reprises. Pendant cette période, la mère de Matthew doit rester à la maison pour veiller à la sécurité de son fils. Le frère de Matthew ne peut inviter d'amis à la maison; il passe donc du temps à l'extérieur. Au cours de l'enquête, la mère de Matthew nous a confié que la famille était toujours sur ses gardes, que la porte de la chambre de Matthew avait été enlevée, qu'elle se sentait très mal, comme une prisonnière, et que le frère de Matthew avait peur, pour lui-même et pour Matthew (mère de Matthew, entrevue, 28 août 2019).

Le psychologue de la division scolaire de la nouvelle école secondaire communique avec Matthew et sa mère en début d'année scolaire pour s'assurer qu'ils connaissent les services de soutien psychologique à leur disposition pour aider Matthew à s'adapter. La première séance a lieu le 29 septembre 2015. Le psychologue, Matthew et sa mère y prennent part. Matthew indique que l'année commence bien et qu'il n'est pas victime d'intimidation de la part de ses pairs. Plus tard durant la séance, Matthew commence à s'ouvrir au nouveau clinicien et admet que les attentes grandissantes liées à l'école le rendent de plus en plus anxieux. Matthew accepte d'être suivi, et une autre séance est prévue deux semaines plus tard (psychologue de la division scolaire, notes d'observations, 29 septembre 2015).

Matthew recommence à voir le conseiller de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances à l'école. Les premiers échanges de l'année ont lieu début octobre. Les séances de counseling doivent débuter au cours du mois et inclure des discussions avec le personnel de soutien de l'école. Matthew confie au conseiller de la Fondation et au psychologue, séparément, qu'il continue à consommer régulièrement du cannabis.

La capacité de Matthew à fonctionner au quotidien empire davantage. Il ne prend pas sa médication prescrite de façon régulière, a des pensées suicidaires persistantes et souffre d'une perte d'appétit et d'un manque de sommeil chronique. Ses crises de panique peuvent durer une journée entière, et il a du mal à évoluer dans le milieu scolaire à cause de son anxiété. Des contacts continus ont lieu avec le Service de police de Winnipeg, le Système d'aide d'urgence à la jeunesse en crise et les services du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. S'ajoutent des visites au service d'urgence de l'Hôpital pour enfants au Centre des sciences de la santé. Cette année-là marque le premier contact de la famille avec les services de soins psychiatriques pour enfants et adolescents hospitalisés (PY1), à l'hôpital, de même que le début de l'intervention des services de protection de l'enfance.

Comme il fréquente une nouvelle école secondaire en 10e année, Matthew est accompagné par le conseiller scolaire, le psychologue de la division scolaire et le conseiller de la Fondation manitobaine de

lutte contre les dépendances de l'école. Matthew confie au psychologue de la division scolaire être déprimé et anxieux, et il attribue ses difficultés à sa consommation régulière de cannabis. Il prend part à neuf séances individuelles avec le conseiller de la Fondation de l'école et poursuit ses séances avec le psychologue de la division scolaire pour traiter son anxiété. Il est inscrit à un programme d'immersion française depuis la maternelle. Cependant, en raison de facteurs de stress liés à l'école, il choisit de poursuivre sa formation en anglais. D'après les renseignements consignés, Matthew a bien commencé l'année scolaire, a établi de bonnes relations avec ses enseignants et s'est fait de nouveaux amis. Toutefois, huit semaines après le début de sa 10e année, il vit un stress intense qui entraîne des idées suicidaires persistantes et affecte sa capacité à aller à l'école.

Le 14 octobre 2015, après avoir consulté le psychologue de la division scolaire dans la journée, Matthew rentre chez lui et passe une soirée difficile. À 20 h 45, la mère de Matthew appelle l'équipe mobile d'intervention d'urgence pour demander de l'aide, car Matthew est suicidaire. Après une première évaluation au téléphone, l'équipe est envoyée sur place pour évaluer l'état de Matthew en personne. Matthew dit à ses parents et à l'équipe d'intervention être triste et déprimé, et avoir un plan pour se suicider. Il évoque les conséquences que l'intimidation a eues sur lui l'année d'avant, et explique que c'est pourquoi il a changé d'école à l'automne. Des notes au dossier indiquent que Matthew était toujours inscrit à la liste d'attente du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. pour une thérapie de longue durée. D'après les dossiers de l'équipe mobile d'intervention d'urgence, la mère de Matthew avait communiqué avec ce centre plus tôt dans la journée et laissé un message pour demander qu'il suive une thérapie. L'équipe mobile d'intervention d'urgence a noté que le plan à court terme était :

- que Matthew passe la nuit chez lui;
- que la porte de la chambre de Matthew reste ouverte et que sa mère le surveille toute la nuit;
- que Matthew poursuive sa thérapie avec la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, à l'école;
- que les parents de Matthew l'emmènent à l'hôpital si ses pensées suicidaires revenaient (équipe mobile d'intervention d'urgence, notes au dossier, 14 octobre 2015).

L'état de Matthew demeure instable, certains jours étant bien meilleurs que d'autres. Le 27 octobre 2015, la mère de Matthew envoie un courriel au psychologue de la division scolaire afin de prendre un rendez-vous pour son fils, en précisant que, même s'il avait semblé aller un peu mieux pendant un moment, il a révélé avoir de nouveau des pensées suicidaires ce matin-là. Le psychologue fixe un rendez-vous un mois plus tard, le 29 novembre 2015.

Le lendemain, le 28 octobre 2015, le Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. retire Matthew de sa liste d'attente pour entamer des démarches d'admission aux programmes de longue durée du service de thérapie pour enfants et adolescents de la collectivité. Le thérapeute chargé du dossier téléphone à la mère de Matthew. Ils fixent un premier rendez-vous le 2 novembre 2015, séance à laquelle devraient participer Matthew et ses deux parents (Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc., notes d'évolution

intégrées, 28 octobre 2015). Lors de différents rendez-vous avec le psychologue de la division scolaire, le conseiller de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances et le thérapeute du service de thérapie du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc., Matthew parle des difficultés qu'il rencontre sur le plan scolaire : anxiété causée par les devoirs, fixation indue sur certaines décisions et difficultés avec le programme d'immersion française. Il est décrit comme ayant une faible estime de soi et comme étant mal à l'aise. Dans la soirée qui suit la première séance de thérapie du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. de Matthew, sa mère le conduit au service d'urgence de l'Hôpital pour enfants au Centre des sciences de la santé, car il exprime des idées suicidaires. Ils expliquent au personnel médical que Matthew essayait d'étudier pour un test de chimie, qu'il n'arrivait pas à se concentrer et qu'il voulait mourir (service d'urgence de l'Hôpital pour enfants au Centre des sciences de la santé, dossiers médicaux, 2 novembre 2015).

Le lendemain, Matthew et sa mère rencontrent le psychologue de la division scolaire et l'orthopédagogue de l'école pour discuter des mesures de soutien scolaire et thérapeutique qui pourraient être mises en place. La possibilité qu'il passe du programme d'immersion française au programme en anglais est de nouveau abordée. La transition commence cet automne-là, d'abord par quelques cours. L'objectif est qu'il passe entièrement au programme en anglais à partir du semestre suivant. Matthew poursuit ses séances avec le conseiller de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, le psychologue de la division scolaire et le thérapeute du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc.

Le 10 décembre 2015, le Service de police de Winnipeg est appelé au domicile familial, car Matthew a consommé de l'alcool et des médicaments sur ordonnance. Il est devenu violent, et son père a dû le maîtriser jusqu'à l'arrivée de la police. Matthew est d'abord installé à l'arrière de la voiture de police, puis conduit au service d'urgence de l'Hôpital pour enfants au Centre des sciences de la santé pour y recevoir des soins médicaux. Le psychiatre traitant rencontre Matthew et télécopie un message au thérapeute de Matthew au Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. pour l'informer de la surdose accidentelle.

Au cours du mois de janvier 2016, Matthew poursuit ses séances avec le psychologue de la division scolaire, le conseiller de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances et le thérapeute du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. En outre, une évaluation psychiatrique est réalisée le 25 janvier 2015 afin de déterminer s'il y a lieu de poser un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme. Le processus comprend la collecte d'information auprès de l'école, du conseiller de la Fondation, des parents de Matthew et de Matthew lui-même. En définitive, les résultats ne mènent pas à un diagnostic d'autisme, mais le psychiatre relève des conflits importants entre les parents de Matthew, ainsi qu'avec leur fils. Le psychiatre pose les diagnostics suivants :

- Trouble d'anxiété généralisée – Poursuivre la médication
- Trouble dépressif (sans autres précisions) – Poursuivre la médication
- Trouble oppositionnel avec provocation (TOP) – Envisager des antipsychotiques atypiques pour

réduire les comportements liés au TOP[3]

- Consommation de substances psychoactives – Poursuivre les séances avec la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances
- Problèmes relationnels parents-enfant – Thérapie familiale avec le Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. (service de thérapie pour enfants et adolescents de la collectivité du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc., notes de l'évaluation psychiatrique, 25 janvier 2016).

L'école, un déclencheur de symptômes post-traumatiques

Dans la matinée du 27 janvier 2016, l'équipe mobile d'intervention d'urgence est appelée et envoyée au domicile familial, car Matthew exprime des idées suicidaires. D'après les notes au dossier, le père de Matthew affirme que c'est le troisième jour consécutif où Matthew est incapable de se lever. Le père ajoute que la pression scolaire aggrave l'anxiété de Matthew à l'approche des examens. Matthew est aiguillé vers, les Youth Education Services (Yes), un autre service de soutien coordonné par le Système d'aide d'urgence à la jeunesse en crise de Winnipeg. L'objectif de l'intervention des Youth Education Services est d'aider Matthew à fréquenter l'école de façon plus régulière et d'aider ses parents à l'appuyer dans ce projet.

Le lendemain, Matthew retourne à l'école, et son conseiller de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances le rejoint à la bibliothèque. Matthew est en train de rattraper son retard scolaire en vue des examens qui commencent cette semaine-là et se poursuivent la semaine suivante. Le conseiller propose à Matthew de prendre un moment pour discuter avec lui plus tard dans la journée, mais Matthew refuse, disant vouloir terminer ses travaux et rentrer directement chez lui. Le conseiller remarque que Matthew semble avoir les yeux vitreux et qu'il paraît anxieux (conseiller de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, notes d'observations, 28 février 2016).

Au début de la semaine d'examen, Matthew est de nouveau des pensées accablantes et suicidaires. Le 2 février 2016, sa mère appelle donc le Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. et obtient un rendez-vous pour Matthew le lendemain. Le 4 février 2016, elle appelle les services d'accueil pour les jeunes en crise, car Matthew parle de suicide et formule un plan. Elle indique qu'il est en crise et qu'il ne veut pas retourner à l'école même s'il y est allé la veille. L'équipe mobile d'intervention d'urgence se rend à leur domicile, et la mère de Matthew demande à ce qu'il soit évalué formellement au Centre des sciences de la santé, car elle se sent totalement démunie et incapable de le protéger. Selon les rapports, la situation à la maison dérape de nouveau :

> [Traduction] Ce matin, la mère a admis avoir frappé [Matthew] par frustration. Le père a

[3] Lorsque nous avons rencontré la mère de Matthew pour réviser le rapport complet, elle nous a dit ne jamais avoir été informée que Matthew avait reçu un diagnostic de TOP, comme l'indique le dossier du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. (mère de Matthew, entrevue, 21 février 2020).

> affirmé que [Matthew] a donné un coup de coude au visage de sa mère, qu'il a fait un trou dans le mur, et qu'il a essayé d'arracher la rampe d'escalier (équipe mobile d'intervention d'urgence, rapport d'intervention, 4 février 2016).

Matthew est conduit au service d'urgence de l'Hôpital pour enfants au Centre des sciences de la santé, et l'équipe d'intervention mobile signale la violence à la maison aux Services à l'enfant et à la famille. Après une première évaluation psychiatrique, Matthew est admis aux services de soins psychiatriques pour enfants et adolescents hospitalisés (PY1) du Centre des sciences de la santé, où il restera du 4 au 10 février 2016.

Le 8 février 2016, le rapport aux Services à l'enfant et à la famille est confié à un travailleur, qui se rend au domicile familial le 12 février 2016. Matthew obtient son congé deux jours avant. Les Services à l'enfant et à la famille ont évalué le foyer, discuté avec les parents et les enfants, et n'ont relevé aucune préoccupation en matière de protection. Une évaluation de la probabilité de préjudice est réalisée, et une mention « Modéré » est attribuée. Les Services à l'enfant et à la famille recueillent des renseignements sur les mesures de soutien thérapeutique dont bénéficie la famille, et ferment le dossier à l'étape de l'accueil (dossier de l'office, notes sur les services d'accueil, 11 mars 2016).

Au deuxième semestre, Matthew, âgé de 15 ans, va à l'école seulement deux jours en février et deux jours en mars. Le programme Youth Education Service prend en charge Matthew, sans toutefois réussir à l'amener à retourner à l'école. Le psychologue de la division scolaire offre de l'aide à Matthew, qui reste indifférent. Matthew ne retournera pas à l'école du reste de l'année. Une autre complication s'ajoute : Matthew, ayant quitté le programme d'immersion française, devait intégrer une nouvelle école secondaire dans son aire de recrutement à l'automne 2016.

Cette année-là, des événements marquants bouleversent la vie de Matthew. D'une part, le chat de la famille, que Matthew affectionnait particulièrement, décède le 15 février 2016. Avant cet événement, Matthew était déjà peu assidu à l'école. Il a ensuite de plus en plus de mal à gérer la pression scolaire, laquelle ne faisait qu'augmenter à ses yeux. Au printemps 2016, il traverse de multiples crises de santé mentale. En effet, le Système d'aide d'urgence à la jeunesse en crise est contacté le 17 février, le 18 février, le 3 mars, le 5 mars, le 6 mars et le 20 avril 2016. Plusieurs de ces crises ont lieu lorsque des rencontres sont prévues à l'école ou lorsqu'un retour à l'école est discuté avec Matthew. Durant cette période, des notes de diverses sources témoignent du stress élevé au sein du foyer et du désespoir de la famille face aux besoins de Matthew et à la difficulté de veiller sur lui.

D'autre part, le 24 avril 2016, le père de Matthew meurt d'une insuffisance cardiaque à la maison. Selon diverses notes prises dans les jours et les semaines qui ont suivi, Matthew est à la maison en train de regarder la télévision lorsque son père subit une crise cardiaque. Matthew en est témoin. On appelle le 911, et Matthew tente une réanimation cardiorespiratoire en attendant l'arrivée des secours. La tentative de réanimation échoue, et la mort du père de Matthew déstabilise encore davantage la

famille. Lors d'un appel de la mère de Matthew au Système d'aide d'urgence à la jeunesse en crise, le 1er mai 2016, elle mentionne que les funérailles ont eu lieu la veille, que Matthew reste allongé sur le canapé depuis et qu'il n'a pas encore pleuré la mort de son père, ni parlé du fait qu'il en a été témoin.

Le 3 mai 2016, Matthew tente de se suicider en consommant une substance inconnue. Lorsqu'il réveille sa mère durant la nuit, il est en pleurs et en détresse. Elle appelle le Système d'aide d'urgence à la jeunesse en crise pour obtenir de l'aide. Au bout du fil, on conseille à la mère d'appeler le 911. Matthew est transporté à l'hôpital et admis aux PY1 pour une deuxième fois, du 4 au 11 mai 2016. À l'hôpital, Matthew est vu par des ergothérapeutes en plus d'obtenir des soins psychologiques au quotidien. On prévoit qu'à sa sortie Matthew suive le programme du service de thérapie pour enfants et adolescents de la collectivité du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. (psychiatre, résumé de l'hospitalisation, 11 février 2016). Au cours de l'enquête, la mère de Matthew a expliqué qu'elle avait demandé à ce que son fils fasse l'objet d'une évaluation pour trouble du spectre de l'autisme, mais on lui a dit qu'en raison du décès récent du père de Matthew et des conséquences considérables de cet événement sur sa santé mentale actuelle, une évaluation était impossible dans l'immédiat. La mère de Matthew a déclaré que l'évaluation, qui s'est conclue en août 2016, n'avait finalement eu lieu que parce qu'elle avait appelé sans arrêt pour que Matthew ait enfin un rendez-vous (mère de Matthew, entrevue, 21 février 2020).

Au cours de l'enquête, la mère de Matthew a évoqué le soutien mutuel entre Matthew et son frère après le décès de leur père. Elle a aussi indiqué que les frères se sentaient responsables d'elle. La mère de Matthew nous a dit que ce dernier avait commencé à cacher des « armes » dans la maison, convaincu qu'il pourrait ainsi protéger sa famille au besoin. Elle a également commencé à demander de l'aide à sa famille étendue et à ses amis. Désormais monoparentale, la mère de Matthew avait l'impression d'être confinée à la maison afin de veiller en permanence sur lui.

Le 4 juin 2016, la mère de Matthew appelle le Service de police de Winnipeg, car il est ivre, armé d'un couteau et suicidaire. À leur arrivée, les policiers détiennent Matthew en vertu de la *Loi sur la santé mentale*, puis le transportent au service d'urgence de l'Hôpital pour enfants au Centre des sciences de la santé. Matthew est admis aux PY1 pour une troisième fois et y reste du 4 au 13 juin 2016.
À l'hôpital, les ergothérapeutes l'évaluent et constatent qu'il est complètement démotivé, que son cycle du sommeil est irrégulier, qu'il a peu d'appétit, que son hygiène est négligée, et qu'il n'a pas participé à des activités parascolaires depuis deux ans. Avec Matthew, ils créent un horaire qu'il pourra suivre à son retour à la maison. Les ergothérapeutes notent que Matthew souhaite principalement être plus engagé dans sa vie, que ce soit dans les tâches ménagères, à l'école, dans ses activités sportives et dans ses relations amicales. Le résumé de l'hospitalisation des PY1 indique que Matthew n'a pas l'intention de retourner à l'école et qu'il n'a aucun espoir d'avenir (psychiatre, résumé de l'hospitalisation aux PY1, 13 juin 2016). Matthew obtient son congé le 13 juin 2016, avec les recommandations suivantes :

- Communiquer avec le Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. pour suivre une thérapie

- Faire un suivi avec le médecin de famille
- Obtenir du counseling en matière de dépendance
- Ne pas rester à rien faire, et sortir de la maison au moins une fois par jour

Le 21 juin 2016, un membre de la communauté communique avec l'office désigné pour la prestation de services d'accueil des Services à l'enfant et à la famille de Winnipeg. La mère de Matthew lui avait confié avoir giflé Matthew, car il l'avait invectivée et insultée, même si le visage de Matthew ne portait aucune marque. D'autres renseignements obtenus concernent les maladies mentales dont souffre Matthew et le deuil de la famille après le décès du père de Matthew. Alors que l'office désigné pour la prestation de services d'accueil s'apprête à faire un suivi au sujet de ce signalement, il est avisé que Matthew est conduit au service d'urgence de l'Hôpital pour enfants au Centre des sciences de la santé par sa mère en raison d'idées suicidaires et que celle-ci refuse de le ramener à la maison. Lors d'une conversation ultérieure, il est précisé que la mère de Matthew avait plutôt insisté pour qu'il fasse l'objet d'une évaluation psychiatrique avant de le ramener à la maison, car elle se sentait incapable de répondre à ses besoins pendant la crise. La mère de Matthew savait qu'il avait besoin d'être hospitalisé pour traiter les symptômes de plus en plus aigus de ses maladies mentales. Bien que le personnel hospitalier soit disposé à ce que Matthew obtienne son congé sans évaluation psychiatrique, sa mère insiste pour que ce soit fait avant qu'elle ne le ramène à la maison. Elle s'est remémoré que sa famille faisait face à des situations extrêmement difficiles avec vraiment très peu d'aide (mère de Matthew, entrevue, 28 août 2019).

Matthew est ensuite évalué, puis admis aux PY1 pour la quatrième fois, du 27 juin au 5 juillet 2016. Sa mère nous a raconté ceci :

> [Traduction] C'est à peu près à ce moment que j'ai vraiment eu peur. Matthew disait : « Maman, je ne veux pas avoir ces pensées dans ma tête, mais je n'arrive pas à les chasser ». Il se rendait compte que quelque chose n'allait pas chez lui. Mais, sans personne pour l'aider, il s'est laissé abattre. Désormais, plus rien ne lui importait. Sa propre vie ne lui importait plus (mère de Matthew, entrevue, 28 août 2019).

Le 8 juillet 2016, le travailleur de l'office désigné pour la prestation de services d'accueil des Services à l'enfant et à la famille se rend au domicile familial pour discuter de discipline inadéquate avec la mère de Matthew. Les deux frères sont rencontrés séparément. Une évaluation de sécurité est réalisée, et il est déterminé que les enfants sont en sécurité avec leur mère. D'autres ressources sont offertes à la famille, et une planification en matière de sécurité est effectuée. Une évaluation de la probabilité de préjudice est réalisée, et une mention « Élevé » est attribuée, notamment en raison des rapports antérieurs aux Services à l'enfant et à la famille, du fait que la mère de Matthew ait justifié sa gifle à son fils, et des préoccupations en matière de santé mentale. À l'étape de l'accueil des Services à l'enfant et à la famille, il est déterminé que des services supplémentaires sont nécessaires. Le dossier est transféré à un office relevant de la Régie générale des services à l'enfant et à la famille pour la prestation de services

continus.

Le 21 juillet 2016, Matthew a une séance prévue avec un clinicien en santé mentale. Comme Matthew peine à participer à la thérapie, le clinicien décide de déplacer la séance à l'extérieur. Cette approche semble plaire à Matthew. Leur prochain rendez-vous est prévu pour le 27 juillet 2016, mais Matthew ne s'y rend pas. Le rendez-vous est déplacé au lendemain, mais la détérioration de sa santé mentale et son incapacité croissante à sortir de la maison empêchent Matthew de s'y rendre. En août 2016, le clinicien se rend au domicile de Matthew pour une dernière séance. Au total, Matthew a suivi 15 séances avec ce clinicien en santé mentale.

Le rapport de consultation psychologique est finalisé le 3 août 2016. Le psychologue clinicien établit qu'un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme ne serait pas bénéfique pour Matthew, que cela n'aiderait pas réellement son entourage à comprendre ses difficultés, et que Matthew ne présente pas de difficultés d'adaptation suffisantes pour justifier un diagnostic (psychologue, rapport de consultation psychologique, 3 août 2016). Matthew se livre au psychologue au cours de la consultation, et ce dernier note que Matthew relate avec lucidité les difficultés sociales auxquelles il a été confronté au fil des ans (*ibid*.). Le rapport indique que les symptômes dépressifs de Matthew sont persistants et se sont avérés résistants aux traitements. Matthew et sa mère craignent tous deux qu'il soit difficile pour Matthew d'intégrer une nouvelle école à la rentrée en raison de ses nombreuses difficultés. Il est établi que les séances avec le thérapeute au Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. ne sont pas efficaces, et le psychologue-conseil suggère une thérapie cognitivo-comportementale, compte tenu de l'esprit d'analyse de Matthew. Matthew et sa mère acceptent ce changement de thérapie. Le rapport final du psychologue indique :

> [Traduction] Matthew présente une anhédonie (incapacité à ressentir du plaisir) et d'importantes difficultés à se motiver. Il passe la majeure partie de son temps seul. Il reconnaît avoir du mal à vivre son deuil, mais il « ne se permet pas » de ressentir ce sentiment de perte, car c'est trop douloureux. Il est conscient que ses tentatives de « réprimer » ses sentiments ont des répercussions négatives sur sa santé mentale et contribuent probablement à son état dépressif (psychologue, rapport de consultation psychologique, 3 août 2016).

L'office de services à l'enfant et à la famille ouvre un dossier de protection le 9 août 2016. Le travailleur des services à l'enfant et à la famille effectue une visite à domicile le 16 août 2016. Matthew, sa mère et son frère sont présents. D'après le résumé du dossier des Services à l'enfant et à la famille, la mère de Matthew décrit son fils, qui a 15 ans, comme étant très intelligent et aimant les sciences, la pyrotechnie et les jeux informatiques. Elle aimerait qu'il puisse se faire un véritable ami, bien que ses problèmes de santé mentale et son refus de sortir de la maison constituent des obstacles majeurs à son rétablissement. Le travailleur des services à l'enfant et à la famille note que, lors de la rencontre, ils ont parlé du changement d'école imminent, ce qui causait de l'anxiété extrême chez Matthew et menait à des accès de colère. La

mère de Matthew souligne que son fils :

- refuse d'aller à l'école;
- est très anxieux, renfermé et en colère;
- a un comportement agressif;
- mésuse de médicaments sur ordonnance;
- est apathique;
- manifeste des idées suicidaires persistantes (office de services à l'enfant et à la famille, résumé du dossier, 16 août 2016).

La consommation de drogues et d'alcool de Matthew est une stratégie qu'il choisit pour atténuer ses problèmes de santé mentale. Il refuse de parler de la mort de son père. Matthew semble vouloir à tout prix se couper de ce qu'il ressent. Parallèlement, la famille a le sentiment d'avoir fait appel à tous les services de santé mentale possibles pour Matthew et estime que les stratégies recommandées par les professionnels ne lui sont d'aucune aide. Au cours de l'enquête, sa mère nous a confié :

> [Traduction] Matthew détestait ça. Il a commencé à se rendre compte à quel point la situation nous affectait, son frère et moi, et il s'en voulait énormément. Son estime de soi était si basse qu'il disait qu'il gâchait tout. Il disait qu'il détruisait la famille (mère de Matthew, entrevue, 10 décembre 2019).

Le travailleur des services à l'enfant et à la famille propose un suivi individuel avec un travailleur de soutien familial pour Matthew, ce que la famille accepte. Il rapporte avoir constaté un lien fort et sain entre les frères et leur mère. Les membres de la famille sont ouverts et transparents à propos de leur vie. Le travailleur ne relève aucune préoccupation en matière de protection. Matthew évoque ses pensées suicidaires et affirme ne pas savoir d'où elles viennent.

Matthew accepte de participer à des rencontres individuelles avec le travailleur de soutien familial deux fois par semaine. L'objectif des rencontres est d'amener Matthew à participer à la thérapie, et de soutenir la famille dans son deuil. D'après le dossier des Services à l'enfant et à la famille :

> [Traduction] La mère de Matthew avait l'impression que sa famille avait été « abandonnée » par de nombreux organismes et établissements censés les aider. Après avoir rencontré le travailleur de soutien familial, elle a retrouvé de l'espoir, ce qu'elle n'avait pas ressenti depuis longtemps (Services à l'enfant et à la famille, notes au dossier, 26 octobre 2016).

Un désengagement quasi total

11e année : 2016-2017 (15 à 16 ans)

Les 14 derniers mois de la vie de Matthew sont marqués par un déclin considérable de son état. Matthew ne va pas à l'école, sort rarement de chez lui et dit avoir du mal à envisager l'avenir. Il passe beaucoup de temps à dormir et perd du poids, car il ne mange pas suffisamment. Durant la période où

Matthew cesse complètement de fréquenter l'école et d'avoir recours aux services de soutien de la division et du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc., le travailleur de soutien familial des Services à l'enfant et à la famille s'implique activement auprès de Matthew et de sa famille. Son objectif est de fournir des services à long terme, tant qu'ils sont profitables pour la famille.

Lorsque Matthew s'apprête à intégrer sa nouvelle école, à cause de son passage du programme d'immersion française au programme en anglais, sa mère est informée des services de soutien aux élèves dont Matthew pourrait bénéficier dans le nouvel établissement. Ces mesures de soutien comprennent les services d'un conseiller de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances de l'école et ceux d'un psychologue de la division scolaire, et un groupe de soutien pour l'anxiété à l'école. On lui indique également que le service de travail social de la division scolaire offrira de l'aide à Matthew et à sa famille, qu'il soit bel et bien présent à l'école ou non. Matthew et sa mère se renseignent pour savoir si Matthew peut poursuivre ses études à distance et ainsi faire ses travaux à la maison. De septembre 2016 à février 2017, le dossier scolaire de Matthew indique qu'il a été absent 73 jours, qu'une justification parentale a été fournie pour trois jours, et qu'il n'a été présent que deux jours. Durant notre rencontre avec la mère de Matthew, elle nous a indiqué que le dossier scolaire était erroné. Selon elle, Matthew n'a jamais suivi de cours à la nouvelle école, et les deux jours où il a été présent, il a respectivement assisté à une rencontre préparatoire pendant l'été et effectué une visite guidée de l'établissement (mère de Matthew, entrevue, 21 février 2020). Sa mère a expliqué qu'il était hors de question qu'elle envoie Matthew à une nouvelle école. Selon elle, il aurait été préférable qu'il reste à son ancienne école (mère de Matthew, entrevue, 28 août 2019).

Matthew entame sa thérapie cognitivo-comportementale au Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. en septembre 2016. Il est prévu qu'il participe à des séances individuelles hebdomadaires avec le psychologue clinicien, pendant que la mère de Matthew continuera d'être suivie par le clinicien en santé mentale du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. Lorsque nous avons rencontré la mère de Matthew pour confirmer ces renseignements, elle s'est dite surprise que la situation soit décrite comme si le Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. lui offrait de l'aide à elle aussi. Hochant la tête, elle nous a dit qu'elle restait simplement assise dans le couloir pendant les rendez-vous de son fils (mère de Matthew, entrevue, 21 février 2020). Lors de sa séance du 18 octobre 2016 avec le thérapeute du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc., Matthew évoque l'intimidation dont il a été victime et son impression d'avoir été en grande partie laissé à lui-même par l'école dans cette situation (service de thérapie pour enfants et adolescents de la collectivité du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc., notes d'évolution intégrées, 18 octobre 2016).

Le 26 octobre 2016, le travailleur des services à l'enfant et à la famille rencontre Matthew et sa mère au domicile familial. Cette rencontre est une occasion à la fois de faire le point et de présenter Matthew au nouveau travailleur de soutien familial des Services à l'enfant et à la famille qui est chargé de son suivi individuel. Matthew passe une journée difficile : il n'a pas bien dormi après avoir manifesté des

tendances suicidaires la nuit précédente, ce qui ne s'était pas produit depuis un certain temps, selon sa mère. Le travailleur des services à l'enfant et à la famille lui demande ce qui a provoqué ses pensées suicidaires, mais Matthew, allongé sur le canapé, enveloppé dans une couverture et le visage caché dans ses mains, n'arrive pas à expliquer ce qui a pu en être l'élément déclencheur. Le travailleur des services à l'enfant et à la famille note :

> [Traduction] Matthew a minimisé les évènements de la nuit précédente, disant que ce n'était pas bien grave. [La mère de Matthew] s'est adressée à lui de manière très appropriée et lui a dit qu'au contraire, c'était grave, et qu'elle prenait ses propos très au sérieux.

Le travailleur des services à l'enfant et à la famille ajoute :

> [Traduction] Matthew a parlé ouvertement de ses problèmes d'anxiété et de sa peur de retourner un jour à l'école. [La mère de Matthew] a souligné les aspects positifs de la situation à Matthew, lui faisant remarquer que, même s'il n'allait pas à l'école, il n'était pas allé à l'hôpital depuis plusieurs mois et que sa médication semblait améliorer son état en général. Matthew a reconnu qu'il y avait eu des améliorations au cours des derniers mois. Le travailleur a demandé ce qui était fait lorsque la dépression de Matthew devenait ingérable pour lui. [La mère de Matthew] a déclaré qu'ils étaient proches, ce qui leur permettait de discuter de ces choses-là, mais qu'elle savait que si la situation dégénérait, elle devait l'emmener à l'hôpital. Matthew a acquiescé (travailleur des services à l'enfant et à la famille, résumé du dossier, 26 octobre 2016).

Le travailleur de soutien familial arrive au domicile et prend part à la rencontre familiale. Il explique son travail et précise que son rôle consiste à créer des liens avec Matthew et sa famille afin de le soutenir et de l'aider à retourner à l'école. Le travailleur de soutien familial reconnaît que l'anxiété a poussé Matthew à délaisser l'école. Un de ses objectifs est de l'aider à surmonter son anxiété afin qu'il puisse reprendre ses cours.

Le matin suivant, Matthew est en crise. La mère de Matthew communique avec le Service de police de Winnipeg et l'équipe mobile d'intervention d'urgence dans la matinée du 27 octobre 2016. Matthew a consommé une substance inconnue et doit recevoir des soins médicaux. Sa mère explique au personnel traitant qu'elle pense que Matthew a peut-être bu une bouteille d'alcool à friction et pris du lorazépam. Matthew admet avoir forcé l'ouverture de l'armoire à pharmacie verrouillée. Matthew semble avoir les facultés affaiblies, est incapable de marcher seul, n'est pas coopératif, tient des propos injurieux et menace de se suicider. Il est transporté en ambulance au service d'urgence de l'Hôpital pour enfants au Centre des sciences de la santé. Il obtient son congé le jour même. La mère de Matthew s'entretient avec le psychologue clinicien au sujet du déroulement des évènements et de ses inquiétudes quant à la sécurité de son fils. Ils discutent des mesures de sécurité à prendre, notamment limiter l'accès de Matthew aux médicaments et aux autres produits chimiques, avoir recours aux services d'urgence et le surveiller pour détecter tout changement préoccupant. Un rendez-vous de suivi est fixé avec le psychologue clinicien.

De septembre à décembre 2016, Matthew rencontre trois fois le psychologue clinicien. Bien que peu motivé à participer à ces séances, Matthew déclare au psychologue qu'elles sont utiles, car elles lui permettent de s'exprimer, plutôt que de tout garder pour lui (psychologue, notes d'évolution intégrées, 1er novembre 2016). Par la suite, il refuse d'y participer et explique au psychologue clinicien qu'il n'y était allé que parce que sa mère avait insisté.

Le psychologue clinicien réalise une évaluation du risque de suicide lors de la séance du 1er novembre 2016. Il note les facteurs de risque suivants :

- idées suicidaires continues depuis quatre mois;
- historique de dépression unipolaire (humeur très dépressive);
- sentiment d'absence de but, apathie;
- retrait social;
- comportement impulsif, y compris mésusage de substances psychoactives (psychologue, notes intégrées, 1er novembre 2016).

Le psychologue note que les facteurs de protection de Matthew sont, à ce moment, faibles. Matthew comprend bel et bien que la mort est définitive; il a un certain attachement à la vie et nie avoir une intention suicidaire. Le plan de traitement prévoit la surveillance des idées suicidaires de Matthew, le traitement de ses symptômes dépressifs et l'élaboration de schémas de pensées réalistes et adaptatifs en lien avec la suicidabilité.

Le 2 décembre 2016, à la demande de la mère de Matthew, le travailleur de soutien familial assigné par les Services à l'enfant et à la famille, Matthew et sa mère assistent à ce qui sera la dernière séance avec le psychologue clinicien. Matthew rencontre d'abord seul le psychologue, qui note plus tard que Matthew et lui ont décidé ensemble de mettre fin au traitement en raison de la réticence de Matthew à participer aux séances. Les notes au dossier pour la séance ne précisent pas quels sujets ont été abordés, comment la décision de mettre fin au traitement a été prise, si des séances au domicile ont été envisagées, ni quel rôle l'anxiété invalidante de Matthew à l'idée de quitter la maison a pu jouer dans la manière dont il a participé à la discussion. Par contre, le travailleur de soutien familial qui a pris part à cette dernière séance écrit que lorsque Matthew est sorti de la pièce, il semblait visiblement agité, voire fâché (travailleur de soutien familial, notes au dossier quotidiennes, 2 décembre 2016). Le rapport de fermeture de dossier du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. note :

> [Traduction] À plusieurs reprises au cours du dernier entretien, Matthew est devenu émotif au point de verser des larmes. Il déclare ne pas avoir éprouvé de tels sentiments depuis plus de trois mois. Dans son évaluation, [le psychiatre du Centre des sciences de la santé] indique que Matthew a admis refouler son deuil et sa souffrance émotionnelle. Cependant, Matthew n'est pas disposé pour l'instant à aborder de son plein gré ces sentiments lors de sa thérapie, malgré les répercussions apparentes sur son état de santé mentale. Il est recommandé à [la mère de

> Matthew] et au travailleur des services à l'enfant et à la famille assigné d'encourager doucement Matthew à suivre une thérapie, tout en respectant son autonomie. Matthew et [sa mère] connaissent les ressources offertes en cas de crise ou d'urgence. Le dossier est clos pour le service de thérapie pour enfants et adolescents de la collectivité. Il est entendu que si un soutien supplémentaire s'avère nécessaire, la famille pourra contacter les cliniciens au cours de l'année ou communiquer avec le service d'accueil centralisé par la suite (psychologue, rapport de fermeture de dossier du service de thérapie pour enfants et adolescents de la collectivité du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc., 28 février 2017).

Services à l'enfant et à la famille, le seul service qui demeure actif

Au cours de la dernière année de vie de Matthew, le travailleur de soutien familial rencontre Matthew et sa famille à 80 reprises. Au fil du temps, une relation professionnelle s'est tissée entre le travailleur de soutien familial, Matthew et sa famille. Le travailleur de soutien familial relève rapidement les forces de Matthew et se rend compte que si Matthew ne voit pas l'intérêt de quelque chose, il ne le fait pas (travailleur de soutien familial, entrevue, 27 août 2019). Le travailleur de soutien familial note que Matthew a de la difficulté à faire confiance, à s'ouvrir aux autres. Il décrit Matthew comme étant têtu, tenace et intelligent. Il estime que si Matthew s'investissait dans ses études, il trouverait l'école facile et que cela lui ouvrirait toutes les voies qu'il souhaiterait emprunter à l'avenir. Le travailleur de soutien familial constate également que Matthew est à la fois affectueux et bienveillant. Ils aiment tous deux discuter de sujets d'actualité mondiaux et de mèmes. Lorsque Matthew refuse de communiquer avec le travailleur de soutien familial, ce dernier reste engagé et patient, assurant une présence constante au sein du foyer familial. Matthew arrête d'appeler le travailleur de soutien familial une « connaissance obligatoire » et commence à l'appeler par son prénom. L'approche habile adoptée par le travailleur de soutien familial permet d'établir une relation respectueuse et réciproque, et sert de porte d'entrée pour aborder les défis quotidiens auxquels Matthew est confronté.

La relation entre Matthew et le travailleur de soutien familial est un point de réconfort pour sa mère. Au cours de l'enquête, elle nous a confié :

> [Traduction] Les discussions entre Matthew et [le travailleur de soutien familial] étaient tellement philosophiques. [Le travailleur de soutien familial] était la seule constante… Juste les visites régulières [du travailleur de soutien familial], que Matthew le veuille ou non, lui enlevaient de la pression. Je pense que sans [le travailleur de soutien familial], les choses se seraient terminées plus tôt pour Matthew... Au moins, je savais qu'il y avait quelqu'un qui connaissait mon fils, qui le comprenait et qui savait à quel point il était formidable, ce qui n'était le cas de personne d'autre (mère de Matthew, entrevue, 28 août 2019).

Elle a poursuivi ainsi :

> [Traduction]… [Le travailleur de soutien familial] est entré dans notre environnement familial

> sans porter de jugement et sans avoir d'idées préconçues. [Il] était le seul à connaître réellement notre vie. Il n'y avait aucune arrière-pensée, c'était la seule chose sur laquelle nous pouvions compter. Je savais que [le travailleur de soutien familial] venait deux fois par semaine, et je savais à quelle heure il venait. C'était la seule chose à mon horaire (mère de Matthew, entrevue, 10 décembre 2019).

La mère de Matthew estime que le travailleur de soutien familial est la personne la mieux placée pour améliorer la vie de son fils. Les jours où Matthew se montre réfractaire, le travailleur de soutien familial reste à la maison, et discute avec la mère et le frère de Matthew. La mère de Matthew se sent obligée de rester à la maison si elle a l'impression que Matthew ne fait pas de progrès. À l'occasion, elle discute avec le travailleur de soutien familial de son propre bien-être mental et de l'importance de prendre soin d'elle-même dans ces circonstances. Puisque les services de santé mentale offerts au Manitoba n'aident pas Matthew, sa mère commence à explorer d'autres options de traitement qui impliqueraient qu'il se rende à l'étranger.

> [Traduction] « Aucun professionnel ne m'a dit quoi faire. C'était un sentiment épouvantable. Même [le travailleur de soutien familial] a fait des recherches et a passé des coups de téléphone, mais il n'y avait vraiment rien. »

Matthew continue de négliger son hygiène, de ne pas manger, de ne pas parler, de rester au lit, d'avoir un tempérament colérique, de refuser de sortir de chez lui, de tenir des propos injurieux et de refuser de prendre ses médicaments. Et pourtant, à d'autres moments, Matthew et le travailleur de soutien familial discutent pendant des heures. La famille raconte des souvenirs de leur père et de leurs aventures de voyage. Parmi les bons moments pour Matthew : lorsqu'il ouvre la porte pour accueillir le travailleur de soutien familial, participe à des conversations difficiles, mange, assiste à des soupers de famille, s'aventure à l'extérieur de la maison et se confie au travailleur de soutien familial.

Puisque Matthew ne fréquente plus l'école, l'apprentissage à distance devient son plan éducatif. En janvier 2017, encouragée par l'école à demander une approbation de financement, la mère de Matthew fournit à la division scolaire une note du médecin attestant que Matthew a besoin de suivre ses cours à distance. Bien qu'elle connaisse les problèmes de santé mentale qui empêchent Matthew de fréquenter l'école, la division scolaire n'approuve pas le financement. La mère de Matthew doit payer de sa poche. Dans une rencontre avec le travailleur de soutien familial, il est noté que la mère de Matthew a confié que la division scolaire lui avait dit que, malgré la note du médecin précisant que Matthew ne pouvait fréquenter l'école en raison de son anxiété et de sa dépression, l'école n'assumerait pas les coûts pour qu'il puisse poursuivre ses études à la maison. Le travailleur de soutien familial écrit :

> [Traduction] Les divisions sont souvent d'avis qu'elles peuvent offrir les cours à l'école, mais dans un format différent. Par conséquent, à leurs yeux, l'élève n'est pas admissible ou n'est pas physiquement en mesure d'assister aux cours. [La mère de Matthew] a exprimé sa frustration à

> cet égard, disant que l'école ne fait rien pour les aider, elle et Matthew, que l'école ne leur offre pas d'options. Elle a dit que l'école ne semble pas se soucier que Matthew ne fréquente pas l'école et qu'elle n'offre aucun soutien (travailleur de soutien familial, notes au dossier quotidiennes, 1er mars 2017).

Le travailleur de l'office de services à l'enfant et à la famille effectue régulièrement des visites à domicile et détermine que, malgré les problèmes de santé mentale de Matthew, la dynamique familiale est saine et fonctionnelle. La mère de Matthew peut compter sur le soutien de sa famille élargie, elle veille aux intérêts de ses enfants et travaille fort pour répondre à leurs besoins; l'office n'a jamais noté de préoccupation sur le plan de la protection des enfants. La mère de Matthew estime que le travailleur de l'office de services à l'enfant et à la famille est d'un grand soutien et qu'il comprend sa famille. Selon elle :

> [Traduction] [Le travailleur de l'office de services à l'enfant et à la famille] était excellent, d'une grande aide, compréhensif; il avait de la compassion pour Matthew, mais aussi pour moi et pour [le frère de Matthew]. [Le travailleur de l'office de services à l'enfant et à la famille] demandait toujours s'il pouvait faire quelque chose. Les services de [l'office de services à l'enfant et à la famille] étaient merveilleux. C'était du soutien, et non des réprimandes (mère de Matthew, entrevue, 28 août 2019).

En février 2017, Matthew décide qu'il ne retournera pas à l'école avant l'automne. Pendant le printemps et l'été, les personnes en contact avec Matthew le décrivent comme étant de plus en plus distant avec son entourage. Il passe beaucoup de temps à dormir, sort rarement de la maison et refuse de discuter de sujets tels que l'école ou l'avenir. Il ne suit plus de thérapie.

Le matériel éducatif pour l'apprentissage à distance arrive en avril 2017. Lors d'une conversation avec le travailleur de soutien familial, la mère de Matthew fait part de son désespoir grandissant face à la situation de sa famille, déclarant ne pas pouvoir continuer à vivre ainsi, avec son fils qui l'intimide, qui menace de se faire du mal, qui essaie de s'engourdir avec de la drogue et de l'alcool, qui refuse de demander de l'aide et qui ne peut être laissé seul à la maison (travailleur de soutien familial, notes au dossier quotidiennes, 5 avril 2017).

La mère de Matthew appelle le psychologue du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. le 28 juin 2017 afin de demander de l'aide pour Matthew. Selon le psychologue :

> [Traduction] Elle dit que Matthew ne fréquente pas l'école depuis plus d'un an et qu'il passe la majorité de son temps à lire sur Internet ou à dormir. Selon [elle], il n'a aucun plan d'avenir. Il est hésitant à obtenir de l'aide ou à voir un thérapeute. Il prend du Wellbutrin et du Celaxa, mais les médicaments ne semblent pas l'aider. Il a des idées suicidaires intermittentes, et [sa mère] l'a amené au service d'urgence pour enfants du Centre des sciences de la santé pour cette raison (psychologue, notes intégrées du Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc., 28 juin 2017).

Un rendez-vous clinique est fixé pour le 12 juillet 2017. Le psychologue évoque aussi une séance d'urgence si Matthew exprime des idées suicidaires. Le 12 juillet 2017, le rendez-vous est déplacé au 17 juillet 2017 puisque Matthew refuse de s'y présenter. Le 17 juillet 2017, la mère de Matthew appelle le psychologue pour annuler ce rendez-vous également, car Matthew refuse de s'y présenter. Selon les notes du travailleur de soutien familial, Matthew refuse d'aller au deuxième rendez-vous et déclare qu'il ne peut être guéri, et que le travailleur ne pourra pas l'aider de toute façon (travailleur de soutien familial, notes au dossier quotidiennes, 19 juillet 2017).

La santé mentale de Matthew continue de se dégrader et, à la fin août, sa mère informe le travailleur de soutien familial que Matthew ne prend plus ses médicaments depuis au moins deux semaines. La mère de Matthew déclare au travailleur de soutien familial que Matthew porte uniquement les tee-shirts de son père, qu'il ne porte plus les siens (travailleur de soutien familial, notes au dossier quotidiennes, 23 août 2017).

En septembre, Matthew a quelques bonnes journées. Sa mère sait qu'il consomme du cannabis, ce qu'elle dit pouvoir accepter si cela aide sa santé mentale, tout en précisant qu'elle est consciente des risques sur un cerveau en croissance. Elle précise avoir l'intention d'en parler avec le pédiatre de Matthew. En octobre, la santé mentale de Matthew se détériore de nouveau. Dans un message texte au travailleur de soutien familial, la mère de Matthew affirme que les choses ne vont pas bien ces derniers temps, que Matthew est vraiment déprimé et qu'il dit encore qu'il veut mourir. Sa mère se sent perdue (travailleur de soutien familial, notes au dossier quotidiennes, 4 octobre 2017).

Les jours précédant la mort de Matthew

La dernière visite du travailleur de soutien familial a lieu le 3 novembre 2017 et, selon les notes au dossier, Matthew se montre très hostile envers celui-ci. Matthew remet en question les motivations du travailleur de soutien familial à passer du temps avec lui et affirme ne vouloir personne dans sa vie. Le comportement de l'adolescent est considéré comme inhabituel, et le travailleur de soutien familial estime que cet emportement est peut-être le signe que Matthew se sent plus à l'aise avec lui. Il nous a dit :

> [Traduction] Ma dernière rencontre avec Matthew a été difficile. Il refusait de prendre ses médicaments, dormait beaucoup… Il a été très désagréable avec moi… Peu importe ce que je disais, il réagissait avec beaucoup d'intensité… J'y ai vu un signe de rapprochement, de connexion (travailleur de soutien familial, entrevue, 27 août 2019).

La mère de Matthew affirme que, dans les jours précédant la mort de son fils, la vie familiale semblait suivre son cours normal. La veille du suicide de Matthew, elle se rappelle avoir entendu ses fils rigoler comme de petits enfants. Ils étaient assis dans le salon et regardaient ensemble des mèmes sur Internet. Plus tard dans la soirée, les grands-parents maternels passent rendre visite à la famille. Le grand-père

maternel de Matthew passe beaucoup de temps à discuter avec lui, Matthew lui disant ne plus avoir la volonté de vivre.

Le matin du 8 novembre 2017, Matthew se glisse dans le lit de sa mère pour passer du temps avec elle. Ils discutent un peu, et Matthew lui montre des choses amusantes sur son ordinateur pour la faire rire. Il sait que sa mère a une rencontre ce jour-là avec le travailleur de soutien familial. Elle se prépare et quitte la maison vers 14 h. À son retour, environ 90 minutes plus tard, elle trouve Matthew pendu dans la maison. Elle le décroche et appelle le 911. Matthew est transporté au service d'urgence de l'Hôpital pour enfants au Centre des sciences de la santé, où il est placé sous assistance vitale à l'unité de soins intensifs pédiatriques. Matthew a subi d'importantes lésions cérébrales. Après quelque temps, l'équipement de maintien des fonctions vitales est retiré, et il meurt le 9 novembre 2017, entouré de sa famille. Matthew a 16 ans.

L'appel à l'action d'une mère

Le texte ci-dessous a été rédigé par la mère de Matthew et publié sur les médias sociaux le 31 janvier 2018, soit deux mois après le décès de Matthew. Nous le reproduisons ici avec sa permission. La traduction est de nous.

Il est grand temps de se dire les vraies affaires quand on parle de santé mentale. Sensibiliser les gens, c'est excellent. En parler, c'est excellent. Ce sont de bons points de départ, qui contribuent à faire tomber les préjugés entourant ce qui est, au fond, une maladie de l'esprit. Par contre, le manque de services de santé mentale une fois que l'on a trouvé le courage d'admettre qu'on avait besoin d'aide, c'est pas mal moins bon.
Matthew a reçu un diagnostic de trouble dépressif majeur et de trouble d'anxiété généralisée en 2014. Pendant les trois années et demie qui ont suivi, nous avons désespérément tout essayé pour aider notre garçon à combattre les pensées destructrices qui envahissaient son esprit tourmenté. Nous avons multiplié les rencontres et les discussions avec la direction de l'école, les enseignants, les psychologues, les psychiatres, les conseillers, les thérapeutes en dépendances, les médecins, les équipes mobiles d'intervention d'urgence, le Service de police de Winnipeg, les Services à l'enfant et à la famille, les travailleurs sociaux et les travailleurs de soutien familial. Matthew s'est rendu au moins six fois aux urgences de l'Hôpital pour enfants (souvent en ambulance) et a été hospitalisé à quatre reprises aux services de soins psychiatriques lorsque ses pensées suicidaires envahissantes devenaient trop difficiles à supporter pour son cerveau malade. Nous avons essayé cinq antidépresseurs différents, et diverses combinaisons de ceux-ci, sans succès. Rien ne semblait fonctionner pour son cerveau en développement.
Nous avons vu sa santé se détériorer, nous l'avons vu s'isoler, adopter de mauvais comportements à l'école comme à la maison, chercher à engourdir temporairement sa souffrance et son désespoir dans la marijuana, les médicaments et l'alcool. Vers la fin, il n'était plus capable d'aller à l'école du tout, et nous devions le surveiller pratiquement en tout temps.
Nous nous sentions impuissants, en colère, désemparés, paniqués, pris au piège, seuls et… honteux. Nous n'étions pas le genre de famille à qui ces choses arrivent. Matthew n'était pas le genre d'enfant à qui ces choses arrivent. Petit à petit, nous avons vu notre garçon heureux, intelligent, curieux, drôle et plein d'entrain disparaître devant nos yeux. Pour un parent, c'était le pire cauchemar qu'on puisse vivre.
Nous avons mis beaucoup d'efforts, mais ce dont Matthew avait réellement besoin, c'était d'être hospitalisé pour traiter sa dépression, son anxiété, les séquelles de l'intimidation qu'il avait subie, son trouble de stress post-traumatique, son deuil, ses problèmes de consommation et ses pensées suicidaires envahissantes. Il avait besoin d'une surveillance constante, à toute heure du jour et de la nuit, pour s'assurer qu'il mangeait, buvait, sortait du lit, interagissait avec les autres, se présentait à ses rendez-vous, se douchait, prenait ses médicaments et, surtout, pour éviter qu'il se fasse du mal.
Et c'est là où tout ça devient un peu fou. Nous sommes au Canada. Un pays qui a supposément l'un des meilleurs systèmes de santé au monde, non? La santé mentale, ce n'est plus un tabou, n'est-ce pas? On nous encourage à en parler, à demander de l'aide. Ma famille et moi avons fait tout ça. Alors, on fait quoi, quand rien ne fonctionne? Que se passe-t-il lorsque cette maladie du cerveau devient si grave que la personne perd tout espoir et refuse toute forme de traitement? La réponse est pourtant simple : Matthew avait besoin d'être traité en établissement. IL N'EXISTAIT PAS DE SERVICES, NULLE PART AU CANADA, POUR PRENDRE EN CHARGE DES PATIENTS COMME MATTHEW.
Aucun, nulle part. Personne n'a été capable de me dire quoi faire pour aider Matthew à long terme. Il n'y avait

rien... Absolument rien...

Je vous raconte aujourd'hui l'histoire de Matthew pour que sa mort ne soit pas le point final. En sa mémoire, je suis déterminée à faire connaître les failles béantes de notre système de santé mentale et à trouver des solutions. Ce sont des failles énormes, qui coûtent des vies et brisent des familles… Mon combat pour de meilleurs soins de santé mentale est loin d'être terminé…

Constatations, thèmes et recommandations

Les profondes répercussions de l'intimidation sur Matthew

CONSTATATION : Matthew a subi de l'intimidation grave au premier cycle du secondaire, ce qui a fortement nui à sa capacité à fréquenter l'école, à participer à la vie scolaire et à se sentir en sécurité à l'école.

Au fil de notre enquête, l'histoire de Matthew est devenue de plus en plus claire. Lorsqu'il était jeune, c'est un enfant intelligent et curieux, un élève ayant parfois tendance à trop socialiser en classe, mais globalement un enfant heureux qui aime les sciences. Vers la fin de l'école primaire, son dossier de santé indique qu'il a des problèmes de santé physique, entre autres une courbure rachidienne, et qu'il est maladroit dans ses mouvements. Ses parents se sont demandé s'il avait un trouble du spectre de l'autisme et ont demandé à ce qu'il soit évalué. Matthew est décrit comme un enfant qui n'interprète pas toujours les codes sociaux de la même manière que ses pairs.

L'isolement social et l'intimidation commencent véritablement lorsque Matthew, alors âgé de 11 ans, change d'école et entre en 7e année. Nous n'avons pas été en mesure de déterminer précisément ce qui a pu faire de Matthew une cible. Il n'est toutefois pas difficile d'imaginer qu'un enfant composant avec particularités qui le distinguent des autres puisse être rejeté et faire face à des obstacles sociaux qui entravent son intégration dans un groupe de pairs. Le 23 juillet 2014, Matthew a confié à son thérapeute que les actes d'intimidation étaient devenus quotidiens depuis qu'il avait refusé de donner de l'argent à un autre élève pour l'achat d'un hamburger chez McDonald's. Matthew croyait que son école était au courant de la situation, mais qu'aucune mesure n'était prise pour mettre fin à l'intimidation. À partir de la 7e année, un antidépresseur lui est prescrit pour traiter son anxiété, mais son état a continué de se détériorer au fil des ans.

De la 7e à la 9e année, Matthew est tourmenté avec une cruauté bouleversante, le plus souvent par un même petit groupe de pairs auquel d'autres élèves se joignaient parfois. Après sa 8e année, Matthew a confié à un thérapeute que neuf ou dix enfants lui avaient dit qu'il devrait se suicider (thérapeute, notes d'observations cliniques, 27 juin 2014). Les actes d'intimidation se poursuivent et s'aggravent. Matthew ne se sentait pas en sécurité ni à l'école ni dans sa communauté, et en a parlé à de nombreux adultes. Plusieurs d'entre eux ont consigné les mauvais traitements, les interventions semblaient surtout axées sur Matthew. On lui offrait davantage de séances de counseling, des plans de sécurité, de l'accompagnement à l'extérieur de l'école à la fin des classes. Ce qui est toutefois ressorti de notre examen des nombreux dossiers est l'absence de mesures prises par l'école pour lutter de manière décisive contre l'intimidation. Nous n'avons trouvé aucune trace d'une rencontre entre Matthew et le groupe d'intimidateurs pour engager un dialogue ni aucune mention d'une convocation des parents pour aider à mettre un terme à ce qui se passait entre leurs enfants. Au cours de l'enquête, notre équipe a rencontré des membres du personnel de l'école qui avaient côtoyé Matthew pendant son premier

cycle du secondaire et pendant la période où l'intimidation était la plus grave. Selon eux, bien que les détails ne figurent pas dans les dossiers de Matthew, l'école a bel et bien pris des mesures pour intervenir auprès des intimidateurs (personnel de l'école, entrevue, 31 janvier 2020). Avec le temps, tout en disant aux adultes ne pas sentir en sécurité à l'école, Matthew a commencé à se défendre. Il tenait des propos menaçants envers d'autres élèves, tant à l'école qu'en ligne. Il se présentait à l'école avec un couteau à lame rétractable. Ces choix négatifs lui ont valu plusieurs suspensions. Au cours du dernier mois de sa 9e année, un autre couteau a été découvert caché dans une salle de classe, et le personnel de l'école s'est demandé s'il appartenait à Matthew. Le retour récent de l'un de ses intimidateurs après une suspension a été mentionné, ce qui avait amené le personnel de l'école à croire que Matthew avait peut-être ressenti le besoin de se protéger. À ce stade, Matthew avait déjà reçu un diagnostic de trouble d'anxiété généralisée et de trouble dépressif majeur. Il avait également déjà commencé à s'automédicamenter en consommant de l'alcool et du cannabis. Les dossiers indiquent par ailleurs qu'il consommait du cannabis dans le but de s'intégrer à son groupe de pairs. Notre Bureau a relevé plusieurs incidents où le comportement de Matthew peut s'expliquer par les efforts d'un enfant qui se sentait exclu et qui cherchait à être accepté par les autres. Un exemple de ce type de comportement a été observé par des membres du personnel de l'école au printemps 2015. Ils ont vu Matthew tenter de faire un « high-five » à ses intimidateurs (psychologue de la division scolaire, notes d'observations cliniques, 20 mars 2015). À la fin de la 9e année, Matthew devait changer d'école. Sachant qu'il continuait d'être une cible, son école secondaire de premier cycle et celle de deuxième cycle travaillent ensemble à la composition des classes afin d'éviter que Matthew ne se retrouve dans la même classe que ses intimidateurs.

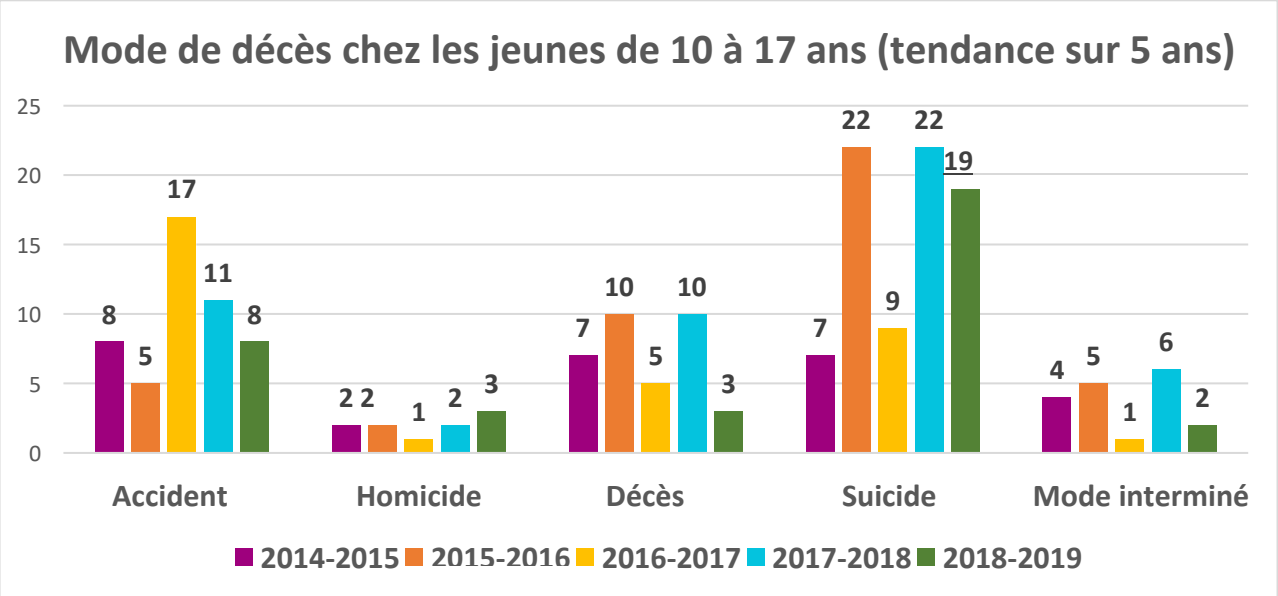
En 10e année, même si l'intimidation semblait avoir cessé depuis son changement d'école, le sentiment de sécurité et l'estime de soi de Matthew étaient déjà profondément atteints. Il n'avait plus d'intérêt pour l'école, ratait souvent des cours, et son anxiété était devenue invalidante. Refusant souvent de quitter la maison, Matthew présentait des idées suicidaires de plus en plus persistantes. L'équipe mobile d'intervention d'urgence et d'autres membres du personnel d'intervention d'urgence étaient fréquemment appelés à intervenir, à aider à garantir sa sécurité. Bien que le décès de Matthew soit survenu deux ans après la fin du premier cycle du secondaire, son histoire montre clairement que l'intimidation qu'il y a subie et le sentiment d'avoir dû composer seul avec cette situation ont sans l'ombre d'un doute bouleversé le cours de sa vie et, ultimement, mené à sa mort.

Les écoles du Manitoba ont un rôle unique à jouer dans la prévention de l'intimidation

CONSTATATION : Le système d'éducation a offert des services de soutien à Matthew pour l'aider à surmonter ses problèmes de santé mentale et de consommation. Ces interventions ne se sont pas attaquées à l'intimidation et n'ont pas créé les conditions nécessaires pour que Matthew développe un sentiment de sécurité et d'appartenance dans son milieu scolaire.

Selon les données recueillies par le Centre manitobain des politiques en matière de santé (2016), 14 pour cent des enfants au Manitoba reçoivent au moins un diagnostic de trouble mental. Plus précisément, 8,3 pour cent des enfants reçoivent un diagnostic de trouble comportemental, ce qui comprend les dépendances, et 7,3 pour cent des enfants reçoivent un diagnostic de trouble anxieux ou de l'humeur.

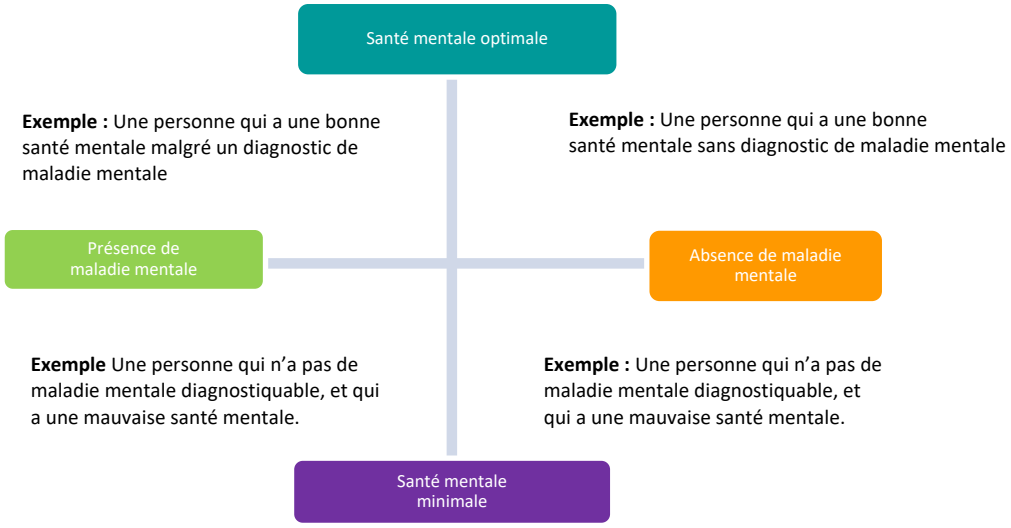
Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba est responsable d'enquêter sur les décès d'enfants depuis 2008. Par conséquent, notre Bureau collecte depuis plus de dix ans des données fiables sur les décès de jeunes dans notre province. **De manière préoccupante, ces données démontrent que le suicide est le principal mode de décès chez les jeunes âgés de 10 à 17 ans au Manitoba.** Le suicide a emporté 79 jeunes de notre province dans les cinq dernières années seulement, comme le montre le tableau ci-dessous. En réponse à ces chiffres troublants et bien au fait des répercussions profondes qu'a le suicide d'un jeune sur sa famille, ses pairs et sa communauté, notre Bureau a lancé la quatrième phase de notre enquête sur le suicide (rapport *Phase Four* à venir). Le Bureau a ouvert des enquêtes individuelles sur le décès par suicide de 22 jeunes filles dans notre province; le rapport examinant ces 22 décès de manière globale sera rendu public par le Bureau dans les prochaines semaines.



Ces données suggèrent que de nombreux enfants vivent une grande détresse, et que davantage de soutien doit être accordé à la promotion de la santé mentale et du bien-être chez les jeunes. Puisque les enfants et les jeunes passent idéalement le plus clair de leur temps dans des programmes éducatifs et dans des écoles, des investissements judicieux peuvent être faits dans les systèmes d'éducation pour que ces questions soient abordées.

La santé mentale et la maladie mentale ne sont pas des notions opposées. Les enfants et les jeunes souffrant de maladies mentales peuvent présenter tout de même une bonne santé mentale en général, tandis que d'autres n'ayant reçu aucun diagnostic peuvent avoir un faible niveau de santé mentale. Il est préférable de se représenter un continuum sur lequel les personnes se déplacent d'un état à un autre, qu'elles souffrent ou non d'une maladie mentale. Leur fonctionnement individuel, leur bien-être social et leurs problèmes de santé mentale sont autant de facteurs pouvant jouer sur leur épanouissement ou leur dépérissement. Ce continuum sert à illustrer que la santé mentale n'est pas simplement l'absence de maladie mentale, et qu'il est possible d'avoir une bonne santé mentale en général tout en ayant une maladie mentale.

Le continuum de la santé mentale



Source : www.togethertolive.ca/mental-health-continuum

Les enfants et les jeunes qui ont du mal à rester en bonne santé mentale ainsi que ceux qui souffrent de maladie mentale sont plus susceptibles d'avoir du mal à tisser des liens avec leurs pairs. Ils sont également plus susceptibles que d'autres d'éprouver des difficultés dans leur milieu scolaire. L'école a un rôle important à jouer dans la promotion de la santé mentale et du bien-être chez les jeunes. Comme le souligne le Bureau d'Enfants en santé Manitoba (publication sans date) :

> Les écoles sont un endroit idéal pour promouvoir la santé mentale parmi les jeunes et les adolescents, puisqu'elles permettent d'atteindre de grands groupes d'enfants pendant leurs

années de formation, c'est-à-dire tout au long de leur développement sur les plans cognitif, émotionnel et comportemental.

Il est aussi crucial que les fournisseurs de services en milieu scolaire reçoivent une formation adéquate leur permettant de reconnaître les signes d'un élève aux prises avec des problèmes de santé mentale et d'intervenir de manière positive et efficace.

Dès son jeune âge, Matthew éprouvait des difficultés à l'école. Il obtenait de bons résultats scolaires, mais ses aptitudes sociales étaient plus limitées. Il savait qu'il était différent des autres élèves, et il avait de la difficulté à tisser des liens avec le personnel et ses pairs. Le lien avec l'école et avec des adultes solidaires est un facteur de protection important contre le suicide chez les jeunes aux prises avec des pensées suicidaires (rapport du comité d'examen des décès du BC Coroners Service, 2019). En 8e année, Matthew a commencé à montrer des signes de désengagement. Ses absences se sont multipliées, il ne faisait pas tous ses travaux scolaires, et ses notes ont commencé à baisser. Selon la mère de Matthew, l'école secondaire de premier cycle ne semblait pas considérer les difficultés de Matthew comme étant alarmantes. Elle nous a confié avoir eu l'impression que l'école concentrait son attention sur des élèves ayant des besoins plus grands, même si Matthew subissait de l'intimidation chronique, n'avait pas beaucoup d'amis, s'intégrait mal aux autres et était isolé socialement (mère de Matthew, entrevue, 28 août 2019). Le dossier scolaire de Matthew laisse entendre qu'un des objectifs de l'intervention du psychologue de la division scolaire était de contacter la mère de Matthew pour régler des tensions entre l'école et celle-ci (psychologue, rapport d'observation continue, 12 janvier 2015). L'école a eu une belle occasion de reconnaître que la santé mentale de Matthew était mauvaise et d'intervenir au moyen de mesures de soutien appropriées pour lui permettre de développer un sentiment de sécurité et d'appartenance à l'école.

Lorsque Matthew passe du premier au deuxième cycle du secondaire, ce manque d'appartenance s'intensifie et mène à un désengagement face à la communauté scolaire en général. En 9e année, Matthew (âgé de 13 ans) a attiré l'attention de l'école en raison d'un comportement inapproprié et a reçu une première suspension à l'intérieur de l'école pour avoir donné un coup de poing à un élève qui s'était moqué de lui parce qu'il avait laissé tomber son téléphone. Selon la politique de la division scolaire, une suspension est donnée lorsqu'aucune autre mesure disciplinaire ne s'avère efficace ou lorsque le comportement d'un élève perturbe ou met en danger les autres (division scolaire de Matthew, *Policy on student suspensions and expulsions*, 17 avril 2018). Toujours selon la politique, une suspension à l'intérieur de l'école offre un environnement éducatif structuré et supervisé avec un contact limité avec les pairs (division scolaire de Matthew, *Policy on student suspensions and expulsions*, 17 avril 2018). Toutefois, cette approche va à l'encontre des efforts de réparation et de promotion d'un environnement scolaire positif. Le *Code de conduite provincial* (2017) du ministère de l'Éducation du Manitoba mentionne le recours à des pratiques réparatrices dans certaines écoles pour le développement d'un sentiment d'appartenance et la gestion des conflits par la réparation des dommages et l'établissement de relations. Le *Code de conduite provincial* relève également d'autres

solutions que la suspension, y compris les discussions informelles, les contrats comportementaux, les rencontres avec un conseiller scolaire ou le recours aux services aux élèves. Bien que le comportement de Matthew envers l'autre élève ait été inacceptable, il n'y avait aucune trace que l'établissement ait eu recours à d'autres options pour lui permettre de rester à l'école et l'aider à reconnecter avec ses pairs et avec la communauté scolaire.

Quelques semaines plus tard, Matthew a été impliqué dans un autre incident avec un groupe d'élèves. Selon l'école, Matthew et ces élèves ont échangé des messages sur les médias sociaux, et Matthew a fait des menaces en ligne. Matthew a informé l'école qu'il était suivi par un groupe d'élèves qui tentait de le provoquer. Le personnel de l'école a rencontré les autres élèves, et ainsi découvert des communications en ligne dans lesquelles Matthew menaçait un des élèves de lui lancer une bombe incendiaire et de l'attaquer au couteau. Matthew a alors été fouillé, et une arme a été trouvée en sa possession. Matthew était intelligent et savait qu'il était interdit d'apporter une arme à l'école : son geste ne faisait que montrer à quel point il se sentait vulnérable. Par suite de cet incident, Matthew a reçu sa première suspension à l'extérieur de l'école. Une étude suggère que les mesures disciplinaires punitives, comme les suspensions à l'extérieur de l'école, n'augmentent pas la sécurité à l'école, ne diminuent pas l'intimidation et ne réduisent pas la violence (*Bullying and School Climate*, publication sans date). Cette étude laisse également entendre que les suspensions et les expulsions entraînent de la méfiance et un climat scolaire négatif (*Bullying and School Climate*, *Ibid.*). Le Consortium conjoint pour les écoles en santé, dont le ministère de l'Éducation du Manitoba et le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active du Manitoba font partie, a publié un rapport en 2010 indiquant que les suspensions et les expulsions ne permettent pas de créer un environnement scolaire plus sûr, et que les élèves ont tendance à adopter le même comportement ou à faire pire lorsqu'ils retournent en classe[4]. C'était le cas de Matthew, qui a reçu deux autres suspensions à l'extérieur de l'école dans les deux mois suivants pour possession et consommation de substances psychoactives. Cette approche punitive n'a pas aidé Matthew à s'intégrer à sa communauté scolaire ni à mettre fin à l'intimidation récurrente qui ne cessait d'empirer.

Comme le mentionne le rapport *Documenting the Decline: The Dangerous Space Between Good Intentions and Meaningful Interventions* (2018) du Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba, les suspensions à l'extérieur de l'école risquent d'entraîner d'autres conséquences négatives, y compris de mauvais résultats scolaires et du décrochage. Nous avons également soulevé ces questions dans le rapport *Un endroit où l'on se sent chez soi : L'histoire de Tina Fontaine* (2019b). Dans ces deux rapports spéciaux, le Bureau a formulé des recommandations officielles enjoignant le gouvernement à examiner ses politiques en matière de suspension et d'expulsion et à créer une stratégie visant à limiter,

[4] « Le Consortium conjoint pancanadien pour les écoles en santé a été créé en 2005 par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux afin de réunir deux grands systèmes – l'éducation et la santé – dans l'ensemble du pays en vue de combiner leurs forces pour favoriser le mieux-être et la réussite des enfants et des adolescents dans le milieu scolaire. » Pour en savoir plus sur le Consortium, voir la page https://www.jcsh-cces.ca/fr/a-propos/.

à réduire et à éliminer progressivement les pratiques d'exclusion, sauf en cas de risque imminent à la sécurité des élèves et du personnel. En janvier 2019, le ministère de l'Éducation a annoncé un examen complet du système de la maternelle à la 12e année et a reçu, dans le cadre de son mandat, l'instruction de nous rencontrer afin de discuter de nos recommandations en matière de suspension et d'expulsion.

La Commission sur l'éducation de la maternelle à la 12e année du Manitoba a demandé à rencontrer le Bureau. Une première rencontre s'est donc tenue en juin 2019, au cours de laquelle nous avons présenté des études et d'autres documents axés sur :

- le droit des enfants à une éducation équitable et inclusive;
- les recommandations en matière d'éducation de rapports spéciaux précédents de notre Bureau;
- l'absentéisme chronique et grave;
- les suspensions et les taux de décrochage;
- l'accès à l'éducation des enfants ayant un handicap ou des problèmes de comportement;
- les obstacles à l'inscription à l'école;
- l'importance d'une véritable consultation des jeunes dans le cadre du travail de la Commission.

Après cette première rencontre, la Commission a accepté notre proposition d'organiser une rencontre avec le Groupe consultatif de jeunes ambassadeurs du Bureau. En juillet 2019, les membres de la Commission ont participé à un groupe de discussion avec des jeunes du Groupe consultatif, qui ont pu exprimer leurs propres idées quant aux améliorations nécessaires dans les écoles et dans le système d'éducation. Les jeunes du Groupe consultatif ont notamment soulevé le besoin d'un soutien accru à l'école pour les élèves qui traversent des périodes difficiles. Ils ont aussi souligné que lorsque des élèves sont souvent absents, le simple fait de savoir qu'une personne à l'école se soucie d'eux peut parfois les aider à retourner à l'école. De plus, les jeunes ont insisté sur l'importance de relations bienveillantes entre le personnel et les élèves et sur le fait que les adultes à l'école ne savent pas toujours comment repérer les élèves aux prises avec des problèmes de santé mentale ou d'isolement[5].

Cet aspect est important dans l'histoire de Matthew. Il a fini par être orienté vers le psychologue de la division scolaire. Toutefois, au moment où le psychologue a commencé à travailler auprès de Matthew, celui-ci avait perdu toute confiance dans la capacité de l'école à veiller sur lui. Matthew a rencontré individuellement le psychologue pour discuter de ses pensées et de ses sentiments à l'égard de l'école. Cependant, toutes les tentatives visant à réintégrer Matthew au sein de sa communauté scolaire se sont heurtées à une résistance et à des réactions négatives. En avril 2015, un élève a giflé Matthew assez fort pour laisser une marque sur sa peau. L'école a proposé de rencontrer Matthew et sa mère pour élaborer des plans de sécurité, mais la mère de Matthew a refusé. Selon elle, une telle rencontre serait inutile, car son fils n'avait plus confiance en l'établissement. La semaine suivante, Matthew a confié au psychologue de la division scolaire qu'un groupe d'élèves l'avait menacé physiquement et avait

[5] Pour lire le mémoire du Bureau à la Commission sur l'éducation de la maternelle à la 12e année du Manitoba, voir la page https://manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/2019-06-18-_MACY-Submission_to_K-12_MB_Education_Commission.pdf (en anglais seulement).

notamment parlé de se trouver quelqu'un à qui faire mal (psychologue de la division scolaire, note d'observations, 10 avril 2015). Même dans de telles situations, nous n'avons trouvé aucune mention d'une intervention plus forte de la part de l'école ou de la division.

Les écoles du Manitoba ont accès à de nombreuses ressources sur la santé en milieu scolaire, qui reconnaissent que les établissements scolaires ont « le potentiel de contribuer positivement à la santé mentale positive des élèves » (Consortium conjoint pour les écoles en santé, 2010). Le document d'appui intitulé *Écoles sûres et accueillantes — Une approche de planification à l'échelle de l'école pour favoriser la sécurité et l'appartenance* (ministère de l'Éducation, 2017) explique que la promotion de la sécurité et du bien-être des élèves à l'école passe notamment par l'offre de services de santé mentale en milieu scolaire et de services de prévention du suicide et d'intervention. L'un des piliers de ce document est l'importance des politiques d'écoles en santé, y compris des politiques disciplinaires qui abordent les problèmes des jeunes de manière plus globale. De telles stratégies disciplinaires positives consistent à mettre davantage l'accent sur l'établissement de liens et de bonnes relations de travail avec les élèves, l'adoption d'approches réparatrices pour garder les élèves engagés à l'école, l'élaboration de contrats comportementaux et la tenue de rencontres axées sur les solutions ou la motivation afin de bien cerner les problèmes et de définir des plans pour les résoudre (Consortium conjoint pour les écoles en santé, 2010). La voie empruntée pour remédier aux difficultés scolaires de Matthew n'a pas tenu compte du fait qu'il était victime de violence en milieu scolaire (à savoir d'intimidation), laquelle est devenue un obstacle insurmontable à sa capacité de fonctionner à l'école. En fait, les interventions du système d'éducation reflétaient plutôt une approche punitive et réactionnaire qui a privé Matthew d'un lien positif avec l'école et avec des adultes bienveillants. Le droit de Matthew à une éducation dans un environnement sûr et bienveillant a donc été bafoué.

Au cours de l'enquête, nous avons interrogé le ministère de l'Éducation au sujet de son propre document d'appui intitulé *Écoles sûres et accueillantes — Une approche de planification à l'échelle de l'école pour favoriser la sécurité et l'appartenance* (ministère de l'Éducation, 2017), qui nous a informés que « [c]e document d'appui s'est inspiré de travaux de recherche actuels et de pratiques fondées sur des données probantes pour la planification et le maintien en place d'écoles positives, saines et sécuritaires. Il a été élaboré pour :

- faire appliquer une approche de planification à l'échelle de l'école en matière de sécurité et d'intervention;
- expliquer les étapes à suivre en vue de l'adoption d'un plan visant à créer une école sûre et accueillante;
- partager des outils, des données de recherche et des liens renvoyant à des ressources;
- appuyer le travail actuel de planification, les initiatives et l'expertise des écoles et des divisions scolaires » (ministère de l'Éducation, 2017, p. 4).

Des représentants du ministère nous ont informés que ce document est la mise à jour d'un autre portant sur la lutte contre l'intimidation et qu'il est largement distribué dans les divisions scolaires provinciales. De plus, le ministère a tenu des séances de formation régionales pour les divisions scolaires et des

séances de formation professionnelle. Des séances estivales ont également été offertes dans le cadre du perfectionnement professionnel des éducateurs. Le ministère de l'Éducation nous a informés que le cadre est bien reçu au Manitoba et que d'autres provinces ont demandé à l'utiliser, en précisant qu'il reste malgré tout un document d'appui facultatif et non à force exécutoire (représentant du ministère, entrevue, 12 février 2020).

En novembre 2019, au cours de l'enquête, nous avons rencontré les représentants de la division scolaire de Matthew pour les interroger sur leurs efforts actuels quant à la santé mentale et au bien-être de leurs élèves. Ils nous ont expliqué que l'approche adoptée vise à réduire la stigmatisation entourant les problèmes de santé mentale ou les maladies mentales, et que chaque école de la division met en œuvre des programmes universels, ciblés et individualisés afin de favoriser la prévention et d'intervenir efficacement en matière de santé mentale. On nous a également informés que les cours de santé comportent un volet sur la santé mentale, qu'une partie des programmes et des approches intègrent les *Zones of Regulation* et le *Project 11*, et que la division scolaire est dotée d'un comité actif en matière de santé mentale qui mène des consultations et élabore des plans axés sur le bien-être des élèves et du personnel (représentants de la division scolaire, entrevue, 7 novembre 2019).

RECOMMANDATION UN : Promouvoir la santé mentale dans toutes les classes de la maternelle à la 12e année

Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande que le ministère de l'Éducation, conjointement avec les divisions scolaires, fasse la promotion des objectifs d'apprentissage provinciaux axés sur la littératie en santé mentale et des aptitudes menant au bien-être mental auprès de tous les élèves de la maternelle à la 12e année. En outre, le ministère et les divisions scolaires devraient veiller à ce que tous les enseignants reçoivent de la formation pour les aider à consolider leurs compétences liées à la promotion de la santé mentale en classe.

RECOMMANDATION DEUX : Cesser de suspendre ou d'expulser des élèves lorsque la sécurité n'est pas en jeu

Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande que le ministère de l'Éducation, avec la participation de toutes les divisions scolaires, élabore une politique provinciale visant à limiter, à réduire et à éliminer progressivement les pratiques d'exclusion, sauf en cas de risque imminent à la sécurité des élèves et du personnel. Cette politique devrait proposer des solutions disciplinaires fondées sur des données probantes qui sont dans l'intérêt supérieur de l'enfant ou du jeune et qui respectent son droit à l'éducation.

RECOMMANDATION TROIS : Créer et promouvoir des écoles sûres et accueillantes

Le document ***Écoles sûres et accueillantes — Une approche de planification à l'échelle de l'école pour favoriser la sécurité et l'appartenance*** **est un outil précieux créé par le ministère**

de l'Éducation et constitue un exemple de pratiques exemplaires permettant de créer des milieux scolaires positifs. Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes recommande que le ministère de l'Éducation poursuive son travail de promotion de ces documents d'appui auprès des divisions scolaires du Manitoba, car toutes les écoles de la province devraient mettre en œuvre les outils facultatifs présentés dans les documents d'appui de la série *Écoles sûres et accueillantes*.

Les facteurs de risque de suicide sont cruciaux pour déterminer le niveau de soutien dont un jeune a besoin

CONSTATATION : Matthew présentait huit facteurs de risque de suicide connus.

Rappelons que le suicide est le principal mode de décès chez les jeunes manitobains. Bien sûr, le suicide est un sujet complexe. Le suicide peut découler de situations et d'expériences fort différentes les unes des autres. Même si la dépression, l'anxiété et la consommation de substances psychoactives sont souvent associées au suicide, les facteurs pouvant accroître le risque de suicide chez une personne sont nombreux, et comprennent des facteurs n'étant pas liés à la maladie mentale (Commission de la santé mentale du Canada, 2019). Le suicide peut être évité si les traumatismes et la souffrance sont pris en charge rapidement. Il est donc important de comprendre quels facteurs de risque sont présents dans la vie d'une personne, et quels facteurs peuvent contribuer à prévenir le décès par suicide.

Recherche sur le suicide au Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba

Depuis de nombreuses années, le suicide est une question étudiée et discutée publiquement par le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes. Comme toujours, notre intention est de fournir des données et des analyses afin que nos constatations et nos recommandations puissent servir à améliorer la prestation des services et à prévenir le suicide chez les jeunes. Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba, anciennement le Bureau du protecteur des enfants, a publié plusieurs rapports concernant le suicide chez les jeunes. Parmi ces rapports, citons *The Changing Face of Suicide and the Narrow Window for Intervention: Phase One* (2015) et le suivant, *Phase Two* (2016). Ces rapports s'inscrivent dans le cadre d'une étude pluriannuelle sur le suicide encore en cours au Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba. Le dernier en date (*Phase Four*) sera publié au début de l'année 2020. Dans le rapport *Phase One*, nous avons étudié le parcours de 50 jeunes qui ont mis fin à leurs jours au Manitoba de 2009 à 2013, en nous intéressant aux facteurs de risque connus. Dans le rapport *Phase Two*, nous avons comparé la cohorte initiale de 50 jeunes avec un groupe témoin constitué de 100 jeunes, afin d'étudier les facteurs communs ou différents entre les groupes[6]. Le rapport *Phase Three* constitue un aspect unique de cette étude, en ce sens où nous avons utilisé les données et les leçons tirées des deux premières phases et collaboré avec l'Association canadienne pour la santé mentale (bureaux du Manitoba et de Winnipeg) afin de créer les Thrival Kits™, un projet de promotion de la santé mentale pour les élèves de la 4e à la 6e année. Ces trousses sont actuellement distribuées à plus de 4 000 élèves dans les écoles primaires du Manitoba[7]. Le rapport *Phase Four* de l'étude, qui sera publié par le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes dans les prochaines semaines, étudie le décès par suicide de 22 jeunes filles qui, au moment de leur mort, avaient besoin de services de santé

[6] Voir le rapport *Phase One* ici : https://manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/The-Changing-Face-of-Youth-Suicide-in-Manitoba_FINAL_web-2.pdf, et le rapport *Phase Two* ici : https://manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/The-Changing-Face-of-Youth-Suicide_P2_web-1.pdf.
[7] Pour en savoir plus sur le projet des Thrival Kits™, voir ici : https://thrivalkits.ca.

mentale ou cherchaient à en obtenir. Pour les rapports *Phase One*, *Phase Two* et *Phase Four*, notre équipe a examiné des documents et d'autre matériel pour y recenser 20 facteurs de risque connus dans la vie de ces jeunes :

1. la maltraitance physique;
2. la maltraitance sexuelle;
3. l'exploitation sexuelle;
4. la consommation de substances psychoactives chez le jeune;
5. le mésusage de substances psychoactives chez les parents;
6. la violence à la maison;
7. l'intimidation;
8. la faible fréquentation scolaire;
9. les problèmes de comportement à l'école;
10. un historique d'hospitalisations pour des blessures suspectes ou d'admissions pour des raisons de santé mentale;
11. l'intervention du système de justice pénale pour les adolescents;
12. les changements de placement familial ou l'instabilité résidentielle;
13. l'automutilation;
14. l'idéation suicidaire;
15. les tentatives de suicide antérieures connues;
16. la suicidabilité de membres de la famille ou d'amis (tentatives ou idéation);
17. les décès par suicide de membres de la famille ou d'amis;
18. les conflits récents;
19. la consommation d'alcool au moment du décès;
20. la consommation de drogues au moment du décès.

Voici les huit facteurs de risque de suicide présents chez Matthew.

Consommation de substances psychoactives chez les jeunes

Le rapport du Sondage sur la santé des jeunes du Manitoba (*Partners in Planning*, 2014) a révélé qu'alors que 51 % des jeunes indiquaient avoir déjà bu de l'alcool, 25 % déclaraient avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours du mois précédent. Parmi ceux-ci, 21 % indiquaient en avoir consommé au moins six jours au cours du mois précédent. Les chercheurs ont défini l'hyperalcoolisation rapide comme la consommation d'au moins cinq verres à une même occasion. Ils ont notamment constaté que 30 % des élèves de 11^{e} année et 42 % des élèves de 12^{e} année déclaraient avoir eu un épisode d'hyperalcoolisation rapide au cours du mois précédent.

La marijuana est la drogue illicite la plus populaire chez les jeunes du Manitoba. Le rapport indique qu'au total 13 % des élèves ont indiqué avoir consommé de la marijuana ou du hachisch au moins une fois au cours du dernier mois, et 19 %, dans la dernière année (*Partners in Planning*, 2014, p. 46).

Des 100 jeunes faisant partie du groupe témoin de l'étude pour le rapport *Phase Two* du Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba, 41 avaient déjà consommé de l'alcool ou des drogues illicites. Parmi les jeunes décédés par suicide et dont le parcours a été étudié dans le cadre du rapport *Phase One*, 74 % avaient déjà consommé de l'alcool ou des drogues illicites. La première consommation de substances psychoactives connue de Matthew a eu lieu lorsqu'il avait 13 ans. Il a admis avoir consommé du cannabis à quatre reprises. Il a continué de consommer du cannabis par intermittence jusqu'à son décès. Il savait également nommer les conséquences négatives de sa consommation, à savoir ses problèmes à l'école et à la maison. En 2015, Matthew avait décidé d'arrêter de consommer du cannabis pendant quelque temps. Il avait expliqué à plusieurs adultes avoir pris cette décision parce qu'il constatait que sa mémoire et son niveau de stress étaient considérablement affectés par la quantité de cannabis qu'il consommait, et que cela lui faisait peur. Son abstinence a toutefois été de courte durée, et il a recommencé à en consommer de manière régulière.

Matthew a consommé également de l'alcool à quelques reprises, ce qui le rendait colérique. Il s'est même parfois montré verbalement et physiquement agressif envers ses parents. Le Service de police de Winnipeg était donc appelé. Enfin, en octobre 2016, Matthew a été hospitalisé après avoir consommé un alcool maison, en plus de lorazépam et d'une certaine quantité d'alcool isopropylique (alcool à friction).

Intimidation

Dès l'âge de 12 ans, Matthew a été victime d'intimidation grave et persistante à l'école. Un petit nombre d'élèves était à l'origine de ces actes. Même si Matthew a confié ses traumatismes à de nombreux adultes et fournisseurs de services de son entourage, il avait surtout le sentiment d'être laissé à lui-même pour gérer cette situation, tant à l'école que dans sa communauté. Au bout d'une première année d'intimidation, on lui a prescrit un antidépresseur. On lui a par la suite diagnostiqué un trouble d'anxiété généralisée et un trouble dépressif majeur. Au fil des années, son bien-être mental s'est détérioré. Il se sentait désespéré et avait perdu confiance en la capacité de quiconque à l'aider à surmonter les traumatismes que l'intimidation avait infligés à son esprit. Quatre mois avant son suicide, le faible niveau de bien-être de Matthew l'a empêché de se présenter à une série de séances de thérapie. Il a dit au travailleur de soutien familial des Services à l'enfant et à la famille qui lui était assigné qu'il ne pouvait être guéri, et que le travailleur ne pourrait pas l'aider de toute façon (travailleur de soutien familial, notes au dossier quotidiennes, 19 juillet 2017).

Faible fréquentation scolaire

L'intimidation vécue par Matthew au premier cycle du secondaire et ses maladies mentales, y compris son anxiété relative à l'école, ont eu de sérieuses répercussions sur sa capacité et sa volonté de fréquenter l'école. Il était cependant un adolescent intelligent avec un intérêt pour les sciences, la politique et l'actualité qui s'est manifesté tout au long de sa vie. Dans le bulletin scolaire de Matthew datant de juin 2013, l'école inscrivait que sa fréquentation scolaire en 7^{e} année a été bonne. Il avait été

absent seulement 9,5 jours et n'avait été en retard qu'une fois durant l'année. Sa fréquentation scolaire a commencé à diminuer en 8e année. Selon son bulletin de juin 2014, il avait été absent 30,5 jours et en retard sept fois. À la fin de la 9e année, sa fréquentation scolaire et ses notes avaient dégringolé. Son bulletin mentionne ce qui suit :

- en ELA - Immersion 10F, Matthew a obtenu une note de 53 % et accumulé 94 absences et sept retards;
- en français 10F, Matthew a obtenu une note de 52 % et accumulé 87 absences et aucun retard;
- en sciences humaines 10F, Matthew a obtenu une note de 54 % et accumulé 78 absences et deux retards;
- en mathématiques 10F, Matthew a obtenu une note de 60 % et accumulé 80 absences et quatre retards;
- en sciences de la nature 10F, Matthew a obtenu une note de 54 % et accumulé 97 absences et trois retards;
- en éducation physique 10F, Matthew a obtenu une note de 87 % et accumulé 82 absences et trois retards;
- en arts dramatiques 10F, Matthew a obtenu une note de 59 % et accumulé 78 absences et trois retards;
- en Aliments et nutrition 15G, Matthew a obtenu une note de 79 % et accumulé 18 absences et aucun retard;
- en Technologie de l'électricité et de l'électronique 15G, Matthew a obtenu une note de 66 % et accumulé neuf absences et un retard (école de Matthew, bulletin annuel, 11 juin 2015).

Après le premier cycle du secondaire, Matthew a changé d'établissement. Bien que l'intimidation ne semblait plus être un problème, il s'est dit extrêmement anxieux à l'idée d'aller à l'école. Dans un dernier effort visant à le ramener vers la scolarisation, sa mère a essayé de mettre les choses en place pour qu'il puisse faire l'école à la maison. Cependant, même s'il a reçu le matériel, Matthew ne s'est jamais mis à la tâche. En fin de compte, il a été incapable de poursuivre son éducation et il se renfermait ou se fâchait lorsque les adultes de son entourage parlaient de l'école.

Problèmes de comportement à l'école

Les problèmes de comportement à l'école de Matthew sont apparus avec l'âge. Ses maladies mentales sont devenues invalidantes. Combinées à l'intimidation continuelle dont il était victime au premier cycle du secondaire, elles ont mené à des situations où Matthew s'en prenait à d'autres dans ce qu'on pourrait interpréter comme une tentative de défense, car il ne se sentait pas en sécurité ni protégé par l'école. À certaines occasions, il a fait des choix négatifs, notamment celui d'apporter un couteau à lame rétractable à l'école ou de menacer ses intimidateurs. À la suite de ces évènements, il a été déclaré que Matthew avait des problèmes de comportement à l'école. Durant sa 9e année, en 2014-2015, il a reçu

une suspension à l'intérieur de l'école et trois à l'extérieur pour possession de drogue et agression physique d'autres élèves.

Historique des hospitalisations pour des blessures suspectes et des admissions pour des raisons de santé mentale

En examinant les hospitalisations durant la préparation de nos études *Phase One* et *Phase Two* sur le suicide, nous avons cherché des incidents où des soins médicaux ont dû être obtenus par suite de blessures potentiellement infligées par le jeune ou par autrui (c.-à-d. une agression physique). Nous avons aussi inclus les admissions à l'hôpital pour des raisons de santé mentale (tentatives de suicide, idées suicidaires, dépression, évaluation psychiatrique, et ainsi de suite). Nous avons omis les incidents où le jeune recevait des soins pour une foulure à la cheville, par exemple, si le dossier médical fournissait une explication raisonnable pour la blessure. Soixante-six (66) pour cent des jeunes inclus dans le rapport *Phase One* (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes, 2015) avaient été hospitalisés.

Zambon, Laflamme, Spolaore, Visentin et Hasselberg (2011) ont mené une étude sur la corrélation entre une hospitalisation précédente pour une blessure (intentionnelle ou non) et le risque de suicide ultérieur. Ils ont découvert que l'hospitalisation en cas de blessure intentionnelle (c.-à-d. automutilation) et non intentionnelle (c.-à-d. chute, accident de la route) était étroitement associée à un risque de suicide futur chez les jeunes, et ce, quels que soient les facteurs sociodémographiques de leur famille (p. 178). L'étude souligne que le risque de suicide était 40 fois plus élevé chez les sujets ayant déjà été hospitalisés pour des blessures auto-infligées que chez ceux n'ayant jamais été hospitalisés. Elle révèle également qu'une hospitalisation augmente le risque de suicide chez les jeunes de neuf fois en cas d'agression et de trois fois en cas de blessure non intentionnelle, comme une chute ou un accident de la route, par rapport aux jeunes sans antécédent de blessure (p. 180).

La mère de Matthew a appelé les répondants d'urgence et l'équipe mobile d'intervention d'urgence à de multiples reprises en raison du comportement, des crises de santé mentale et des besoins médicaux d'urgence résultant du mésusage de substances psychoactives de son fils. À 16 ans, Matthew comptait déjà sept visites au service d'urgence de l'Hôpital pour enfants au Centre des sciences de la santé pour des crises de santé mentale. En outre, il avait été admis quatre fois aux services de soins psychiatriques pour enfants et adolescents hospitalisés (PY1).

Idéation suicidaire

L'idéation suicidaire correspond à une fixation sur le suicide qui se traduit par des pensées suicidaires, leur expression verbale ou encore la verbalisation de l'envie de mourir. Vingt-six (26) pour cent des 100 jeunes inclus dans l'étude sur le suicide *Phase Two* (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes, 2016) avaient des antécédents documentés d'idéation suicidaire. Auparavant, le rapport *Phase One* (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes, 2015) présentait un taux d'idéation suicidaire documenté presque trois fois supérieur pour cette population, rendant compte que 64 pour cent des

jeunes décédés par suicide avaient déjà exprimé leur envie ou leur intention de mourir.

Fraser, Geoffroy, Chachamovich et Kirmayer (2014) soulignent que l'idéation suicidaire et les tentatives de suicide s'inscrivent dans un continuum comportemental et font partie des signes précurseurs les plus sérieux (par. 2). L'idéation suicidaire n'est pas seulement liée à un risque accru de tentative de suicide ou de décès par suicide. Elle est un marqueur important associé à plusieurs besoins criants en santé mentale, à des comportements sexuels à risque, à la consommation de substances psychoactives et à des comportements délinquants (Thompson, Connelly, Thomas-Jones et Eggert, 2013, p. 2).

L'idéation suicidaire a suivi Matthew tout au long de son adolescence, avec persistance. Dès l'âge de 12 ou 13 ans, il a révélé avoir des idées suicidaires. Il a parfois déclaré que lorsque ces pensées se manifestaient, il se tournait vers sa famille ou ses fournisseurs de services pour obtenir de l'aide. À d'autres moments, Matthew semblait complètement dépassé par ces pensées persistantes et exprimait un profond désespoir. À 13 ans, il a reçu un diagnostic de trouble dépressif majeur et de trouble d'anxiété généralisée.

Tentatives de suicide antérieures

De nombreuses études ont montré qu'une tentative de suicide antérieure est le prédicteur individuel de suicide le plus fiable. Entre autres, ten Have et coll. (2009) mentionnent qu'une tentative de suicide est l'un des principaux facteurs de risque de décès par suicide, et que 60 pour cent des premières tentatives planifiées ont lieu dans l'année suivant le début de l'idéation (p. 825). Dans l'étude *Phase One* (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes, 2015), 48 pour cent des jeunes avaient déjà fait une tentative documentée. Cependant, compte tenu de limites propres aux données, le pourcentage réel est probablement plus élevé. En effet, pour que notre Bureau puisse consigner des tentatives passées, certaines conditions devaient être réunies. Entre autres, il fallait que le jeune ait fait part de sa tentative de suicide à un fournisseur de services ou que l'incident ait été correctement interprété comme tel (une surdose, par exemple) et que le fournisseur de services ait jugé important de le noter au dossier.

Matthew a fait sa première tentative de suicide connue à 13 ans, quand il était en 9e année. Même si, par la suite, il a affirmé qu'il s'agissait d'une expérience horrible qu'il ne répéterait jamais (conseiller de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, formulaire d'aiguillage de l'élève, 4 février 2015), ce ne serait pas sa dernière. Sa deuxième tentative connue a eu lieu en 10e année, mais il était continuellement aux prises avec l'idée de mettre fin à ses jours.

Suicidabilité de membres de la famille ou d'amis (tentatives ou idéation)

Des données probantes révèlent que les enfants et les jeunes déjà susceptibles d'avoir des comportements suicidaires sont encore plus à risque s'ils sont exposés au suicide ou à des comportements suicidaires (Velting et Gould, 1997). Selon les études, les enfants et les jeunes sont plus

vulnérables aux comportements suicidaires de leur famille et de leurs pairs que les adultes (de Leo et Heller, 2008).

D'après notre étude pluriannuelle, les données des Services à l'enfant et à la famille montrent que 68 % des jeunes décédés par suicide connaissaient une personne (membre de la famille ou ami) qui avait exprimé des idées suicidaires, avait tenté de s'enlever la vie ou s'était suicidé (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes, 2015). L'exposition aux idées ou comportements suicidaires a été observée chez 39 % des jeunes de notre groupe témoin (Bureau du protecteur des enfants et des jeunes, 2016). S'ils grandissent dans un environnement où un membre de leur famille proche ou étendue qui traverse une épreuve exprime une envie de mourir ou tente de mettre fin à ses jours, les jeunes peuvent finir par voir le suicide comme une option envisageable dans les moments difficiles. Ce style d'adaptation mésadapté peut ensuite devenir la norme pour eux.

Si les antécédents familiaux de Matthew n'incluaient pas d'exposition importante au suicide, les dossiers mentionnent tout de même qu'un membre de sa famille étendue avait déjà tenté de s'enlever la vie (médecin, formulaire d'aiguillage vers des services de psychiatrie pour adolescents, 14 octobre 2014). Bien que les facteurs de risque ne permettent pas de prédire à coup sûr quelles personnes tenteront de mettre fin à leurs jours ou y parviendront, il est essentiel qu'on les comprenne et que les professionnels et les fournisseurs de services sachent les repérer. Le contact avec les jeunes offre aux fournisseurs de services une occasion cruciale pour procéder à l'évaluation et à la modification des plans de soins. Le suicide est rarement la première réponse d'une personne à un traumatisme ou à la tristesse. Au Manitoba, les enquêtes sur les décès d'enfant menées par notre Bureau au cours des dix dernières années révèlent que la plupart du temps, le suicide est la décision finale que prend une personne ayant vécu de longues souffrances sans soulagement. Dans plusieurs cas, nos enquêtes dévoilent l'histoire d'un jeune qui a vécu un traumatisme important au début de sa vie, n'en est pas guéri, a vu ses systèmes de soutien s'estomper et ne trouve plus d'autre façon de se débarrasser de sa souffrance. En tout temps, il faut faire savoir aux jeunes qu'il y a de meilleures solutions, que les blessures peuvent guérir, et que la douleur a une fin. Si de l'aide est offerte tôt, avec constance, et si les jeunes trouvent un espace où ils se sentent écoutés et compris, le suicide peut être évité.

L'Organisation mondiale de la Santé croit aussi que le suicide est évitable, affirmant que :

> Le suicide peut être prévenu. Que ce soit à l'échelle des populations, des sous-populations et des personnes, plusieurs mesures permettent d'éviter les suicides et les tentatives de suicide. En voici des exemples :
>
> - réduire l'accès aux moyens de se suicider (pesticides, armes à feu, certains médicaments, par exemple);
> - favoriser le traitement responsable des suicides dans les médias;
> - intervenir dans les écoles;
> - mettre en place des politiques sur l'alcool pour réduire la consommation nuisible;

- repérer rapidement les troubles de santé mentale et liés à la consommation de substances psychoactives, la douleur chronique et la détresse émotionnelle aiguë pour traiter et soigner les personnes;
- former les travailleurs en santé non spécialisés à l'évaluation et à la gestion des comportements suicidaires;
- offrir aux personnes ayant tenté de s'enlever la vie des soins de suivi ainsi que du soutien communautaire.

Comme le suicide est un problème complexe, la prévention passe par la coordination et la collaboration de multiples acteurs de la société, y compris du secteur de la santé ainsi que de ceux de l'éducation, du travail, de l'agriculture, des affaires, de la justice, du droit, de la défense, de la politique et des médias. Ces efforts doivent être exhaustifs et intégrés, car une seule approche ne peut avoir de réels effets sur un problème aussi complexe (Organisation mondiale de la Santé, 2019).

Si de nombreux jeunes présentent un ou plusieurs facteurs de risque à différents moments de leur vie, il est pertinent de comprendre ces facteurs et de savoir qui ils touchent le plus sérieusement. Surtout, les interventions et les investissements peuvent s'appuyer sur des données probantes pour veiller à ce que les personnes les plus à risque aient facilement accès aux mesures de soutien les plus efficaces. Les facteurs de risque ne permettent pas de prédire qui s'enlèvera la vie, mais ils peuvent aider les fournisseurs de services à savoir quand intensifier ou modifier leurs services. Évidemment, l'offre d'un soutien éclairé par les données n'est possible que si les professionnels du système de santé mentale savent qu'un enfant ou un jeune est à risque. Pour sa part, Matthew a eu de multiples contacts avec les équipes d'intervention, le personnel d'intervention d'urgence; il s'est rendu à répétition aux services des urgences de l'hôpital et a été admis plusieurs fois aux soins psychiatriques; il était bien connu des professionnels, qui le savaient constamment à risque. Cependant, aucune des personnes qui lui ont été assignées par le système de santé ne pouvait jouer le rôle de gestionnaire de cas et coordonner les soins dont il avait besoin. C'est plutôt sa famille qui, comme tant d'autres au Manitoba, a dû se débrouiller pour gérer ses besoins croissants en matière de santé mentale et apprendre à déterminer lorsqu'une intervention d'urgence ou médicale s'imposait. La famille a dû essayer de s'éduquer d'elle-même sur les risques pour Matthew et sur la manière d'y réagir.

Les enfants et les jeunes ont besoin d'*intervenants pivots* dans le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances

CONSTATATION : La famille de Matthew, comme tant d'autres au Manitoba, a dû apprendre seule à se retrouver dans le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les jeunes. Pour Matthew, cela s'est traduit par un cycle de crises, d'interventions d'urgence, d'hospitalisations et de congés, sans amélioration durable. Les familles ont besoin d'aide pour savoir où aller et pour connaître les ressources disponibles.

Matthew était un enfant dont les maladies mentales ont pris le dessus sur tous les aspects de sa vie. Ses parents l'ont soutenu sans relâche et ont eu recours à de nombreux services de santé mentale à Winnipeg. Alors qu'ils tentaient de s'y retrouver dans le système de santé mentale, le même cycle se répétait : **le recours aux mêmes services, de la même façon, le suivi des mêmes recommandations, qui aboutissent aux mêmes résultats, sans amélioration durable chez Matthew**. Ses parents craignaient constamment pour la sécurité de leur fils, dont la santé mentale se détériorait. En novembre 2016, sa mère admet au travailleur des services à l'enfant et à la famille avoir peur de sortir de la maison, craignant le mal que Matthew pourrait se faire; elle dit se sentir assignée à domicile. Malgré les bonnes intentions des personnes au sein des systèmes et la lutte incessante de sa mère pour obtenir des services qui aideraient Matthew à gérer sa santé mentale en déroute, celui-ci n'a pas bénéficié de l'aide intensive, à long terme, à laquelle il avait droit. La famille s'est plutôt heurtée à des services d'intervention axés sur la gestion de crise qui ne règlent que le risque immédiat, et à divers services thérapeutiques continus qui ne répondaient pas aux besoins complexes de Matthew.

À Winnipeg, le service d'urgence de l'Hôpital pour enfants au Centre des sciences de la santé offre environ 3 000 consultations en santé mentale chaque année. Après le triage de ces 3 000 consultations, environ 50 % des enfants seront examinés par le psychiatre du service d'urgence. À peu près 40 % des enfants examinés par le psychiatre seront ensuite admis aux services de soins psychiatriques pour enfants et adolescents hospitalisés (PY1). Les autres enfants examinés par le psychiatre obtiennent leur congé avec un plan de soins (psychiatre, entrevue, 27 février 2019). La procédure suivante est celle que doivent suivre les enfants et les jeunes qui se rendent au service d'urgence de l'Hôpital pour enfants au Centre des sciences de la santé en cas de crise de santé mentale.

1. Un membre du personnel infirmier de triage examine l'enfant et note les circonstances de sa visite (cette étape s'applique à toutes les admissions au service d'urgence pour enfants).
2. Un membre du personnel infirmier en santé mentale examine l'enfant et obtient des détails sur la crise.
3. Un médecin du service d'urgence examine l'enfant afin de déterminer s'il doit être vu par le psychiatre traitant. À cette étape-ci, 50 % des enfants obtiennent leur congé avec un plan de soins. Jusqu'ici, la procédure s'étend fréquemment sur plusieurs heures.
4. Si l'enfant est dirigé vers des services de psychiatrie, le psychiatre traitant l'examine afin d'évaluer ses besoins et d'élaborer un plan de soins adéquat. Les plans peuvent prévoir un

> congé et un aiguillage vers une clinique de santé mentale pour les enfants et les adolescents (temps d'attente de 3 à 5 jours); un congé et un aiguillage vers une évaluation aiguë (temps d'attente de plusieurs semaines); un congé et le maintien d'un plan existant; l'admission aux PY1 (pédopsychiatre, entrevue, 27 février 2019).

Recourir uniquement au service d'urgence pour enfants lorsque ceux-ci sont en crise de santé mentale ne permet pas de répondre efficacement aux besoins de ces enfants. Les temps d'attente peuvent être longs, et il n'y a pas toujours de personnel infirmier en santé mentale sur place. Une fois que le médecin du service d'urgence détermine qu'un enfant doit être examiné par le psychiatre traitant, ce délai supplémentaire peut également être long. Par ailleurs, les psychiatres du service d'urgence ne prennent pas de patients en charge; par conséquent, lorsqu'un enfant est orienté vers le psychiatre traitant, il peut être reçu par une nouvelle personne chaque fois, ce qui peut s'avérer difficile pour l'enfant et sa famille (professionnel de la santé, entrevue, 3 décembre 2019). Enfin, rappelons que c'est au service d'urgence pour enfants que les parents ou les adultes responsables emmènent tous les enfants ayant besoin de soins médicaux. Il y a donc de la pression à cette porte d'entrée du système, car la multitude de cas se présentant pour évaluation et triage peut nuire à la capacité du personnel à cibler les véritables urgences médicales. Plusieurs enfants dans la salle d'attente pourraient être mieux traités dans des centres d'urgence mineure, voire simplement au moyen d'un rendez-vous le lendemain dans une clinique ordinaire.

Pour les crises de santé mentale, l'enfant doit chaque fois aller au service d'urgence pour enfants et repasser par le triage. Cette démarche répétitive peut dissuader les parents d'emmener leurs enfants au service d'urgence lorsqu'ils présentent des problèmes de santé mentale. Matthew a été conduit au service d'urgence pour enfants à sept reprises en raison de crises de santé mentale. Au fil du temps, Matthew et sa famille se sont découragés. Non seulement les temps d'attente étaient longs, mais la mère de Matthew nous a également confié qu'à plusieurs occasions elle aurait dû emmener son fils à l'hôpital, mais qu'elle ne l'avait pas fait, car cela n'avait jamais rien changé et qu'elle savait qu'il obtiendrait son congé avec le même plan de soins, un plan qui ne fonctionnait pas (mère de Matthew, entrevue, 28 août 2019).

Lorsque des enfants sont victimes de violence et se rendent à plusieurs reprises au service d'urgence pour enfants, le travailleur social de l'hôpital contacte les Services à l'enfant et à la famille. Généralement, la communication entre le travailleur social de l'hôpital et les Services à l'enfant et à la famille se termine à l'étape d'accueil. Dans le cas de problèmes de santé mentale, il n'y a pas de mécanisme similaire permettant de communiquer avec l'enfant après son congé afin d'assurer un suivi du plan de soins et de son efficacité. Étant donné l'étendue et la complexité du système de santé provincial, la présence d'un intervenant pivot serait intéressante. En effet, cette personne pourrait offrir un suivi et des services permettant au jeune et à sa famille d'être mis en relation avec les services recommandés ou disponibles, ou pourrait aviser le personnel médical lorsqu'un plan de soins ne répond pas aux besoins. Le rôle du service d'urgence pour enfants est d'évaluer l'enfant, puis de prendre une décision : soit l'admission, soit le congé avec un plan de ressources communautaires

(professionnel de la santé, 3 décembre 2019).

Un développement affectif et social sain pendant la petite enfance est le fondement de la santé et de la résilience mentales pour toute la vie. Au Canada, environ 1,2 million d'enfants et de jeunes au Canada souffre d'une maladie mentale (Commission de la santé mentale du Canada, 2020a). Seulement un enfant sur cinq ayant besoin de services de santé mentale en reçoit, et moins de 20 % des enfants et des jeunes reçoivent un traitement adéquat. Matthew, qui vivait à Winnipeg, a eu accès à plusieurs services communautaires de santé mentale, dont :

- une évaluation psychiatrique pour le diagnostic et la formulation de recommandations;
- quatre séances de thérapie de courte durée avec un clinicien en santé mentale;
- quinze séances de thérapie de longue durée avec un deuxième clinicien en santé mentale;
- six visites à domicile de l'équipe mobile d'intervention d'urgence du Système d'aide d'urgence à la jeunesse en crise;
- une deuxième évaluation psychiatrique;
- quatre admissions aux services de soins psychiatriques pour enfants et adolescents hospitalisés (PY1);
- trois séances de thérapie avec un psychologue clinicien.

Obtenir ces services n'a pas été facile pour la mère de Matthew. Elle a dû lutter pour obtenir des services adéquats et coordonnés en réponse aux besoins de son fils en matière de santé mentale, et ce, sans marche à suivre claire. Elle a inlassablement raconté l'histoire de Matthew à de multiples fournisseurs de services, et nous a confié au cours de l'enquête qu'il n'y avait aucune coordination entre les systèmes (mère de Matthew, entrevue, 21 février 2019). Les éléments de preuve examinés par notre Bureau confirment ses observations. Les services de santé, y compris les services de santé mentale, étaient adéquatement intégrés et réactifs lors des quatre admissions de Matthew aux PY1. À l'hôpital, ce dernier recevait le soutien de psychiatres, d'infirmières et infirmiers psychiatriques, d'ergothérapeutes et d'autres professionnels. Il a entre autres été évalué, a reçu des médicaments de manière régulière et a participé à des séances de thérapie individuelle et de groupe. Cependant, ses séjours à l'hôpital étaient brefs, ses retours dans la communauté étaient difficiles, et sa santé mentale continuait de décliner. Pendant de longues périodes, en particulier dans la dernière année de sa vie, les maladies mentales de Matthew l'empêchaient de fonctionner au quotidien. Souvent, il ne quittait ni le lit ni la maison, passait de longues périodes sans prendre sa douche ni manger de vrais repas, refusait de prendre ses médicaments, avait des accès de colère et se disait en proie à des idées suicidaires persistantes.

À d'innombrables reprises, les maladies mentales de Matthew combinées à son faible niveau de bien-être mental l'ont mené à refuser d'assister à des séances de thérapie. Une tendance s'est dessinée : l'anxiété et la dépression de Matthew l'empêchaient de sortir de la maison, sa mère appelait le fournisseur de services pour l'en informer, le rendez-vous était reporté, et Matthew ne se présentait pas au nouveau rendez-vous non plus. Plutôt que de redoubler leurs efforts pour le motiver à

poursuivre son traitement, plusieurs fournisseurs de services ont noté sa « résistance » au traitement. Les visites à domicile ne sont pas possibles dans toutes les situations. Offrir des visites à domicile à toutes les personnes ayant des maladies mentales ne serait ni pratique ni possible. C'est pourquoi l'histoire de Matthew illustre l'importance de concentrer les ressources là où elles sont nécessaires. Les maladies de Matthew étaient devenues invalidantes, et sa famille était prête à tout pour l'aider. Il lui aurait fallu un plan intégré et coordonné, élaboré spécialement pour répondre à ses besoins, à l'endroit et au moment voulus. Bien qu'un thérapeute ait effectué des visites à domicile à deux reprises, l'incapacité de Matthew à s'investir dans le traitement a été interprétée comme un refus de service. Ces visites se sont conclues par un aiguillage vers un autre service. Pourtant, Matthew était conscient qu'il avait besoin d'aide, et il a d'ailleurs participé à plusieurs séances durant lesquelles il s'est confié au sujet de ses traumatismes liés à l'intimidation, de ses maladies mentales, de ses idées suicidaires persistantes et de son désir d'aller mieux. Son incapacité à prendre part à certaines séances de thérapie, en particulier durant la dernière année de sa vie, était l'occasion de varier le type d'intervention, d'en accroître l'intensité. Toutefois, les personnes auxquelles Matthew a eu affaire à l'école et dans le système de santé semblaient d'avis que, si ce dernier voulait vraiment de l'aide, il ferait plus d'efforts. À la lumière des éléments de preuve rassemblés et des rencontres avec des personnes au fait du dossier, nous avons constaté que Matthew avait disparu lentement, sur une très longue période, avant de finalement perdre tout espoir de guérison. Le 12 juillet 2017, quatre mois avant sa mort, Matthew n'a pas été en mesure d'assister à une séance de thérapie prévue, laquelle a été remise à cinq jours plus tard. Ce jour-là, la mère de Matthew a appelé le psychologue pour annuler ce rendez-vous également, car Matthew refusait de s'y présenter. Selon les notes au dossier du travailleur de soutien familial, Matthew a refusé d'aller au deuxième rendez-vous et a déclaré qu'il ne pouvait être guéri, et que le travailleur ne pourrait l'aider de toute façon (travailleur de soutien familial, notes au dossier quotidiennes, 19 juillet 2017). Progressivement, au fil du temps, tous les services de soins de santé ont disparu de la vie de Matthew, sauf les Services à l'enfant et à la famille, le seul service qui ne peut pas abandonner une famille en crise. À la fin, il ne restait plus que le travailleur de soutien familial des Services à l'enfant et à la famille, le travailleur social assigné par les Services à l'enfant et à la famille, la mère et le frère de Matthew.

Par ailleurs, le traitement reçu par Matthew n'était bien souvent ni efficace ni axé sur lui. Par exemple, la mère de Matthew nous a confié que les séances avec les cliniciens en santé mentale avaient tendance à se concentrer sur les méthodes de parentage. Selon elle, le Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. ne tenait pas compte de la dépression et de l'anxiété de Matthew, et abordait la situation comme un problème familial. Elle leur a dit à plusieurs reprises ne pas comprendre pourquoi les intervenants se concentraient sur la famille alors que c'était Matthew qui avait besoin d'aide (mère de Matthew, entrevue, 28 août 2019).

Lorsque les enfants et les jeunes obtiennent leur congé des services d'urgence ou des PY1, des plans de soins sont fournis à l'enfant et à l'adulte responsable. Dans les cas où un enfant ou un jeune reçoit

plusieurs plans, ceux-ci sont souvent répétitifs. C'est l'adulte responsable de l'enfant ou du jeune qui doit prendre en charge l'application du plan recommandé. Sur une période de cinq mois, Matthew a été admis quatre fois aux services de soins psychiatriques pour enfants et adolescents hospitalisés. Le système d'aide d'urgence mobile a été appelé à intervenir quatorze fois, Matthew voyait déjà un clinicien en santé mentale, et malgré cela, il se trouvait toujours dans un piètre état de bien-être mental. Malgré la pertinence d'essayer quelque chose de différent, les plans de soins sont restés les mêmes. Ils comportaient les éléments suivants :

1. Obtention du congé et retour à la maison
2. Recours recommandé aux services d'intervention d'urgence de Winnipeg
3. Recours recommandé aux services du programme communautaire de santé mentale
4. Poursuite de la prise des médicaments prescrits
5. Suivi auprès du médecin de famille

Matthew s'est laissé abattre, et il a fini par refuser d'aller à l'école et de suivre sa thérapie. Les options de traitement offertes à Matthew ne fonctionnaient pas; il avait besoin d'un traitement plus intensif pour lutter contre sa maladie mentale invalidante. C'est à ce moment que la mère de Matthew a commencé à faire des recherches sur les traitements offerts à l'extérieur du Manitoba et du Canada, car les services de santé mentale à Winnipeg ne répondaient pas aux besoins criants de son fils.

Les soins de santé mentale souffrent encore d'être considérés comme moins importants que les soins de santé physique. Si un parent amenait son enfant aux urgences en raison d'une maladie et que les antibiotiques prescrits par le médecin n'étaient pas efficaces, d'autres options de traitement lui seraient proposées à la visite suivante. Si le deuxième traitement proposé était également inefficace, d'autres options seraient considérées lors du retour de l'enfant aux urgences, des consultations et des examens auraient lieu, et ainsi de suite. Aucun médecin ne prescrirait les mêmes antibiotiques inefficaces encore et encore ni ne finirait par conclure que l'enfant est tout simplement réfractaire à la guérison. Pourtant, c'est de cette manière que les besoins en matière de soins de santé mentale de Matthew ont été gérés et perçus au fil des ans. Il est entré en contact à plusieurs reprises avec le système de santé mentale.

> « [Traduction] Quand une fleur ne fleurit pas, on corrige l'environnement dans lequel elle pousse, pas la fleur. »
> - Alexander den Heijer

Quand il ne pouvait se rendre physiquement dans des bureaux et dans des hôpitaux, il devait composer avec des services limités. Les intervenants le percevaient de plus en plus comme « réfractaire », et ils ont tous fermé son dossier. Le problème n'était pas les fournisseurs de services ou les professionnels de la santé eux-mêmes; le problème est que le système de santé mentale pour les enfants et les jeunes est structuré pour se servir lui-même, alors qu'on a besoin d'un système axé sur les enfants. Le Manitoba a l'occasion et l'obligation de fournir un ensemble complet d'outils et de ressources dans le cadre d'un modèle de soins à plusieurs niveaux pour que les enfants et les jeunes reçoivent des soins appropriés, au bon endroit et au bon moment.

Le modèle ontarien : Intervenants pivots pour jeunes patients en santé mentale

Les programmes d'intervenants pivots ont vu le jour dans les années 1990 afin d'améliorer les résultats en matière de santé des patients recevant des soins dans des systèmes complexes (Freeman et Rodriguez, 2011). En Ontario, le modèle des intervenants pivots de patients a été instauré pour améliorer la santé mentale des jeunes et pour cibler et éliminer les obstacles aux soins. Les objectifs de ces programmes varient, mais il s'agit généralement : 1) d'améliorer la coordination des soins; 2) de réduire les temps d'attente; 3) d'offrir du soutien et d'améliorer les ressources communautaires; 4) de relier les soins primaires aux services spécialisés ainsi qu'aux services de santé et services sociaux communautaires (Valaitis et coll., 2017).

Les jeunes et les familles s'inscrivent eux-mêmes aux programmes. Les intervenants pivots évaluent les besoins des patients et créent des plans personnalisés pour offrir les services appropriés de manière rapide et efficace. Ils donnent également des conseils sur les services, et font le suivi et l'évaluation des résultats et du parcours de services entre les différents fournisseurs. Surtout, ce sont des professionnels pouvant faciliter l'accès au bon niveau de soins, assurer la continuité des soins et améliorer la communication entre les professionnels de la santé.

Les responsabilités des intervenants pivots en Ontario varient selon les régions et les populations cibles. À Halton, en Ontario, les intervenants pivots offrent du soutien à l'école aux enfants et à leurs enseignants[8]. Les centres de santé pour les Autochtones à Hamilton et à Brantford ont un programme d'intervenants pivots visant à aider les jeunes patients autochtones en santé mentale à renouer avec leur communauté[9].

Le Manitoba compte de nombreux cliniciens compétents qui font bien leur travail en dépit des points de pression du système. À titre d'exemple, citons le point de pression du service d'urgence de l'Hôpital pour enfants qui sert de porte d'entrée pour obtenir des soins. Car ici, au Manitoba, il n'y a pas de modèle complet de services de soins de santé mentale à plusieurs niveaux. Les services préventifs et à la petite enfance sont sous-financés, même si les études montrent clairement que ces mesures globales et précoces permettent de prévenir les maladies et de réduire les situations de crise par la suite. À l'instar d'autres provinces, le Manitoba se concentre plutôt sur les investissements en aval : la réduction des temps d'attente pour les lits de traitement hospitalier et de lutte contre les dépendances, l'augmentation des fonds d'intervention d'urgence et l'intensification des mesures de sécurité pour la gestion de personnes en crise. Comme la population a tout à fait le droit d'obtenir des traitements et des soins en cas de crise, et de vivre et travailler dans des environnements sûrs, ces mesures en aval sont inévitablement devenues cruciales. Toutefois, il est évident que ces mesures réactives seraient

[8] https://www.haltonhealthcare.on.ca/services_/28763/t28545-mental-health/t28361-child-and-adolescent-services/t28557-navigator-service
[9] https://aboriginalhealthcentre.com/services/mental-health/

moins nécessaires si la province disposait d'un système de soins complet et proactif accessible à l'ensemble de la population. Un modèle complet de services de soins de santé mentale à plusieurs niveaux offrirait une gamme de services de qualité étroitement coordonnés, y compris :

- des occasions précoces pour les enfants de tisser des liens sûrs et sains avec des adultes responsables;
- des interventions précoces concernant la sécurité dans un cercle familial sain;
- des environnements scolaires sûrs et sains qui valorisent la santé mentale et le bien-être et qui offrent du soutien tant intégré que ciblé aux élèves;
- une gamme d'options de thérapie pour traiter les questions propres à l'adolescence;
- des intervenants communautaires et multidisciplinaires formés à la gestion de crises;
- des options d'hospitalisation de courte durée;
- des options de traitement en établissement de longue durée pour les jeunes présentant un grave risque pour eux-mêmes ou pour les autres.

RECOMMANDATION QUATRE : Améliorer les points d'accès pour les enfants et les jeunes en situation de crise

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, aidé par des représentants de Soins communs, du personnel du service d'urgence pour enfants et des pédopsychiatres, conformément au plan directeur concernant le Centre des sciences de la santé, évalue les pratiques du service d'urgence de l'Hôpital pour enfants au Centre des sciences de la santé dans l'objectif de créer et de mettre en œuvre un point d'accès séparé et spécialisé qui répond aux besoins des enfants et des jeunes en situation de crise.

RECOMMANDATION CINQ : Mettre en place des équipes d'*intervenants pivots* dans le système de santé mentale pour aider les enfants et les jeunes

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 instaure, mette en œuvre et finance des équipes d'*intervenants pivots* dans le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances, qui agiront à titre de gestionnaires de cas pour les enfants et les jeunes accédant aux niveaux supérieurs du système, à l'instar du modèle ontarien. Ces intervenants pivots, qui devront être compétents et bien formés, proposeront des services de coordination et d'intervention rapide pour veiller à ce que les enfants et les jeunes connaissent bien leur plan de soins et accèdent aux services appropriés, et voir à ce que leur dossier soit examiné lorsque les services sont inefficaces. De plus, comme les travailleurs des services à l'enfant et à la famille, les intervenants pivots seront tenus de fournir des services conformes aux normes provinciales en matière de soins dont l'intensité et la fréquence varient en fonction des niveaux de risque de l'enfant ou du jeune.

La population manitobaine mérite de comprendre comment le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances évolue

CONSTATATION : Le ministère de la Santé n'a pas publié de cadre pour la refonte du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Le ministère n'a pas indiqué de quelle manière les annonces et les investissements récents et à venir ainsi que les transformations du système de santé s'inscrivent dans un cadre systémique à plusieurs niveaux. Ce manque de transparence ne fait que renforcer le cloisonnement et l'incohérence du système de soins de santé. Les familles manitobaines doivent donc composer avec un système public complexe et confus.

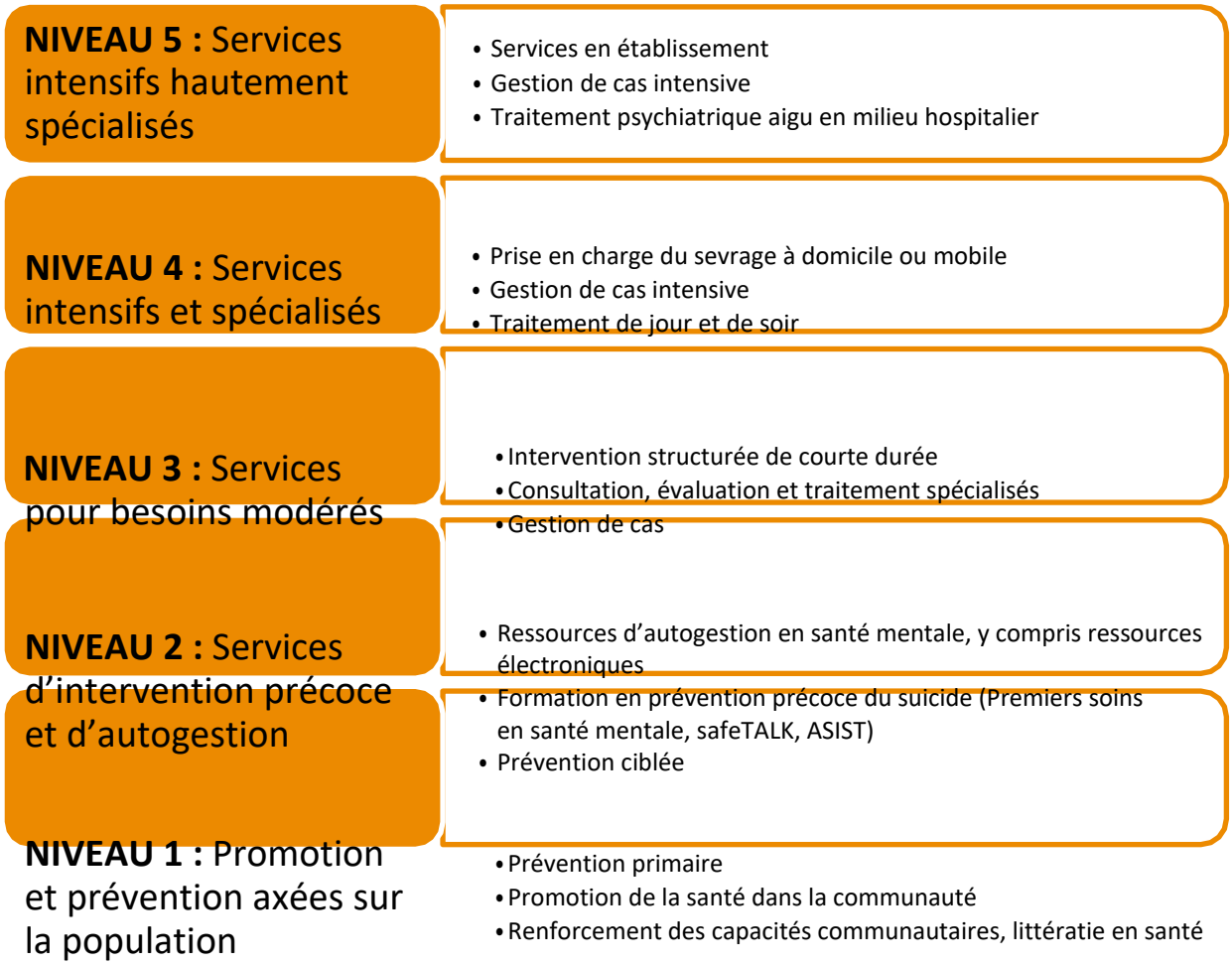
Le rapport de VIRGO (Virgo Planning, 2018) a présenté au gouvernement du Manitoba, et plus précisément au ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active, une stratégie pour améliorer l'accès et la coordination, notamment des services de santé mentale pour les enfants et les jeunes, qui constituent une priorité stratégique. Ce rapport propose un modèle de soins de santé à plusieurs niveaux permettant aux Manitobains d'accéder à des services dont l'intensité varie en fonction de leurs besoins actuels et futurs. Selon les auteurs :

> [Traduction] L'un des principes en matière d'amélioration des services mis de l'avant dans cet examen était l'adoption d'une approche de planification du système axée sur la santé de la population. Une telle approche vise à répondre aux besoins de l'ensemble de la communauté en répartissant les individus en sous-groupes, ou « niveaux », en fonction de la gravité et de la complexité de leurs besoins, et en offrant des traitements, du soutien et d'autres services en conséquence. Cette approche servait d'assise à un cadre conceptuel qui orienterait les améliorations futures du système manitobain (Virgo Planning, 2018, p. xi).

Le graphique ci-dessous résume le modèle à plusieurs niveaux présenté dans le rapport de VIRGO (lequel contient un graphique beaucoup plus détaillé[10]).

[10] Pour consulter le graphique détaillé du modèle à plusieurs niveaux, rendez-vous à la p. 12 du rapport de VIRGO (2018) : https://www.gov.mb.ca/asset_library/en/mhcw/docs/mha_strategic_plan.pdf.

En bref – Cadre pour un système amélioré au Manitoba (version détaillée dans le rapport de VIRGO, p. 12)



Des jeunes comme Matthew, nous en voyons tous les jours au Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba

Les obstacles auxquels Matthew et sa famille se sont heurtés dans le système de santé mentale ne sont pas uniques. Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba a pour mandat d'offrir des services de défense des droits aux enfants de 0 à 17 ans pris en charge par divers services publics, y compris par des services de santé mentale. Au cours de l'exercice 2018-2019, 53 % des jeunes qui ont appelé à notre bureau demandaient de l'aide concernant le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Dans ces cas, il est surtout question de la qualité et de la prestation adéquate des services. Il peut s'agir d'un refus de services psychiatriques, des longues listes d'attente pour obtenir des services de santé mentale, de plans de traitement qui ne répondent pas aux besoins ou encore d'un manque d'options de traitement intensif. Au cœur de ces situations se trouvent des jeunes très à risque qui sont incapables d'accéder à des services appropriés en matière de santé mentale et de lutte contre

les dépendances ou confrontés à l'absence de services adaptés à leurs besoins au Manitoba. En tant que protectrice des enfants et des jeunes, je continue de soulever ces questions auprès du gouvernement et de porter des cas concrets à son attention, tant sur le plan individuel que systémique.

Publié en 2018, le rapport intitulé *Improving Access and Coordination of Mental Health and Addictions Services: A Provincial Strategy for All Manitobans* (le « rapport de VIRGO ») a confirmé ce que de nombreux Manitobains pensent depuis longtemps : les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances du Manitoba sont nettement sous-financés et ne répondent pas à la demande, surtout chez les enfants et les jeunes de la province (Virgo Planning, 2018). En outre, on estime que les cas les plus complexes coûtent de 1 à 2 millions de dollars par année et par enfant, pour des résultats limités (Virgo Planning, 2018, p. 41).

Les 39 recommandations du rapport de VIRGO qui concernent les enfants et les jeunes sont regroupées en six priorités stratégiques :

1. Planification fondée sur la santé de la population, réduction des disparités et prestation tenant compte de la diversité
2. Gamme complète de mesures de soutien et de services fondés sur des données probantes
3. Prestation homogène de services intégrés dans l'ensemble des secteurs et systèmes, tout au long de la vie
4. Bien-être mental des enfants et des jeunes du Manitoba
5. Bien-être mental des Autochtones du Manitoba
6. Main-d'œuvre compétente en matière de santé mentale et de consommation de substances psychoactives

Le rapport de VIRGO préconise aussi l'instauration de mesures de soutien dans les quatre domaines suivants, le tout accompagné de recommandations :

- Financement et responsabilisation quant aux résultats
- Production de données probantes et transposition de celles-ci dans des politiques et dans la pratique
- Surveillance et gestion du rendement
- Engagement communautaire et gestion du changement

Le gouvernement du Manitoba donne progressivement suite au rapport de VIRGO, notamment en annonçant du financement en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances afin d'éliminer graduellement les obstacles auxquels se heurtent les enfants et les jeunes du Manitoba. Du 1er avril 2018 au 20 décembre 2019, la province a fait six annonces directement liées à l'amélioration des services de santé mentale pour les enfants et les jeunes de Winnipeg.

Nom du programme	Description	Investissement
15 janvier 2019		
Strongest Families Institute (SFI)	Offre des programmes fondés sur des données probantes aux enfants, aux jeunes et aux familles aux prises avec des maladies mentales et d'autres problèmes de santé légers à modérés. Adopte une approche de prestation par encadrement à distance. Politique « pas de liste d'attente ».	500 000 $
7 octobre 2019		
NorWest Youth Hub	Utilisation du financement pour la bonification du counseling en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances ainsi que des mesures de soutien culturelles pour les Autochtones.	823 000 $
Project 11	Offre de leçons et d'activités conçues pour accroître la sensibilisation à la santé mentale et promouvoir de bonnes stratégies d'adaptation.	621 000 $
Thrival Kits[MC]	Élargissement de la distribution de Thrival Kits[MC], un projet de promotion de la santé mentale pour les écoles primaires.	1 500 000 $
17 octobre 2019		
Projet pilote CART à l'intention des Métis	Formation d'équipes composées d'un travailleur social, d'un mentor familial et de travailleurs en lutte contre les dépendances et en santé mentale pour les familles dont les parents consomment des substances psychoactives ou maltraitent leurs enfants ou les négligent.	1 900 000 $
6 novembre 2019		
Programme des écoles communautaires	Financement pour l'ouverture de cinq nouvelles écoles (dont deux à Winnipeg).	1 600 000 $
Aidants communautaires	Offre de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances aux familles et aux adultes responsables afin de réduire le risque de prise en charge par les Services à l'enfant et à la famille ou les ruptures de placement.	525 000 $
12 novembre 2019		
Projet Neecheewam	Amélioration de l'accès à des services de rétablissement, de soins et de traitement dirigés par des Autochtones pour les jeunes victimes d'exploitation sexuelle.	3 800 000 $
Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. et Secours-rue	Financement pour la collaboration entre le Manitoba Adolescent Treatment Centre Inc. et Secours-rue afin d'offrir aux jeunes ayant des besoins relevant de plusieurs systèmes un « accès intégré aux services de santé mentale, de lutte contre les dépendances et la consommation d'alcool ou de drogues ».	1 120 000 $
18 novembre 2019		
Soins psychiatriques aux enfants et aux adolescents du Centre des sciences de la santé	Augmentation des ressources du Centre des sciences de la santé, y compris augmentation de la disponibilité des infirmières psychiatriques pour enfants et adolescents pour les évaluations dans les services d'urgence, le traitement en groupe (troubles d'anxiété), le traitement en groupe (soins de crise continus après 12 semaines), l'accès à des options de traitement individuel et les consultations urgentes dans des établissements ruraux et éloignés.	4 200 000 $

Il est encourageant de constater que le gouvernement provincial a commencé, au cours des derniers mois, à annoncer publiquement des investissements pour la santé mentale des enfants et des jeunes. Compte tenu des besoins considérables au Manitoba, de tels investissements pour les enfants profiteront à tout un chacun, aujourd'hui comme demain. Ces récents investissements répondent aux besoins des enfants auprès desquels nous travaillons. De nombreux experts du système manitobain réclamaient depuis longtemps ces investissements, qui répondent de manière positive aux recommandations supplémentaires du rapport de VIRGO. Malgré tout, des investissements majeurs doivent encore être faits pour répondre aux besoins croissants en santé mentale des enfants et des jeunes de la province. Par ailleurs, nous nous attendons à ce que le gouvernement provincial présente une vision globale ou précise la manière dont ces annonces s'inscrivent dans l'élaboration d'une stratégie globale à plusieurs niveaux axée sur l'ensemble des besoins des enfants et jeunes. Il est crucial de nommer les lacunes du système actuel et d'y remédier :

- les longs temps d'attente;
- les voies d'accès confuses;
- le cloisonnement des soins;
- le faible engagement significatif des enfants, des jeunes et de leurs familles;
- les traitements bien souvent inadaptés aux jeunes et à leur culture;
- la rupture de services à partir de 18 ans;
- les soins inadéquats ou inappropriés;
- l'absence de mesures permettant d'évaluer la qualité et les résultats des services (Fondation Graham Boeckh, 2019).

Des services de santé mentale complets, centrés sur les enfants, sont nécessaires dans l'ensemble de la province afin de répondre aux divers besoins en santé mentale des enfants et des jeunes. Il est urgent de créer des points d'accès communautaires permettant aux enfants d'accéder à différents services de santé mentale, qu'il s'agisse d'éducation, d'évaluation, de thérapie ou d'hospitalisation (professionnel de la santé, entrevue, 3 décembre 2019). Cette norme de pratique permettrait de répondre aux multiples besoins des enfants à leur premier point de contact. Cette suggestion a été confirmée par la mère de Matthew, qui cherchait des options de traitement plus intensives, en établissement, le matin de la mort de Matthew. Au cours de l'enquête, elle nous a dit qu'il avait besoin d'un endroit où sa santé, ses médicaments et son diagnostic seraient gérés, et où il serait en sécurité (mère de Matthew, entrevue, 28 août 2019).

ARTICLE 24

Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation.
Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant

RECOMMANDATION SIX : Offrir du traitement en établissement de longue durée pour les jeunes **Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba**

recommande que le gouvernement du Manitoba, par l'intermédiaire du ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active, crée un centre de traitement de longue durée pour les jeunes présentant les besoins les plus criants en matière de santé mentale, et pour qui les interventions moins intensives se sont révélées inefficaces.

RECOMMANDATION SEPT : Publier un cadre pour la transformation du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour 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 rende publics son cadre et son plan pour la transformation du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les jeunes au Manitoba. Les annonces et les investissements récents et à venir seraient ainsi perçus par les Manitobains non pas comme des initiatives ponctuelles, mais comme une stratégie globale à plusieurs niveaux visant à améliorer l'accès, la coordination, l'offre de services et la capacité du système de soins de santé pour les enfants et les jeunes de la province.

Les Services à l'enfant et à la famille ont apporté du soutien axé sur l'enfant à cette famille en situation de crise

CONSTATATION : L'office de services à l'enfant et à la famille a offert des services exceptionnels à Matthew et à sa famille.

Les services offerts par le travailleur des services à l'enfant et à la famille étaient complets et respectaient les normes provinciales en matière de prestation et d'administration de tels services. Il s'est assuré du soutien de la famille à chaque étape du processus d'intervention. Les évaluations étaient exhaustives; tant les besoins que les forces de l'enfant et de la famille étaient bien compris. Les plans d'intervention abordaient les besoins de la famille dans une optique globale qui visait à traiter les problèmes de santé mentale de Matthew et à renforcer l'unité familiale.

La mère de Matthew, les Services à l'enfant et à la famille ainsi que Matthew lui-même étaient d'accord : l'intervention d'un travailleur de soutien familial serait bénéfique pour lui. Matthew et sa famille ont été aiguillés vers le programme, et le travailleur de soutien familial a commencé à les accompagner en octobre 2016. Son rôle était d'offrir divers services visant à améliorer le fonctionnement de la famille, la capacité parentale et la sécurité et le bien-être de l'enfant.

Ce travailleur de soutien familial cumulait plusieurs années d'expérience auprès de jeunes ayant des problèmes de santé mentale et a rapidement compris la complexité de la maladie mentale de Matthew. Après un mois, la mère de Matthew a affirmé que ce travailleur était la personne la mieux placée pour améliorer la vie de son fils. Le travailleur de soutien familial a compris l'importance d'une approche collaborative. Il a guidé la famille vers les ressources offertes, a communiqué avec d'autres services, a assisté aux rendez-vous impliquant les secteurs de la santé mentale et de l'éducation, et a mis cette approche en œuvre de manière concrète et centrée sur l'enfant.

Il a rapidement cerné les forces et les besoins de Matthew et a compris que, pour établir une relation de confiance avec lui, il devait faire preuve de patience et de constance. Même si Matthew refusait parfois de coopérer avec lui, le travailleur de soutien familial n'abandonnait pas et demeurait présent dans la maison. L'objectif était alors d'offrir du soutien à la mère de Matthew. Cette approche a fait comprendre à Matthew que le travailleur de soutien familial se souciait réellement de lui, qu'il lui était dévoué, et qu'il était pleinement engagé auprès de lui et de sa famille pour les aider à atteindre un bien-être mental optimal. Cette approche habile adoptée par le travailleur de soutien familial a fait de lui un membre précieux de l'équipe de Matthew.

Les parties en suspens de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes* doivent être proclamées

CONSTATATION : Dans le but d'améliorer l'efficacité des services publics destinés aux enfants au Manitoba et des interventions qui en découlent, les deux parties en suspens de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes* doivent être proclamées.

En vertu de la loi, le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba est avisé par le Bureau du médecin légiste en chef chaque fois qu'un enfant ou un jeune de moins de 21 ans décède dans la province. À la réception d'un tel avis, notre Bureau détermine si le décès répond aux critères législatifs pour la tenue d'un examen officiel. À l'heure actuelle, notre mandat en matière d'examen demeure restreint, et de nombreux décès d'enfants, de jeunes et de jeunes adultes ne relèvent pas de notre compétence. Un examen ou une enquête sur les services gouvernementaux n'a lieu que si l'enfant ou sa famille ont reçu des services de protection de l'enfance ou des services d'adoption au moment du décès ou dans les 12 mois auparavant. De nombreux décès préoccupants sont donc portés à notre attention sans que nous soyons autorisés à faire un examen, et toutes les leçons importantes qui pourraient en être tirées se perdent, au détriment de tous. Nous ne connaissons l'histoire de Matthew que parce que sa situation était devenue si désespérée que les Services à l'enfant et à la famille ont été appelés à intervenir. En définitive, comme nous l'avons montré, ce sont les seuls dont le dossier est demeuré actif. Il est important de se rappeler que, durant les 15 premières années de la vie de Matthew, les Services à l'enfant et à la famille ne sont jamais intervenus. La famille de Matthew n'a attiré leur attention que lorsqu'elle s'est retrouvée dans une situation de détresse, alors que les services qui auraient dû lui offrir du soutien en santé mentale échouaient constamment à faire bénéficier Matthew d'un traitement approprié.

De nombreuses familles de la province font face à des difficultés et à des obstacles semblables à ceux qu'ont connus Matthew et sa famille. Elles cherchent désespérément à obtenir des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour leur enfant, et le font sans l'intervention des Services à l'enfant et à la famille. Lorsque des tragédies surviennent au Manitoba, les familles doivent savoir que le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba est immédiatement mobilisé pour effectuer de manière indépendante un examen ou une enquête sur les services publics qui ont été fournis à leur enfant, ou qui auraient dû l'être. Malheureusement, en raison des limites actuelles de notre mandat, notre Bureau ne peut procéder à un examen officiel des services gouvernementaux que dans les cas où les Services à l'enfant et à la famille étaient intervenus avant le décès de l'enfant.

Dans son rapport final, la *Commission d'enquête sur les circonstances entourant le décès de Phoenix Sinclair* (Hughes, 2013) a recommandé que le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba soit régi par une loi distincte et que son mandat soit considérablement élargi afin qu'il puisse défendre les intérêts de tous les enfants ayant reçu des services gouvernementaux, quelle qu'en soit la nature, et enquêter sur leur décès. Le commissaire Hughes, qui a supervisé l'enquête, a souligné

l'importance de la responsabilité des services gouvernementaux à l'égard du public pour garantir un système provincial solide. À cet égard, selon lui, tout fournisseur de services recevant des fonds provenant des contribuables et offrant des services aux enfants et aux jeunes devrait pouvoir faire l'objet d'un examen par l'organisme indépendant qu'est le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba (anciennement le Bureau du protecteur des enfants). Plus précisément, le commissaire Hughes a déclaré :

> **[Traduction] De nombreux enfants, jeunes et familles qui ont actuellement besoin des services du Bureau du protecteur des enfants n'y ont pas accès. Les pouvoirs de ce Bureau devraient s'étendre au-delà du système de protection de l'enfance et englober les services offerts aux enfants et aux jeunes par tout ministère ou tout organisme financé par des fonds publics (Hughes, 2013, p. 419).**

Il a fallu attendre quatre ans et plusieurs propositions législatives avant que la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes* soit déposée devant l'Assemblée législative du Manitoba. Le projet de loi a fait l'objet de lectures à la Chambre et a été étudié en comité avant d'être finalement adopté à l'unanimité et de recevoir la sanction royale. C'était une victoire pour les enfants et les jeunes. La *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes* est un texte législatif exceptionnel, car elle a reçu l'appui des trois partis politiques représentés à l'Assemblée législative, qu'elle a enchâssé les droits des enfants dans la législation provinciale et qu'elle témoigne d'un engagement ferme de l'ensemble des législateurs du Manitoba à accroître la responsabilité et la transparence dans la prestation des services provinciaux destinés aux enfants, aux jeunes, aux jeunes adultes et à leurs familles. La *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes* a été promulguée et est entrée en vigueur le 15 mars 2018. Cependant, un problème subsistait.

Des renseignements importants sur des décès d'enfants sont perdus

Lors de la préparation de l'entrée en vigueur de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*, il a été décidé de l'adopter par phases. La phase 1 de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes* a bel et bien été proclamée en mars 2018, mais l'adoption de parties importantes de la loi, désignées sous les noms de phases 2 et 3, a été reportée. La phase 1 consistait à élargir nos services de défense des droits. Alors qu'ils ne se concentraient auparavant que sur les services à l'enfant et à la famille et les adoptions, sont désormais visés l'éducation, les handicaps, la santé mentale, la lutte contre les dépendances, le système de justice pour les adolescents et l'aide aux victimes, notamment en matière de violence familiale et d'exploitation sexuelle. Par ailleurs, la phase 1 a élargi notre mandat afin que nous puissions fournir des services de défense des droits officiels aux jeunes adultes de moins de 21 ans, en plus des enfants et des jeunes de leur naissance jusqu'à leurs 17 ans. En outre, la phase 1 a défini nos responsabilités en matière de recherche axée sur l'enfant et de promotion des droits de l'enfant (conformément à la *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant*). Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba est désormais également chargé de suivre les progrès

réalisés par le gouvernement et son niveau de conformité aux recommandations formulées dans le cadre de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*[11].

La phase 2, qui prévoit l'élargissement des examens et des enquêtes portant sur les cas de décès d'enfants, et la phase 3, qui touche les enquêtes et la communication de renseignements concernant les cas de blessures graves subies par des enfants, ne sont toujours pas en vigueur. Il s'agit pourtant là de parties essentielles de la Loi qui, une fois proclamées, devraient contribuer à renforcer la sécurité des enfants et à prévenir de futurs décès d'enfants et de jeunes au Manitoba.

Des statistiques alarmantes montrent pourquoi il est urgent de proclamer les parties de la Loi correspondant aux phases 2 et 3. En effet, le Manitoba compte le plus grand nombre d'enfants pris en charge par un office, le plus grand nombre de jeunes dans des établissements correctionnels parmi toutes les provinces, l'un des taux les plus élevés de suicide et d'itinérance chez les jeunes au pays ainsi que le plus grand nombre d'enfants et de jeunes disparus ou victimes d'exploitation sexuelle par habitant. Comme mentionné précédemment, les données de notre Bureau démontrent que le suicide est le principal mode de décès chez les jeunes manitobains de 10 à 17 ans.

Jamais il n'a été aussi important pour notre province d'investir dans les enfants.

La proclamation du contenu législatif de la phase 2, qui prévoit l'élargissement des examens et des enquêtes portant sur les cas de décès d'enfants, étoffera l'éventail des types de cas pouvant faire l'objet d'un examen ou d'une enquête par le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba.

Grâce à la phase 2, le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba pourra réaliser des examens et des enquêtes portant sur le décès d'un jeune si celui-ci ou sa famille a reçu des services en lien avec la santé mentale, la lutte contre les dépendances ou le système de justice pénale pour les adolescents au cours de sa dernière année de vie (en plus des services de protection de l'enfance et d'adoption, comme c'est déjà le cas). La possibilité de mener de tels examens et enquêtes est cruciale au vu des taux élevés d'intervention du système de justice pour les adolescents et du grand nombre de jeunes qui se trouvent chaque jour en situation de crise et qui ont besoin et méritent de recevoir des soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

[11] Notre bureau a récemment mis en ligne sur son site web un outil de suivi des recommandations qui permet aux Manitobains de découvrir les recommandations formulées à l'issue de nos enquêtes et de nos rapports spéciaux, les mesures prises par le gouvernement pour les mettre en œuvre, notre analyse de ces mesures ainsi que les points qui restent en suspens. Vous trouverez ces renseignements ici : https://manitobaadvocate.ca/fr/reports-publications/recommendation-tracking/

LEÇONS PERDUES

Sur les 104 enfants, jeunes et jeunes adultes qui se sont suicidés au Manitoba du 1er avril 2014 au 1er janvier 2020, **48 de ces décès par suicide ont été exclus du mandat d'examen du Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba, car il n'y avait aucune intervention des services de protection de l'enfance au moment du décès ni au cours de l'année précédant celui-ci.**
Les décès par suicide liés à la santé mentale, aux dépendances ou à l'intervention du système de justice (sans implication supplémentaire des Services à l'enfant et à la famille) continueront de ne pas faire l'objet d'un examen officiel jusqu'à la proclamation du contenu législatif correspondant à la phase 2 de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*. Toutes les leçons qui pourraient en être tirées sont perdues.

Décès par suicide ne relevant pas du mandat

2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019*	2019-2020 (cumul à ce jour)**
2	9	4	8	19	6

* Une partie de l'augmentation du nombre de décès par suicide s'explique par les nouvelles obligations de communication de renseignements découlant de l'élargissement de notre mandat. Notre Bureau reçoit désormais les avis de décès de toutes les personnes de moins de 21 ans.
**Décès survenus du 1er avril 2019 au 1er janvier 2020.

En outre, à l'heure actuelle, la mise en œuvre partielle de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes* signifie que certains avis de décès d'enfants restent sans suite, y compris certains décès par suicide, par homicide et par accident. Au cours des cinq dernières années, le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba a été informé de 105 décès évitables qui ne relevaient pas de son mandat. Rien que l'année dernière, 19 des 32 décès par suicide chez les jeunes et les jeunes adultes au Manitoba ne relevaient pas de notre mandat, tout comme 3 des 6 décès par homicide et 19 des 26 décès par accident. Si nous ne procédons pas à un examen ou à une enquête portant sur ces décès, les leçons que l'on pourrait tirer de ces circonstances tragiques risquent d'être perdues.

Le Manitoba ignore le nombre d'enfants et de jeunes qui sont victimes de blessures

Tout aussi importante est la proclamation du contenu législatif lié à la phase 3 de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*, qui touche aux enquêtes et à la communication de renseignements concernant les cas de blessures graves subies par des enfants. Dans notre province, bien que la plupart des systèmes publics soient tenus de signaler des cas de blessures graves suivant leurs propres procédures internes, on constate un manque préoccupant d'analyse et de suivi systématique ou d'agrégation de données. Nous ne sommes donc pas en mesure d'évaluer globalement la manière dont les enfants, les jeunes et les jeunes adultes subissent des blessures graves. Lorsque le contenu législatif lié à la phase 3 sera proclamé, les services publics sujets à examen (les services à l'enfant et à la famille, les services de santé mentale, les services de lutte contre les dépendances et les services en matière de justice pour adolescents) seront tenus de signaler à notre Bureau tous les cas de blessures graves subies par des enfants et des jeunes. Les analyses, examens et enquêtes menés par le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba sur les blessures graves auront pour objectif principal de formuler des recommandations visant à améliorer les systèmes afin de renforcer la sécurité des jeunes et de prévenir certains décès.

Comme mentionné, notre Bureau n'a été informé du cas de Matthew qu'après son décès. L'adoption des parties en suspens de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes* en lien avec la communication de renseignements concernant les cas de blessures graves permettrait à notre Bureau de commencer à recevoir des avis lorsque des jeunes, comme Matthew, tentent de se suicider ou sont hospitalisés pour d'autres blessures mettant leur vie en danger. Ainsi, lorsque le gouvernement mettra en vigueur la communication de renseignements concernant les cas de blessures graves, nous serons en mesure d'examiner et d'évaluer les rapports relatifs à ces blessures et, lorsque cela s'avérera nécessaire, de faire un suivi directement auprès du jeune ou de sa famille afin de garantir que les services adaptés soient mis en œuvre de manière efficace pour l'accompagner.

Aux termes de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*, une blessure grave est une blessure répondant à un des critères suivants :

a) elle met la vie de la victime en danger;
b) elle est telle que l'admission de la victime à l'hôpital ou dans un autre établissement de soins de santé est nécessaire et elle nuira vraisemblablement à sa santé physique ou psychologique de façon profonde ou durable;
c) elle résulte d'une agression sexuelle causant des dommages physiques graves et nuira vraisemblablement à la santé psychologique de la victime de façon durable.

*Les fournisseurs de services auront l'obligation de communiquer des renseignements concernant les cas de blessures graves subies par des enfants et des jeunes au Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba.

Un manque à gagner bien réel, tant sur le plan social que financier, découle du fait que les phases 2 et 3 restent en suspens. La prévention, la détection et l'intervention précoces sont essentielles.
Les politiques réactives ne sont ni responsables sur le plan budgétaire, ni responsables sur le plan social vis-à-vis des

enfants et de leurs familles.

Nous savons, d'après le nombre de blessures graves signalées par d'autres bureaux provinciaux de protection des enfants au pays, y compris celui de la Colombie-Britannique, que le nombre de blessures graves survenant actuellement au Manitoba est probablement très élevé. Dans son rapport annuel 2018-2019, le Representative for Children and Youth in British Columbia indique que, sur les 2 735 signalements de blessures graves et de décès qu'il a reçus, 1 146 relevaient de son mandat d'examen (Representative for Children and Youth in British Columbia, 2019). Il est important de noter que le système de santé de la Colombie-Britannique n'a pas encore commencé à signaler au Representative for Children and Youth in British Columbia les incidents liés aux dépendances et à la santé mentale, bien que cette question soit actuellement à l'étude par le ministère provincial de la Santé. Une résolution est espérée prochainement, étant donné que ces services ont bel et bien une obligation de signalement, comme ce sera le cas ici au Manitoba lorsque le contenu législatif de la phase 3 sera proclamé. En ce qui concerne le Manitoba, il est difficile d'établir des prévisions fiables concernant les blessures graves, vu l'absence d'un suivi centralisé.

Pour que nous puissions continuer à fournir des données et des analyses de qualité au gouvernement et au public, les phases 2 et 3 de la Loi sont indispensables. Les recommandations formulées par le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba ont permis d'apporter des améliorations réelles et concrètes à la manière dont les services publics sont offerts aux jeunes du Manitoba.

L'élargissement du mandat s'accompagne de la possibilité d'offrir des services plus efficaces aux familles ainsi que de disposer de données nettement plus fiables permettant au gouvernement d'organiser la prestation de ces services de manière à concilier la prudence financière et un filet de sécurité sociale solide pour l'épanouissement de tous. Il s'agit d'une réforme nécessaire qui a été adoptée par la Législature du Manitoba, car tous les députés ont reconnu qu'elle pouvait se traduire par des améliorations importantes et positives dans la vie des plus jeunes citoyens du Manitoba. Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba est prêt pour la mise en œuvre complète de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes* depuis mars 2018, et s'engage à mener à bien ce travail tout en respectant son engagement à maximiser ses ressources afin de faire preuve de responsabilité financière envers les contribuables de la province. Puisque la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes* a déjà été proclamée, le gouvernement du Manitoba n'a qu'à fixer une date de proclamation pour respecter son engagement à l'égard de cette loi et pour honorer cet aspect de l'héritage de l'enquête sur le décès de Phoenix Sinclair.

Comme nous l'avons clairement montré avec l'histoire de Matthew, les décès par suicide ont des conséquences dévastatrices et incommensurables, et plongent les familles, les amis, les camarades de classe, les collègues et les communautés dans le deuil. Pour chaque décès par suicide, on recense 5 hospitalisations pour des blessures auto-infligées, de 25 à 30 tentatives de suicide et de 7 à

10 personnes touchées par la perte d'un proche, dont les membres de la famille et les amis. Les jeunes canadiens ont exprimé leur besoin d'obtenir de meilleurs services de santé mentale plus fortement que presque tout autre enjeu. Des leçons précieuses et une surveillance essentielle ont été perdues en raison des obstacles législatifs à la tenue d'examens et d'enquêtes plus approfondies.

> « Le gouvernement n'a eu de cesse de souligner l'importance de bien faire les choses, mais en tardant à adopter certaines parties de la loi provinciale, nous négligeons le ici et le maintenant. Pendant que nous attendons, les leçons que l'on pourrait tirer des décès et des blessures sur lesquels nous n'enquêtons pas sont perdues à jamais. »
>
> – Daphne Penrose, Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba

RECOMMANDATION HUIT : Proclamer les parties en suspens de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*

Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande que le gouvernement du Manitoba fixe au printemps 2020 la date de proclamation pour les parties en suspens de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*.



Annexe A : Résumé des constatations et des recommandations

CONSTATATION : Matthew a subi de l'intimidation grave au premier cycle du secondaire, ce qui a fortement nui à sa capacité à fréquenter l'école, à participer à la vie scolaire et à se sentir en sécurité à l'école.

CONSTATATION : Le système d'éducation a offert des services de soutien à Matthew pour l'aider à surmonter ses problèmes de santé mentale et de consommation. Ces interventions ne se sont pas attaquées à l'intimidation et n'ont pas créé les conditions nécessaires pour que Matthew développe un sentiment de sécurité et d'appartenance dans son milieu scolaire.

> RECOMMANDATION UN : Promouvoir la santé mentale dans toutes les classes de la maternelle à la 12e année
> Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande que le ministère de l'Éducation, conjointement avec les divisions scolaires, fasse la promotion des objectifs d'apprentissage provinciaux axés sur la littératie en santé mentale et des aptitudes menant au bien-être mental auprès de tous les élèves de la maternelle à la 12e année. En outre, le ministère et les divisions scolaires devraient veiller à ce que tous les enseignants reçoivent de la formation pour les aider à consolider leurs compétences liées à la promotion de la santé mentale en classe.
>
> RECOMMANDATION DEUX : Cesser de suspendre ou d'expulser des élèves lorsque la sécurité n'est pas en jeu
> Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande que le ministère de l'Éducation, avec la participation de toutes les divisions scolaires, élabore une politique provinciale visant à limiter, à réduire et à éliminer progressivement les pratiques d'exclusion, sauf en cas de risque imminent à la sécurité des élèves et du personnel. Cette politique devrait proposer des solutions disciplinaires fondées sur des données probantes qui sont dans l'intérêt supérieur de l'enfant ou du jeune et qui respectent son droit à l'éducation.
>
> RECOMMANDATION TROIS : Créer et promouvoir des écoles sûres et accueillantes
> *Le document Écoles sûres et accueillantes — Une approche de planification à l'échelle de l'école* pour favoriser la sécurité et l'appartenance est un outil précieux créé par le ministère de l'Éducation et constitue un exemple de pratiques exemplaires permettant de créer des milieux scolaires positifs. Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes recommande que le ministère de l'Éducation poursuive son travail de promotion de ces documents d'appui auprès des divisions scolaires du Manitoba, car toutes les écoles de la province devraient mettre en œuvre les outils facultatifs présentés dans les documents d'appui de la série *Écoles sûres et accueillantes*.

CONSTATATION : Matthew présentait huit facteurs de risque de suicide connus.

CONSTATATION : La famille de Matthew, comme tant d'autres au Manitoba, a dû apprendre seule à se retrouver dans le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les jeunes. Pour Matthew, cela s'est traduit par un cycle de crises, d'interventions d'urgence, d'hospitalisations et de congés, sans amélioration durable. Les familles ont besoin d'aide pour savoir où aller et pour connaître les ressources disponibles.

RECOMMANDATION QUATRE : Améliorer les points d'accès pour les enfants et les jeunes en situation de crise

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, aidé par des représentants de Soins communs, du personnel du service d'urgence pour enfants et des pédopsychiatres, conformément au plan directeur concernant le Centre des sciences de la santé, évalue les pratiques du service d'urgence de l'Hôpital pour enfants au Centre des sciences de la santé dans l'objectif de créer et de mettre en œuvre un point d'accès séparé et spécialisé qui répond aux besoins des enfants et des jeunes en situation de crise.

RECOMMANDATION CINQ : Mettre en place des équipes d'intervenants pivots dans le système de santé mentale pour aider les enfants et les jeunes

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 instaure, mette en œuvre et finance des équipes d'*intervenants pivots* dans le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances, qui agiront à titre de gestionnaires de cas pour les enfants et les jeunes accédant aux niveaux supérieurs du système, à l'instar du modèle ontarien. Ces intervenants pivots, qui devront être compétents et bien formés, proposeront des services de coordination et d'intervention rapide pour veiller à ce que les enfants et les jeunes connaissent bien leur plan de soins et accèdent aux services appropriés, et voir à ce que leur dossier soit examiné lorsque les services sont inefficaces. De plus, comme les travailleurs des services à l'enfant et à la famille, les intervenants pivots seront tenus de fournir des services conformes aux normes provinciales en matière de soins dont l'intensité et la fréquence varient en fonction des niveaux de risque de l'enfant ou du jeune.

CONSTATATION : Le ministère de la Santé n'a pas publié de cadre pour la refonte du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Le ministère n'a pas indiqué de quelle manière les annonces et les investissements récents et à venir ainsi que les transformations du système de santé s'inscrivent dans un cadre systémique à plusieurs niveaux. Ce manque de transparence ne fait que renforcer le cloisonnement et l'incohérence du système de soins de santé. Les familles manitobaines doivent donc composer avec un système public complexe et confus.

RECOMMANDATION SIX : Offrir du traitement en établissement de longue durée pour les jeunes

Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande que le gouvernement du Manitoba, par l'intermédiaire du ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active, crée un centre de traitement de longue durée pour les jeunes présentant les besoins les plus criants en matière de santé mentale, et pour qui les interventions moins intensives se sont révélées inefficaces.

RECOMMANDATION SEPT : Publier un cadre pour la transformation du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour 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 rende publics son cadre et son plan pour la transformation du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les jeunes au Manitoba. Les annonces et les investissements récents et à venir seraient ainsi perçus par les Manitobains non pas comme des initiatives ponctuelles, mais comme une stratégie globale à plusieurs niveaux visant à améliorer l'accès, la coordination, l'offre de services et la capacité du système de soins de santé pour les enfants et les jeunes de la province.

CONSTATATION : L'office de services à l'enfant et à la famille a offert des services exceptionnels à Matthew et à sa famille.

CONSTATATION : Dans le but d'améliorer l'efficacité des services publics destinés aux enfants au Manitoba et des interventions qui en découlent, les deux parties en suspens de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes* doivent être proclamées.

> RECOMMANDATION HUIT : Proclamer les parties en suspens de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*
> Le Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba recommande que le gouvernement du Manitoba fixe au printemps 2020 la date de proclamation pour les parties en suspens de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*.

Annexe B : Articles pertinents de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*

Le Bureau du 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. Il a la responsabilité légale d'examiner chaque décès et peut, à sa discrétion, mener un examen ou une enquête sur les services publics qui ont offert ou auraient dû offrir un soutien à la jeune personne ou à sa famille.

L'article 20 de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes* décrit les pouvoirs et les objectifs du protecteur en matière d'examen :

> **Pouvoir d'examen — 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.

À la suite de l'examen d'un cas de décès, le protecteur a le pouvoir discrétionnaire de lancer une enquête approfondie sur les services publics. L'article 23 de la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes* énumère les conditions pour ouvrir une enquête :

> **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* confère au protecteur de vastes pouvoirs lui permettant d'accéder à des documents électroniques ou papier et à d'autres dossiers ainsi que de contraindre, par une ordonnance d'observation, toute personne à comparaître devant lui pour répondre aux questions qu'il juge nécessaires à l'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 peut rendre publics les rapports spéciaux concernant toute question traitée en vertu 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 ces attributions et leurs 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.

Les rapports spéciaux visent à examiner les services fournis à l'enfant et à sa famille pour trouver des manières d'améliorer ces services afin de renforcer la sécurité et le bien-être des enfants. Les rapports spéciaux ont pour but de faire connaître l'expérience de l'enfant ou du jeune adulte décédé. À ce titre, ils sont réalisés « du point de vue de l'enfant », c'est-à-dire en mettant l'accent sur les besoins de l'enfant, du jeune ou du jeune adulte.

Dans le cadre des enquêtes sur lesquelles se basent les rapports spéciaux, les enquêteurs sont autorisés à examiner les dossiers et à en faire des copies confidentielles au besoin, à mener des entrevues avec le personnel, les bénéficiaires de services et d'autres fournisseurs de services ainsi qu'à exercer tout autre pouvoir d'enquête prévu par la *Loi sur le protecteur des enfants et des jeunes*. Ainsi, les rapports spéciaux contiennent des renseignements factuels concernant les évènements ayant précédé le décès de l'enfant, du jeune ou du jeune adulte. Ils peuvent comprendre une analyse de ces évènements et formuler des recommandations officielles à l'intention d'un organisme sujet à examen ou de tout autre organisme public ou personne, selon ce que le protecteur juge approprié.

Annexe C : Références

B.C. Coroner. (2019). *Supporting youth and health professionals: A report on youth suicides*. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/child-death-review-unit/reports-publications/youth_suicide_drp_report_2018.pdf

Buckle, L. (2005). « RESOLVE. The Evaluation of the Ndaawin pilot project. » Rapport final d'évaluation présenté au Centre national de prévention du crime.

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*. Winnipeg (Manitoba). Centre manitobain des politiques en matière de santé.

de Leo, D. et Heller, T. (2008). « Social modeling in the transmission of suicidality. » *Crisis, 29*, 11-19. https://doi.org/10.1027/0227-5910.29.1.11

Fraser, S., Geoffroy, D., Chachamovich, E. et Kirmayer, L. (2014). « Changing rates of suicide ideation and attempts among Inuit youth: A gender-based analysis of risk and protective factors. » *Suicide and Life-Threatening Behavior*. doi : 10.1111/sltb.12122

Freeman, H. P. et Rodriguez, R. L. (2011). « History and principles of patient navigation. » Cancer, 117(S15), 3537-3540.

Gouvernement du Canada. (2019). *Le budget de 2019 : Chapitre 4 – Apporter de vrais changements*. https://www.budget.canada.ca/2019/docs/plan/chap-04-fr.html

Gouvernement du Manitoba. (s. d.). *Services aux élèves.* https://www.edu.gov.mb.ca/m12/enfdiff/pps/adaptation.html

Fondation Graham Boeckh. (2019). *Transformer la santé mentale des jeunes.* https://grahamboeckhfoundation.org/fr/ce-que-nous-faisons/transformer-la-sante-mentale-des-jeunes/

Enfants en santé Manitoba. (s. d.). *Promotion de la santé mentale dans les écoles. Soutenez la promotion de la santé mentale dans les écoles du Manitoba.* https://www.gov.mb.ca/healthyschools/docs/Mental_Health_Promotion.fr.pdf

Hughes, T. (2013). *The legacy of Phoenix Sinclair: Achieving the best for all our children, Vol. 2.* http://www.phoenixsinclairinquiry.ca/rulings/ps_volume2.pdf

Hughes, T. (2014). *Commission of inquiry into the circumstances surrounding the death of Phoenix Sinclair*. http://www.phoenixsinclairinquiry.ca/

Consortium conjoint pour les écoles en santé. (2010). *Le milieu scolaire comme terrain propice à la promotion de la santé mentale positive : Meilleures pratiques et perspectives.* https://www.jcsh-cces.ca/upload/PMH_French_Nov%2016_WebReady_1.pdf

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. (2018). *Documenting the decline: the dangerous space between good intentions and meaningful interventions*. https://manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/2023/05/Documenting-Decline.pdf

Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba. (2019a). *Rapport annuel 2018-2019* https://manitobaadvocate.ca/wp-content/uploads/8934-MACY-2019-AR_FR_web.pdf

Bureau du protecteur des enfants et des jeunes du Manitoba. (2019b). *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

Ministère de l'Éducation du Manitoba. (2014, révisé en septembre 2017). *Code de conduite provincial – Interventions et mesures disciplinaires appropriées*. https://www.edu.gov.mb.ca/m12/ecole_sure/docs/code_conduite.pdf

Ministère de l'Éducation du Manitoba. (2017). *Écoles sûres et accueillantes — Une approche de planification à l'échelle de l'école pour favoriser la sécurité et l'appartenance*. https://www.edu.gov.mb.ca/m12/frpub/enfdiff/approche_plan/docs/document_complet.pdf

Commission de la santé mentale du Canada. (2020a). *Les enfants et les jeunes*. https://commissionsantementale.ca/enfants-et-jeunes/

Commission de la santé mentale du Canada. (2020b). *Initiatives de prévention du suicide.* https://commissionsantementale.ca/initiatives-de-prevention-du-suicide/

Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents. (2016). *Vivons, ensemble*. http://www.togethertolive.ca/mental-health-continuum

Partners in Planning for Healthy Living. (2014). *2012-2013 Manitoba youth health survey report.* http://partners.healthincommon.ca/wpcontent/uploads/2014/11/2012-13- Manitoba-YHS-Report_FINAL.pdf

Representative for Children and Youth in BC. (19 septembre 2019). *Annual report 2018/19 and service plan 2019/20 to 2021/22.* https://rcybc.ca/wp-content/uploads/2019/10/rcy-arsp-2018-2019_final.pdf

Thompson, E., Connelly, C., Thomas-Jones, D. et Eggert, L. (2013). « School difficulties and co-occurring health risk factors: Substance use, aggression, depression, and suicidal behaviors. » *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 26*, 74-84. https://doi.org/10.1111/jcap.12026.

Université du Manitoba. (2019). *Child & Adolescent Psychiatry (HSC) Inpatient Service*. http://umanitoba.ca/faculties/health_sciences/medicine/units/psychiatry/programs/programs_ca/CA_Inpatient.html

U.S. Department of Health and Human Services. (s. d.). *Bullying and school climate fact sheet.* https://www.prevnet.ca/sites/prevnet.ca/files/fact-sheet/PREVNet-SAMHSA-Factsheet-Bullying-and-School-Climate.pdf

Valaitis, R. K., 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*(1), 116.

Velting, D. et Gould, M. (1997). *Suicide contagion.* Dans R. W. Maris et M. M. Silverman (dir.), *Review of Suicidology* (p. 96-137). New York, Guilford Press.

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

Organisation mondiale de la Santé. (2019). *Suicide : Principaux faits*. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide

Zambon, F., Laflamme, L., Spolaore, P., Visentin, C. et Hasselberg, M. (2011). Youth suicide: An insight into previous hospitalisation for injury and sociodemographic conditions from a nationwide cohort study. *Injury Prevention, 17*(3), 176-181. doi : 10.1136/ip.2010.030080.


Manitoba
Advocate
STAND UP for children & youth