

LE MEILLEUR DE CE QUE NOUS AVONS À OFFRIR



New Brunswick
Child & Youth
Advocate



Défenseur des
enfants et des jeunes
du Nouveau-Brunswick

Bureau du Défenseur des enfants et des jeunes

Le Bureau du défenseur des enfants et des jeunes assure les fonctions et responsabilités suivantes:

- veiller à ce que les droits et les intérêts des enfants et des jeunes soient protégés;
- veiller à ce que les opinions des enfants et des jeunes soient entendues et qu'on en tienne compte dans les forums appropriés, lorsque ces opinions ne seraient pas autrement avancées;
- veiller à ce que les enfants et les jeunes qui ont droit de recevoir des services y aient accès, et que les plaintes que les enfants et les jeunes pourraient avoir à l'égard de ces services reçoivent l'attention voulue;
- veiller à ce que de l'information et des conseils soient fournis au gouvernement, aux agences gouvernementales et aux communautés au sujet de la disponibilité, de l'efficacité, de la sensibilité et de la pertinence des services aux enfants et aux jeunes;
- agir, de façon générale, en tant que défenseur des droits et des intérêts des enfants et des jeunes.

New Brunswick
Child & Youth
Advocate
C.P. 6000
Fredericton, NB
E3B 5H1



Défenseur des
enfants et des jeunes
du Nouveau-Brunswick
Téléphone : 1.888.465.1100
Réception : 1.506.453.2789
Télécopieur: 1.506.453.5599

www.cyanb.ca

Comment citer ce document:

Défenseur des enfants et des jeunes, Donner aux enfants ce que l'on a de meilleur, Rapport final sur l'examen des services de prévention du suicide et de santé mentale chez les jeunes, Septembre 2021.

MESSAGE DU DÉFENSEUR DES ENFANTS ET DES JEUNES

En tant que défenseur des enfants, des jeunes et des aînés du Nouveau-Brunswick, mon sentiment est que la province a l'obligation de veiller à ce que chaque enfant ou jeune reçoive les meilleurs services que nous puissions offrir pour répondre à ses besoins en matière de santé mentale.

À la suite de la perte tragique de Lexi Daken, 16 ans, la ministre de la Santé, Dorothy Shephard, a demandé à notre Bureau d'examiner tous les services de santé mentale pour les jeunes offerts dans la province.

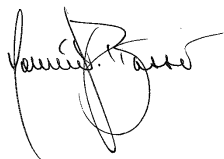
Alors que nous nous lançons dans cet examen indépendant exhaustif, je me suis senti fortifié par la réponse sans précédent du public, des jeunes et des professionnels qui étaient prêts à partager leurs expériences et leur expertise dans la recherche de solutions.

Notre sondage communautaire en ligne a reçu plus de 4000 réponses. Plus de 250 participants ont pris part à nos 10 consultations publiques différentes à travers la province. Des experts canadiens et mondiaux dans le domaine de la santé mentale des jeunes et de la prévention du suicide, des organisations professionnelles et des agences communautaires pour les jeunes ont contribué à ces consultations. Et des dizaines d'entrevues en personne ont été menées et analysées pour compléter ce rapport.

Je m'en voudrais de ne pas remercier publiquement tous les membres de notre Comité consultatif des parties prenantes et ses deux coprésidents, Graydon Nicholas et Léo-Paul Pinet. Toute ma gratitude va également au Comité consultatif jeunesse et à ses deux coprésidentes, Stacie Smith et Sue Duguay. Et la contribution inestimable et l'immense effort du Conseil consultatif des Premières Nations ont été grandement appréciés. Finalement, le défenseur adjoint et conseiller juridique principal, Christian Whalen, qui a dirigé l'équipe de l'examen, mérite une reconnaissance toute particulière, tout comme le dévouement et l'intégrité du personnel du défenseur des enfants et des jeunes qui a consacré d'innombrables heures à la rédaction de ce rapport.

Cette effusion généreuse d'aide a donné lieu à 12 recommandations, 10 recommandations provisoires et un rapport indépendant de notre Conseil consultatif des Premières Nations, soumis au gouvernement comme une opportunité de changement substantiel pour les services de prévention du suicide et de santé mentale pour les jeunes au Nouveau-Brunswick.

Je m'attends à ce que le public demande au gouvernement de rendre des comptes et de mettre en œuvre toutes les recommandations, car notre équipe n'a négligé aucun détail pour permettre d'identifier les lacunes et explorer des solutions qui permettraient de servir au mieux nos enfants et nos jeunes en difficulté. Nous leur devons le meilleur de ce que nous avons à offrir pour prévenir le suicide chez les jeunes et nous assurer que nous pouvons leur ouvrir les portes d'un avenir meilleur.



Norman Bossé, Q.C.

Défenseur des enfants, des jeunes et des aînés du Nouveau-Brunswick



Ce rapport est dédié à la mémoire de Lexi Daken

Avis aux médias

En vue d'un effort commun vers la prévention du suicide, le Défenseur des enfants et des jeunes encourage les médias à suivre les lignes directrices de la couverture médiatique du suicide fournies par l'Énoncé de Politique 2017 de l'Association des psychiatres du Canada (APC), ainsi que les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour une couverture médiatique responsable du suicide.

Les recommandations comprennent l'utilisation d'un langage approprié, la tentative de réduire la stigmatisation entourant les troubles mentaux et la provision d'informations sur les alternatives au suicide. Des ressources pertinentes pour les personnes qui envisagent de se suicider, telles que des services d'urgence, devraient également être fournies et peuvent être directement liées aux articles publiés en ligne. Les représentations simplistes ou glorifiées du suicide doivent être évitées, et le suicide ne doit pas être présenté comme un moyen de résoudre des problèmes. Les articles doivent éviter les détails sur les méthodes de suicide, en particulier si elles sont nouvelles ou inhabituelles. Les recommandations incluent également que, dans la mesure du possible, le suicide devrait être couvert par ou avec la contribution de journalistes de la santé qui sont les mieux placés pour contextualiser le suicide dans le cadre plus large de la santé mentale.

- Lignes directrices de la couverture médiatique du suicide, Énoncé de politique 2017 de l'Association des psychiatres du Canada : <https://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/Media-Guidelines-Suicide-Reporting-FR-2018.pdf>
- Prévention du suicide : une ressource pour les professionnels des médias, Organisation Mondiale de la Santé : <https://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/Media-Guidelines-Suicide-Reporting-FR-2018.pdf>

Obtenir de l'aide :

- **Jeunesse, J'écoute** : 1-800-668-6868
https://jeunessejecoute.ca/?_ga=2.85813018.2026688325.1608476597-342746853.1608045093
- **Chimo ligne d'écoute (Nouveau Brunswick)** : <http://fr.chimohelpline.ca> | 1-800-263-2266
- **Tel Jeunes** : <https://www.teljeunes.com/Accueil>
- **Service 211 NB (Nouveau Brunswick)** : 221
https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/developpement_social/nouvelles/communique.2020.10.0532.html
- **Navigapp** : https://nb.bridgethegapp.ca/fr_ca/

Trouver d'autres ressources : <https://programmelemaillon.com/fr/accueil/bienvenue>

FOR I AM LEAVING

Silver sunlight.
As Mother Earth
begins to weep.
For the possible loss
of yet another child,
Has immensely
cut deep.
4 unstable breaths.
The wind howls and moans.
“Help her”,
She pleads.
For I am bleeding.
“Where I am going is unknown.”
Please take care of her.
For she cannot breathe.
With the essence
Of her pain,
She has suffered in vain.
It has been proclaimed,
That she simply
cannot stay sane.
Or so they claim.
It has formed a dagger
In which has made
her conscious stagger.
Piercing her mind body and soul.
Wrapped in water,
She watches her daughter
drift away.
Barely breathing
Yet she is pleading
“Please watch over my baby”
For I am leaving.
-A.J.N.

Poème soumis par une jeune autochtone en réponse à l'appel de soumissions sous formes alternatives sur le site web de l'Examen

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	6
« Il suffisait de la connaître pour l'aimer »	9
Introduction	12
Méthodologie	15
Résumé des constatations: Le cas de Lexi	19
Constatations de l'examen systémique	26
Histoire des services de santé mentale et recommandations et examens antérieurs	26
Enjeux cliniques, statistiques et bien-être de la population	29
Droits de la personne et cadre juridique	32
Santé mentale et équité en matière de santé des jeunes autochtones	39
Difficultés relatives à la santé mentale à l'échelle des services gouvernementaux dans les domaines de la santé, de l'éducation, du bien-être à l'enfance, de la justice et des services de police pour les jeunes	42
<i>Santé</i>	42
<i>Éducation</i>	44
<i>Bien-être à l'enfance</i>	46
<i>Justice pour les jeunes</i>	47
Commentaires de jeunes, familles et communautés	48
Sondage sur les services de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes	49
Consultation Publique	49

Recommandations finales .....	.52
Recommandation I .....	.53
Recommandation II .....	.54
Recommandation III .....	.57
Recommandation IV .....	.59
Recommandation V .....	.63
Recommandation VI .....	.66
Recommandation VII .....	.69
Recommandation VIII .....	.71
Recommandation IX .....	.75
Recommandation X .....	.76
Recommandation XI .....	.80
Recommandation XII .....	.82
Conclusion .....	.83
Annexes .....	.85
Annexe I – Table des matières .....	.85
Annexe II – Membres des Conseils consultatifs .....	.98
Annexe III – Membres de l’équipe d’examen du Bureau du Défenseur des enfants et des jeunes .....	.99
Annexe IV – Liste des consultations, parties prenantes et soumissions .....	.100
Annexe V – Rapport du Conseil consultatif des Premières Nations .....	.102
Annexe VI – Document de référence sur les impacts de la COVID-19 sur la santé mentale des enfants et des jeunes .....	.103
Annexe VII – Document de référence sur le recrutement et la rétention .....	.104

SOMMAIRE

Le défenseur des enfants et des jeunes a mené un examen des services de prévention du suicide et de santé mentale chez les jeunes dans la province du Nouveau-Brunswick à la suite du décès de Lexi Daken à l'Hôpital Dr Everett Chalmers, à Fredericton, le 24 février 2021. Le défenseur a annoncé l'examen à l'occasion d'une conférence de presse tenue le 5 mars 2021. Grâce à une aide financière du ministère de la Santé, une grande équipe du personnel interne du défenseur a été affectée à l'examen et a été assistée par des consultants externes et des employés de programmes de recherches. Un document de consultation et un site Web réservé à l'examen ont été lancés au début mai; un rapport provisoire proposant dix recommandations a été déposé auprès du gouvernement le 15 juin.

Le rapport final et les recommandations ont été préparés à la suite de l'examen de l'important volume de documents communiqués par le gouvernement. Ces documents ont été complétés par des analyses et des recherches documentaires, ainsi que par de vastes consultations publiques (plus de 4 000 répondants à un sondage en ligne, plus de dix consultations communautaires en ligne, des entretiens avec des répondants clés, des dialogues avec des experts, des commentaires de différents citoyens et des mémoires officiels). Les constatations du défenseur sont résumées dans deux sections du rapport, portant d'abord sur l'étude de cas en cause et des faits entourant le décès de Lexi Daken, ensuite sur les constatations ayant trait aux questions d'examen plus vastes articulées dans le document de consultation du défenseur.

Le rapport final fait état de milieux de soins actifs de santé mentale chez les jeunes où le personnel n'a pas la formation en santé mentale voulue et où les services spécialisés sont sous-financés, autant en ce qui a trait à l'infrastructure physique que sur le plan des ressources humaines. Le personnel n'a pas non plus les outils ou les pratiques normalisés d'évaluation du risque de suicide dont il a besoin pour effectuer un triage adéquat des cas de santé mentale qui se présentent aux services d'urgence. L'Examen a permis de conclure que les services de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes dans la province souffrent d'une pénurie chronique de psychologues et de psychiatres, et sont caractérisés par une coordination déficiente entre les systèmes de soins formels et les programmes communautaires, comme la prestation des services intégrés (PSI).

Quant aux problèmes systémiques plus vastes relevés par l'examen, le défenseur est d'avis que les services de santé mentale chez les jeunes du Nouveau-Brunswick sont beaucoup trop axés sur les soins de crise, les taux d'hospitalisation pour cause de santé mentale chez les jeunes dépassant de 40 % la moyenne nationale. Des services plus efficaces (évaluation et intervention) pourraient être possibles si le gouvernement provincial investissait plus tôt et dans une plus forte mesure dans les services communautaires proposant des soins de prévention et d'intervention précoces. Le rapport recense un certain nombre d'interventions communautaires et de soutiens informels prometteurs pouvant être offerts dans des milieux familiaux et communautaires qui méritent un investissement et une aide soutenus.

L'examen fait aussi état de nombreuses lacunes du système actuel qui auraient pu être éliminées si des mécanismes de gouvernance et de responsabilité plus efficaces avaient été mis en place pour la mise en place et le suivi des recommandations précédentes. Il propose par ailleurs un cadre de responsabilité pour la santé proposé par le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, en application de l'article 24 de la *Convention relative aux droits de l'enfant*, qui établit le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et insiste sur des mécanismes permettant de tenir les gouvernements responsables de la prestation de services de santé disponibles, accessibles, acceptables et de qualité (DAAQ).

En s'appuyant sur ce cadre, le Défenseur propose au gouvernement des dizaines d'améliorations de service, gravitant autour de douze grandes recommandations. Ces recommandations débutent avec un appel à la nomination d'un ministre responsable des enfants et des jeunes, qui bénéficierait de l'aide d'un petit secrétariat central et d'un comité interministériel des enfants et des jeunes, tel que le recommandait le rapport *Connexions et déconnexion* de 2008 du défenseur. Cette recommandation principale permettrait la création, au gouvernement, d'un centre de responsabilité pour la PSI, les droits des enfants et des jeunes et la coordination des services à l'enfance en général, à l'instar des agences gouvernementales ayant pour mission de promouvoir les intérêts des femmes, ceux des personnes ayant un handicap, les langues officielles, la Francophonie ou les affaires autochtones. Une deuxième grande recommandation réclame un plan d'action provincial pour la santé mentale et la prévention du suicide chez les enfants et les jeunes, un plan qui aurait pour objet de réinvestir dans les soins et services communautaires qui permettent une intervention plus rapide et plus préventive que les soins de crise en milieu hospitalier.

Suit ensuite une recommandation d'engagement de principe visant une réforme reposant sur une analyse et des démarches centrée sur les droits de l'enfant, dont l'intégration de la Convention relative aux droits de l'enfant en droit interne néo-brunswickois. Suit encore une recommandation tout aussi fondamentale, soit de poursuivre le processus d'examen tout en donnant suite aux premières recommandations de réforme découlant des communautés des Premières Nations proprement dites, car ces dernières portent un fardeau disproportionné en matière de santé mentale et de suicide chez les jeunes en raison des conséquences historiques et intergénérationnelles des politiques colonialistes.

Une cinquième recommandation évoque les améliorations et réformes on ne peut plus nécessaires pour la prestation des services intégrés en tant que mécanisme de prestation central pour l'amélioration des soins communautaires dans cette sphère. Dans cette recommandation, le défenseur réclame également un nouveau cadre de formation pour appuyer les normes cliniques de PSI, les soins tenant compte des traumatismes et les démarches centrées sur les droits de l'enfant, recommande un nouveau plan de ressources humaines de PSI pour éliminer les pénuries de personnel, dont l'insuffisance critique de rendez-vous avec un psychologue, et insiste sur la nécessité d'augmenter les effectifs de travailleurs sociaux, de conseillers et d'interventionnistes comportementaux en milieux scolaires et communautaires.

Le rapport demande par ailleurs la création d'un conseil consultatif provincial des droits des enfants et des jeunes en matière de santé qui aurait pour mandat de soutenir les principes et les pratiques de participation des enfants et des jeunes à l'élaboration de politiques et à la surveillance des services, et ce, à tous les échelons de gestion et de prestation des services.

Ces recommandations thématiques principales sont suivies de quatre recommandations soulignant les améliorations pouvant être apportées au système par la mise en application du cadre DAAQ. Le défenseur recommande une *disponibilité* accrue des services de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes grâce à l'élaboration d'un plan de ressources de santé mentale pour les enfants et les jeunes qui permettra de combler nos besoins cliniques à long terme et à l'embauche de recruteurs professionnels qui mettront le plan à exécution; à l'établissement de références provinciales pour éliminer le temps d'attente avant de pouvoir accéder à des soins de santé mentale; et à la prolongation des services offerts par les unités mobiles de crise de santé mentale pour assurer une disponibilité jour et nuit.

Le défenseur propose en outre des recommandations d'accessibilité améliorée des services par des investissements accrus dans l'aiguillage aux services comme le programme Le Maillon, les services 211 et 811 et la mise en correspondance de ces services avec la PSI et les centres de services communautaires; par la multiplication des services de counseling gratuits à l'instar du modèle d'Atlantic Wellness; par l'élargissement des avantages des employés de sorte qu'ils garantissent régulièrement un accès à un plus grand nombre de séances de psychothérapie ou de counseling; par la mise en place d'un projet pilote pour l'élargissement progressif de la protection de l'Assurance-maladie pour couvrir les services de psychothérapie ou de counseling en santé mentale pour les enfants

et les jeunes de moins de 30 ans; par la prolongation des heures de services infirmiers psychiatriques aux services d'urgence et des soutiens assurés par les travailleurs sociaux; et ce, tout en assurant un accès dans les deux langues officielles et des services adaptés aux populations vulnérables ainsi qu'aux groupes ayant reçu un diagnostic spécialisé et aux personnes qui en prennent soin.

Le rapport comprend une recommandation d'*acceptabilité* améliorée des services qui insiste sur la prestation de soins psychiatriques spécialisés pour les enfants et les jeunes dans des contextes pédiatriques spécialisés adéquats et dans tous les hôpitaux régionaux; sur le recours à des outils validés de triage de santé mentale, à une évaluation officielle du risque de suicide, à l'application rigoureuse de politiques interdisant l'utilisation de contrats de « non-suicide » pour assurer la sûreté de la personne à risque, à une formation professionnelle constante et à des séances de perfectionnement au sujet du suicide chez les jeunes, de la sécurité culturelle, des soins empreints d'empathie et des contrôles d'assurance de la qualité; sur la révision des normes communautaires de santé mentale pour les enfants et les jeunes de façon qu'elles soient adaptées à l'idée que se fait l'enfant quant au temps; sur l'urgence d'une intervention rapide pour cette population, faisant passer le temps d'attente maximale de dix jours ouvrables à entre trois et cinq jours ouvrables, le but étant un accès immédiat aux soins; sur la mise en place d'un processus d'examen continu des services pour assurer l'acceptabilité des soins pour toutes les populations vulnérables et groupes de diagnostics.

Le quatrième critère du cadre AAAQ, soit les *soins de qualité*, fait l'objet de recommandations supplémentaires pour garantir que les mises à jour relatives aux services de santé mentale chez les enfants et les jeunes sont intégrées dans tous les mécanismes d'assurance de la qualité des soins en milieu hospitalier et communautaire, y compris la PSI, et que toutes les équipes sont consultées lorsqu'il y a des améliorations au système qui touchent la prestation de services; qu'il y a amélioration de la formation aux soins empreints de compassion et centrés sur les jeunes dans tous les milieux de services; qu'on fait un usage plus efficace des professionnels formés en travail social dans tous les milieux de soins pour faciliter les soins d'urgence, la planification du congé et les soins après le congé; que les programmes d'études scolaires sont réformés pour imposer la présentation de cours obligatoires de bien-être personnel à tous les niveaux scolaires, pour améliorer la formation en santé mentale visant à outiller les jeunes qui le veulent à apporter le soutien nécessaire à leurs pairs, pour améliorer les facteurs de résilience chez les jeunes de tous les niveaux par l'offre de soutiens scolaires et parascolaires; qu'il y a amélioration de la formation dans les programmes d'éducation, de soins infirmiers, de médecine, de droit, d'études policières et de travail social pour que ces programmes insistent sur les soins tenant compte des traumatismes, les démarches centrées sur les droits de l'enfant, la formation suicide ASIST et l'apprentissage social et émotionnel.

Enfin, le rapport du défenseur se termine par deux recommandations ayant trait : i) aux mesures de prévention et d'éducation publique, dont une demande d'étude distincte de la qualité de la vie en famille au Nouveau-Brunswick et l'adoption d'une stratégie provinciale de prévention du suicide chez les jeunes; ii) à l'amélioration de la collecte de données et des recherches permettant de soutenir l'assurance de la qualité et l'amélioration continue.

Le titre du rapport « Le meilleur de ce que nous avons à offrir » est un clin d'œil à la Déclaration des droits de l'enfant de 1924, premier instrument juridique international à reconnaître les enfants comme titulaires de droits. Son préambule adopté par la Société des Nations peu après la fin de la Première Guerre mondiale se terminait par un rappel que tous les membres de la famille humaine ont des obligations particulières envers les enfants, découlant d'une obligation centrale d'offrir aux enfants le meilleur de nous-mêmes et la meilleure vie possible. C'est dans cet esprit que sont proposées ces recommandations de réforme des services de prévention du suicide et de santé mentale chez les jeunes.

« IL SUFFISAIT DE LA CONNAÎTRE POUR L'AIMER »

Nous sommes très nombreux à connaître quelqu'un comme Lexi Daken et c'est justement pour cette raison que la nouvelle de son décès nous a bouleversés en tant que société. Notre « Lexi » a su s'investir dans nos vies d'innombrables façons. Elle a été ce rayon de lumière qui est venu éclairer notre quotidien sombre. Nous ne pouvons imaginer la vie sans Lexi. Ainsi, lorsque nous apprenons qu'une personne si spéciale trouvait la vie difficile à tel point qu'elle ne pouvait poursuivre, nous cherchons une réponse : « Comment cela a-t-il pu se produire? » Parce que la vérité, c'est que si ça a pu arriver à Lexi Daken, qu'en est-il pour chacune de nos « Lexi » à nous qui nous sont si chères?

Lexi, c'est votre élève brillante. Celle qui s'affaire toujours à la tâche, qui y met tous ses efforts pour produire un travail de qualité ou qui est toujours prête à prêter main-forte lorsque le besoin se fait sentir. La jeune qui se montre toujours gentille avec les autres. L'élève au sourire éclatant dans la photo de classe.

Lexi, c'est votre athlète élite. La jeune de votre équipe qui possède un mélange gagnant de talent naturel et d'esprit sportif, toujours prête à offrir un mot d'encouragement à un coéquipier qui a en grandement besoin. Elle est aussi perfectionniste.

Lexi, c'est votre meilleure amie. L'amie de tous en fait, parce qu'elle s'assure de côtoyer ceux qui ont besoin d'un peu de compassion. C'est celle sur qui vous pouvez toujours compter parce qu'elle vous a dans son cœur. Celle au sens de l'humour un peu tordu caché derrière une façade d'innocence apparente. L'amie à qui vous pouvez tout confier, à toute heure de la journée.

Lexi, c'est votre nièce, votre petite-fille. Celle qui adore passer vous visiter, vous écouter raconter vos histoires et cuisiner à profusion.

Lexi, c'est votre sœur aînée, celle que vous adorez même si elle a le don de vous rendre fou. Celle qui vous fait toujours une place dans son emploi du temps, que ce soit pour créer une journée « spa » à la maison, jouer à des jeux vidéos ou encore disputer une partie de lutte sur le plancher du salon. C'est celle qui vous sert d'inspiration et aussi celle qui vous défendrait bec et ongles dans n'importe quelle situation.

Lexi, c'est votre petite sœur et votre meilleure amie. Celle à qui vous confiez tous vos secrets et vice versa. Celle à qui vous pouvez conter des blagues et rire aux larmes.

Lexi, c'est votre fille. Ce précieux poupon que vous avez ramené à la maison, cette perle qui s'est transformée, presque du jour au lendemain, en jolie demoiselle, une grande beauté. Celle qui adore être à vos côtés, ne laissant passer aucun moment de silence dans les longues promenades en auto ou ne craignant aucunement de se salir pendant une aventure de chasse ou de pêche. C'est celle qui ne cesse d'être une source de grande fierté pour vous. Celle pour qui vous seriez prêt à tout abandonner.

Lexi, c'est la fille que tous admirent. Elle est sociable, enjouée, drôle, sympathique. Elle est aussi une petite furie au rire contagieux qui emplit la pièce. Lexi apporte un rayon de soleil à votre vie.

Mais Lexi Daken était habitée par la noirceur.

Une noirceur qui masquait la lumière dans sa vie, une noirceur écrasante qui a laissé une ombre obscure pour tous ceux qu'elle a aimés.

Nous avons tous une « Lexi » dans notre vie, mais Lexi n'a pas eu la possibilité de tout avoir dans sa vie. La fille au potentiel infini qui ne pourra jamais être exploité.

La fille qui n'obtiendra jamais son diplôme d'études secondaires.

La fille qui n'ira jamais au bal de fin d'année.

La fille qui ne pourra jamais réaliser ses ambitions, soit de devenir neurologue.

La fille qui ne ressentira jamais la fierté à l'achat de sa première maison.

La fille qui ne connaîtra plus jamais de vacances d'été.

La fille qui ne sera jamais mère.

La fille qui ne vieillira jamais aux côtés de son amoureux.

Lexi, celle qui ne pourra jamais être remplacée.

Lexi Daken a commencé à songer à s'enlever la vie trois mois et demi avant son décès; ses idées suicidaires l'envahissaient à chaque instant. L'angoisse engendrée par les expériences qu'elle avait vécues et ses insécurités par rapport à son corps, de même que son sentiment de rejet et d'abandon ont tous été amplifiés par une dépression grave.

Lorsque la douleur de Lexi est devenue insoutenable; lorsqu'elle ne pensait plus être à l'abri d'elle-même et qu'elle pensait pouvoir se faire du mal, elle est allée au service d'urgence accompagnée de sa conseillère d'orientation du secondaire. Elle avait besoin de soins. C'était urgent. Le seul problème pour Lexi, c'est que son mal n'était pas physique. Il n'y avait peut-être pas d'hémorragie tangible, mais elle « saignait » quand même et elle avait désespérément besoin d'une autre forme de soutien. Elle n'a pas reçu l'admission à l'hôpital ou les autres traitements qu'elle et ses alliés recherchaient, ni aucune raison convaincante expliquant pourquoi. Pour elle, sa famille et ses amis, les services de santé reçus n'étaient guère plus qu'un pansement sur une fracture. Quoique ce ne soit pas tout à fait exact, parce qu'un pansement permet tout de même d'arrêter l'hémorragie et d'apporter un sentiment de soulagement et de sécurité (comme quand « maman bec bobo »). Ce que Lexi a vécu en salle d'urgence pourrait peut-être même avoir aggravé sa douleur.

Tout ce qu'elle voulait en se présentant à l'hôpital ce jour-là, c'était de recevoir de l'aide. Son état s'était détérioré à un point tel que sa conseillère en orientation ne se sentait plus à l'aise de l'aider seule. Sa conseillère avait épuisé toutes les stratégies qu'elle connaissait : Lexi avait besoin de soins plus intensifs.

Après une journée entière passée à attendre une évaluation psychiatrique, Lexi a été vue par un médecin qui a pris en note toutes ses inquiétudes et qui a apparemment laissé à la discrétion de Lexi le choix de faire appel ou non à un psychiatre. Plus précisément, le médecin a indiqué à Lexi que, si elle ne pouvait promettre qu'elle ne s'automutillerait pas chez elle, le psychiatre devrait être interpellé. Cette promesse, Lexi n'a pas été capable de la faire lorsque le médecin lui a posé la question la première fois et donc « Ne contractera pas au plan de sécurité » a été noté dans son dossier. Lorsqu'elle a été revue par ce même professionnel de la santé une heure et demie plus tard, lorsque les résultats de ses analyses de sang ont été disponibles, le médecin a de nouveau demandé si elle pouvait se protéger. Le médecin lui a ensuite reposé la question, après lui avoir donné le résultat de ses analyses sanguines, une heure et demie plus tard. Il était environ 21 h à ce moment-là, et Lexi était épuisée d'avoir attendu toute la journée. Avec hésitation, elle a finalement dit accepter de ne pas s'automutiller chez elle. Le médecin a enregistré dans le dossier de Lexi qu'elle avait contracté au plan de sécurité à 21 h 01. Lexi a alors reçu son congé avec en main le numéro de l'unité mobile d'intervention d'urgence et un aiguillage urgent pour des soins en psychiatrie.

Lexi a été laissée entre les mains d'un système qui était censé l'aider, mais n'a pas pu la mettre en contact avec les soins emprunts de compassion dont elle avait besoin. Un système où, disons-le, il est devenu acceptable, voire normal, de renvoyer chez elle une jeune avec des pensées suicidaires parce qu'elle a dit accepter de ne pas se faire de mal, le tout, sans même avoir mené une évaluation du risque de suicide. Peut-être, Lexi a-t-elle accepté parce qu'elle faisait toujours ce que les autres voulaient qu'elle fasse. Elle ne voulait surtout pas être un fardeau, ni s'imposer, ni décevoir.

Il semblerait que de nombreux jeunes, leurs familles, ainsi que les services à la jeunesse et les professionnels de l'éducation aient des doutes quant à la capacité des salles d'urgence à établir les liens nécessaires avec les soutiens psychiatriques en période de crise. Or, est-ce sur l'hôpital qu'il faut jeter le blâme pour l'absence de soins d'urgence de qualité en psychiatrie? Le rythme effréné du service d'urgence offre-t-il le cadre le plus idéal et le plus approprié pour traiter les patients suicidaires ou d'autres personnes en détresse mentale et émotionnelle urgente ?

Après sa première tentative de surdose en novembre 2020, Lexi a été mise en relation avec une équipe enfant jeunesse de la prestation de services intégrés (PSI) dans sa région. Au terme de ses séances avec un thérapeute privé, Lexi devait être aiguillée aux services d'un clinicien de la PSI. Quoi qu'il en soit, elle n'a jamais eu l'occasion de rencontrer cette personne. Les facteurs qui ont contribué à la situation sont nombreux, notamment l'horaire chargé du clinicien de la PSI, qui était déjà occupé avec d'autres jeunes, et la présence scolaire en alternance conséquente à la COVID-19. Il se peut, par contre, que la principale raison pour laquelle Lexi n'a pas eu accès à l'aide dont elle avait besoin à la PSI, c'est un échec à l'échelle du système, en ce sens que les normes de fidélité et de pratique de la PSI élaborées en 2017 n'ont toujours pas été mises en place, quatre ans plus tard. Les équipes enfant jeunesse de la PSI manquent de lignes directrices opérationnelles et continuent d'appliquer les lignes directrices en matière de santé mentale et de toxicomanie qui ont été élaborées avant la mise en œuvre provinciale de la PSI. C'est irréaliste de s'attendre à ce qu'un système aussi polyvalent et complexe que la PSI puisse opérer de façon optimale auprès de chaque client s'il n'existe aucune norme de prestation de services efficace pour la guider.

Lexi était quelqu'un qui tendait sans cesse la main à ceux qui en avaient besoin. Toutefois, quand ce fut son tour de demander de l'aide, elle a été abandonnée par un système qui n'avait que peu de place pour les soins de compassion. Un système où ceux qui travaillent auprès de nos jeunes les plus vulnérables le font sans ligne directrice officielle. Lexi s'en est trouvée profondément affectée, car elle s'est alors rendu compte qu'on ne lui donnerait ni le temps ni l'attention qu'elle, elle aurait donné tout naturellement aux autres.

Les raisons qui poussent des gens à s'enlever la vie sont complexes et nécessitent une stratégie de prévention polyvalente. Le décès tragique de Lexi mènera, espérons-le, à la mise en place et à l'intégration de services de santé mentale grandement améliorés et mieux outillés au Nouveau-Brunswick.

INTRODUCTION

« Le message secret livré à la plupart des jeunes aujourd'hui par la société qui les entoure, c'est qu'ils ne sont pas indispensables, que la société se portera très bien jusqu'à ce qu'ils prennent les rênes – dans un avenir plutôt éloigné. Or, il reste que la société ne se porte pas bien... car nous, les autres, avons besoin de toute l'énergie, l'intelligence, l'imagination et tout le talent que les jeunes ont à offrir pour résoudre nos difficultés. Il est imbécile pour la société de tenter de résoudre ses problèmes les plus criants sans l'entière participation des nouvelles générations, si jeunes soient-elles. » [traduction]

Alvin Toffler

« Ce passage d'un modèle médical/psychiatrique centré sur le système et axé sur la pathologie à un paradigme centré sur le client est le secret de la transformation de notre système au Canada. Pour commencer, il suffit d'un changement de perspective. Nous devons sortir de nos tendances égocentriques et travailler dur pour comprendre l'expérience subjective unique, diversifiée et essentielle du client. Nous devons commencer à comprendre que l'empathie et l'orientation client ne sont pas seulement des concepts cliniques, mais sont des outils essentiels pour les administrateurs et les dirigeants si nous espérons un jour apporter de réels changements à nos systèmes. Et si la cliente était votre fille ? » [traduction]

Todd Leader, It's Not About Us

« La jeunesse même dans ses chagrins a toujours une clarté à elle. »

Victor Hugo, Les Misérables, 1862, Vol. IV, Livre III, Chapitre VII

Hillary, Jordan, Gabe, Samuel, Emily, Mona, Ashley, Lexi.

Ce ne sont là que quelques-uns des jeunes dont nous avons rencontré les proches dans le cadre de cet examen et dont la vie a été écourtée par le suicide. Le deuil d'une telle perte ne s'efface jamais complètement. Nous avons également reçu les témoignages de personnes qui ont fait des tentatives de suicide, qui s'en sont remises et s'en sont sorties, de jeunes dont la tentative est récente et de personnes plus âgées qui ont trainé avec elles les traumatismes de leur enfance pendant de longues années et qui n'ont trouvé la paix que plus tard dans leur vie. Nous avons aussi discuté avec nombre d'autres familles épuisées par la souffrance morale accompagnant la nécessité d'aider son enfant atteint d'une maladie mentale dans son propre cheminement. Nous avons par ailleurs entendu le récit de jeunes qui veulent avoir accès à des soins, qui veulent quelqu'un à qui parler, de jeunes qui en ont assez d'attendre pour recevoir de l'aide et de jeunes qui s'inquiètent du coût des soins liés à la santé mentale pour eux et leurs familles.

Un nombre écrasant de jeunes et leurs familles ont pris part à cet examen. Le vif intérêt manifesté par les Néo-Brunswickois pour cette discussion est troublant en soi. La maladie mentale touche un grand nombre d'entre nous (un Canadien sur cinq) et la proportion est encore plus grande chez les Néo-Brunswickois¹. C'est un sujet qui nous affecte profondément. Que nous soyons nous-mêmes aux prises avec des troubles de santé mentale ou que nous tentions d'aider un proche qui en souffre, une mauvaise santé mentale peut faire basculer notre vie. Elle affecte notre rendement au travail ou à l'école, nos relations personnelles, notre capacité à être présent pour les autres, y compris pour nos amis et notre famille. Peu de choses nous affectent autant. La question est donc la suivante : pourquoi manquons-nous à ce point de ressources et pourquoi le problème n'est-il pas réglé? S'il faut prioriser les dépenses dans un contexte de pénurie de ressources, ne pourrait-on pas au moins offrir aux enfants et aux jeunes le soutien dont ils ont besoin pour améliorer leur santé mentale?

Dans le rapport suivant, nous passerons au peigne fin tout ce qui a été mis en œuvre au cours des 20 dernières années afin de remédier aux problèmes liés au suicide et à la prestation de services de santé mentale chez les jeunes du Nouveau-Brunswick. Nous formulerons également des recommandations (quelques-unes qui ont déjà été proposées, d'autres, plus nombreuses, qui sont nouvelles) de changements systémiques dans l'espoir d'améliorer la suite des choses pour les enfants et les jeunes d'aujourd'hui et de demain. Nous suivrons l'expérience hautement personnelle du parcours d'une famille, celle de Lexi Daken, jusqu'à sa fin tragique et ferons le lien avec l'approche systémique plus large qui a informé notre examen global.

Comme pour notre rapport provisoire et ses recommandations, nous commencerons par expliquer notre méthodologie et nous passerons ensuite à un résumé de nos constatations, regroupées en deux parties. La première série de constatations fera état des soins au service d'urgence et à leur point d'intersection avec la famille ainsi qu'avec la prestation de services intégrés et les soutiens en milieu scolaire tels qu'ils ont été vécus dans le cas personnel de Lexi. La deuxième série de constatations découle de notre examen systémique des services provinciaux dans ce secteur, examen qui s'est posé sur de nombreux ministères et organismes, notamment les régies régionales de la santé (Horizon et Vitalité), ainsi que les ministères de la Santé, du Développement social, de la Justice et de la Sécurité publique, de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, et de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail. Nous résumerons par ailleurs ce que nous ont rapporté non seulement des jeunes et leurs familles de partout au Nouveau-Brunswick, mais aussi les organismes jeunesse, les organisations de services communautaires, le secteur philanthropique et les associations professionnelles, tout comme les professionnels, les chercheurs et d'autres experts. Ces constatations seront classées par thème s'articulant sur l'historique des services de santé mentale pour les jeunes au Nouveau-Brunswick, les constatations cliniques et les données relatives à la santé mentale et au suicide chez les jeunes, les droits de la personne et le cadre juridique des services de ce genre, les difficultés en matière d'équité en santé dans ce domaine (y compris l'égalité d'accès au droit à la santé et au droit à la vie pour les enfants et les jeunes autochtones du Nouveau-Brunswick) et, enfin, les difficultés qu'éprouvent les jeunes et leurs familles dans divers secteurs des services de santé publique et le rôle actuel et futur des collectivités, du secteur des organismes sans but lucratif, du secteur philanthropique et du gouvernement.

À la lumière de ces constatations, nous serons en mesure de présenter au gouvernement les recommandations finales issues de cet examen. Ces recommandations sont éclairées par notre approche fondée sur les droits de l'enfant et découlent des obligations de la province envers les enfants en tant que détenteurs de droits, ainsi que de la façon dont nous, en tant que société, pouvons intégrer le plus efficacement possible le droit à la santé et le droit à la vie pour les enfants et les jeunes, et comment ces principes devraient orienter notre approche vis-à-vis des services de santé mentale pour les jeunes. Le premier groupe de recommandations se fonde sur les grandes orientations découlant des constatations issues de notre examen, constatations dont nous avons déjà fait état dans notre rapport provisoire *Une question de vie et de mort*. Ces recommandations sont : i) un nouveau modèle de gouvernance pour les services intégrés de santé mentale pour les jeunes; ii) un accent accru sur les soins communautaires accessibles et de qualité ; iii) un nouveau modèle de gouvernance pour les services de santé mentale intégrée chez les jeunes; iv) un accent accru sur des soins communautaires accessibles et de qualité; et v) un engagement fort à améliorer la qualité des services, notamment ceux en lien avec la PSI et avec la participation des enfants et des jeunes. Un deuxième groupe de recommandations portera sur le critère clé du droit de l'enfant à la santé (disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité des services). Pour terminer, un troisième groupe de recommandations abordera des sujets qui ne sont pas couverts ailleurs, mais qui naissent habituellement d'un engagement à : i) un accent accru sur la prévention et l'éducation du public, y compris l'élaboration d'une stratégie provinciale de prévention du suicide chez les jeunes et une étude plus approfondie sur la qualité de la vie familiale et les impacts du stress toxique sur les enfants et les jeunes; et ii) un investissement renforcé dans l'amélioration continue et la recherche ainsi que l'assurance qualité, la collecte de données et le suivi.

Suivant ces recommandations, le rapport présentera en plusieurs annexes des rapports circonstanciels préparés pour cet examen et nous permettant d'approfondir quelques sujets clés que nous n'avons pu qu'effleurer dans le cadre du rapport final en raison de contraintes d'espace et de temps, mais qui, selon nous, auraient tout avantage à faire partie d'une discussion et d'un débat publics plus larges. Les annexes présentent donc une discussion détaillée des problèmes liés à la santé mentale chez les enfants et jeunes autochtones, des répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les services de santé mentale aux enfants et aux jeunes, de la nécessité d'une stratégie distincte de prévention du suicide chez les jeunes au Nouveau-Brunswick et de la nécessité d'une stratégie de recrutement et de maintien en poste de professionnels des services de santé mentale affectés aux enfants et aux jeunes.

MÉTHODOLOGIE

Peu de temps après le décès de Lexi Daken, un appel a été lancé pour la création d'une commission d'enquête qui investiguerait sur sa mort et sur les services de santé mentale pour les jeunes. Notre objectif en tant que défenseur provincial des enfants et des jeunes était de prendre une longueur d'avance sur cette demande et de montrer la capacité d'un bureau législatif indépendant d'effectuer l'analyse requise et un examen efficace en temps opportun. Le travail que nous avons accompli ce printemps aurait été impossible sans : a) le financement supplémentaire obtenu grâce au ministère de la Santé et destiné à l'embauche de consultants externes pour contribuer à l'examen et pourvoir des postes permanents en lien avec l'examen et b) la participation ample et diverse des Néo-Brunswickois à chaque étape de l'examen. C'est grâce à ces circonstances que nous pouvons conclure l'examen avec conviction d'avoir réussi à produire une analyse poussée de cette affaire en très peu de temps. À notre avis, les avantages de confier l'examen à un fonctionnaire de l'Assemblée législative sont importants et notre compréhension de ces avantages a été confirmée durant l'examen.

En tant qu'ombud spécialisé des enfants et des jeunes, le défenseur possède beaucoup d'expérience à écouter les jeunes et à faire entendre leur voix dans la prise de décisions conjointe. Il possède également des connaissances d'expert sur les droits des enfants et des jeunes et sur les obligations légales du gouvernement provincial envers ceux-ci. Établi depuis 15 ans (en 2006), le défenseur a accumulé au fil du temps des connaissances d'expert des services gouvernementaux, de l'évolution des services, des actions prises par le passé et de la raison d'être des changements apportés. Contrairement aux experts embauchés de l'extérieur, le défenseur connaît la région et sait ce qui fonctionnera et ce qui ne fonctionnera pas. En tant que fonctionnaire indépendant de l'Assemblée législative, le défenseur a acquis beaucoup d'expérience dans l'influence des réformes du droit et du changement. Il connaît les rouages du gouvernement, et a acquis la confiance du gouvernement et de tous les membres de l'Assemblée législative pour mener des examens d'experts de façon impartiale et de fond en comble. Le défenseur a tous les pouvoirs d'un commissaire d'enquête, mais il agit à titre d'ombudsman spécialisé pour les enfants et autres populations vulnérables et préfère les méthodes informelles de recherche des faits aux méthodes encombrantes, formelles et accusatoires. Il passe au peigne fin de graves situations de mauvaise administration, permettant du coup l'adoption rapide de mesures correctives pour rétablir la justice, l'équité et l'accès égal aux services.

En raison des caractéristiques de notre mandat statuaire, du financement et de la grande participation des Néo-Brunswickois déjà mentionnés, nous sommes convaincus que le plan présenté dans le rapport ci-dessous trace une voie crédible et atteignable pour transformer la prestation de services, améliorer les services de santé mentale offerts aux jeunes et réduire le risque de suicide chez les jeunes. Nous savons que les Néo-Brunswickois veulent ce changement, que le besoin est urgent et que personne ne veut patienter davantage.

L'examen a commencé le 5 mars 2021. En vertu de l'article 19 de la *Loi sur le défenseur des enfants, des jeunes et des aînés*, des avis d'enquête et d'examen ont été envoyés aux ministères de la Santé, de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, du Développement social, de la Justice et de la Sécurité publique et de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail, ainsi qu'aux régies de la santé Horizon et Vitalité. En réponse à ces avis, les organismes publics et ministères ont rassemblé plus de 500 documents à communiquer au Bureau du défenseur. Une équipe de dix membres du personnel permanent du défenseur a été affectée à l'examen. Ont aussi été retenus dans le cadre de l'examen les services de trois étudiants au baccalauréat de travail social de l'Université St. Thomas, de trois étudiants de la faculté de droit de l'Université du Nouveau-Brunswick, de deux conseillers professionnels du domaine des services de santé des Premières Nations et de deux sous-ministres adjoints à la retraite des services de traitement des dépendances et de santé mentale.

L'équipe a été épaulée par un conseil consultatif composé d'un peu plus de soixante membres, y compris : un conseil consultatif composé de représentants de la recherche, du secteur communautaire et du gouvernement; un conseil consultatif de jeunes d'un peu partout au Nouveau-Brunswick avec divers points de vue et ayant une expérience avec les services de santé mentale et leurs pairs; un conseil consultatif des Premières Nations pour représenter les jeunes, les aînés, les directeurs de la santé, les professionnels et des alliés des secteurs communautaire et public prenant part aux services de santé mentale des jeunes autochtones.

La méthodologie de l'examen consistait en une étude de cas des événements ayant conduit au décès de Lexi Daken, ainsi qu'un examen systémique plus large des services de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes. Pour l'étude de cas, Wendy Cartwright, notre coordinatrice des enquêtes systémiques, a été affectée à la revue Lexi Daken. Une divulgation de dossiers séparée pour cet aspect de l'examen a été demandée concernant ces questions et l'enquête sur les services fournis à Lexi par l'intermédiaire de la PSI, et à l'hôpital Dr Everett Chalmers (DECH) lors de ses visites en novembre et février fut soumis à son propre plan d'enquête. Quatorze entretiens ont été menés avec des témoins clés des événements ayant conduit à la mort de Lexi. L'examen des dossiers et l'entrevue des témoins nous ont permis de faire un certain nombre de constatations et de recommandations préliminaires qui ont ensuite été intégrées à une liste plus large de recommandations afin d'informer le rapport final.

L'examen systémique plus large a été informé par une analyse du milieu, un examen de la documentation et une analyse statistique ainsi que les commentaires qualitatifs recueillis à l'écoute des Néo-Brunswickois à partir du portail en ligne, lors de la consultation virtuelle et de la tournée de consultation du défenseur, par le sondage effectué auprès des jeunes et des adultes du Nouveau-Brunswick, par les entrevues clés auprès des répondants et par les observations formelles d'intervenants communautaires, de chercheurs et d'associations professionnelles. En tout, nous avons obtenu l'avis de près de 5 000 Néo-Brunswickois dans le cadre de l'examen. Nous avons également pris le pouls de spécialistes reconnus à l'échelle nationale et mondiale dans le domaine des services de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes pour ensuite cerner les pratiques exemplaires grâce à l'analyse du milieu et à l'examen de la documentation. L'équipe de recherche interne a échafaudé un plan de recherche et une charte de projet dès le début du processus, ce qui a permis de saisir tous les commentaires reçus et le produit de recherche dans une série de notes d'information thématiques. Le présent rapport final, ses recommandations et ses annexes sont le fruit de cette recherche et de ces commentaires, révisés et peaufinés par le conseil consultatif du projet.

Note sur la suicidabilité, la confidentialité et les droits à la vie privée

Faire face au suicide, en particulier au décès par suicide d'un jeune, n'est jamais facile. Pour les parents et les familles, il s'agit d'un deuil dont on ne se remet jamais vraiment. Pour les camarades de classe, les éducateurs et les travailleurs du secteur de la santé ou du secteur de la jeunesse impliqués auprès du jeune, en tant que victime secondaire du suicide, cela peut également avoir des impacts traumatiques qui devraient être traités professionnellement par une postvention précoce. À l'approche de la rédaction de ce rapport, en tant que défenseurs des enfants et des jeunes, nous voulions également rester attentifs aux risques bien connus qui accompagnent le suicide chez les jeunes, y compris son effet de contagion. Nous sommes préoccupés de noter qu'à la suite des rapports sur le décès de Lexi Daken, le nombre de jeunes accédant les services de soutien en santé mentale dans la région de l'hôpital Dr Everett Chalmers a augmenté de près de 80 % entre janvier et mars 2021.

C'est pourquoi nous avons ajouté un avis aux médias au début de ce rapport pour les renvoyer aux lignes directrices de l'Association des psychiatres du Canada et de l'Organisation mondiale de la santé sur le signalement des suicides. C'est pourquoi nous avons fourni des coordonnées au recto et au verso de ce rapport pour savoir qui contacter si vous ou quelqu'un que vous connaissez en tant que lecteur de ce rapport pensez au suicide. On veut minimiser le risque de suicide et en particulier du suicide chez les jeunes par tous les moyens possibles, et pourtant, pour ce faire, il faut en parler. En tant que défenseurs, nous devons faire preuve de diligence raisonnable en examinant en détail les aspects du cas de Lexi et en approfondissant cette conversation avec d'autres familles du Nouveau-Brunswick qui ont vécu une perte semblable, sachant que le suicide chez les jeunes, encore aujourd'hui, reste entourée de stigmatisation, de silence et de tabou.

La bonne nouvelle est que, selon certains des experts avec lesquels nous avons parlé, jusqu'à 95 % des personnes qui ont déjà pensé au suicide ne meurent pas par suicide. Le suicide, comme le cancer, peut être vaincu. Mais nous ne partageons peut-être pas cette nouvelle autant que nous le devrions. Nous ne voulons pas parler de suicide de peur de donner plus de liberté aux gens, mais le silence autour du suicide peut exacerber les sentiments de désespoir que les gens peuvent ressentir. Il doit y avoir plus de moyens d'aider les gens à gérer et à surmonter ces sentiments et à trouver un chemin vers le rétablissement. L'amélioration des soins compatissants traitant des traumatismes sous-jacents par le biais d'une thérapie et d'un mode de vie sain est la voie à suivre pour la plupart des survivants du suicide, y compris ses victimes secondaires.

Il est extrêmement difficile de s'attaquer efficacement au problème du suicide chez les jeunes en raison de sa complexité. L'étiologie du suicide est multifactorielle et comprend des facteurs biologiques, génétiques, psychologiques, sociaux et environnementaux dans une interaction complexe. Des évaluations du risque de suicide peuvent et doivent être effectuées, mais elles ne permettent pas de prédire le risque futur de suicide, mais principalement le risque immédiat en présence. Le travail de prévention du suicide est donc itératif et doit être opérationnalisé de manière répétée et experte à chaque fois pour être efficace. Chez certains jeunes, avec certains diagnostics, le risque peut diminuer jusqu'à disparaître complètement, dans d'autres cas, le risque peut être chronique et rester présent tout au long de leur vie.

Nous ne pouvons peut-être pas éradiquer complètement le suicide, mais nous savons que chaque suicide est évitable. Avec plus de formation, avec plus d'attention à l'évaluation des risques et à la planification de la sécurité et des offres de soutien clinique plus opportunes, nous savons que nous pouvons réduire considérablement le taux de suicide chez les jeunes au Nouveau-Brunswick et au Canada. Nous attendons avec impatience un avenir proche, comme l'a proposé Todd Leader, où les histoires écrites ne concernent pas des personnes qui se plaignent d'un système qui manque de compassion, les laisse inaperçues, avec de longs temps d'attente et des expériences client négatives, mais célèbrent plutôt nos succès. dans la réduction de la suicidabilité des jeunes et de l'apparition de la maladie mentale chez les jeunes. Pour y arriver, nous devons cependant être lucides sur notre réalité actuelle et capables d'en parler ouvertement et sans stigmatisation afin que les choses puissent s'améliorer.

Alors que nous finalisons l'ébauche de ce rapport et préparons sa publication, certains experts ont suggéré que nous devrions supprimer tout ou partie des détails du cas de Lexi, que nous ne devrions pas pointer du doigt le personnel qui pourrait se décourager, que la confidentialité des patients exige plus de circonspection, que le rapport doit renforcer la confiance dans le système, ne dissuader personne de rechercher des soins appropriés, ne déclencher aucune victime ou victime potentielle de suicide. Nous avons bien accueilli tous les conseils et commentaires reçus. Bien que la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé ne s'applique pas au Défenseur en tant qu'agent législatif, nous avons trouvé intéressant d'examiner ses dispositions et en particulier le paragraphe 25(4) et les alinéas 26 (b) (c) et (d) de la Loi qui confirment que tout droit à la vie privée d'une personne décédée appartient à sa succession et que les mandataires spéciaux exerçant l'autorité en vertu de cette loi devraient tenir compte des souhaits, des valeurs et des croyances de la personne décédée, des avantages par rapport aux conséquences négatives de la divulgation et si le l'objectif visé de la collecte, de l'utilisation ou de la divulgation d'informations peut être atteint autrement. Ce sont les mêmes considérations générales qui guident le Défenseur

dans l'exercice de son pouvoir de publier un rapport ou de faire connaître certaines informations à l'appui de ses recommandations, décision qui relève de la seule discrétion du Défenseur.

Conformément à ce qui précède, et après consultation avec la famille de Lexi, le Défenseur a décidé de publier ce rapport avec les conclusions et recommandations suivantes. Ces conclusions sont présentées comme un compte rendu de notre enquête et de notre examen et à l'appui de nos recommandations. Ils ne visent pas à culpabiliser ou à fustiger qui que ce soit, mais à nous interpeller tous, et avant tout les élus, à accorder une attention et une importance renouvelées à la lutte contre le suicide chez les jeunes et à soutenir les services de santé mentale pour les enfants et les jeunes et les investissements dans les enfants et les jeunes en général. Notre rapport a révélé que nous avons déjà fait des progrès significatifs en tant que province, par exemple grâce au développement d'unités de crise mobiles et à la prestation de services intégrés. Néanmoins, nous avons un défi important devant nous, qui a été exacerbé par la pandémie actuelle, et nous avons besoin que tous les groupes professionnels, les communautés, les familles et les jeunes eux-mêmes travaillent ensemble dans le but commun de lutter contre et de prévenir davantage de suicides chez les jeunes.

RÉSUMÉ DES CONSTATATIONS : LE CAS DE LEXI

D'emblée, nous avons dû faire la distinction entre ce qu'a vécu Lexi Daken en lien avec sa recherche de soutien de santé mentale et de prévention du suicide d'août 2020 au 24 février 2021 et l'enquête plus vaste quant aux services de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes dans la province en général. Wendy Cartwright, coordonnatrice des enquêtes systémiques, a été chargée de l'examen du cas de Lexi Daken. Une communication distincte des dossiers a été demandée en lien avec ces questions, et l'enquête sur les services que Lexi a reçus par l'intermédiaire de la prestation des services intégrés (PSI) et à l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers (HDEC) pendant ses visites en novembre et en février ont fait l'objet d'un plan d'enquête distinct. Quatorze entrevues ont été menées auprès de témoins clés des événements ayant mené au décès de Lexi. L'enquête nous a permis d'en arriver à certaines constatations factuelles sur la chronologie des événements, décrite plus loin, ainsi qu'à des observations majeures sur les lacunes des services et du manquement au respect du droit de Lexi à la vie et à la santé.

Chronologie des événements

Selon notre examen du cas de Lexi Daken, l'un des phénomènes les plus frappants a été la rapidité avec laquelle son bien-être mental s'est détérioré. En août 2020, lorsque ses émotions l'envahissaient, Lexi a commencé à s'automutiler en s'infligeant des coupures sur les cuisses. Les automutilations ont vite cédé leur place à des pratiques plus dangereuses et, trois mois plus tard, Lexi a commencé à préparer en secret un plan suicidaire pour finir à l'urgence de l'HDEC à la mi-novembre après sa première tentative de suicide par surdose. Après son admission à l'hôpital, Lexi a passé la nuit à la salle d'examen du service d'urgence et a été vue par le psychiatre de l'hôpital le lendemain matin. Le psychiatre a prononcé un diagnostic de trouble dépressif majeur avec traits de personnalité limite. Il a aussi aiguillé Lexi vers la PSI et l'a encouragée à commencer à suivre des services de consultation privés. Une erreur administrative est à l'origine d'une faute pour la consignation du numéro de téléphone du père de Lexi et du nom de l'école secondaire qu'elle fréquentait. Le dossier de Lexi a par conséquent été envoyé à l'équipe de PSI pour enfants et jeunes d'Oronoto plutôt qu'à celle de Fredericton-Nord. Incapable de joindre le père de Lexi par téléphone (en raison du mauvais numéro qui avait été noté) pour prévoir un rendez-vous initial, la réceptionniste de la PSI a dû envoyer une lettre par la poste. En raison de ces erreurs, Lexi a été privée d'un rendez-vous initial disponible trois jours après son admission à l'hôpital et a dû attendre un mois au complet pour rencontrer l'équipe de la PSI. Heureusement, le père de Lexi a fait en sorte qu'elle commence à voir un thérapeute privé sans délai.

Une semaine après la première surdose de Lexi, la conseillère en orientation de l'école secondaire Leo Hayes a été avisée du séjour à l'hôpital de Lexi lors d'une réunion du service de soutien scolaire. Après avoir tenté à plusieurs reprises de communiquer avec Lexi par l'entremise d'amis et de membres de la famille, la conseillère a réussi à la rencontrer une semaine plus tard et a continué de la voir toutes les deux semaines ou au besoin.

Durant le rendez-vous initial de PSI à la mi-décembre, Lexi a indiqué qu'elle n'était pas retournée à l'école depuis sa surdose un mois plus tôt. Elle s'inquiétait de pouvoir rattraper le retard dans ses travaux scolaires et avait très peur que ses pairs aient vent de son récent séjour à l'hôpital. Le dossier de PSI de Lexi a été transféré à l'équipe du développement de l'enfance et de la jeunesse de Fredericton-Nord et a été attribué à une clinicienne en haute priorité pour la tenue de séances hebdomadaires. Après avoir reçu le dossier de Lexi, la clinicienne de la PSI - infirmière/er diplômé-e - a communiqué avec le père de Lexi le jour même et, ensemble, ils se sont entendus que Lexi verrait la clinicienne une fois ses séances de counseling privé terminées.

Après le congé des fêtes, l'état de Lexi a continué de se détériorer. Sa conseillère en orientation a pris des dispositions avec l'administration scolaire pour atténuer le stress de Lexi en lui donnant comme note la moyenne qu'elle avait plus tôt dans l'année scolaire. Elle a aussi mis à la disposition de Lexi une salle de recueillement pour qu'elle s'y rende au besoin. La clinicienne de la PSI a encore une fois communiqué avec le père de Lexi pour lui demander des nouvelles et l'encourager à lui faire savoir lorsque les séances privées de counseling de Lexi prendraient fin. Le 10 février, le père de Lexi a avisé la clinicienne de la PSI par courriel que Lexi avait terminé sa dernière séance. La clinicienne lui a répondu qu'elle prévoirait une rencontre avec Lexi la semaine suivante et a demandé si elle pouvait communiquer avec le thérapeute privé en attendant. Pendant une réunion du service de soutien scolaire ce jour-là, la conseillère en orientation de Lexi a invoqué l'urgence d'une rencontre avec la PSI. Malheureusement, une semaine plus tard, la clinicienne de la PSI n'avait toujours pas vu Lexi.

Le 18 février, Lexi est allée voir la conseillère en orientation parce qu'elle pensait activement au suicide même si elle avait terminé sa thérapie et qu'elle prenait des antidépresseurs. De plus, elle avait beaucoup de mal à dormir depuis quelque temps. Lexi a dévoilé son plan suicidaire. La conseillère en orientation, très alarmée par ces propos, a demandé à Lexi si elle croyait pouvoir rester en sécurité chez elle. Lexi étant incertaine, les deux ont décidé qu'une visite à l'urgence serait de mise. L'administration scolaire s'est montrée hésitante sur cette décision puisque par le passé, lorsqu'on avait emmené des jeunes suicidaires au service d'urgence, les visites ne s'étaient pas avérées très efficaces et, souvent, n'avaient fait qu'aggraver le sentiment de désespoir. L'administrateur scolaire a tout de même convenu qu'il s'agissait d'une mesure appropriée en raison du risque pour Lexi.

De tous les employés au service d'urgence, c'est l'infirmière de triage qui a montré le plus d'empathie à l'égard de l'état de Lexi. Elle a passé beaucoup de temps à discuter avec elle de la raison de sa visite. Nous avons depuis appris que cette infirmière effectue un apprentissage autonome sur les pratiques exemplaires pour le travail auprès de patients suicidaires ou atteints de maladie mentale. Elle en ressentait le besoin et a même indiqué qu'il y a des jours où environ la moitié des patients qui se présentent à l'urgence de l'HDEC sont aux prises avec une forme quelconque de souffrance psychologique.

Lexi a été cotée au niveau 3 au triage (c.-à-d. Urgent - Conditions graves nécessitant une intervention d'urgence selon l'Échelle canadienne de triage et de gravité) et placée dans la salle d'attente générale où elle et sa conseillère d'orientation ont attendu près de 5 heures avant d'être transférées en salle d'examen. Pendant ce temps, le père de Lexi a envoyé un texto à la conseillère d'orientation depuis le parking pour lui dire qu'il était arrivé à l'hôpital. Lexi a dit qu'elle préférerait que sa conseillère d'orientation reste pour expliquer ses préoccupations au psychiatre. Le protocole COVID-19 actuel à l'époque n'autorisait qu'une seule personne à accompagner Lexi. Son père était d'accord avec la demande de Lexi et la conseillère d'orientation a accepté de le tenir au courant par SMS.

À 18 h 26, une infirmière immatriculée de l'urgence a évalué Lexi et noté qu'elle présentait des idées suicidaires accompagnées d'hallucinations. Elle a aussi noté que Lexi avait un trouble alimentaire et avait déjà essayé de se suicider.

À 18 h 34, l'infirmière psychiatrique de l'urgence a été avisée qu'elle pouvait maintenant voir Lexi.

À 18 h 44, Lexi a été transférée dans une salle d'examen et une urgentologue est venue la voir plutôt que l'infirmière psychiatrique de l'urgence.

À 19 h 14, Lexi a été vue par une urgentologue qui a demandé à la conseillère en orientation la raison de la visite. La conseillère en orientation a répondu que Lexi était suicidaire et qu'elle avait fait une sérieuse tentative de suicide en novembre 2020. L'urgentologue a demandé ce que la conseillère espérait accomplir en emmenant Lexi à l'urgence. La conseillère en orientation a répondu que Lexi devait voir un psychiatre. L'urgentologue a demandé à Lexi si elle pouvait assurer sa sécurité chez elle. Elle a indiqué qu'il s'agissait d'un *plan de sécurité*.² Lexi n'était pas en mesure d'accepter, ce que l'urgentologue a noté dans son dossier. L'urgentologue a indiqué que Lexi devait donner gage de respecter sa sécurité.

À 20 h 34, l'urgentologue est revenue voir Lexi puisque l'analyse sanguine était terminée et que les résultats étaient normaux. L'urgentologue lui a encore une fois demandé si elle promettait de ne pas s'automutiler à la maison. Lexi a hésité et a jeté un regard à la conseillère avec un sourire inconfortable. La conseillère en orientation a répondu que, selon elle, Lexi n'était pas en mesure de faire une promesse de ce genre. L'urgentologue a lancé que, si Lexi ne pouvait pas accepter son plan de sécurité, il faudrait téléphoner au psychiatre de garde. La conseillère en orientation a réaffirmé que, selon elle, Lexi devait consulter un psychiatre. L'urgentologue a alors encore une fois demandé à Lexi si elle pouvait assurer sa sécurité. Lexi a répondu : « Je crois que oui... Ouais, je crois que je pourrais ». La conseillère a répliqué : « Es-tu certaine?? » L'urgentologue a remis à Lexi le numéro de l'unité mobile d'intervention d'urgence et a dit qu'elle fixerait une consultation pour patient externe avec un psychiatre et que Lexi et la conseillère pouvaient s'en aller. Grâce aux interventions de ses conseillers d'orientation, de l'administration de son école et de l'équipe clinique et de triage de la salle d'urgence, Lexi n'est pas décédée ce jour-là.

Lexi et sa conseillère d'orientation ont rencontré le père de Lexi sur le parking de l'hôpital où la conseillère d'orientation lui a retransmis les paroles du médecin et lui a dit qu'elle pensait que ce n'était pas un moyen idéal de présenter les options à une adolescente de 16 ans. Elle lui a dit de garder un œil attentif sur Lexi et a encouragé Lexi à l'appeler en tout temps si elle en avait besoin.

Le lendemain (19 février) à 9 h, l'aiguillage d'urgence de l'urgentologue vers un psychiatre a été envoyé par télécopieur au Centre de santé Victoria. La télécopie a également été envoyée à la clinicienne de la PSI de Lexi et ne s'est pas soldée par un aiguillage en psychiatrie comme prévu.

Le 22 février, la clinicienne de la PSI a tenté de voir Lexi à l'école secondaire Leo Hayes, mais Lexi était absente ce jour-là. Elle a envoyé un courriel au père de Lexi pour le lui dire et lui offrir de voir Lexi au bureau de la PSI à l'école intermédiaire Nashwaaksis. Le père n'était pas au courant de l'absence de Lexi et a indiqué qu'elle devrait être à l'école mercredi et vendredi. La clinicienne de la PSI a signalé qu'elle planifierait une rencontre avec Lexi durant la semaine.

Le 24 février 2021 à 4 h 10, Lexi a été emmenée à l'urgence de l'HDEC à la suite d'une autre tentative de suicide. Son décès a été prononcé à 10 h 42.

Constatations importantes du défenseur

Il ne revient pas au défenseur d'imputer la faute, de trouver un bouc émissaire ou d'ordonner des mesures réparatrices. Le tribunal civil offre de nombreux recours pour traiter ce genre d'affaires. Nous n'avons pas non plus l'intention de blâmer une personne en particulier. Après examen, nous estimons qu'il y a suffisamment de reproches à faire face à cette situation qu'il en va de la responsabilité de tout le monde. Le défenseur a toutefois pour mandat de défendre les droits et les intérêts des enfants, des jeunes et des adultes vulnérables. Notre mandat vise à éduquer les Néo-Brunswickois sur ces droits et intérêts et à faire entendre la voix des enfants et des jeunes pour que l'on tienne compte de leurs opinions dans la prise de décisions les concernant.

Dans le cadre de notre mandat, nous devons également nous assurer que les enfants et les jeunes ont accès aux programmes et services auxquels ils ont droit en vertu de la loi et conseiller le gouvernement sur la meilleure façon d'appliquer ces droits et de traiter de ces intérêts. Ayant examiné toutes les circonstances entourant le décès de Lexi, nous en sommes arrivés à la conclusion regrettable, mais indéniable que ce décès, comme tant d'autres suicides chez les jeunes, aurait pu être évité.

Nous savons qu'il n'existe aucun système parfait et que le suicide chez les jeunes est un enjeu complexe qui comporte de nombreux intervenants et systèmes. Cependant, comme un coroner nous l'a dit, si chaque année une demi-douzaine de jeunes (ou même plus) mourait dans le fauteuil d'un dentiste, on trouverait très rapidement le problème et on le réglerait. D'autres nous ont rappelé que, depuis cinquante ans, nous consacrons beaucoup d'énergie à notre système de santé pour lutter contre les maladies cardiaques. En conséquence, en cinquante ans, les taux de mortalité due aux maladies cardiaques se sont considérablement améliorés. Malheureusement, le suicide n'a pas reçu la même attention professionnelle et les taux de mortalité par suicide ne se sont pas du tout améliorés. Pourquoi est-ce différent pour le suicide chez les jeunes? Certains des problèmes sont plutôt évidents. Nous analysons ci-dessous les lacunes ou erreurs importantes notées dans notre examen des documents liés au décès de Lexi Daken. Selon nos observations, il s'agit entre autres d'erreurs humaines, du non-respect des protocoles établis, d'un manque de ressources adéquates ou d'une mauvaise gestion des ressources et de la nécessité d'une formation supplémentaire et d'une amélioration des protocoles et mesures de sécurité. Nous avons classé ces observations en rapport avec les soins actifs au service d'urgence et les interventions communautaires par l'intermédiaire de la prestation des services intégrés. Nous terminons avec quelques observations qui n'appartenaient à ni une ni l'autre de ces deux grandes catégories.

Milieu de soins actifs

Notre examen nous a permis de déterminer que le personnel du service d'urgence de l'HDEC n'avait que très peu de formation formelle, voire aucune, et que ses ressources étaient insuffisantes pour un travail auprès des patients de santé mentale. Même les infirmières psychiatriques de l'urgence que nous avons interrogées n'ont aucune formation spécialisée; leurs connaissances proviennent d'une expérience de travail au service psychiatrique interne. La nécessité d'une meilleure formation en santé mentale pour tous les employés de première ligne qui travaillent auprès d'enfants et de jeunes a été soulevée à plusieurs reprises pendant l'examen, et de façon très convaincante dans la soumission présentée par le Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick. Pendant les entrevues auprès des employés de l'HDEC, à la question sur l'évaluation des risques du suicide, aucun employé ne pouvait nommer un outil standard couramment utilisé auprès des patients. L'urgentologue, lorsqu'il a été interrogé par le défenseur, n'avait pas non plus connaissance de ce type d'évaluation de santé mentale. L'échelle canadienne de triage et d'acuité (CTAS) comprend une échelle qui permet de mesurer la suicidabilité et l'automutilation, mais elle propose principalement une échelle pour évaluer l'intensité de la douleur physique de 0 à 10 et ne tient pas compte de la douleur psychologique. L'absence d'un outil d'évaluation des priorités fondé sur des données probantes pour les patients atteints de détresse mentale se traduit par de plus longues périodes d'attente pour les patients suicidaires parce qu'ils ne sont pas classés comme priorité élevée sur le plan de l'urgence physique.

Lexi bénéficiait du soutien de la conseillère en orientation, mais beaucoup de jeunes endurent cette longue attente seuls. Les travailleurs sociaux de l'urgence n'ont pas de responsabilités précises pour soutenir les patients de santé mentale, ils sont principalement affectés à l'aide au logement des patients et aux cas de protection de l'enfance. Le fait qu'il n'y avait aucune salle d'examen pour effectuer une évaluation a été avancé comme l'une des raisons pour lesquelles l'infirmière psychiatrique de l'urgence du quart de jour n'a pas été en mesure d'évaluer Lexi après son admission. Nous avons également déterminé qu'il n'y avait aucun protocole standard pour les patients suicidaires qui se présentent à l'urgence de l'HDEC.

Nous avons appris que certains psychiatres de garde sont réticents à se rendre à l'hôpital après minuit à moins d'une grave crise de santé mentale. Il a été proposé que ce facteur pourrait expliquer pourquoi l'urgentologue ne voulait pas consulter le psychiatre durant la nuit. À notre avis, le fait que l'urgentologue ait semblé laisser à Lexi la décision de consulter le psychiatre de garde ou non est injustifiable. Nous croyons qu'il importe de noter que Lexi n'a pas accepté de donner gage de sa sécurité la première fois que l'urgentologue le lui a proposé le 18 février. Elle avait déjà fait une tentative de suicide trois mois plus tôt. Elle avait un plan suicidaire et avait rassemblé les moyens de l'exécuter. Elle avait des pensées suicidaires actives. Elle présentait des hallucinations visuelles et auditives très troublantes. Elle avait des antécédents familiaux de suicide. Elle a été emmenée par une professionnelle de la santé mentale inquiète. Elle a reçu un diagnostic de traits de personnalité limite et de troubles dépressifs majeurs. Elle a pourtant été renvoyée chez elle parce qu'elle a dit qu'elle assurerait sa sécurité la deuxième fois que l'urgentologue lui a posé la question. Les enfants ne devraient jamais être placés dans de telles situations. Ils méritent de meilleurs liens et des liens plus efficaces avec des soins opportuns et empreints de compassion. Demander à une jeune de contracter un gage de sa sécurité lorsque celle-ci présentait des antécédents de tentatives de suicide, était activement suicidaire et qu'une spécialiste en counselling avait amené à l'urgence pour admission d'urgence et évaluation d'expert est contraire à la politique et à la pratique de la santé et place un fardeau injuste et déraisonnable pour cette jeune personne.

Nous estimons également qu'en donnant son congé à une jeune suicidaire de cette façon, l'HDEC a aggravé la situation en omettant de mener une évaluation suffisante de son état et de sa sécurité. Lexi s'est présentée au service d'urgence de l'HDEC avec les symptômes suivants : dépression, idées suicidaires (y compris une tentative de suicide trois mois plus tôt), anxiété, insomnie, antécédents d'automutilation, trouble alimentaire et hallucinations (visuelles : grosses araignées et mains tranchées; auditives : voix et bruits de casseroles frappées les unes contre les autres). De plus, le fait de ne pas impliquer les parents de Lexi dans le plan de traitement est en soi préoccupant, alors qu'elle était accompagnée de sa conseillère d'orientation scolaire, son père attendait sur le parking de l'HDEC en raison des restrictions COVID en place, et aucun effort n'a été fait pour impliquer sa mère dans toute évaluation des risques, planification de la sécurité ou congé. Lexi n'a fait l'objet d'aucune évaluation formelle du risque de suicide ni d'évaluation par l'infirmière psychiatrique de l'urgence ou un psychiatre. À l'obtention de son congé de l'urgence le 18 février, Lexi avait en main le numéro de l'unité mobile d'intervention d'urgence et un aiguillage d'urgence pour voir un psychiatre en consultation externe. On ne lui a jamais donné l'occasion d'élaborer un plan de sécurité, ni lors de sa première visite à l'hôpital en novembre, ni lors de sa deuxième visite en février, ni à aucun moment entre les deux. Si le Nouveau-Brunswick offrait à chaque jeune ayant des problèmes de santé mentale des soutiens universels pour la planification de leur sécurité, ce plan serait une constante dans chaque interaction clinique dans chaque cas. La PSI pourrait facilement intégrer le plan de sécurité en tant que mesure universelle dans les plans communs pour les jeunes ayant des problèmes de santé mentale.

À notre avis, comme c'est trop souvent le cas chez les jeunes aux prises avec des troubles de santé mentale, le droit de Lexi à la santé a aussi été compromis par le défaut de déterminer les causes sous-jacentes de ses idées suicidaires ou les comorbidités qui auraient pu nuire à sa santé. Plus précisément, le trouble alimentaire de Lexi n'a pas été diagnostiqué, bien qu'elle avait considérablement limité sa consommation de nourriture, tombant en deçà des besoins caloriques quotidiens recommandés et avait d'importants problèmes d'image corporelle. Le traitement d'un trouble alimentaire peut inclure l'hospitalisation, mais cette option a été négligée à l'hospitalisation initiale de Lexi en novembre 2020, puis encore une fois à sa visite au service d'urgence le 18 février 2021.

Soins communautaires

Quant à l'aide que Lexi aurait pu (et qu'elle aurait dû) obtenir des équipes de soins communautaires, nos constatations, quoique moins évidentes, sont à tout le moins décourageantes. L'urgentologue a explicitement dit à Lexi et à la conseillère en orientation qu'elle aurait des nouvelles des services de santé mentale communautaires dans un jour ou deux pour prendre rendez-vous avec un psychiatre, probablement dans les prochaines semaines. Si Lexi avait reçu la bonne information, elle aurait peut-être pris une autre décision quant à rester à l'urgence ou s'en aller. Or, l'urgentologue nous a indiqué que l'hôpital ne connaît pas les délais d'attente actuels pour voir un psychiatre des services de santé mentale communautaires. Ce manque d'information à jour communiquée par les services de santé mentale communautaires au service d'urgence est l'une des maintes raisons pour lesquelles nous estimons que la prestation des services intégrés n'est pas intégrée aux moments critiques. Les conseillers en orientation doivent aussi s'appuyer sur les membres de l'équipe du développement de l'enfance et de la jeunesse de la PSI de l'école pour obtenir de l'information et un suivi du réseau de santé Horizon aux réunions toutes les deux semaines avec l'équipe du service de soutien scolaire. La prestation des services intégrés doit mettre en communication tous les professionnels responsables des soins d'un enfant ou d'un jeune, de l'enseignant titulaire au personnel de la salle d'urgence, faute de quoi l'intégration et l'objectif de services complets sont impossibles.

Nous avons conclu que la conseillère en orientation de l'école s'est démarquée par les soins et la thérapie perpétuels offerts à Lexi; elle a exhorté Lexi à communiquer avec elle au besoin, jour et nuit, mais sa position à l'extérieur de l'équipe interne de la PSI constitue une faille critique des services. Malgré tout, avec la responsabilité de 375 élèves et nombre de situations de santé mentale comme celle de Lexi, quelle est la viabilité de l'engagement remarquable dont a fait preuve une seule conseillère en orientation exemplaire? Quel prix a-t-elle payé pour sa propre santé mentale et sa capacité d'intervenir de façon efficace? Selon la conseillère en orientation de Lexi : « Il y a tellement de jeunes qui composent avec des traumatismes chroniques survenus pendant l'enfance, et ils ont très peu de stratégies d'adaptation. À leur arrivée au secondaire, ils ont souvent besoin de thérapie intensive. »

Le cas de Lexi prouve à quel point les équipes Enfants/Jeunes (EJ) de la PSI doivent travailler plus étroitement avec les équipes de l'école et de l'hôpital pour effectuer un triage plus efficace. La PSI devrait être en mesure de soutenir les interventions en situation de crise avec une efficacité accrue en ayant recours aux soutiens pour les jeunes, peu importe le milieu, que ce soit à l'école, en milieu de soins ou dans la collectivité. Des soutiens plus intensifs sont nécessaires dans les écoles pour aider les jeunes ayant des pensées suicidaires. Les retards évidents dans le cas de Lexi pour l'accès aux soutiens de la PSI sont inexcusables vu la gravité de ses besoins, et ce, même si de multiples facteurs ont contribué à ces retards (le jour de la Famille le lundi 15 février; l'horaire chargé de rendez-vous avec d'autres clients de la clinicienne de la PSI; l'attente de l'autorisation de communiquer avec le thérapeute privé et l'horaire échelonné des cours en présentiel en raison de la COVID-19). Nous demandons notamment si, avec des solutions de télésanté devenues beaucoup plus courantes avec la crise de COVID, un premier contact virtuel entre la PSI et Lexi n'aurait pas dû être organisé.

Autres

Outre ces constatations, nous avons quelques dernières observations non liées aux soins actifs ou aux soins communautaires. Un point important à souligner, c'est la nécessité d'améliorer le soutien destiné au personnel hospitalier et scolaire après une intervention. Les travailleurs scolaires, hospitaliers et communautaires auprès des jeunes, qui travaillent tous en première ligne de la réponse au suicide chez les jeunes, sont également très souvent victimes de ces décès tragiques. Comme dans tout autre domaine d'intervention d'urgence, il existe un risque que les professionnels impliqués dans la prise en charge des jeunes qui se suicident subissent eux-mêmes le traumatisme d'avoir été témoins ou incapables d'empêcher cette perte de vie.³ Le suicide, et le suicide chez les jeunes en particulier, commencera à diminuer et à devenir moins fréquent à mesure que nous apprendrons à nous attaquer à ses causes profondes de manière plus proactive et efficace. Il faut soutenir et les jeunes et les travailleurs du secteur de la santé qui sont en première ligne de ces événements traumatisants. Ainsi les systèmes et services de santé pourront traiter la perte avec dignité et résolution, mais sans traumatisme, contribuant de ce fait à créer un environnement propice à l'apprentissage continu et à l'amélioration de la qualité. Les soins de santé excellent dans ce type d'amélioration continue des processus de santé. Le suicide des jeunes ne devrait pas être l'exception, mais au contraire l'exemple de la façon dont nous apprenons et nous nous adaptons aux défis des soins de santé. Ce processus d'apprentissage commence par des soutiens post-vention efficaces non seulement pour les familles et les aidants, mais aussi pour le personnel.

Une autre constatation importante porte sur les normes de santé mentale communautaire. Bien que Lexi n'ait pas été en mesure d'obtenir des soins de santé mentale en temps opportuns, la norme de dix jours ouvrables pour l'accès aux soins est, à notre avis, inacceptable pour les jeunes ayant des idées suicidaires et devrait être revue. Une norme de dix jours pour établir un lien avec les soins d'un patient suicidaire est discutable à tout âge, mais nous croyons que la province peut et doit viser plus haut et exiger du secteur de la santé un accès plus rapide et plus opportun aux soins pour les enfants et adolescents en santé mentale en général et une connexion accélérée ou immédiate aux soins pour les jeunes suicidaires.

CONSTATATIONS DE L'EXAMEN SYSTÉMIQUE

Bon nombre des recommandations qui suivent découlent des constatations issues de l'étude de cas individuelle en lien avec les soins offerts (ou non) à Lexi et à sa famille. Les failles d'un système sont souvent mises en lumière après une étude de cas minutieuse d'un dossier de patient comme ci-dessus. Malheureusement, les failles évidentes du système dans le cas de Lexi étaient, pour la plupart, non circonstanciées; elles sont corroborées par les nombreuses trajectoires semblables soulevées par d'autres jeunes et familles du Nouveau-Brunswick dans le cadre de notre examen plus général des systèmes.

Histoire des services de santé mentale et recommandations et examens antérieurs

Notre examen se voulait une occasion unique dans l'histoire de quinze ans du défenseur, soit de réévaluer quelques-unes de nos recommandations antérieures et celles issues d'autres examens ministériels et externes sur les services de santé mentale destinés aux jeunes du Nouveau-Brunswick et de surveiller les progrès de leur mise en œuvre. Bien que nous constatons des progrès dans d'importants aspects des soins, dans l'ensemble, la réputation du gouvernement quant à l'adoption des recommandations, à leur mise en œuvre et à la suite qui leur est donnée est plus négative que positive. En tant que défenseur provincial des enfants et des jeunes, nous reconnaissons notre part de responsabilité et nous renouvelons notre engagement à trouver de meilleurs moyens de demander des comptes au gouvernement quant au mandat qu'il nous donne pour la suite donnée aux recommandations. D'autres défenseurs du Canada et hauts fonctionnaires du Nouveau-Brunswick, comme la vérificatrice-générale, disposent d'un meilleur système pour assurer le suivi des recommandations et affectent des postes à ces fonctions. Nous avons l'intention de nous inspirer de leur pratique au cours des prochains mois et d'investir davantage d'efforts pour voir au respect des recommandations.

Nous avons déjà mentionné dans notre rapport provisoire le pire exemple d'incapacité de donner suite aux recommandations en lien avec les obstacles à la création d'un centre spécialisé de soins actifs offrant des interventions intensives et une orientation clinique d'interventions de suivi pour les jeunes et les cas les plus complexes à traiter de la province. Malheureusement, ce ne sont pas les exemples qui manquent. Le rapport *Maintenir les connexions* de 2011 présentant une feuille de route pour un centre d'excellence pour enfants et jeunes à besoins complexes n'a pas encore été mis en œuvre, en dépit de son approbation, de l'aval qu'il a reçu et des efforts déployés par tous les gouvernements élus au cours des douze dernières années. Outre la proposition d'une feuille de route pour ce centre, le rapport *Maintenir les connexions* recommande une nouvelle orientation de services communautaires à adopter dans le cadre de la réforme proposée. En 2011, le centre proposé devait offrir l'encadrement clinique d'un réseau de foyers d'accueil thérapeutiques au sein des collectivités, avoir comme responsabilité principale l'encadrement clinique des congés et des interventions de suivi, appuyer les familles grâce à des services de relève et à une formation locale et fournir un encadrement clinique aux équipes du développement de l'enfance et de la jeunesse de la PSI et aux équipes cliniques intégrées. Les programmes de formation offerts par l'intermédiaire du centre d'excellence et en collaboration avec deux chaires de recherche de l'université devaient également fournir des soutiens de formation intersectoriels tout au long de l'année aux professionnels de soins primaires, aux unités mobiles de crise de santé mentale, aux comités communautaires de justice pour jeunes et aux centres d'autisme locaux.

Étant donné que le centre d'excellence ne s'est jamais concrétisé, l'orientation clinique professionnelle visant la coordination des services par l'amélioration des soutiens communautaires de santé mentale n'a pas vu le jour non plus et, pourtant, tout aurait été possible grâce à une meilleure coordination entre la chaire de recherche CRISMEJ de l'Université de Moncton, l'Unité psychiatrique pour enfants et adolescents (UPEA) de l'Hôpital de Moncton, le Centre Pierre-Caissie et l'unité des jeunes du Centre hospitalier Restigouche. Aujourd'hui, dix ans après nos recommandations, le ministre du Développement social a enfin annoncé la création de foyers de soins spéciaux thérapeutiques, et le modèle d'intervention par paliers proposé dans *Maintenir les connexions* se concrétise au Nouveau-Brunswick à partir d'un modèle de Terre-Neuve-et-Labrador, adapté du Royaume-Uni, mais tenant aussi compte (en partie) des recommandations et des efforts précoces de l'intégration des services pour les jeunes à besoins complexes de la province.

Le rapport du juge McKee intitulé *Vers l'avenir, ensemble*, daté de mai 2008, fait aussi mention de la promesse d'améliorer les soins communautaires. Peu après la publication du rapport, le juge McKee a fondé le Atlantic Wellness Centre à Riverview. Depuis, le centre a pris de l'ampleur et est passé de deux cliniciens à une équipe de huit conseillers offrant des services gratuits de counseling destinés aux enfants et aux jeunes du sud-est du Nouveau-Brunswick. Le centre représente parfaitement la façon dont les soutiens communautaires peuvent être mis en œuvre prestement et offrir de l'aide très précieuse rapidement grâce à la philanthropie locale.

Nous saluons également les cliniciens qui, tout au long de cet examen, ont milité pour une amélioration des systèmes formels de soins en permettant des interventions plus accessibles, plus spécialisées et plus rapides pour les enfants et les jeunes à besoins complexes. Les pédiatres du Nouveau-Brunswick ont élaboré des modèles prometteurs de pédiatrie sociale en communauté avec l'aide de la Fondation Dr Julien de Québec. D'autres experts cliniques et professionnels du secteur communautaire ont été à l'avant-garde des centres de défense des enfants et des jeunes offrant un soutien communautaire complet aux enfants victimes de violence. Des chercheurs universitaires et des partenaires communautaires ont dirigé des projets pilotes d'ACCESS Esprits ouverts pour offrir des soutiens communautaires complets aux jeunes nécessitant des services de santé mentale. Toutes ces initiatives ont prouvé l'importance des soins communautaires.

Il nous faut maintenant des mécanismes qui permettent au gouvernement et aux systèmes formels de soins d'offrir une aide financière aux initiatives communautaires dignes de confiance et les plus accessibles pour les jeunes à l'échelle locale. Sont également de mise des mécanismes pour intégrer ce trio de i) soins tertiaires actifs et soins spécialisés en milieu hospitalier et clinique, ii) systèmes formels de soins primaires par l'intermédiaire de la santé primaire et de la PSI et iii) soins communautaires. Chacun de ces piliers d'intervention doit demeurer distinct et séparé, mais ils doivent tous fonctionner en harmonie pour donner aux enfants et aux jeunes la lueur d'espoir dont ils ont besoin.

L'histoire de la prestation de services de santé mentale pour jeunes au Nouveau-Brunswick montre que le problème n'est ni le manque d'information, ni l'absence de solutions novatrices, ni le manque de volonté politique, comme nous le pensions autrefois. Notre examen avance dans ses constatations principales que le manque de progrès mesurables et significatifs du dossier au Nouveau-Brunswick s'explique par l'absence d'une responsabilité claire pour les enfants et les jeunes dans les rouages du gouvernement. Dans notre rapport *Connexions et déconnexion* de 2008, nous recommandions l'établissement d'un ministre des enfants et des jeunes épaulé par un petit groupe de fonctionnaires pour permettre la coordination et assurer la qualité des services destinés aux enfants et aux jeunes à l'échelle du gouvernement provincial et à d'autres échelons du gouvernement. Ce mécanisme de gestion horizontale des services destinés aux enfants et aux jeunes à l'échelle du gouvernement est plus pressant que jamais.

La Direction de l'égalité des femmes, le ministère des Affaires autochtones ou le Conseil du Premier ministre pour les personnes handicapées sont tous de bons modèles à cet égard.

Nos constatations sur le sujet sont étayées concrètement par les problèmes persistants qui frappent le déploiement provincial de la prestation des services intégrés. Il ne fait aucun doute que la PSI représente le plus grand changement de système dans la prestation de services aux enfants et aux jeunes depuis les réformes de l'éducation du programme d'égalité d'accès d'il y a 50 ans. Bien que le terme « équipe de la prestation des services intégrés » ait été inventé ici même au Nouveau-Brunswick, il a depuis été repris dans la littérature et dans des groupes de réflexions à l'échelle du pays. La PSI a d'ailleurs été célébrée comme une pratique exemplaire nationale.⁴ Elle a permis de créer des soutiens complets pour les jeunes à besoins complexes par l'intermédiaire d'interventions cliniques et en milieu scolaire visant à procéder au triage en temps réel et aux services coordonnés à l'échelle du gouvernement. Dans le cadre de l'examen, nous avons sondé un nombre de jeunes et de familles recevant des interventions de la PSI et ceux-ci ont énoncé que ces mesures de soutien sauvent des vies. Quand tout va bien, la PSI est très, très efficace.

Cependant, notre examen a révélé que la PSI bat de l'aile dans bien des coins de la province. Au lieu de garantir la bonne intervention selon l'intensité nécessaire au moment opportun pour chaque enfant comme on l'envisageait au départ, la PSI offre maintenant dans beaucoup d'endroits des interventions intensives pour les jeunes à besoins très complexes, mais uniquement si le cas fait l'objet d'un bon triage et est aiguillé correctement. À cet égard, la PSI est devenue dans certains endroits une nouvelle forme de soins cloisonnés ou s'est transformée en une autre forme du problème précis qu'elle avait pour but de résoudre. L'attente pour accéder à la PSI ne fait que se prolonger. La porte des équipes EJ est souvent fermée, et les élèves des écoles où ces services sont offerts n'y ont pas accès. Certaines directions d'écoles au sud du Nouveau-Brunswick nous ont indiqué que, malgré leurs tentatives répétées, aucun aiguillage de leur école vers la PSI n'avait été accepté depuis plus de quatre ans et que l'administration scolaire avait tout simplement cessé d'y aiguiller des cas parce qu'elle avait conclu que la PSI n'offrirait aucune aide aux élèves.

Cette expérience se distingue tout à fait de la situation dans les collectivités où des équipes EJ ont un responsable assigné qui travaille avec les équipes de service de soutien scolaire et où les cas font sans cesse l'objet d'un triage, sont aiguillés et réévalués selon les besoins en constante évolution. Dans ces situations, les conseillers en orientation suivent des étapes et collaborent avec les cliniciens de l'équipe du développement de l'enfance et de la jeunesse. Le problème, c'est que la PSI n'applique aucune norme de pratique efficace et que la fidélité du modèle d'intervention prévu varie à l'échelle de la province. Ce problème a été mis en lumière dans notre rapport provisoire et on s'y attarde déjà. Nous estimons cependant que cette mesure corrective ne suffira pas, la PSI manque également de mesures de résultats et d'indicateurs de performance clés ainsi que d'un cadre politique pour assurer la stabilité des interventions dans le temps et entre les services. Par ailleurs, la structure de gouvernance actuelle n'est pas avantageuse pour le modèle. Depuis le déploiement provincial de la PSI en 2008, l'unité responsable de sa mise en œuvre est passée de cinq personnes à seulement deux. L'unité relève encore d'une unité de cadres intermédiaires au sein du ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, mais un très grand nombre de cadres supérieurs et de chefs politiques qui servaient de champions de la transformation de la PSI ont déserté en masse en 2018, à un moment de grande tempête : changement de gouvernement, pandémie sans précédent et processus fragile de planification de la relève sur ce dossier important. L'examen nous a permis de conclure que, bien que la PSI présente un modèle solide en théorie pour une prestation de services améliorée, qu'elle ait été très applaudie, qu'elle ait fait ses preuves avant son déploiement provincial et qu'elle apporte un changement positif pour beaucoup de gens au Nouveau-Brunswick (le nombre de jeunes ayant accès aux services et voyant un clinicien a plus que doublé depuis le déploiement du modèle PSI à l'échelle provinciale, passant d'un peu plus de 4 000 clients par an à près de 8 500 en 2018-2019), à l'heure actuelle, la transformation dans laquelle les gouvernements successifs ont investi des millions de dollars risque de s'effondrer en l'absence d'un centre robuste de responsabilité pour une transformation de cette envergure dans de multiples ministères et organismes du gouvernement.

Notre examen de l'histoire des services de santé mentale pour les enfants et les jeunes au Nouveau-Brunswick vient avant tout mettre en lumière le manque d'efforts soutenus, de financement, de responsabilité et de planification stratégique à long terme. À notre avis, c'est ce phénomène plus que tous les autres qui explique clairement pourquoi nous sommes constamment aux prises avec les mêmes problèmes, sans progrès apparents, malgré des efforts plutôt constants. Nous estimons qu'il est possible de mettre fin à ce cycle qui ne fait que se répéter si nous suivons la voie tracée ci-après qui s'appuie sur des approches fondées sur les droits des enfants et le cadre de services disponibles, accessibles, acceptables et de qualité (DAAQ). La voie à suivre doit aussi commencer par une bonne connaissance des données concernant la santé mentale des enfants et des jeunes et le suicide au Nouveau-Brunswick.

Enjeux cliniques, statistiques et bien-être de la population

L'enfance et l'adolescence sont des périodes de bouleversements et de grandes transformations sur les plans social, physique et émotionnel. L'apparition de maladies mentales et de troubles de santé mentale ne fait qu'intensifier cette période chaotique. La majorité (70 %) des maladies mentales commencent à l'adolescence et un jeune canadien sur cinq reçoit un diagnostic de trouble de santé mentale⁵. Ces statistiques soulignent le caractère impératif des interventions précoces et de l'accès aux services de santé mentale. Nombreux sont les jeunes qui, pendant cette période, ont des idées suicidaires, tentent de s'enlever la vie et adoptent des comportements d'automutilation pour la première fois. Pour les jeunes de 15 à 19 ans, le suicide est la deuxième cause de décès en importance après les accidents de la route⁶. Le Canada arrive au troisième rang des pays industrialisés en ce qui concerne le taux de suicide chez les jeunes. Le suicide et les maladies mentales sont souvent liés entre eux; ainsi, les jeunes qui tentent de se suicider souffrent aussi d'un trouble (diagnostiqué ou non). Malheureusement, malgré des statistiques alarmantes et des enjeux de premier plan, l'accès aux services de santé mentale et le temps d'attente pour les services de counseling et de psychothérapie demeurent un problème de taille dans notre province.

Plus inquiétant encore, les taux de suicide sont nettement plus élevés chez les membres des Premières Nations et les Inuits. Selon Santé Canada, le taux de suicide chez les jeunes de moins de 19 ans des Premières Nations serait de cinq à sept fois plus élevé que celui des autres jeunes du pays; celui des jeunes Inuits serait onze fois plus élevé que le taux de suicide national⁷.

Selon le Cadre des indicateurs des droits de l'enfant, 72 % des jeunes de 12 à 17 ans du Nouveau-Brunswick considèrent que leur santé mentale est très bonne ou excellente⁸. Cette proportion est quasi-identique aux données nationales (73 %)⁹. Parallèlement, presque 38 % des jeunes de la 6^e à la 12^e année du Nouveau-Brunswick signalent avoir présenté des symptômes d'anxiété au cours des douze derniers mois, la moyenne canadienne étant de 34 %¹⁰. L'analyse documentaire menée pour les besoins du présent examen a trouvé que la promotion du bien-être mental et de la résilience constitue une importante stratégie de prévention du suicide. La forme mentale comprend le développement émotionnel, spirituel et mental/intellectuel. De surcroît, la forme mentale renvoie à l'idée que nous nous faisons de notre bien-être psychologique (pensées et émotions)¹¹. C'est lorsque notre besoin de compétence, d'autonomie et d'appartenance est comblé que nous sommes plus susceptibles d'avoir une bonne forme mentale. C'est l'idée d'avoir une image positive de ce que nous ressentons, de ce que nous pensons et des gestes que nous posons, et cette positivité nous permet de jouir davantage de la vie¹². Cela implique aussi de pouvoir composer avec efficacité avec les difficultés de la vie et de réussir à retrouver l'équilibre et à le maintenir¹³. Voilà pourquoi il est vital, pour le soutien des enfants et des jeunes, d'avoir accès à des programmes de santé mentale adéquats dans sa localité et dans les écoles.

Le milieu dans lequel on vit a aussi une forte influence sur le bien-être mental. Un milieu qui satisfait aux trois besoins psychologiques suivants favorise la motivation, l'engagement et la probabilité de choix de vie sains : compétence, autonomie et appartenance¹⁴. Le bien-être naît d'un mélange complexe des facteurs de santé physique, émotive et sociale d'une personne et ne se résume pas à l'absence de troubles ou de maladies¹⁵. Le bien-être physique est un déterminant social essentiel de la santé et du bien-être des enfants et des jeunes. Par conséquent, les programmes de bien-être mental visant à répondre aux besoins psychologiques doivent reposer sur un filet de bien-être social qui répond à des besoins encore plus fondamentaux en offrant à chaque enfant un foyer sûr, un quartier sûr, des repas nutritifs et un environnement familial et communautaire stimulant qui favorise le jeu, le repos et les occasions de participer aux sports, aux loisirs, aux arts et à la culture locaux. La promotion du bien-être mental est essentielle pour fournir aux jeunes des mécanismes et stratégies d'adaptation adéquats.

On évoque souvent la résilience pour décrire la capacité de se remettre d'expériences de vie difficiles ou de difficultés de santé mentale et cette résilience joue un rôle clé dans le bien-être mental de chacun. La résilience, ce n'est pas une capacité ponctuelle, mais bien un processus sans fin qui se développe au rythme des douleurs et troubles émotifs que nous vivons et au fur et à mesure que nous forgeons des stratégies qui nous aident à faire face aux événements difficiles de la vie et à les surmonter¹⁶. Des études sur les expériences indésirables de l'enfance nous ont appris que les traumatismes subis pendant les jeunes années peuvent souvent se manifester par des problèmes de santé mentale à l'adolescence ou plus tard dans la vie. Et pourtant, les mêmes études montrent qu'une proportion importante d'enfants ayant des expériences d'enfance défavorables parviennent à s'épanouir et à éviter des complications de santé ultérieures. Favoriser une montée de la résilience se veut un important facteur pour lutter contre les difficultés sur le plan de la santé mentale, surtout chez les jeunes qui gagnent en maturité. Les stratégies employées pour accroître la résilience pourraient différer d'une personne à l'autre, mais il n'en reste pas moins que santé mentale et résilience sont inextricablement liées. Le Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto fournit d'excellentes ressources pour aider les parents à élever des enfants et des jeunes résilients. Les approches proposées par le Centre s'appuient sur les facteurs individuels, familiaux et environnementaux qui contribuent à la santé mentale et à la résilience chez les enfants et les jeunes et fournissent une orientation stratégique utile pour les fournisseurs de services au Nouveau-Brunswick.

Les statistiques sur la santé mentale et le suicide chez les enfants et les jeunes ne sont pas toujours faciles d'accès pour le grand public¹⁷. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick, plus particulièrement les Services de protection de l'enfance chapeautés par le ministère du Développement social, dispose de ressources et de données limitées sur la violence faite aux enfants, la négligence, la santé mentale et les tentatives de suicide. Le ministère du Développement social ne fait ni suivi ni surveillance efficace du nombre de cas où les enfants sont victimes de négligence, de violence physique ou sexuelle ou de mauvais traitements psychologiques. Ce vide de données est inquiétant puisque le Ministère ne parvient donc pas à comprendre à fond les problèmes du système de bien-être à l'enfance malgré le fait que les travailleurs sociaux, du fait d'être aux premières lignes, sont sans doute au courant de nombre de ces problèmes. Il faut adopter un mécanisme de suivi de la violence faite aux enfants et de la négligence plus efficace si nous voulons pouvoir adopter des interventions tout aussi efficaces.

Dans l'optique du Cadre des indicateurs des droits de l'enfant, le nombre d'hospitalisations attribuables à un diagnostic de santé mentale s'avère un indicateur crucial dans le contexte des efforts du défenseur pour améliorer les résultats au chapitre de la santé mentale chez les jeunes au cours des dernières années. À cet égard, il suffit de comparer les chiffres du Nouveau-Brunswick à ceux des autres provinces et territoires du pays ou aux chiffres nationaux pour déterminer que les jeunes de la province sont beaucoup plus susceptibles d'être admis à l'hôpital que leurs homologues canadiens. Selon les données les plus récentes du Cadre, en 2019-2020, le taux d'hospitalisation était de 47 jeunes sur 10 000, tous diagnostics et troubles de santé mentale confondus, contre un taux national de 34 sur 10 000¹⁸.

Ce taux d'hospitalisation, de 40 % supérieur à la moyenne nationale, s'accompagne d'un coût élevé, autant sur le plan des dépenses versées que sur l'amélioration des résultats cliniques. Nous savons très bien que les soins hospitaliers sont souvent sollicités et offerts en situation de crise lorsque les efforts de prévention communautaires se sont avérés insuffisants. Les traitements en milieu hospitalier sont les plus coûteux, car ils surviennent plus tard dans le parcours et ont généralement des résultats moins favorables que les traitements qui surviennent plus tôt dans le parcours. Notre stratégie relative à la santé mentale des jeunes doit viser directement une transition vers les interventions précoces en milieu communautaire, et s'éloigner des traitements hospitaliers coûteux et souvent moins efficaces. Il nous faut non seulement chercher à nous aligner sur la moyenne canadienne, mais aussi chercher à la dépasser et à occuper le premier rang au pays à titre d'adopteurs précoces de services communautaires de soins de prévention et d'intervention en début de parcours.

Le modèle de soins par paliers s'avère une excellente stratégie pour permettre au gouvernement provincial d'atteindre cet objectif. Il devra toutefois être adapté à un contexte de stratégie ciblant les enfants et les jeunes. Le plan d'action sur la santé mentale publié récemment insiste justement sur cette nécessité dans ses premiers paragraphes et son annexe B, soulignant qu'au cours des cinq dernières années les nouveaux aiguillages (ou références) en santé mentale et en toxicomanie pour les jeunes dépassent de beaucoup l'augmentation de la demande chez les adultes, à tel point que les jeunes sont maintenant à l'origine de près de la moitié des aiguillages comparativement à il y a cinq ans, alors qu'ils n'en représentaient que le tiers. Le nombre total d'aiguillages a néanmoins reculé l'an dernier, tant chez les adultes que les jeunes, mais ce recul s'explique par les conséquences de l'isolement social et les difficultés d'accès au système officiel de soins pendant la pandémie. D'autres données, celles par exemple de Jeunesse, J'écoute, donnent à penser qu'il y aurait plutôt eu une montée en flèche de demandes d'aide en santé mentale de la part des enfants et des jeunes du pays, y compris au Nouveau-Brunswick. Des rapports récents suggèrent que les impacts de la pandémie ont conduit à un doublement des rapports d'anxiété et de dépression chez les adolescents et peuvent être particulièrement ressentis par les adolescents plus âgés et les filles¹⁹. Le Service canadien de prévention du suicide a, lui aussi, constaté une augmentation du volume d'appels depuis le début de la pandémie, soit environ 50 % d'interactions de plus que pour la même période l'année précédente. Ce service fait d'ailleurs état d'interactions plus intenses et note une augmentation de 62 % des sauvetages actifs (lorsque le préposé au téléphone communique avec les services d'urgence en raison d'un risque imminent d'automutilation ou d'une tentative de suicide en cours) – et ces deux tendances semblent s'accélérer²⁰.

Le but ne devrait pas être d'attendre que ces cas se présentent au service d'urgence après des mois d'attente pour obtenir des soins dans la collectivité. Il faudrait plutôt être proactif dès maintenant pour répondre à cette demande de soutiens en santé mentale en début de parcours, avant que le problème ne s'aggrave. Les recommandations que nous présentons au gouvernement à ce sujet sont éclairées par un document d'information détaillé qui analyse les conséquences prévues de la pandémie de COVID-19 et des mesures de santé publique adoptées pour lutter contre la pandémie sur la demande de services de santé mentale chez les enfants et les jeunes. Toutes les recherches menées évoquent la nécessité de multiplier les ressources dans ce domaine dans l'immédiat et pour les prochaines années.

Nous jugeons qu'il serait fort utile d'accroître les occasions, pour la population, les jeunes et les familles, de dialoguer avec les administrateurs du système de santé et les représentants d'autres services pour enfants et jeunes, ainsi qu'avec le défenseur, pour examiner les données annuelles, surveiller les progrès, rectifier les interventions relatives aux politiques et à la pratique, et prendre des décisions d'affectation des ressources efficaces dans le cadre d'un processus d'amélioration continue. Cette constatation est étayée par les éléments de preuve d'experts que nous ont fournis différents ministères et qui font état de la nécessité d'une mobilisation plus durable des jeunes et des familles dans la planification de la prestation des services de santé mentale pour les enfants et les jeunes²¹.

Droits de la personne et cadre juridique

À l'instar des autres services publics, le système de services de santé mentale pour les enfants et les jeunes du Nouveau-Brunswick évolue dans un cadre juridique. La *Loi sur les services d'assistance médicale*, qui prescrit les services médicaux assurés, la *Loi sur les régies régionales de la santé* et la *Loi sur les services hospitaliers*, qui réglementent l'établissement et la gouvernance des centres de santé communautaire et les soins en milieu hospitalier, servent de cadre juridique pour la réglementation de la prestation des services de santé au Nouveau-Brunswick. Les services de santé mentale sont par ailleurs régis par la *Loi sur la santé mentale*, qui gouverne le placement volontaire et involontaire des patients de santé mentale dans des établissements psychiatriques ou des foyers agréés et qui réglemente la gestion de leurs actifs et de leurs biens en cas d'incapacité. Ils sont aussi régis par la *Loi sur les services à la santé mentale*, qui prévoit la création d'un organisme de surveillance dirigé par des citoyens qui veille à l'assurance de la qualité et à la gouvernance utile des services communautaires de santé mentale. La *Loi sur l'éducation* et les dispositions de protection de l'enfance de la *Loi sur les services à la famille* ont aussi une certaine incidence sur la prestation de services aux enfants et aux jeunes qui risquent de s'enlever la vie ou qui sont aux prises avec l'apparition d'un trouble mental. Les lois fédérales qui régissent l'administration du système de justice pénale pour adolescents ou les services aux enfants et aux jeunes des Premières Nations peuvent aussi avoir une incidence dans ce genre de situation. Ces lois sont toutes régies par la Constitution et doivent se conformer aux garanties des droits de la personne établies dans la Charte canadienne des droits et libertés. La *Charte*, pour sa part, est interprétée à la lumière des obligations internationales en matière de droits de la personne qui nous incombent et qui font partie intégrante de la primauté du droit, qui se veut un principe directeur de notre Constitution. Tous les professionnels du droit saisissent bien la nécessité de circonscrire les services publics dans des lois et celle d'assurer la conformité de ces lois à quelques contraintes constitutionnelles, y compris un cadre global des droits de la personne.

Ces concepts sont aussi bien compris par les experts de l'administration publique qui ont recours à la théorie des systèmes. En Nouvelle-Écosse, Todd Leader a réussi à transformer les services de santé mentale grâce à des approches centrées sur le client.²² Au Nouveau-Brunswick, le défenseur réclame des approches fondées sur les droits de l'enfant afin de garantir que chaque demande de service de chaque enfant soit satisfaite avec la compassion et la dignité humaine qu'il mérite. Essentiellement, l'idée maîtresse est la même, l'une est une approche de la réforme basée sur les systèmes de gestion de la performance, l'autre est une approche basée sur les droits de l'homme. Ils impliquent tous deux de réorienter toutes nos interventions à partir de la prémisse fondamentale que les systèmes ont devant eux un être humain, dans de nombreux cas, un enfant ou un adolescent, dont les besoins particuliers doivent être satisfaits. Les chercheurs en sciences sociales ont également bien compris ce livrable de base et citent fréquemment le modèle écologique de Urie Bronfenbrenner. Ce modèle explique comment un individu se situe et évolue dans le monde qui l'entoure en faisant référence à des cercles concentriques (ou systèmes) de soutiens, passant des soutiens familiaux, aux soutiens communautaires (école, travail, église), aux soutiens fournis par des systèmes officiels (services hospitaliers, municipaux, publics) et, enfin, à un cadre juridique qui repose, à son tour, sur des valeurs normatives et des principes globaux relatifs aux droits de la personne. L'analyse des droits de la personne et des droits de l'enfant est ainsi l'ultime mécanisme de responsabilisation pour garantir que les gouvernements et les fournisseurs de services publics, dont les systèmes de soins de santé, assument leurs responsabilités devant leurs patients et se conforment aux garanties et droits de la personne universels que se doivent d'assurer nos systèmes juridiques et nos services publics. Malheureusement, au Nouveau-Brunswick comme dans le reste du Canada, le lien entre les droits de la personne et les services de santé passe souvent inaperçu. Notre examen a confirmé que, même aux plus hauts échelons de l'administration publique néo-brunswickoise, la responsabilité qui incombe aux fournisseurs de services de santé d'honorer leurs obligations en matière de droits de la personne universels auprès des enfants et des jeunes est mal comprise et n'est pas toujours perçue sous un angle analytique utile.

Le défenseur s'est cependant vu confier le mandat législatif de soutenir et de protéger les droits et les intérêts des enfants et des jeunes. Leurs droits sont d'ailleurs bien établis dans la Déclaration des droits de l'homme de l'ONU et, plus particulièrement, dans la *Convention relative aux droits de l'enfant*. Le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies a réitéré l'importance de la santé mentale des enfants et des jeunes dans au moins quatre de ses observations générales depuis 2001. L'Observation générale no 4 sur *La santé et le développement de l'adolescent* (2003), l'Observation générale no 9 (2006) sur *Les droits des enfants handicapés*, l'Observation générale no 15 sur *le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible* (2013) et l'Observation générale no 20 sur *la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence* (2016) fournissent toutes d'importants conseils quant à l'obligation des États à l'égard de la prestation de services de santé mentale aux enfants et aux jeunes.

Le Comité a soulevé dès 2003 sa préoccupation pour ce qui est de l'augmentation des taux de suicide chez les jeunes dans bon nombre de pays du monde, y compris les cas d'auto-mutilation et une hausse des diagnostics d'anxiété et de dépression chez les jeunes. Le Comité a exhorté les gouvernements à honorer leurs obligations envers les enfants et les jeunes au regard de l'article 24 de la Convention, garantissant le droit de jouir du meilleur état de santé possible, « d'assurer aux adolescents atteints de troubles mentaux un traitement médical et des services de rééducation adaptés à leur handicap, d'informer la population des premiers symptômes permettant de dépister ces troubles mentaux et de la gravité de ces maladies et de protéger les adolescents de toutes pressions excessives, y compris du stress psychosocial²². » Le Comité a aussi insisté sur le droit des adolescents atteints de troubles mentaux d'être traités équitablement, sans discrimination, et leur « droit de bénéficier d'un traitement et de soins, dans la mesure du possible » dans la localité où ils habitent²³. Le Comité a par ailleurs souligné que l'hospitalisation ou le placement dans un établissement psychiatrique doivent uniquement avoir lieu lorsque cela est jugé nécessaire et dans l'intérêt supérieur du jeune; que l'hospitalisation ou le placement ne doivent pas perturber l'exercice des autres droits essentiels dont jouit le jeune, dont le droit à l'éducation et à des activités récréatives; et, en cas d'hospitalisation ou de placement, qu'il faut séparer les enfants et les jeunes des adultes, que les enfants et les jeunes doivent pouvoir faire appel à une personne pouvant représenter leurs intérêts et qu'ils doivent avoir droit à une évaluation périodique des conditions entourant leur placement, et ce, conformément à l'article 25 de la Convention.

Pour notre examen des services de prévention du suicide et de santé mentale chez les enfants et les jeunes, nous avons trouvé très utile que le Comité des Nations Unies insiste sur le contenu normatif de l'article 24 qui garantit le droit de l'enfant à la santé et qui énonce des consignes particulières pour les gouvernements du monde entier sur la façon de faire participer les enfants à la mise en œuvre de l'article 24 et ce que doivent faire ces gouvernements pour garantir ce droit.

39. [...] De l'avis du Comité, les États parties doivent prendre toutes les mesures nécessaires d'ordre législatif, administratif ou autres, pour garantir aux adolescents l'exercice de leur droit à la santé et à l'épanouissement qui est reconnu dans la Convention et veiller à son application. À cette fin, les États parties doivent notamment s'acquitter des obligations ci-après :

a) Offrir aux adolescents un environnement sain et favorable, notamment au sein de la famille, à l'école, dans des établissements de toutes sortes dans lesquels ils ont été placés, sur leur lieu de travail et/ou au sein de la société;

b) Garantir aux adolescents l'accès aux informations indispensables à leur santé et à leur épanouissement et la possibilité de prendre part aux décisions qui affectent leur santé (notamment par la procédure du consentement donné en connaissance de cause et par le respect du droit à la confidentialité), d'acquérir des compétences pratiques, d'obtenir des informations utiles et adaptées à leur âge et d'adopter des comportements favorables à la santé;

c) Veiller à ce que tous les adolescents aient accès à des établissements, matériels et services de santé de bonne qualité et attentifs ou correspondant aux besoins des adolescents, y compris aux services de conseil et de soins de santé mentale et génésique;

d) Donner aux adolescents des deux sexes la possibilité de participer activement à la planification et à la programmation de leur santé et de leur épanouissement;

e) Protéger les adolescents contre toutes formes de travail susceptibles de compromettre l'exercice de leurs droits, notamment en abolissant toutes les formes de travail des enfants et en réglementant l'environnement et les conditions de travail conformément aux normes internationales;

f) Protéger les adolescents contre toute forme de traumatisme intentionnel et non intentionnel, y compris ceux qui sont provoqués par la violence ou consécutifs à des accidents de la route;

g) Protéger les adolescents contre toutes les pratiques traditionnelles dangereuses telles que les mariages précoces, les crimes d'honneur et les mutilations sexuelles féminines;

h) Veiller à ce que les adolescents appartenant à des groupes particulièrement vulnérables ne soient pas laissés pour compte dans la satisfaction de toutes les obligations susmentionnées;

i) Mettre en œuvre des mesures visant à prévenir les maladies mentales et à promouvoir la santé mentale des adolescents.²⁴

Le Comité insiste encore davantage sur la nécessité d'approches coordonnées à l'échelle du gouvernement et entre les différents services publics et services communautaires pour « établir des liens et des partenariats efficaces et durables entre toutes les Parties intéressées » à l'aide de stratégies multisectorielles. Le Comité va encore plus loin en exhortant les gouvernements à mettre à exécution les articles 24 et 39 de la Convention; les gouvernements doivent offrir des services de santé attentifs aux besoins et aux droits particuliers de tous les jeunes en portant une attention aux critères relatifs aux droits de la personne énumérant les services de santé responsables dans le respect des caractéristiques suivantes issues du cadre AAAQ :

a) Disponibilité. Il faut prévoir dans le cadre des soins de santé primaires des services axés sur les besoins des adolescents, notamment en matière de santé sexuelle et génésique et de santé mentale.

b) Accessibilité. Il convient de porter à la connaissance de tous les adolescents l'existence d'établissements, de matériels et de services de santé et de leur en faciliter l'accès (sur les plans économique, géographique et social). Le respect de la confidentialité doit être assuré le cas échéant.

c) Acceptabilité. Tout en respectant pleinement les dispositions et les principes de la Convention, tous les établissements, matériels et services de santé doivent respecter les valeurs culturelles, les sexospécificités, les principes d'éthique médicale et être acceptables tant pour les adolescents que pour les communautés dans lesquelles ils vivent.

d) Qualité. Les services de santé et le matériel médical doivent répondre aux exigences scientifiques et médicales, ce qui implique du personnel formé aux soins aux adolescents, des installations adéquates et des méthodes scientifiquement acceptées.

En 2006, le Comité a publié une observation générale sur l'article 23 de la Convention de 1989, la première disposition juridique internationale proclamant les droits des personnes ayant un handicap, en l'occurrence les enfants. L'observation générale no 9 renvoie à l'observation générale no 4 et exhorte les États parties à la Convention à en retenir les directives lorsqu'ils préparent leurs budgets, rédigent leurs lois et recours et élaborent leurs programmes éducatifs et administratifs pour garantir les droits aux enfants ayant un handicap de sorte à accorder une attention particulière à leurs besoins développementaux à l'adolescence²⁵. En explicitant les obligations des gouvernements en ce qui a trait au droit à la santé des jeunes ayant un handicap, le Comité insiste sur la prévention, le dépistage et les interventions précoces, et les soins multidisciplinaires, soulignant que les enfants ayant un handicap ont bien souvent de multiples problèmes de santé qui doivent être réglés par une équipe de soins. Il arrive très souvent que de nombreux professionnels participent aux soins prodigués à un enfant, notamment des neurologues, des psychologues, des psychiatres, des chirurgiens orthopédistes et des physiothérapeutes, pour n'en nommer que quelques-uns. Idéalement, ces professionnels devraient se concerter pour élaborer un plan de prise en charge de l'enfant ayant un handicap qui garantirait les soins de santé les plus efficaces²⁶. Lorsque la PSI a été envisagée pour la première fois au Nouveau-Brunswick, elle offrait l'espoir d'intervenir auprès de tous les enfants ayant des besoins spéciaux. Aujourd'hui, cependant, nous entendons dire qu'il s'agit de plus en plus d'une ressource réservée aux jeunes confrontés à des problèmes de santé mentale. Cette pente glissante peut avoir été engagée, en raison de l'expertise clinique engagée pour diriger la PSI, ou en raison du nombre pressant de cas en attente de services dans ce secteur. Cependant, si nous adoptons une approche basée sur les droits de l'enfant, nous devons admettre qu'un handicap ne l'emporte pas sur un autre, que tous les enfants vulnérables méritent le bénéfice d'approches multisectorielles, et en effet que les enfants souffrant de handicaps physiques ou de retard neurodéveloppemental peuvent présenter un risque accru de problèmes de santé mentale ou de comportement suicidaire. Au Nouveau-Brunswick, nous devrions améliorer les possibilités de faire participer tous les professionnels impliqués dans la gestion des cas de vulnérabilité pédiatrique aux processus de la PSI et de ses approches multidisciplinaires.

Dans sa plus récente observation générale sur le droit de jouir du meilleur état de santé possible prévu à l'article 24, le Comité confirme qu'il incombe aux gouvernements de fournir aux jeunes des services de santé qui respectent les critères d'accessibilité, de disponibilité, d'acceptabilité et de qualité. Qui plus est, il présente une description utile du contenu normatif de l'article 24 en insistant que la garantie de santé offerte aux enfants et aux jeunes est assortie de droits et de libertés et que, au fur et à mesure que les enfants grandissent, le contrôle et la capacité d'agir dont ils bénéficient dans le contexte de leurs soins de santé et de leur parcours de rétablissement grandissent au même rythme. Le Comité offre aux parents des conseils sur la mise en œuvre du droit à la santé et établit les obligations en matière de soins de santé prévues dans la Convention à la fois pour les acteurs gouvernementaux et autres, y compris les chercheurs universitaires et les philanthropes. Enfin, il propose un cadre de mise en œuvre et de responsabilité qui peut servir de guide fort utile pour la mise en place d'une nouvelle stratégie et d'un nouveau modèle de gouvernance pour les services de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes au Nouveau-Brunswick :

90. L'obligation de rendre des comptes est un élément essentiel de l'exercice du droit de l'enfant à la santé. Le Comité rappelle aux États parties qu'ils ont l'obligation de veiller à ce que les autorités gouvernementales concernées et les prestataires de services soient tenus pour responsables de leurs actes s'agissant d'assurer aux enfants, jusqu'à leurs 18 ans, le niveau de santé et la qualité des soins de santé les plus élevés possible.

91. Les États devraient mettre en place des conditions qui facilitent l'exercice par toutes les personnes concernées de leurs fonctions et obligations en ce qui concerne le droit de l'enfant à la santé, ainsi qu'un cadre réglementaire dans lequel s'inscriraient les activités de tous les acteurs, qui pourraient ainsi être contrôlées, notamment en mobilisant un soutien politique et financier pour les questions liées à la santé des enfants et en donnant aux responsables les moyens de s'acquitter de leurs obligations et aux enfants les moyens de revendiquer leur droit à la santé.

92. Reposant sur la participation active du gouvernement, du parlement, des communautés, de la société civile et des enfants, les mécanismes nationaux de responsabilisation doivent être efficaces et transparents et viser à tenir tous les acteurs responsables de leurs actes. Ces mécanismes devraient, notamment, s'intéresser aux facteurs structurels qui ont une incidence sur la santé des enfants, comme les lois, les politiques et les budgets. Le suivi participatif des ressources financières et des effets sur la santé des enfants est indispensable pour ces mécanismes.

Enfin, les directives générales les plus récentes présentées par le Comité des droits de l'enfant sur la question de la santé mentale et de la prévention du suicide chez les enfants et les jeunes figurent dans l'observation générale no 20 *sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence*.

9.L'adolescence est une période marquée par un développement rapide. La portée des changements que connaissent les adolescents en termes de développement n'est pas encore aussi bien comprise que celle des changements qui interviennent plus tôt dans la vie de l'enfant. L'adolescence correspond à un stade du développement humain sans équivalent qui se caractérise par un développement du cerveau et une croissance physique rapides, l'augmentation des aptitudes cognitives, les prémices de la puberté et l'éveil de la sexualité ainsi que par l'apparition d'aptitudes, de forces et de compétences nouvelles. À un moment où ils passent de la dépendance à une plus grande autonomie, les adolescents font face à des attentes plus grandes concernant leur rôle dans la société et leurs relations avec leurs pairs deviennent plus importantes.

13.Bien que le taux de mortalité des adolescents soit en général relativement faible par rapport à celui des autres groupes d'âge, il existe dans l'adolescence un risque réel de décès et de maladie, notamment des décès et maladies dus à des causes évitables comme l'accouchement, les avortements non médicalisés, les accidents de la route, les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, les blessures résultant de violences interpersonnelles, les problèmes de santé mentale et le suicide, qui sont toutes associées à certains comportements et nécessitent la mise en place d'une collaboration intersectorielle.

56.Les services de santé sont rarement conçus pour répondre aux besoins particuliers des adolescents et ce problème est aggravé par le manque de données et de statistiques démographiques et épidémiologiques ventilées par âge, sexe et handicap. Les adolescents qui demandent de l'aide se heurtent souvent à des obstacles juridiques et financiers, à la discrimination, à un manque de confidentialité et de respect, à la violence et à la maltraitance, et sont fréquemment stigmatisés et jugés par le personnel de santé.

Les conseils des membres du Comité sont tout à fait réalistes si nous pensons à Lexi Daken et aux nombreux adolescents, qu'ils en soient aux premières ou aux dernières années de l'adolescence, qui vivent les premières manifestations d'une maladie mentale.

Dans nos discussions avec le bureau du coroner sur les constatations issues de son rapport de psychologie judiciaire en cours sur les récents suicides chez les jeunes au Nouveau-Brunswick, nous constatons que bon nombre des jeunes qui se suicident ou qui tentent de s'enlever la vie comptent des facteurs de risque multiples mais évitables, comme une dynamique familiale empreinte de conflits, des problèmes d'image du corps, des traumatismes non réglés ou une exclusion sociale, comme l'a signalé le Comité des droits de l'enfant il y a de nombreuses années. Constat important, l'étude du coroner montrera que la plupart des suicides chez les jeunes sont précédés par des tentatives infructueuses de suicide. Un article de « point de pratique » sur le thème des idées et comportements suicidaires publié par la Société canadienne de pédiatrie le reconnaît aussi : « Une tentative de suicide antérieure fait partie des principaux indicateurs de suicide pendant l'adolescence et tout au long de la vie. »²⁷ Cela ne fait qu'amplifier l'importance d'une intervention efficace auprès des jeunes qui survivent à une tentative de suicide.

Notre examen des services de prévention du suicide et de santé mentale chez les jeunes a établi que le Nouveau-Brunswick s'affaire à mettre en place bon nombre des approches axées sur les droits que propose le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies. L'investissement dans la prestation des services intégrés, l'engagement à adopter des pratiques tenant compte des traumatismes, les efforts déployés pour assurer une qualité de vie à la jeune enfance sont tous des exemples de cette volonté. Malheureusement, aucune de ces transformations à l'égard des services n'est entreprise pour s'acquitter de l'obligation des personnes concernées envers les enfants et les jeunes en tant que détenteurs de droits. Les professionnels de la santé et leurs alliés des secteurs de l'éducation, de la protection des enfants ou des services judiciaires n'ont reçu que très peu de formation, voire aucune, pour leur faire comprendre, ne serait-ce que de façon sommaire, les approches ou analyses axées sur les droits de l'enfant ou comment les appliquer dans leur travail au quotidien.

57.L'état de santé des adolescents est essentiellement le résultat de déterminants sociaux et économiques et d'inégalités structurelles, qui se manifestent à travers les comportements et les activités au niveau individuel, entre pairs, dans la famille, à l'école, dans la communauté et dans la société. En conséquence, les États parties, en collaboration avec les adolescents, devraient procéder à des études multipartites approfondies sur la nature et l'étendue des problèmes de santé des adolescents ainsi que sur les obstacles qui entravent leur accès aux services, et se fonder sur ces études pour élaborer un ensemble de politiques et de programmes dans le domaine de la santé et des stratégies globales de santé publique.

58.Les maladies mentales et les problèmes psychosociaux, comme le suicide, l'automutilation, les troubles alimentaires et la dépression, sont les principales causes de mauvaise santé, de morbidité et de mortalité chez les adolescents, en particulier dans les groupes vulnérables. Ces problèmes résultent d'une interaction complexe entre des facteurs génétiques, biologiques, environnementaux et des traits de personnalité, et peuvent être aggravés, par exemple, par l'expérience de situations de conflit, de déplacement, de discrimination, de harcèlement et d'exclusion sociale ainsi que par les pressions concernant l'image du corps et une culture de la « perfection ». Les facteurs connus pour favoriser la résilience et un développement sain et pour protéger contre l'apparition de troubles mentaux sont notamment l'existence de relations solides avec des adultes référents qui apportent un soutien, l'existence de modèles positifs, des conditions de vie décentes, l'accès à un enseignement secondaire de qualité, l'absence de violence et de discrimination, la possibilité d'exercer une influence et de prendre des décisions, la sensibilisation aux questions de santé mentale, la capacité de faire face aux difficultés et de résoudre les problèmes et des environnements sûrs et sains. Le Comité souligne que les États devraient adopter une approche axée sur la santé publique et l'appui psychosocial, plutôt que sur la surmédicalisation et le placement en institution. Il convient de mettre en place un ensemble de mesures multisectorielles au moyen de systèmes intégrés de soins de santé mentale pour les adolescents, qui associent les parents, les pairs, la famille au sens large et l'école et prévoient la fourniture d'un appui et d'une assistance par un personnel qualifié.

Il n'y a aucun plan stratégique en place pour l'exécution de ces droits dans le secteur de la santé ou ailleurs, même si la mise en œuvre d'un tel plan a été tentée en 2015 dans le domaine de la protection de l'enfance. Font également défaut des mécanismes de responsabilité visant la mise en œuvre des droits afin de garantir que les programmes et les politiques disposent des ressources adéquates, atteignent les objectifs escomptés et considèrent les enfants et les jeunes comme des participants.

Le Bureau du défenseur publie un rapport annuel sur l'état de l'enfant et un Cadre des indicateurs des droits de l'enfant complémentaire. Le gouvernement s'engage toujours à exiger une évaluation des répercussions sur les droits de l'enfant dans le cadre de son processus d'élaboration de politiques provinciales à l'échelon du Cabinet. Malheureusement, nos tentatives visant à amener les intervenants du Nouveau-Brunswick, même aux plus hauts échelons de l'administration, à renouveler leur engagement à offrir des soins de santé qui respectent les droits fondamentaux garantis aux enfants et aux jeunes ont parfois suscité de l'incompréhension et seulement rarement de l'encouragement ou de l'enthousiasme. Nous reconnaissons qu'un changement de culture est un processus lent et organique et, pourtant, les gouvernements successifs du Nouveau-Brunswick ont pris de nouveaux engagements à adopter des approches fondées sur les droits, qui sont les germes de l'exécution soutenue des droits des enfants, comme nous la constatons maintenant en Belgique, en Écosse, au pays de Galles et dans de nombreux autres économies et territoires de compétence avancés. Les enfants et les jeunes du Nouveau-Brunswick connaîtront un avenir plus brillant si nous demeurons résolus à poursuivre dans cette voie de progrès lents, mais constants, dans le cadre de la mise en œuvre d'un droit programmatique.

Les droits sociaux, économiques et culturels, comme le droit à la santé, sont appelés des droits programmatiques parce que leur exécution dépend des mesures prévues par le gouvernement pour offrir des services publics essentiels. Depuis la Seconde Guerre mondiale, nos gouvernements prennent cet engagement solennel à exécuter les droits de la personne par l'intermédiaire de programmes, et ce, non seulement en raison de nos obligations envers les générations futures, mais également en raison de nos obligations envers les générations passées. Cette année, au cours de son congrès biennal, l'Association des Ombudsmans et des Médiateurs de la Francophonie, dont nous faisons partie, a adopté une résolution afin de s'engager à soutenir et à défendre les droits et intérêts des générations futures. À notre avis, ce travail pour le compte des générations futures commence par la semence des graines de l'espoir, le parcours vers le bien-être et la connaissance des droits nécessaires pour agir de façon pacifique, tolérante et fraternelle avec les autres que nous transmettons aux enfants et aux jeunes aujourd'hui.

Une génération précédente de Néo-Brunswickois connaissait et comprenait très bien cette mission; elle a livré les batailles pour la liberté à partir desquelles cette mission a été dessinée. John Peters Humphrey, né à Hampton, au Nouveau-Brunswick, a ouvert la voie au *nouvel ordre mondial* lorsqu'il a rédigé la première version du document qui allait devenir la *Déclaration universelle des droits de l'homme*. D'autres Néo-Brunswickois, de toutes les appartenances politiques, se sont fait les champions de la vision de Humphrey : Gordon Fairweather, en tant que procureur général du Nouveau-Brunswick, sous le premier ministre Hugh John Flemming, et, plus tard, en tant que premier président de la Commission canadienne des droits de la personne, Louis Robichaud, en tant que premier ministre et créateur du programme Chances égales pour tous, et le sénateur Noël Kinsella, en tant que premier président de la Commission des droits de la personne du Nouveau-Brunswick et, plus tard, en tant que président du Sénat, ont tous joué un rôle de premier plan dans le renforcement de l'engagement de principe du Nouveau-Brunswick et du Canada à exécuter les droits de la personne. Nous avons toujours une dette envers ceux qui ont sacrifié leur vie pour leur vision et une obligation envers les générations futures : nous devons faire du monde dont nous avons hérité un endroit meilleur.

Aujourd'hui, un nombre de plus en plus faible d'entre nous connaît le cadre global des droits de la personne qui constitue la base de notre système juridique et de notre administration publique. Malgré nos tentatives d'être plus attentifs que jamais à l'intolérance raciale, aux répercussions du colonialisme et à la nécessité d'une réelle égalité des genres, nous finissons par nous en éloigner et pouvons même en venir à critiquer ouvertement l'effet normalisant du discours sur les droits de la personne. C'est particulièrement vrai pour les enfants, qui demeurent souvent attachés

à des adultes qui insistent pour prendre des décisions pour eux plutôt que de leur apprendre comment prendre de bonnes décisions pour soi. Le paternalisme, c'est comme un mauvais rhume : il nous tire vers le bas comme rien d'autre, mais il revient sans cesse.

Notre examen nous a pourtant offert des moments de véritable espoir. Les éducateurs de la petite enfance qui ne font pas que proposer ou recommander des changements, mais qui les réclament activement, et ce, en priorité dans les services aux jeunes enfants plutôt que dans les services aux adolescents, afin d'adopter des mesures et de mener des interventions à titre de prévention pour éviter la souffrance et le traumatisme pouvant mener à une mauvaise santé mentale plus tard dans la vie. Ils sont des défenseurs des droits de la personne. Les conseillers en orientation qui n'acceptent ni de retard ni de refus de service lorsque cela a une incidence sur un élève de leur école, mais qui accompagnent l'élève, en tant qu'allié, jusqu'au point de service et qui font valoir son droit aux soins de santé. Ils sont des défenseurs des droits de la personne. Les membres du personnel infirmier des services d'urgence qui prennent le temps d'écouter et de rassurer les jeunes qui ont des pensées suicidaires, qui s'informent de l'état de ces jeunes et qui comprennent que, par respect de la dignité humaine, ils doivent offrir leur présence attentionnée et leur soutien aux jeunes patients malgré les autres demandes pressantes du service. Ils sont des défenseurs des droits de la personne. Les fonctionnaires retraités qui, après des années de travail consacrées à faire valoir et à faire progresser les intérêts des jeunes, écrivent afin de nous encourager à demander au gouvernement d'adopter des approches de réforme fondées sur les droits, pas dans un seul ministère, mais à l'échelle de tous les ministères du gouvernement. Ils sont des défenseurs des droits de la personne. Les parents qui endurent la violence ou le dénigrement de la part d'un adolescent en crise et qui continuent à chercher de l'aide professionnelle et des conseils afin de mieux soutenir l'enfant qu'ils aiment, mais qu'ils ne reconnaissent plus. Ils sont des défenseurs des droits de la personne. Les jeunes qui ont été dénigrés et qui se sont vus refuser des services dans des moments de véritable angoisse, qui se sont vus refuser la présence attentionnée de leurs parents, qui ont été isolés et laissés à eux-mêmes, avec leurs pensées suicidaires, dans les hôpitaux et qui ont ensuite reçu leur congé sans avoir obtenu d'aide et sans avoir rencontré de spécialiste, mais qui ont survécu et qui se sont manifestés afin de demander de meilleurs services, parce qu'aucun jeune ne devrait endure ce qu'ils ont enduré. Ils sont des défenseurs des droits de la personne.

Nos recommandations ci-après reposent sur l'idée suivante : si un plus grand nombre d'entre nous nous acquittons de notre rôle de détenteur d'obligations envers les jeunes, si nous nous entraînons à reconnaître les jeunes patients aux prises avec des problèmes de santé mentale et les jeunes suicidaires en tant que détenteurs de droits et si nous reconnaissons notre part de responsabilités envers ces détenteurs de droits en suivant les directives et les conseils des organes internationaux créés par traité, nous serons en mesure de faire des progrès rapides et mesurables dans les voies que nous suivons déjà, mais pour lesquelles il nous manque une destination, une carte et un compas.

Santé mentale et équité en matière de santé des jeunes autochtones

Dans le cadre de notre processus d'examen, le Bureau du défenseur a établi, à l'initiative du coprésident de notre conseil consultatif, Graydon Nicholas, un conseil consultatif des Premières Nations. Ce conseil est composé de professionnels, de fournisseurs de services et d'analystes des politiques autochtones et non autochtones, et est soutenu par Han Martin Associates, une société d'experts-conseils retenue par le Bureau du défenseur (se reporter à l'annexe A pour consulter une liste des membres du conseil consultatif). Les membres du Bureau du défenseur des enfants et des jeunes ont participé à des réunions en tant que ressources, tout comme d'autres représentants des ministères provinciaux et des régions régionales de la santé. Dans le cadre du processus d'examen, le conseil a pris le pouls de fournisseurs de services des Premières Nations et de jeunes autochtones au cours de séances de consultation publique et a obtenu l'avis d'experts en matière de santé mentale des Autochtones.

Il a également procédé à un examen de la documentation sur le suicide chez les jeunes autochtones et sur les facteurs prometteurs dans le domaine, et il a acquis une compréhension approfondie des nombreux territoires de compétence et des nombreuses structures et parties qui jouent un rôle dans la santé mentale des jeunes autochtones. Les directeurs de la santé de certaines communautés ont également été en mesure d'amorcer le travail visant à dresser un portrait statistique des répercussions du suicide chez les jeunes sur les communautés de ces jeunes.

Le rapport du conseil consultatif, qui est présenté dans son intégralité en annexe du présent rapport, donne un instantané préliminaire des difficultés et des occasions juridiques et culturelles supplémentaires que comporte la prestation de services de santé mentale aux Autochtones. Le rapport est divisé en trois sections qui présentent : i) un survol du problème de la prestation de services de santé mentale aux jeunes et du suicide chez les jeunes dans les communautés autochtones, et le travail accompli jusqu'à présent à cet égard; ii) les grandes lignes de l'importance de soutenir la langue et la culture en tant que fondement de l'intervention, y compris des modèles d'intervention; iii) des pistes proposées en conclusion pour faire progresser l'amélioration des services dans les mois et les années à venir. Le rapport contient treize recommandations générales visant à améliorer la prestation de services de santé mentale aux jeunes autochtones du Nouveau-Brunswick et à améliorer les résultats pour ces derniers, comme décrit immédiatement ci-après. Le rapport complet en annexe comprend également un rapport statistique connexe en lien avec les renseignements démographiques, les statistiques relatives à la santé mentale et les déterminants sociaux de la santé des jeunes autochtones du Nouveau-Brunswick.

Les centaines de tombes non marquées et non documentées d'enfants autochtones sont une indication terrible du traitement des enfants et des jeunes autochtones dans ce pays. Notre examen a également permis de relever amplement de preuves des effets intergénérationnels des politiques génocidaires passées du Canada, ici, dans les communautés des Premières Nations du Nouveau-Brunswick. La réconciliation pour les injustices et les inégalités passées et actuelles exige non seulement que tous dans la province soient conscients de la situation des peuples autochtones, mais aussi qu'ils soutiennent des solutions constructives. Même si les soutiens en santé mentale offerts aux enfants autochtones relèvent constitutionnellement de la « responsabilité du gouvernement fédéral », le gouvernement du Nouveau-Brunswick a l'obligation morale et juridique de soutenir les enfants autochtones qui vivent au Nouveau-Brunswick, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des communautés des Premières Nations.

Le portrait statistique des déterminants sociaux de la santé au sein des communautés des Premières Nations du Nouveau-Brunswick en 2021, établi dans le rapport du conseil consultatif des Premières Nations ci-dessous, n'est pas encourageant. Même si les taux de chômage chez les Autochtones du Canada atlantique ont considérablement chuté et que l'écart avec leurs pairs non autochtones s'est rétréci, passant de près de 10 % en 2016 (taux de chômage de 19,0 % chez les Autochtones de plus de 15 ans, contre 9,9 % chez leurs pairs non autochtones) à 2,8 % en 2020 (taux de 13,4 % contre 10,6 %), l'insécurité alimentaire dans les ménages autochtones demeure considérablement plus élevée. De plus, bien que les données sur le niveau d'instruction tirées du Recensement de 2016 pour le Nouveau-Brunswick donnent à penser que des progrès encourageants ont été réalisés dans la réduction du fossé éducatif entre les populations autochtones et non autochtones, les taux de diplomation universitaire au premier cycle et aux cycles supérieurs demeurent essentiellement deux fois plus élevés chez les personnes non autochtones que chez les membres des Premières Nations. Les revenus moyens après impôt demeurent également environ 25 % plus faibles chez les Autochtones, et ils sont encore plus faibles chez les Autochtones qui vivent dans une réserve, que chez leurs pairs non autochtones. Concomitamment, les taux de pauvreté sont plus élevés au sein des ménages autochtones qu'au sein des ménages non autochtones, et les enfants autochtones âgés de 0 à 17 ans sont beaucoup plus susceptibles de vivre dans des ménages à faible revenu (37 % des enfants autochtones comparativement à 21,7 % des enfants non autochtones).

Ces données indiquent une certaine amélioration des déterminants sociaux de la santé au fil du temps, mais l'écart demeure important. Dans ce contexte, les résultats en termes de bien-être des enfants en 2021 ne sont guère plus encourageants qu'il y a dix ans, que ce soit dans le rapport sur *l'État de l'enfant* de 2009 ou dans le rapport *Main dans la main* de 2010 du Bureau du défenseur. Les inégalités en matière de santé auxquelles font face les enfants

et les jeunes des Premières Nations du Nouveau-Brunswick, comparativement à leurs pairs non autochtones, ne font pas que persister, mais elles sont également flagrantes. Les données indiquent des taux d'intimidation et d'infractions sexuelles signalées près de 30 % plus élevés chez les enfants et les jeunes autochtones que chez leurs pairs non autochtones. Les jeunes autochtones indiquent se sentir tristes, désespérés, déprimés ou anxieux selon des taux de 20 % à 25 % plus élevés que leurs pairs non autochtones. En ce qui a trait à la structure familiale, 76 % des enfants et des jeunes non autochtones du Nouveau-Brunswick vivent dans des ménages biparentaux, 23 % dans des ménages monoparentaux et 1 % en service de garde non traditionnel. Pour ce qui est des enfants autochtones, les taux au Nouveau-Brunswick sont de 55 %, de 42 % et de 4 %, respectivement. Les jeunes autochtones déclarent fumer tous les jours près de deux fois plus souvent que leurs pairs non autochtones (9,3 % comparativement à 4,4 % des jeunes interrogés) et consommer du cannabis près de trois fois plus souvent (7,8 % comparativement à 2,7 % des jeunes). Les jeunes autochtones étaient également beaucoup plus susceptibles de signaler une faible satisfaction de vivre que leurs pairs non autochtones. Chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans au Canada, le taux de suicide, bien qu'il ne soit pas disponible pour les différentes provinces, était quinze fois plus élevé chez les femmes et les filles autochtones vivant dans une réserve que chez leurs pairs non autochtones (52,9 décès par 100 000 personnes-années d'exposition au risque comparativement à 3,3 décès) et de six à sept fois plus élevé chez les garçons et les jeunes de la même tranche d'âge (78,8 décès par 100 000 personnes-années d'exposition au risque comparativement à 11,9 décès).

Au-delà de cette analyse statistique, nous avons également entendu parler, dans le cadre de notre consultation des communautés et de notre tournée de consultation, des effets dévastateurs de décès prématurés et de suicides dans les communautés des Premières Nations. Seules quelques communautés ont été en mesure de communiquer des données réelles, mais toutes ont pu confirmer de façon anecdotique le poids des pertes causées par ces inégalités importantes en matière de santé à l'échelle des communautés. L'analyse des données d'Elsipogtog est présentée en annexe ci-après et elle raconte l'histoire d'une communauté d'environ 3 000 âmes qui, au cours d'une période de 30 ans, a perdu 159 de ses membres par suite de décès tragiques et traumatisants. Cinquante-quatre de ces décès étaient liés à un suicide, pour une moyenne de près de deux suicides par année dans cette très petite communauté. Les jeunes de moins de 30 ans comptaient pour les deux tiers de ces décès par suicide. Face à ces constatations dévastatrices, nous confirmons le besoin urgent de non seulement mener une étude approfondie, mais également de déployer d'urgence un effort concerté au Nouveau-Brunswick, à tous les ordres du gouvernement, pour renforcer l'engagement à l'égard de la réconciliation. Il ne peut y avoir ni égalité, ni égalité des chances au Nouveau-Brunswick sans égalité des chances pour les enfants autochtones.

Nous apprécions particulièrement, en tant que défenseur des enfants et des jeunes du Nouveau-Brunswick, dans la seule province officiellement bilingue du Canada, les revendications et les demandes d'égalité linguistique de nos frères et sœurs abénaquis. Les Néo-Brunswickois se définissent, depuis de nombreuses années, à travers les générations, par l'engagement à faire respecter les droits linguistiques des minorités. Nous comprenons mieux que la plupart des gens l'importance cruciale de la sécurité linguistique en tant que déterminant social de la santé, de l'identité et de la dignité humaine. Nous comprenons également à quel point les soins de santé adaptés aux différences culturelles revêtent une importance cruciale dans l'atteinte de l'égalité en matière de résultats de santé. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a également un rôle essentiel à jouer dans la préservation des langues abénaquises. Il s'agit là des langues mêmes de premier contact entre l'hémisphère oriental et l'hémisphère occidental, entre l'île de la Tortue et l'ancien monde. Les Néo-Brunswickois ne peuvent pas attendre après le gouvernement fédéral pour la mise en place de programmes de préservation et de réappropriation de la langue, qui pourraient bien ne pas arriver à temps. L'Atlas UNESCO des langues en danger dans le monde indique toujours que la langue Mi'kmaq est vulnérable et que la langue Wolastoqiyik est grandement menacée²⁸.

En 2018, le Bureau du défenseur des enfants et des jeunes a formulé la recommandation suivante :

Le gouvernement devrait agir immédiatement, en consultation avec les gouvernements des Premières nations et les autres intervenants autochtones, pour préserver et promouvoir les langues autochtones de notre province. Un plan immédiat devrait être en place dans les six mois. Un plan à long terme devrait être mis en place d'ici un an. Les langues mi'kmaq et malécite devraient être la langue d'instruction dans les écoles et classes que fréquentent les jeunes autochtones. Des classes de mi'kmaq et de malécite devraient aussi être disponibles comme cours à option pour les étudiants non autochtones. Le statut linguistique du mi'kmaq et du malécite devrait être protégé par la loi au Nouveau-Brunswick.²⁹. [traduction]

Trois ans plus tard, le conseil consultatif des Premières Nations mentionné dans le présent examen se retrouve maintenant dans l'obligation de formuler une recommandation semblable, la première des huit recommandations énoncées dans son rapport, qui sont adoptées ci-dessous par le défenseur. Ces propositions de réforme ont également été étayées de façon convaincante dans le mémoire présenté par l'organisation Indigenous Women of the Wabanaki Territories (IWWT) :

Nos communautés font souvent face à d'immenses difficultés en raison de la disparition d'une langue et de l'amoindrissement de la culture; de la violence latérale et de l'impérialisme cognitif; de la pauvreté et de l'itinérance; de l'abus d'alcool ou d'autres drogues et de la violence fondée sur le genre; de l'éducation coloniale paternaliste et du racisme systémique; des obstacles à la formation de la main-d'œuvre et à l'emploi. À l'occasion, ces difficultés réduisent la capacité de nos structures sociales à soutenir nos jeunes, qui peuvent se sentir impuissants, détachés et désespérés lorsqu'ils réfléchissent à leur passé, à leur présent et à leur avenir. Le suicide chez les jeunes se produit à un rythme effarant dans nos communautés, ce qui retentit dans l'ensemble des familles, des esprits et des corps. [...] Le fait que nous soyons toujours ici et que nous grandissons témoigne de la résilience et de la persévérance des Abénaquis. Nous reconnaissons le rôle immense que jouent les services d'intervention et de soins abénaquis, comme le groupe GSIC Wampum, et les services communautaires de santé, les services à l'enfance et à la famille, les services de prévention du suicide et les services de traitement des dépendances dans nos réseaux de soutien. [traduction]

Essentiellement, ce que demandent le conseil consultatif des Premières Nations et les intervenants communautaires comme IWWT, c'est une nouvelle relation entre les dirigeants des Premières Nations et le gouvernement provincial qui repose non seulement sur la consultation, mais aussi sur la collaboration, et dans le cadre de laquelle les cultures originales de cette terre sont respectées. Le défenseur appuie pleinement ces appels à l'action.

Difficultés relatives à la santé mentale à l'échelle des services gouvernementaux dans les domaines de la santé, de l'éducation, du bien-être à l'enfance, de la justice et des services de police pour les jeunes

Santé

Notre examen a révélé que, même si beaucoup de travail a été accompli au Nouveau-Brunswick ces dernières années pour répondre à la nécessité d'adopter des approches multidisciplinaires de prestation de services de santé mentale aux jeunes, le raisonnement et la planification stratégiques relatifs à la transformation des services de santé mentale offerts aux jeunes demeurent principalement l'apanage du système de santé officiel et de ses dirigeants. La capacité du système à comprendre les besoins du patient en adoptant une approche englobant le cycle de vie et

l'enfant dans son intégralité, à l'aide d'un examen des répercussions de la maladie mentale sur les autres domaines de la vie des jeunes, comme l'éducation, le travail, les relations familiales, les interactions sociales et les interactions entre les pairs, est donc compromise. Les familles, les collectivités et les jeunes veulent avoir leur mot à dire dans les réformes des systèmes et dans la prestation des programmes. D'autres ministères offrant des services aux enfants et aux jeunes doivent également participer à cette conversation.

Le défenseur est encouragé par le leadership dont fait preuve la ministre de la Santé, Dorothy Shephard, à cet égard, par son travail au sein d'un comité gouvernemental interministériel sur les dépendances et la santé mentale. Les conversations du réseau d'excellence qui orientent l'élaboration d'un nouveau modèle de soins par paliers et l'engagement actif d'intervenants communautaires, comme la Fédération des jeunes francophones du Nouveau-Brunswick (FJFNB) et Partenaires pour la jeunesse, afin d'aider à définir des normes de pratique pour les services intégrés, constituent également des pas encourageants dans la bonne direction.

Nous estimons cependant que, pour que les services de santé offerts aux enfants et aux jeunes soient abordés adéquatement, l'optique doit être adaptée en fonction du stade de développement et des besoins particuliers des enfants et des jeunes. À cet égard, la difficulté du ministère de la Santé n'est pas différente de celle du ministère du Développement social ou du ministère de la Justice et de la Sécurité publique. La mise au point d'approches spécialisées de prestation de services aux enfants et aux jeunes exige que les fournisseurs de services s'éloignent des stratégies universelles, parce que l'adoption de stratégies de ce genre crée des risques en ce qui a trait à la transition des clients des équipes équipes EJ aux services aux adultes. Il s'agit cependant de la meilleure façon de garantir des interventions qui sont dans l'intérêt supérieur des enfants et des jeunes, de garantir que leurs points de vue se voient accorder du poids et de l'attention dans le cadre de la prise de décisions, de garantir qu'ils se voient fournir un accès égal aux services, sans discrimination fondée sur leur âge ou sur toute autre caractéristique, et de garantir que les interventions dont ils bénéficient visent assidûment le maintien de leur vie, leur survie et leur développement optimal.

Nous croyons que la combinaison de cette approche de gestion horizontale des services de santé mentale offerts aux enfants et aux jeunes, qui permet une meilleure participation de la collectivité, de l'enfant et de la famille au processus de prise de décisions fondé sur des approches centrées sur les droits de l'enfant, et d'une réforme en profondeur des systèmes officiels de soins centrés sur des interventions par paliers et des efforts d'intégration continue des services permettra une amélioration considérable des soins et, au bout du compte, de meilleurs résultats et une meilleure qualité de vie pour les jeunes et les générations futures de Néo-Brunswickois. Les partenaires du ministère de la Santé et du GNB ont déployé d'importants efforts vers l'atteinte de cet objectif, par l'intermédiaire d'une consultation auprès des intervenants de la famille et de la jeunesse, de conversations avec le réseau d'excellence et de l'intégration d'un indicateur de la mobilisation de la famille aux indicateurs de changement proposés de la PSI, mais tout ce travail doit être appliqué de façon plus large pour produire des résultats.

Un autre obstacle important à l'accès aux services de santé mentale ayant été relevé au cours de l'examen, c'est le nombre insuffisant de professionnels de la santé mentale et de spécialistes, qui contribue inévitablement à de longs délais d'attente. Les pénuries de personnel contribuent également à des conditions de travail plus difficiles, au roulement du personnel, à l'épuisement professionnel et à l'usure de compassion. Le syndicat des infirmières et infirmiers du N.-B. a signalé plus tôt cette année qu'en 2020, les infirmières du N.-B. avaient accumulé près de 200 000 heures supplémentaires³⁰. Le Nouveau-Brunswick peine à atteindre ses objectifs en matière de recrutement et de maintien en poste de professionnels de la santé. Au-delà du manque chronique d'infirmières, et particulièrement d'infirmières psychiatriques, une autre lacune flagrante dans le système actuel est la difficulté de la province à doter les postes de psychologues, tant dans le système d'éducation anglophone que dans le système d'éducation francophone.

Au cours d'une entrevue réalisée pour les besoins de l'examen, un spécialiste de l'apprentissage du ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance a confirmé qu'actuellement, moins de 50 % des postes de psychologues sont dotés dans le secteur anglophone; ce chiffre s'élève à un peu plus de 50 % dans le secteur francophone. Ces chiffres sont troublants puisque les équipes développement jeunesse basées dans les écoles constituent une voie d'accès primaire aux ressources de santé mentale pour les enfants et les jeunes. Ces postes vacants réduisent les voies d'accès aux soutiens en santé mentale et aux renseignements connexes dans les écoles, ce qui diminue les occasions pour les enfants et les jeunes d'accéder à ces services importants. Les comités consultatifs de parents auprès de l'école nous ont également écrit pour nous faire part de leur inquiétude par rapport à ce manque de ressources spécialisées à l'école et de la nécessité de mettre en place des services de santé mentale dans les écoles. Nous reviendrons sur cette lacune un peu plus loin, sous l'en-tête Éducation. Les psychologues sont également très demandés pour combler les postes vacants dans les deux régions provinciales de la santé. Depuis cette année, les services provinciaux de santé mentale fonctionnent avec un taux de vacance de près de 25 % parmi le nombre de postes approuvés en psychiatrie, avec seulement 79 des 104 postes pourvus.

Notre examen de la documentation a également révélé un appui cohérent de la formation continue des professionnels, y compris une formation sur la compétence culturelle et la postvention. Au Nouveau-Brunswick, le « Plan d'action interministériel visant les dépendances et la santé mentale » et les 21 recommandations récemment publiées reconnaissent l'importance de former les professionnels dans le domaine de la santé mentale et de la prévention du suicide³¹. Le plan et les recommandations accordent la priorité à la formation des travailleurs du service d'urgence à la lumière du récent décès par suicide de Lexi Daken, mais l'objectif consistant à « [é]laborer des documents éducatifs et des ressources sur les soins de crise, et les distribuer aux gens et aux prestataires de services communautaires » en fait aussi partie³².

Les dossiers communiqués par divers organismes publics montrent que des séances de formation sur plusieurs sujets liés à la santé mentale ont été mises en place pour divers professionnels. Les compétences de formation ou les compétences souhaitables pour les professionnels comme les psychologues, les équipes mobiles d'intervention et les infirmières du service d'urgence sont également décrites par le Réseau de santé Horizon ou par les ordres professionnels. Cependant, les documents communiqués ont confirmé le besoin de formation continue, de formation spécialisée, comme la thérapie par le jeu et les cas complexes pour les équipes de la PSI, de formation interministérielle supplémentaire, de formation sur la compétence culturelle et de formation sur l'offre de services aux populations vulnérables, y compris les jeunes LGBTQIS+ et les jeunes atteints d'un trouble particulier, notamment les jeunes souffrant de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) ou les jeunes souffrant de troubles alimentaires. La nécessité de services de formation améliorés est également ressortie clairement des résultats du sondage mené auprès de jeunes et de celui mené auprès d'adultes. Il est important que la sécurité et l'acceptabilité culturelles soient atteintes et qu'un accès à des soins de qualité soit offert afin de mieux traiter les enfants et les jeunes qui se présentent en raison de troubles de santé mentale.

Éducation

La sensibilisation du public à l'égard du bien-être mental et des services de santé mentale est très importante pour garantir que le droit à la santé des enfants est respecté. Des mises à jour du programme d'études scolaire, qui comprennent des modules sur le bien-être mental et sur la prévention du suicide, sont utiles pour exposer les enfants à ces sujets. Les recherches laissent entendre que les programmes à grande échelle de promotion de la santé mentale qui atteignent les jeunes à la maison, à l'école ou dans les établissements postsecondaires, complétés par des programmes de prévention qui visent les jeunes à risque, se sont avérés efficaces³³. Plus la santé mentale et le bien-être mental feront l'objet de discussions à l'école et à la maison, plus le sujet deviendra normal et plus y aura de jeunes qui se sentiront à l'aise de demander de l'aide.

La présence de psychologues et d'un nombre accru de conseillers thérapeutes et d'intervenants en comportement agréés dans les écoles est essentielle pour répondre aux demandes et aux besoins que présentent les élèves dans les milieux scolaires aujourd'hui. Comme susmentionné, la difficulté à recruter et à maintenir en poste des psychologues est particulièrement embêtante, surtout dans les districts anglophones. Au fil des ans, ces postes sont devenus de plus en plus difficiles à doter étant donné les salaires plus élevés offerts dans les provinces voisines et les nouvelles exigences d'agrément établies par le Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick. Pour devenir psychologue agréé au Nouveau-Brunswick, un doctorat en psychologie (PhD ou PsyD) est maintenant exigé, tandis que, par les années précédentes, une maîtrise suffisait. Cette tendance à la professionnalisation de la pratique se produit partout en Amérique du Nord et le Nouveau-Brunswick est maintenant l'une des cinq provinces qui ont une exigence de doctorat aux fins de délivrance d'accréditation.

Le Nouveau-Brunswick n'a pas de stratégie de recrutement et de maintien en poste en place ou en cours d'élaboration pour de nombreux professionnels de la santé. Par exemple, il y a des programmes d'incitation en place pour les médecins et les spécialistes, qui offrent des incitations pécuniaires pour l'établissement d'une pratique ou pour le travail au Nouveau-Brunswick³⁴. Ces programmes d'incitation englobent tous les types de médecins et s'appliquent aux médecins qui souhaitent travailler dans le domaine de la santé mentale. Il reste néanmoins une question pressante : est-ce suffisant pour recruter et maintenir en poste des professionnels de la santé mentale dans notre province?

Au Nouveau-Brunswick et ailleurs au Canada, les données probantes portent à croire que le nombre actuel de psychologues ne suffit pas pour assurer un accès rapide à des services psychologiques et de santé mentale de qualité à la lumière de la demande croissante et d'autres facteurs déterminants complexes³⁵.

Les données probantes indiquent clairement que le statu quo n'est plus acceptable. Des politiques publiques progressives et novatrices sont nécessaires pour opérer les changements essentiels à l'élimination de bon nombre des obstacles qui entravent l'accès rapide à des soins de santé mentale de qualité.

Le gouvernement du New Brunswick a déterminé que le maintien en poste et le recrutement de professionnels constituent une question urgente : en décembre 2020, le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick a publié une Stratégie des effectifs de psychologues et, en mars 2019, il a mis sur pied un comité directeur sur la stratégie des effectifs de psychologues ayant pour mandat d'élaborer une stratégie quinquennale des effectifs de psychologues pour le Nouveau-Brunswick. Nous espérons que ce nouvel engagement au recrutement et au maintien en poste de psychologues se révélera fructueux car le statu quo est néfaste et il ne permet pas de fournir aux enfants et aux jeunes la possibilité d'accéder à des ressources de santé mentale importantes qui pourraient changer leur vie. Pourvoir les postes vacants de psychologues dans les écoles exigerait en soi d'autres dépenses à hauteur de 6 à 7 millions de dollars. Trouver 24 autres psychiatres ajouterait des coûts supplémentaires considérables. Le coût lié au fait de ne pas fournir des services de santé adéquats, c'est le constat que davantage d'enfants et de jeunes meurent inutilement.

Des modifications récentes apportées à la loi par l'intermédiaire du projet de loi 35 ce printemps permettra aux enseignants titulaires d'une maîtrise en counseling de recevoir une formation afin de procéder à des évaluations auparavant menées par les psychologues. Alors que le projet de loi a rencontré une résistance considérable lors de son introduction,³⁸ le défenseur accueille l'initiative comme un autre outil pour attirer et appliquer plus de ressources à un domaine de pratique chroniquement à court de personnel. Espérons que ces changements législatifs donneront aux psychologues plus de temps pour accomplir d'autres tâches thérapeutiques et diagnostiques on ne peut plus nécessaires. Dans l'ensemble, cependant, nous estimons qu'il faudra faire beaucoup plus pour répondre à la demande d'accès à des soutiens en santé mentale et à des conseils en milieu scolaire, en particulier dans la période suivant immédiatement la pandémie. Des stratégies de maintien en poste et de recrutement de thérapeutes et d'interventionnistes comportementaux devraient également être élaborées. Il est primordial que les postes de psychologues vacants soient pourvus dans les plus brefs délais.

Bon nombre des dossiers datés de 2009 à 2021 communiqués, pendant l'examen, par le ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance mentionnent des mises à jour au programme de santé mentale dans les écoles. Cependant, les réponses au sondage laissent croire que des conseils pratiques supplémentaires doivent être fournis, ou que d'autres ressources doivent être rendues facilement accessibles et portées à la connaissance des enfants, des parents et de la collectivité par l'intermédiaire d'autres sources. Notre sondage mené auprès des Néo-Brunswickois a révélé que seuls 22 % des adultes et 39 % des jeunes estimaient avoir accès aux outils et aux ressources nécessaires pour apporter un soutien à un jeune dans le besoin par l'intermédiaire du système de santé mentale du Nouveau-Brunswick. Les parents sont encouragés par les interventions précoces qu'ils observent dans les écoles primaires, grâce à l'accent mis sur les pratiques de la pleine conscience et à un programme d'études qui favorise le bien-être général.

Bien-être à l'enfance

Dans le cadre de l'examen de la documentation réalisé pour les besoins de la présente étude, nous avons constaté que le système de bien-être à l'enfance du Nouveau-Brunswick peine à offrir des services de soutien adéquats aux jeunes afin de leur assurer un milieu familial stable. Or, un milieu familial stable s'avère essentiel à l'amélioration du bien-être mental et à la diminution du risque de suicide et des comportements d'automutilation. Le Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance définit le « bien-être de l'enfance » comme suit :

Les services de « protection de l'enfance » se composent d'un ensemble d'organismes publics et privés ayant pour objet de garantir la protection des enfants et de favoriser la stabilité des familles. La priorité de ces organismes est de protéger les enfants contre les mauvais traitements et la négligence. De façon générale, ils enquêtent sur les signalements de cas présumés de violence ou de négligence contre des enfants, supervisent le placement des enfants en foyer d'accueil et prennent les dispositions pour assurer l'adoption, le cas échéant. Ils viennent également en aide aux familles pour les aider à préserver l'intégrité de leur cellule et à élever leurs enfants avec succès³⁶.

Le terme « système de bien-être à l'enfance » est défini de façon plus large dans le présent rapport afin d'y « inclure tous les aspects de la prévention des mauvais traitements, de la négligence et des préjudices évitables à l'endroit des enfants, les mesures prises pour lutter contre les mauvais traitements, la négligence et les préjudices après qu'ils se soient produits, et les services nécessaires pour fournir une rééducation, une stabilité et des liens attentionnés permanents »³⁷. [traduction]

Le système de bien-être à l'enfance a pour but d'aider et de protéger les enfants; cependant, entrer dans le système en soi est souvent une source de conflits et de traumatismes pour les enfants et les jeunes. Notre examen a indiqué qu'il faut se concentrer davantage sur les effets traumatiques pour les enfants des interventions de protection de l'enfance et sur le traitement des traumatismes passés qui pourraient avoir mené à la prise en charge d'un enfant. Retirer un enfant de son foyer et le placer dans un milieu stable, dans l'espoir qu'il se rétablisse et qu'il passe à autre chose, n'est plus acceptable. Il faudrait recourir régulièrement à des interventions de la prestation des services intégrés (PSI) et amorcer des interventions de ce genre pour chaque enfant pris en charge afin que les interventions du système de santé et du système d'éducation puissent être mobilisées pour soutenir le jeune tout au long de cette transition difficile. Par le passé, le cône de silence entourant les questions de protection de l'enfance était si puissant que même les enseignants étaient rarement informés de la prise en charge d'un enfant. À cet égard, cependant, le défenseur estime que la pratique, bien qu'elle soit bien intentionnée, n'est pas justifiée et qu'elle n'est pas fondée sur l'intérêt supérieur d'un enfant. Un parent prudent et responsable devrait toujours informer l'enseignant de son enfant d'un changement important dans la vie de ce dernier, comme une prise en charge, afin que le comportement de l'enfant puisse être surveillé adéquatement et que son environnement et ses résultats d'apprentissage soient adaptés en conséquence.

Les recommandations formulées dans le présent rapport viennent renforcer la pertinence des recommandations du défenseur énoncées dans le rapport *Derrière les portes closes*, publié en 2018, et dans son prochain rapport *Vécus d'enfance*, qui sera publié le mois prochain.

Justice pour les jeunes

De nombreux jeunes dans le système de justice pénale éprouvent des préoccupations relatives à leur santé mentale. Cependant, les statistiques concernant la prévalence de maladie mentale chez les jeunes dans le système de justice pénale du Canada sont difficilement accessibles. Cette difficulté d'accès a été reconnue comme étant une lacune dans la recherche qui doit être comblée³⁸. Un rapport, fondé sur des études américaines, soutient qu'environ de 65 % à 70 % des jeunes dans le système judiciaire pour les jeunes souffrent d'un trouble de santé mentale décelable³⁹, tandis qu'une autre étude indique que 90 % des jeunes qui entrent dans le système judiciaire pour les jeunes d'un État répondent aux critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé, d'un épisode maniaque, de crises de panique, d'un trouble de stress post-traumatique, d'un trouble des conduites ou d'une dépendance aux substances⁴⁰. Il faut plus de services de santé mentale pour éviter que les jeunes n'aient de démêlés avec le système de justice pénale et il faut également détourner les jeunes du système de justice pénale et les diriger vers les services de santé mentale adéquats.

Notre examen a permis de constater que, pour tous les jeunes, un détournement des formes traditionnelles de poursuites et de procès devrait avoir lieu lorsque la situation s'y prête. Il faudrait d'abord envisager des mesures extrajudiciaires, puis envisager des sanctions extrajudiciaires lorsque les mesures extrajudiciaires ne suffisent pas. Il est essentiel que le gouvernement du Nouveau-Brunswick commence à rediriger son attention sur la cause profonde de l'infraction plutôt que de punir le jeune contrevenant. Le *principe de la réceptivité* du modèle de déjudiciarisation des jeunes a pour but de garantir que les interventions correspondent aux besoins de chaque jeune. L'un des facteurs pris en compte dans ce principe est l'état de santé mental des jeunes. Il est indispensable que les besoins en matière de santé mentale de chaque jeune ayant des démêlés avec le système de justice soient comblés. L'élaboration d'un outil d'évaluation de la santé mentale pour le système de justice pénale et la fidélité à cet outil sont essentiels à l'atteinte de cet objectif.

Le paragraphe 39(5) de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* souligne la nécessité de se concentrer sur les méthodes de déjudiciarisation en indiquant que le placement sous garde n'est pas un substitut adéquat à des services de santé mentale. Toutes les solutions de rechange doivent être envisagées avant qu'un jeune ne soit condamné à un placement sous garde. La santé mentale d'un jeune peut subir les effets négatifs du placement sous garde⁴¹. Même si le Bureau du défenseur reconnaît que d'immenses progrès ont été réalisés par les tribunaux et le ministère de la Justice et de la Sécurité publique dans les dernières années relativement à la réduction du taux global d'incarcération de jeunes au Nouveau-Brunswick, ce qui nous amène au même niveau que les taux plutôt faibles de criminalité et d'incarcération juvéniles constatés ailleurs au Canada atlantique, nous continuons de nous inquiéter du fait que la plupart des jeunes du Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick continuent de présenter des besoins complexes et du fait qu'un nombre de jeunes incarcérés pourraient bénéficier d'interventions plus spécialisées dans des milieux non carcéraux et dans des établissements de soins de santé plutôt que dans des établissements correctionnels. Il faut mettre en place plus de méthodes de déjudiciarisation afin de répondre aux besoins en matière de santé mentale des jeunes.

COMMENTAIRES DE JEUNES, FAMILLES ET COMMUNAUTÉS

L'un des problèmes de longue date liés à la prestation de services de santé mentale aux jeunes du Nouveau-Brunswick, c'est la demande constante de participation accrue et améliorée des enfants, des jeunes, des familles et des collectivités aux processus de prise de décisions, d'élaboration de politiques et de surveillance des services. Nous n'avons cessé d'entendre le point de vue des Néo-Brunswickois sur ce sujet; ils se sont exprimés en termes clairs, par l'intermédiaire de notre sondage en ligne, de notre tournée de consultations publiques, de nos entretiens avec des intervenants clés et des mémoires présentés. Notre propre examen de la documentation confirme la nécessité de cette orientation politique. Il s'agit là d'une véritable question de principe, conforme au droit de participation de l'enfant. C'est par ailleurs particulièrement vrai pour les familles et les soignants d'enfants et de jeunes qui reçoivent des services de santé mentale puisqu'ils jouent un rôle essentiel dans le rétablissement, en tant qu'alliés du patient⁴².

Traditionnellement, les politiques portent essentiellement sur la prestation officielle de services comme le principal déterminant des résultats au chapitre de la santé mentale, en partant du principe que de meilleurs services donnent de meilleurs résultats. Cela peut limiter les résultats positifs si la prestation de services n'est pas équilibrée avec d'autres options de soutien, comme un système de soutien informel développé. Les services de santé mentale formels sont importants, mais nous pouvons aller plus loin en incluant des soutiens informels solides et en les favorisant.

Les systèmes de soutien informels comprennent la famille, les amis et les connaissances, ainsi que la participation et les contributions de jeunes qui ont vécu des expériences pertinentes. Les soutiens informels dans la collectivité comprennent également les organisations non gouvernementales, les organisations religieuses, les organismes de services, les clubs sportifs, les groupes de musique, les groupes artistiques, les groupes de soutien par les pairs, les clubs d'échecs, l'éducation et le soutien pour les parents concernant des questions précises de santé mentale (par exemple des groupes de soutien pour les parents d'enfants et de jeunes souffrant de troubles alimentaires ou des groupes de soutien pour les familles d'enfants ou de jeunes souffrant de l'ETCAF). Des aspects importants de cette base de connaissances sont soit négligés ou sous-utilisés par de nombreux groupes, y compris les professionnels, les décideurs politiques et les membres du public.

Les organisations de soutien informel susmentionnées peuvent offrir la possibilité de participer de façon significative à la vie communautaire extérieure au domaine des services de santé mentale ou des services professionnels. Les familles constituent le groupe le plus important d'aidants, offrant souvent un soutien financier, affectif et social, même si leur rôle passe souvent inaperçu. En plus de fournir un soutien à leur proche, les membres de la famille peuvent également se soutenir l'un l'autre et soutenir d'autres familles. Les familles contribuent aux connaissances expérientielles concernant les répercussions d'une mauvaise santé mentale sur un proche et sur ce que cela signifie dans un contexte de vie plus large. Les jeunes qui possèdent des connaissances expérientielles peuvent donner des indications et des conseils sur ce qui fonctionne ou non pour eux. Ils peuvent fournir de précieuses suggestions sur la façon d'améliorer les interventions et les services qui sont utiles.

Lorsque les systèmes formels et informels travaillent ensemble et qu'ils s'engagent et s'obligent mutuellement à mieux soutenir les enfants et les jeunes vulnérables, les résultats tendent à être améliorés lorsqu'il s'agit de traiter les problèmes de santé mentale.

Sondage sur les services de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes

Le sondage sur les services de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes était ouvert à tous les Néo-Brunswickois et comptait 28 questions pour aider à orienter le Bureau du défenseur des enfants et des jeunes par rapport aux recommandations sur l'accès à la santé mentale pour les enfants et les jeunes de l'ensemble de la province. Ont répondu au sondage 3 368 adultes et 736 jeunes. Certaines des constatations résumées sont énoncées ci-dessous.

Les réponses au sondage montrent que les parents au Nouveau-Brunswick cherchent des ressources et qu'ils s'engagent à participer aux soins de santé mentale de leur enfant ou de leur jeune. Les adultes ont indiqué qu'ils souhaitaient voir davantage de services cliniques, ou de counseling ou de psychothérapie qui mobilisent les familles (parents et frères et sœurs). Les adultes cherchent également à obtenir une éducation et une formation sur la santé mentale afin de mieux soutenir leurs enfants, et ils cherchent également des groupes de soutien parental. Seuls 22,4 % des adultes et 38,7 % des jeunes ayant répondu au sondage estimaient disposer des outils ou des ressources nécessaires pour fournir un soutien, par l'intermédiaire du système de santé mentale du Nouveau-Brunswick, à un jeune.

Comme constaté dans le sondage, de nombreuses personnes estimaient qu'il y avait absence de services adéquats et que des changements devaient être apportés au système de santé mentale du Nouveau-Brunswick. À la question « Quel est votre degré de satisfaction quant aux soutiens de santé mentale offerts aux jeunes au Nouveau-Brunswick? (1 correspondant à très insatisfait et 10, à très satisfait) », 65,6 % des répondants adultes ont répondu 1, 2 ou 3 pour décrire le nombre de soutiens et seuls 3,3 % ont opté pour un score de 8 ou plus. Quant à la qualité des services, 56,4 % des répondants adultes ont accordé un score de 1, 2 ou 3 et seuls 6,2 % ont opté pour un score de 8 à 10.

Les jeunes ont exprimé que les professionnels, y compris les conseillers en orientation et le personnel hospitalier, doivent prendre plus au sérieux les idées suicidaires que leur confient les jeunes. Ils ont aussi signalé qu'un accès accéléré aux services s'impose pour les jeunes qui présentent des idées suicidaires.

Selon les commentaires indiqués dans le sondage, il semblerait y avoir une variation considérable pour ce qui est de la formation en santé mentale offerte aux divers professionnels qui travaillent auprès des enfants et des jeunes. Beaucoup de répondants ont nommé les multiples formations suivies, tandis que d'autres ont exprimé leur inquiétude quant au manque de formation offerte par leur employeur.

Nombreux sont les jeunes répondants qui ont exprimé leur inquiétude quant au traitement obtenu de professionnels lorsqu'ils sont allés chercher de l'aide ou de l'orientation en santé mentale. Les réponses au sondage font aussi état de la nécessité de formation supplémentaire en santé mentale pour les policiers, les professionnels juridiques et autres qui interagissent avec les jeunes dans le système de justice pénale. Des demandes ont été présentées pour que les travailleurs sociaux et d'autres travailleurs en santé mentale, comme l'équipe des services de crise mobiles, soient disponibles les soirs et fins de semaine. Les jeunes ont aussi réclamé un plus grand nombre de psychologues et de conseillers en milieu scolaire en insistant sur le fait que ces rôles nécessitent une formation poussée en santé mentale.

Selon les résultats du sondage, les jeunes semblaient plus à l'aise de recourir à des services de santé mentale en personne que de façon virtuelle. Il va sans dire que la pandémie a modifié la prestation de services comme la thérapie, le counseling et les soins de santé mentale. Avec un peu de chance, l'assouplissement des restrictions et le passage à la phase verte du plan de rétablissement du gouvernement permettront la reprise des services en personne tout en assurant la facilité d'accès que les services en ligne présentaient pour tous.

La majorité des jeunes interrogés et qui ont répondu qu'ils avaient eu recours à des services de santé mentale ont indiqué qu'ils l'avaient fait parce qu'ils se sentaient inquiets ou stressés (81,2 %). Cependant, il importe de noter que 64 % des jeunes répondants ont aussi eu recours à des services de santé mentale pour des idées suicidaires. Comme nous l'avons déjà mentionné, la santé mentale, les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont souvent inextricablement liées.

Les jeunes ont fait savoir que les longues périodes d'attente pour accéder à des services de santé mentale sont un obstacle de taille dans notre système de santé. Ils ont aussi souligné le manque de soutien spécialisé pour la communauté LGBTQIS+ et les personnes aux prises avec un trouble alimentaire.

Beaucoup de jeunes ont mentionné l'ampleur de la stigmatisation de la santé mentale et ajouté que ce sujet n'est pas abordé suffisamment à l'école et en famille. Il en résulte qu'il est difficile pour les jeunes de confier leurs problèmes à leurs parents, à leurs enseignants ou à des professionnels par crainte d'être humiliés, d'être ostracisés ou de ne pas recevoir l'aide ou le traitement adéquat. Nombre de jeunes signalent se priver de services parce qu'ils craignent que l'on répète leurs propos à d'autres, surtout à leurs parents. En outre, beaucoup de jeunes ne sont pas au courant des ressources disponibles en santé mentale ou des lignes secours. Le transport aux rendez-vous faisait aussi partie des obstacles à l'accès aux services qu'ont signalés de nombreux jeunes.

Un grand nombre de jeunes et d'adultes ont mentionné que les soins continus et l'accès aux soins continus sont problématiques et que le coût du counseling privé constitue un obstacle majeur. Ils ont ajouté que, souvent, leurs problèmes de santé mentale ne sont pas réglés malgré la fin du traitement.

Consultation publique

En mai et en juin, le défenseur a organisé une tournée de consultations publiques virtuelles dans dix régions du Nouveau-Brunswick. Ces séances visaient à céder la parole aux résidents d'un peu partout dans la province pour qu'ils s'expriment sur la prévention du suicide et les services de santé mentale dans leur collectivité respective. Chaque séance comptait la participation de fournisseurs de services des secteurs public et privé, de parents, de jeunes et d'autres membres de la collectivité. La participation s'est avérée élevée; environ 260 citoyens se sont inscrits aux consultations.

De nombreux thèmes ont été présentés à chaque séance pour guider les discussions, et les participants pouvaient discuter de sujets portant sur la santé mentale qui les touchaient. Pendant les séances, notre bureau a été en mesure de recueillir des données qualitatives propres à ces collectivités concernant les obstacles et les lacunes systémiques dans les services et la prestation de services, tout en écoutant les idées et les recommandations axées sur des solutions qui pourraient améliorer les services de santé mentale destinés aux jeunes. Nous avons tenu compte de tous les commentaires reçus durant la tournée de consultations dans la rédaction de nos recommandations définitives. Les discussions étaient enrichissantes et les membres des collectivités avaient réellement à cœur la capacité des enfants et des jeunes à se procurer rapidement des services significatifs et adéquats en situation de crise de santé mentale.

Les données et les commentaires recueillis lors de la tournée de consultations publiques ont été classés dans les catégories suivantes : accès à des soins de qualité, investissement dans des soins professionnels de qualité, équipe de prestation des services intégrés, soutiens à la famille, soutiens par les pairs, soutiens communautaires, accessibilité et sécurité culturelle des services de santé mentale, contrôle de la qualité et normes de services, consultation publique et éducation publique, services de santé (intervention au service d'urgence, à l'unité mobile de crise) financement, interventions à la petite enfance, consentement, confidentialité, atteinte de l'âge où l'accès aux services de santé mentale pour jeunes prend fin, occasions pour les enseignants et parents, et autres. Les recommandations des participants pour chaque thème ont été notées et envoyées à l'équipe d'examen pour qu'elle s'en inspire pour la rédaction des recommandations définitives de l'examen.

De nombreux thèmes communs sont ressortis dans les dix régions. Les participants de toutes les régions ont souligné comme obstacles aux soins les longues listes d'attente pour accéder à des services de santé mentale, les longues attentes au service d'urgence, le transport et le manque de professionnels de santé mentale. La stigmatisation des maladies mentales a également été signalée comme raison pour laquelle les jeunes ne demandaient pas d'aide lorsqu'ils vivaient une période difficile. Les enfants et les jeunes estimaient ne pas avoir les outils ou les connaissances nécessaires pour aider leurs amis ou enfants en situation de crise de santé mentale. Chaque collectivité a également recommandé des services de santé mentale disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Une partie importante de la discussion a porté sur la transition vers l'âge adulte. Beaucoup de jeunes ont de la difficulté avec le fait que les fournisseurs de services qui les aident depuis leur jeunesse ne pourront plus leur offrir de soutien une fois qu'ils quittent le système scolaire public.

Bien que de nombreux sujets courants aient été abordés, les séances en ligne se sont avérées énormément utiles à la compréhension des contextes locaux. Par exemple, à Edmundston, les participants ont insisté sur la nécessité, pour les éducateurs de la petite enfance, d'entamer les interventions de bien-être mental dès les premières années et ont souligné leurs frustrations et préoccupations concernant les compressions budgétaires du programme Le Maillon. Dans la région du Haut de la Vallée et dans le comté de Charlotte, nous avons été émus par le deuil persistant des parents ayant perdu un enfant au suicide. À Moncton, nous avons obtenu un différent point de vue des équipes de counseling de l'université et avons été mis au courant des problèmes portant sur l'accès aux services en milieu postsecondaire. Dans les grandes villes comme Fredericton, Moncton et Saint John, les participants ont fait part de leur expérience au service d'urgence et des attentes interminables. Dans la région du Haut de la Vallée, on a abordé la nécessité de services en ligne pour rehausser l'accessibilité et la confidentialité des services de santé mentale. Dans la Péninsule acadienne, les participants ont indiqué que de nombreux jeunes avaient profité des services communautaires offerts par des organisations comme ACCESS Esprits Ouverts, le Centre de Bénévolat, l'Association canadienne pour la santé mentale et autres.

La tournée de consultations publiques virtuelles s'est avérée une source très précieuse pour la rédaction de nos recommandations et pour mieux comprendre les obstacles communs aux services de santé mentale ainsi que les préoccupations, les lacunes et les besoins de chaque région. Le défenseur souhaite exprimer sa plus profonde reconnaissance à tous les participants pour leur participation et contribution à l'examen.

RECOMMANDATIONS FINALES

Un nouveau modèle de gouvernance pour les services destinés aux enfants et aux jeunes

À l'instar de sa recommandation dans le rapport *Connexions et déconnexion* de 2008, le défenseur recommande encore une fois l'établissement d'un ministre responsable des enfants et des jeunes. Ce ministre devrait être épaulé par un Secrétariat des enfants et des jeunes. Les personnes handicapées, les femmes, les Autochtones et les minorités francophones disposent tous d'organismes gouvernementaux qui travaillent jour et nuit pour leur bien-être. Cet examen des services de santé mentale pour jeunes et de la prestation des services intégrés nous a convaincu qu'il est grand temps pour que les enfants et les jeunes disposent d'un champion qui leur est réservé dans le cabinet et dans l'organe exécutif du gouvernement. Ce Secrétariat, avec son propre administrateur général, pourrait diriger la prestation des services intégrés dans tous les ministères participants. Il pourrait prendre les rênes des rapports du gouvernement et de la surveillance de la mise en œuvre des droits de l'enfance et des études d'incidence des droits de l'enfance. Il lui reviendrait également de voir à l'harmonisation de tous les services destinés aux enfants et aux jeunes à l'échelle du gouvernement grâce à un comité interministériel sur les enfants et les jeunes qui pourrait inviter à ses séances ouvertes le défenseur, des enfants et des jeunes, les soignants et famille et d'autres représentants de la société civile. L'harmonisation des services dans ce contexte implique que l'autorité pour la prestation et les opérations du programme continue d'appartenir aux ministères responsables, mais que le Secrétariat, par l'intermédiaire de son ministre responsable de l'enfance et de la jeunesse, peut être appelé à sortir d'une impasse ou à un différend sur le ministère ou l'organisme qui doit payer pour répondre aux besoins d'un enfant donné. Ce comité interministériel des enfants et des jeunes offrirait des services-conseils. Il serait épaulé par le Secrétariat et idéalement composé de sous-ministres de la Santé, du Développement social, de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, de la Justice et de la Sécurité publique, de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail, des Affaires autochtones, de la Culture et du Tourisme, de la Direction de l'égalité des femmes et du Conseil du Premier ministre pour les personnes handicapées. La participation des sous-ministres est cruciale pour garantir que l'orientation qu'ils donnent à leur ministère permettra d'assurer l'acquittement des mandats liés aux enfants et aux jeunes, l'élimination des obstacles aux services et soutiens, la collaboration avec les ministères partenaires et la promotion d'idées novatrices.

Comme dans le rapport *Connexions et déconnexion* et selon les recommandations du conseil consultatif, cette recommandation est stratégiquement insérée au début de la liste des recommandations puisque nous sommes convaincus que l'engagement à l'égard d'un mécanisme de coordination central à l'échelle du gouvernement pour tous les services destinés aux enfants et aux jeunes se veut le besoin le plus urgent pour assurer la réussite de toutes les réformes à venir. En effet, après avoir pris le pouls de nombreux fonctionnaires actuels ou antérieurs, nous sommes persuadés qu'un grand nombre de nos échecs pour ce qui est d'améliorer et d'accélérer les progrès sont attribuables au manque de coordination et de prise de décisions centrale, malgré les tentatives louables de coordination de services, par exemple par la PSI ou le réseau d'excellence.

Nous avons écouté et accueilli les mises en garde des fonctionnaires qui s'inquiétaient de la fragmentation des approches entre les jeunes et les adultes pour les services de santé mentale et des difficultés que cela peut causer dans la transition des soins. Nous sommes également reconnaissants de la direction offerte par la ministre de la Santé en tant que présidente du comité ministériel sur le traitement des dépendances et la santé mentale et nous sommes d'avis que ce comité doit continuer de gouverner la stratégie générale de traitement des dépendances et de santé mentale de la province. Le défenseur serait heureux d'avoir l'occasion de siéger de façon continue à ce comité.

Néanmoins, nous avançons respectueusement que l'adoption d'une approche axée sur le patient pour le dossier à l'étude nécessite que chacun d'entre nous, en tant que détenteurs d'obligations envers les enfants, envisage les besoins et les droits en matière de soins de santé dans le contexte de tous les autres droits et intérêts. Nous devons effectivement nous conformer à un modèle de gouvernance sur la prestation de services aux enfants et aux jeunes qui nous permet d'adopter des approches axées sur les droits plutôt que sur les besoins seulement. Le mandat du Comité devrait s'appuyer sur le mandat du Comité interministériel sur les enfants et les jeunes, établi par le CEO en 2015 pour surveiller la Stratégie de prévention des préjudices envers les enfants et les jeunes, la formation continue et la surveillance du processus provincial d'évaluation de l'impact sur les droits de l'enfant et coordination des services à l'enfance et à la jeunesse dans l'ensemble du gouvernement. D'autres priorités et mandats du comité découleraient de la mise en œuvre des recommandations de ce rapport. Au minimum, et à la lumière des recommandations du présent examen, nous devons revisiter le *Plan d'action visant les dépendances et la santé mentale 2021-2025* et élaborer une stratégie sur la santé mentale et la prévention du suicide pour les enfants et les jeunes qui pourra servir de sous-ensemble ciblé et adapté, à la fois pour le plan provincial de santé mentale et de traitement des dépendances et pour la nouvelle stratégie provinciale complète pour les enfants et les jeunes pour assurer le respect des droits des enfants et des jeunes.

Recommandation I

Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick nomme un ministre responsable des enfants et des jeunes, que le mandat de ce ministre comprenne les jeunes jusqu'à 25 ans et que le ministre soit épaulé par un Secrétariat des enfants et des jeunes dirigé par son propre administrateur général. Il est aussi recommandé que le Secrétariat soit chargé de la coordination de la prestation des services intégrés ainsi que de l'harmonisation des services offerts aux enfants et aux jeunes à l'échelle du gouvernement par la création d'un comité interministériel permanent des enfants et des jeunes. Ce comité, de concert avec le Secrétariat, devrait s'occuper de la formation et de la mise en œuvre de l'évaluation des répercussions sur les droits de l'enfant et de l'élaboration d'un plan d'action provincial pour la santé mentale et la prévention du suicide chez les enfants et les jeunes.

Amélioration des interventions et des services communautaires

La deuxième recommandation générale issue de notre examen porte sur la nécessité d'un accent accru sur les interventions et les soins communautaires en ce qui a trait aux services de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes. Nous croyons en quelque sorte que cette recommandation plaira au gouvernement étant donné que la prestation des services intégrés, le modèle de soins par paliers, la pédiatrie sociale en communauté et maintes autres priorités gouvernementales dans ce secteur sont déjà établies et que le gouvernement s'est déjà engagé à cette vision. Néanmoins, notre examen a confirmé que, s'il est vrai que l'engagement en principe aux soins communautaires est réel, le défaut de mobiliser les familles, les jeunes et les collectivités de façon significative dans les transitions et la prestation de services que nous envisageons est tout aussi réel. Les partenaires communautaires ont beaucoup à offrir dans cette affaire. Ils veulent prêter main-forte. Les jeunes, leurs soignants et leur famille réclament également davantage de services en milieu communautaire.

Un nouvel engagement à l'égard des interventions et services communautaires nécessitera de nouveaux fonds pour soutenir ces investissements dans les soins de santé. Le gouvernement provincial doit user de stratégie pour affecter les fonds fédéraux à ces interventions et services communautaires, surtout dans cette ère de reprise post-COVID-19. Certains fonds pourraient également être détournés des soins hospitaliers au profit des services communautaires.

Le gouvernement provincial devrait investir dans des initiatives de recherche axées sur la santé pour favoriser l'évaluation de nouvelles interventions et mesures de soutien communautaires, et il devrait optimiser tous ces investissements dans les milieux communautaires avec l'aide des secteurs de philanthropie et des affaires en s'appuyant sur les importantes répercussions commerciales de l'amélioration du bien-être à l'échelle de la main-d'œuvre, surtout chez les jeunes travailleurs.

Au-delà de l'amélioration du financement, de la recherche et de l'évaluation, une amélioration des interventions et des services communautaires nécessitera un engagement renforcé à l'égard de la participation des enfants et des jeunes dans l'élaboration de politiques et la mise en œuvre et l'évaluation des services, une attention particulière aux besoins en matière de transport des patients en milieux ruraux et urbains, une coordination élargie des protocoles et des pratiques de communication des renseignements sur la santé entre les détenteurs de renseignements sur la santé et les partenaires communautaires, ainsi que des investissements dans une formation croisée intensive à l'appui des approches tenant compte des traumatismes, des approches axées sur les droits des enfants, de la sécurité culturelle, de la littératie en santé mentale et de la formation sur la prévention du suicide dans des milieux multidisciplinaires comprenant les familles, les jeunes et la collectivité. Plus important encore, il faudra par ailleurs des mesures supplémentaires visant la sensibilisation du public, l'éducation, les soutiens à la navigation, les soutiens par les pairs (jeunes et membres de la famille) et les soutiens d'un réseau pour mobiliser les nombreux partenaires de ce processus de transformation et les tenir à l'affût des pratiques exemplaires et de l'innovation des services. Une des forces de l'intervention communautaire, c'est d'être en mesure d'innover et d'adapter les pratiques et les interventions recommandées aux besoins locaux. C'est ainsi que des pratiques exemplaires voient le jour, mais seulement dans la mesure où des soutiens du réseau sont en place.

Recommandation II

Il est recommandé que le plan d'action provincial pour la santé mentale et la prévention du suicide chez les enfants et les jeunes impose des progrès mesurables au cours des cinq prochaines années pour réduire les admissions inappropriées à l'hôpital pour des troubles de santé mentale chez les jeunes et investisse stratégiquement dans des programmes et soutiens communautaires de prévention et d'intervention précoce en amont à l'instar du modèle de soins par paliers énoncé dans le plan d'action interministériel pour la santé mentale et le traitement des dépendances. Les nouveaux investissements du gouvernement provincial dans les services communautaires devraient servir à optimiser les contributions des secteurs locaux des affaires et de la philanthropie pour maintenir la responsabilité communautaire des interventions. Ces interventions devraient être financées par la province en fonction des meilleures données probantes disponibles, être évaluées de façon adéquate, et leurs répercussions devraient être étayées par des efforts d'application des connaissances des experts.

Il est aussi recommandé que l'aspect lié à l'engagement communautaire du plan d'action soit géré par la collectivité grâce aux efforts d'une agence du secteur sans but lucratif agissant comme responsable de ces conversations, un peu comme l'initiative de Centraide du Manitoba bénéficiant du soutien de la Fondation Graham Boeckh. Cette organisation centrale garantira que le plan d'action est élaboré avec la participation active des jeunes ayant une expérience avec les services de santé mentale, leurs pairs, les membres de leur famille et des alliés de la collectivité. L'organisation s'assurera que ces membres se rencontrent de façon régulière dans le cadre de forums locaux et provinciaux et qu'ils rencontrent le comité interministériel des enfants et des jeunes pour surveiller les progrès et la mise en œuvre du plan d'action.

Pour favoriser la spécificité, le défenseur recommande qu'on envisage le financement de certaines interventions communautaires ciblées, dont les suivantes :

- L'agrandissement des emplacements d'ACCESS Esprits Ouverts
- Des soutiens du genre Atlantic Wellness Center
- L'élaboration de nouvelles sections du programme Le Maillon
- Les points de service de la pédiatrie sociale en communauté
- Les interventions à « double perspective » axées sur les terres autochtones
- Les centres de défense des enfants pour les enfants victimes de violence
- Les programmes d'orchestre Sistema, les sections locales de l'ACSM, les clubs Garçons et Filles, les sections Grands Frères Grandes Sœurs, les YMCA locaux, les soutiens de santé mentale et de prévention du suicide destinés aux jeunes

Le défenseur propose également que les composantes principales du plan d'action recommandé ci-dessus comprennent des mesures de formation et de perfectionnement professionnels, d'éducation et de sensibilisation du public, des programmes de prévention et de promotion fondés sur des données probantes, y compris des programmes d'éducation scolaires, des soutiens par les pairs pour les jeunes et leur famille, des soutiens à la navigation, des points de référence de la participation des enfants et des jeunes, des indicateurs du droit des enfants à la santé ainsi que des mesures de soutien et des mécanismes pour assurer des conversations de réseau parmi tous les intervenants en santé mentale des enfants et des jeunes dans la province.

Protection du droit à la santé et à la vie

Le mandat du défenseur est de protéger, défendre et promouvoir les droits des enfants et des jeunes. Comme nous venons de le mentionner dans le rapport dans le contexte du bien-être à l'enfance au Nouveau-Brunswick, il est grand temps que l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick adopte la *Convention des Nations Unies* relative aux droits de l'enfant comme loi provinciale. Bien entendu, ces droits sont garantis pour les enfants du monde entier. Le Canada a ratifié cette convention il y a plus de 30 ans, elle doit donc être respectée par le pays et le gouvernement du Nouveau-Brunswick. Nous sommes responsables de nos efforts pour la mise en œuvre de ces droits devant l'assemblée des nations du monde par l'intermédiaire de l'organe créé par traité de la Convention, le Comité des droits de l'enfant. Au Nouveau-Brunswick, nous surveillons la mise en œuvre de ces droits grâce au Rapport sur l'État de l'enfance et le Cadre des indicateurs des droits de l'enfant. Nous avons aussi adopté un outil d'évaluation des répercussions sur les droits de l'enfant (ERDE) pour orienter les décisions du Cabinet. Parallèlement, en raison de la tradition parlementaire et de notre cadre constitutionnel en tant qu'État fédéral dualiste, la réception d'une loi internationale exige que la législature l'intègre à l'échelle nationale pour que tous ces droits soient entièrement justiciables devant les tribunaux civils. Nos tribunaux disposent de précédents bien établis pour étayer le point de vue que toutes les lois doivent être interprétées dans l'optique de nos obligations légales internationales. Les traités internationaux relatifs aux droits de la personne, comme la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, sont donc d'importantes références lorsque les tribunaux doivent interpréter notre *Charte canadienne des droits et libertés* ou nos lois sur les droits de la personne.

Nous sommes tout de même très conscients de l'écart important entre la promesse que font tous les gouvernements (y compris le nôtre) aux enfants, indiquant qu'ils « s'engagent à prendre toutes les mesures législatives, administratives et autres qui sont nécessaires pour mettre en œuvre [ces] droits »⁴³ (article 4), l'engagement de l'article 6 à « [assurer] dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant »⁴⁴ et la garantie de l'article 24 de « [reconnaître] le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation »⁴⁵ et les constatations précédentes dans le présent rapport. Le droit de Lexi Daken de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation a été violé de façons importantes. De toute évidence, son droit à la survie et au développement n'a pas été assuré au maximum. Il en va de même pour Mona et Hillary, deux jeunes filles micmaques décédées trop jeunes, à qui le rapport *Main dans la main* a été dédié. Julia-Anna St-Peters, nourrisson décédé de négligence chronique, ainsi que tous les autres enfants commémorés dans les rapports précédents du défenseur attendent toujours que l'on prenne leurs droits au sérieux et que l'on traite leur vie avec dignité.

Il ne suffit pas d'établir un bureau du défenseur responsable de faire entendre la voix des autres et d'enquêter sur les violations des droits, pour ensuite faire fi de ses recommandations, ne pas fournir de recours efficaces pour la violation de ces droits et finir par manquer de reconnaître ce cadre des droits dans notre propre système juridique. Les enfants et les jeunes réclament mieux. Ils réclament la justice pour tous. L'intégration de la Convention dans la loi canadienne n'a rien de complexe. Il suffit d'une disposition dans la nouvelle loi sur le bien-être à l'enfance. Beaucoup d'intervenants, y compris d'anciens fonctionnaires et des représentants de la faculté de travail social de l'Université St. Thomas, nous ont indiqué qu'ils émettent la même recommandation au gouvernement. On pourrait y parvenir en modifiant la *Loi sur l'éducation*, la *Loi sur la santé* ou la *Loi sur le défenseur des enfants*, des jeunes et des aînés. On pourrait aussi élaborer une loi indépendante à l'instar de celle récemment adoptée par le parlement écossais. D'autres grandes démocraties au parlement de style et de traditions britanniques ouvrent la voie dans ce domaine, et le Nouveau-Brunswick devrait faire de même au Canada en assumant la responsabilité de sa propre loi pour les promesses que nous avons faites à nos enfants devant le monde entier.

Cette étape législative est une étape fondamentale et un indicateur structurel de l'application des droits; c'est sans doute l'étape la plus importante, mais elle n'est pas suffisante en soi. Ce changement législatif ne fait que donner un fondement juridique à notre ensemble de droit pour ce à quoi nous nous sommes engagés en vertu du droit international et ce que nous faisons réellement dans une large mesure dans les autres lois provinciales en ce qui a trait aux enfants. De même, il nous faut des politiques et des programmes pour honorer cet engagement législatif à l'égard des droits des enfants ainsi qu'une stratégie provinciale pour en orienter la mise en œuvre, la surveillance et l'application.

Nos efforts d'amélioration de la santé mentale des enfants et des jeunes seraient un élément de taille, mais il ne s'agit que d'une partie du plan général pour l'application des droits de l'enfance. C'est ainsi que ces efforts peuvent être réellement axés sur les enfants et les jeunes et être coordonnés avec tous les autres domaines importants du bien-être, du développement et des droits des enfants et des jeunes. Les professionnels de la santé peuvent être formés de sorte à intervenir auprès des enfants et des jeunes en respectant toujours les principes directeurs de la non-discrimination, d'un processus décisionnel centré sur l'intérêt supérieur pour la survie et le développement maximal, et du respect de la voix des enfants et des jeunes et de leur nouvelle capacité d'agir et de leur autonomie grandissante comme éléments fondamentaux de la dignité humaine.

En outre, les professionnels de la santé peuvent être formés de sorte à respecter les caractéristiques fondamentales du droit de l'enfant à jouir du meilleur état de santé possible, en tenant compte des critères de soins disponibles, accessibles, acceptables et de qualité. Les professionnels de la santé devraient également être formés de concert avec les professionnels de l'éducation, de la protection de l'enfance et de la justice pour enfants pour en apprendre davantage sur les caractéristiques essentielles des droits des enfants qui éclairent la prestation de services dans ces secteurs afin que les enfants finissent par s'attendre à ce que tous les adultes dans leur vie soient des alliés, des détenteurs d'obligations envers eux qui sont prêts à donner le meilleur d'eux-mêmes à la prochaine génération.

Recommandation III

Il est recommandé que le plan d'action provincial pour la santé mentale et la prévention du suicide chez les enfants et les jeunes qui est proposé soit intégré à une stratégie provinciale pour les droits des enfants et des jeunes et que les transformations de services qu'il propose soient inspirées par des approches axées sur les droits des enfants. Le plan d'action devrait soutenir d'importants efforts de formation croisée multiministérielle et du secteur communautaire pour inculquer à nouveau aux éducateurs, aux fournisseurs de soins de santé, aux fonctionnaires de la protection de l'enfance, de la justice et du service de police et aux alliés communautaires les connaissances dont ils ont besoin pour s'acquitter de leurs obligations à titre de détenteurs d'obligations envers les enfants et les jeunes (les détenteurs de droits) et se servir d'approches axées sur les droits qui cadrent avec les soins tenant compte des traumatismes.

Il est aussi recommandé que, pour consolider l'engagement de principe à l'application des droits des enfants, le ministre responsable des enfants et des jeunes proposé et le Conseil exécutif adoptent sans délai des mesures législatives pour intégrer la Convention relative aux droits de l'enfant en droit interne néo-brunswickois.

Égalité d'accès à la santé et à la vie pour les enfants et les jeunes autochtones

La discrimination et l'inégalité auxquelles sont confrontés les peuples autochtones du Canada depuis des générations, ainsi que les difficultés connexes sur le plan social et de la santé, viennent entacher le titre de champion des droits de la personne que s'attribue le pays. Le pays a présenté ses excuses pour les pensionnats indiens⁴⁶. Le tribunal fédéral des droits de la personne a tenu le gouvernement responsable du financement discriminatoire versé pour le bien-être des enfants des Premières Nations⁴⁷. La Cour suprême du Canada a souvent réitéré que la réconciliation passe par la reconnaissance des droits ancestraux⁴⁸. Le Canada a accepté l'obligation morale de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones⁴⁹. La Commission de vérité et réconciliation a présenté la voie à suivre⁵⁰. Cependant, l'inégalité persiste pour les enfants et les jeunes autochtones, et les autorités mondiales comme le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies exige que le Canada en fasse plus⁵¹.

Le défenseur des enfants et des jeunes a recommandé dans son rapport provisoire du présent examen que le gouvernement provincial finance un examen indépendant des services de santé mentale et de prévention du suicide chez les enfants et les jeunes autochtones. Cet examen serait mené par des experts des Premières Nations avec l'aide du bureau du défenseur⁵². Le défenseur souhaite s'appuyer sur son travail du rapport *Main dans la main*⁵³ pour en arriver à un examen exhaustif des services de santé mentale pour jeunes autochtones, mais seulement en collaboration avec les Premières Nations, puisque nous reconnaissons la nécessité de respecter l'autodétermination des gouvernements des Premières Nations.

Le droit des peuples autochtones à l'autodétermination collective est garanti par le premier article de chacun des traités fondamentaux sur les droits de la personne signés après la Seconde Guerre mondiale, soit le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*⁵⁴ et le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*⁵⁵. Ce droit est également garanti par la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones⁵⁶. Il a été établi que l'autodétermination des peuples concernés favorise des milieux sains, tandis qu'un manque de contrôle sur l'autodétermination mènerait à des milieux malsains⁵⁷. Différentes personnes et organisations ont revendiqué l'autodétermination pour les peuples autochtones au Canada depuis bien avant la création de la Commission royale sur les peuples autochtones⁵⁸ et après le rapport de la Commission de vérité et réconciliation⁵⁹. Un financement provincial devrait permettre de réaliser un examen indépendant dirigé par les Premières Nations sur les services de santé mentale pour mieux défendre les droits des enfants et des jeunes autochtones.

Le défenseur est redevable au dévouement, à la générosité et au travail exceptionnel (dans un délai serré) du conseil consultatif des Premières Nations nommé dans le cadre du présent examen. Le rapport qu'il a présenté au défenseur est le fruit de nombreuses heures de discussions, de consultations, de recherches et de réflexions au cours de ces mois. Le défenseur est convaincu que la demande d'un examen exhaustif des services de santé mentale des enfants et des jeunes autochtones sera acceptée. Entre-temps, le rapport du conseil consultatif des Premières Nations présente des recommandations auxquelles le gouvernement doit réfléchir pour ensuite agir.

Ce n'est certes pas étonnant, mais il est tout de même réconfortant de voir que, dans son rapport, le comité se penche entre autres sur la culture et la langue comme fondement du bien-être mental. En vertu de la *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant*, les enfants et les jeunes autochtones ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible, de profiter de leurs pratiques culturelles et d'avoir l'option de parler dans leur langue⁶⁰. L'existence des cultures autochtones est constamment menacée par l'héritage des politiques assimilationniste du Canada, le sous-financement fédéral systémique des services d'éducation, le sectarisme historique, les traumatismes intergénérationnels du système de pensionnats indiens et la rafle des années 60 (on estime que des dizaines de milliers d'enfants ont été retirés de force de leur foyer familial et placés dans une famille non autochtone), ainsi que le sous-financement de longue date des services de bien-être des enfants autochtones. Le gouvernement provincial doit jouer un rôle crucial dans la préservation, la promotion et l'amélioration de l'accès pour les cultures autochtones.

Les recommandations suivantes sont justifiées de façon plus détaillée dans le rapport du conseil consultatif des Premières Nations et dans l'analyse statistique incluse en annexe. Elles traitent d'importants sujets en lien avec les services de santé mentale adaptés sur le plan culturel, la gouvernance, le financement, la recherche et la réconciliation, ainsi que les réformes de l'éducation pour les services de santé mentale et de prévention du suicide destinés aux enfants et aux jeunes des Premières Nations. Dans un même temps, ces étapes ne sont que des recommandations préliminaires fondées sur de brefs examens par les membres du conseil consultatif des Premières Nations.

Outre la consultation d'experts nationaux et de quelques directeurs des services de santé de Premières Nations, nous n'avons eu aucune occasion de tenir une discussion approfondie avec les aînés, les conseils de bande, les fournisseurs de services et les jeunes et leur famille dans les seize Premières Nations du Nouveau-Brunswick. Il a été fortement ressenti qu'en raison de la courte durée de l'examen et du nombre ébranlant de victimes de suicide et de problèmes de santé mentale chez les jeunes de ces communautés, une consultation brusquée risquerait de provoquer trop d'émotion. L'examen s'est déroulé ce printemps, avant les premières découvertes de sépultures non marquées à Kamloops. Le défenseur a suivi les conseils des experts en santé mentale des Premières Nations et, en rétrospective, nous sommes très reconnaissants de l'approche adoptée.

Nous soutenons la recommandation dans notre rapport provisoire pour la poursuite du processus d'examen avec l'orientation du conseil consultatif établi et les conseils que peuvent nous donner les chefs de bandes. Un processus prolongé d'examen est nécessaire dans les communautés des Premières Nations en raison de l'intensité des traumatismes déjà occasionnés par notre passé colonial et de la complexité des besoins actuels en matière de bien-être des enfants et des jeunes dans de nombreuses communautés des Premières Nations. Il faudra également davantage de temps pour comprendre la meilleure approche de réforme à la lumière des principes des droits de l'enfant, des principes de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, des droits issus de traités en place et des relations autochtones d'une nation à l'autre avec divers ordres du gouvernement canadien. Ce printemps, notre processus visait principalement à rassembler les dirigeants sectoriels des communautés des Premières Nations et à faire entendre la voix des jeunes et des membres de communautés des Premières Nations en tant que responsables et dirigeants des solutions pour de meilleurs services de santé mentale dans leur communauté. Parallèlement, nous n'avons pu que commencer ce processus, sans pouvoir nous entretenir avec le conseil consultatif, les dirigeants de bandes, les aînés ou les jeunes sur les nombreuses recommandations de réforme dans le cadre du processus élargi de consultation, au sein des Premières Nations et ailleurs. La possibilité d'une alliance dans un esprit de réconciliation reste donc entièrement inexploitée et devra faire partie des travaux à venir.

Néanmoins, le caractère urgent de la situation exige des mesures immédiates ainsi qu'un processus favorisant une réflexion plus approfondie.

Recommandation IV

Le défenseur des enfants et des jeunes du Nouveau-Brunswick approuve les recommandations suivantes des experts et alliés autochtones :

Il est recommandé que :

A. Les langues Mi'kmaq, Peskotomuhkati et Wolastoqey devraient être reconnues de façon officielle et soutenues par les lois provinciales, qui :

- i. Reconnassent que ces langues sont les langues originales du territoire, que les droits relatifs aux langues autochtones sont visés par les traités de paix et d'amitié et que ces langues sont actuellement menacées;
- ii. Reconnassent les langues autochtones comme un élément fondamental et précieux pour la culture et la société du Nouveau-Brunswick;
- iii. Militent de façon active pour la revitalisation des langues autochtones à l'aide de fonds et de programmes offerts par le gouvernement provincial ou en partenariat avec le gouvernement fédéral;
- iv. Affirment que les peuples et les communautés autochtones Mi'kmaq, Peskotomuhkati et Wolastoqey sont les mieux placés pour voir à la réclamation, à la préservation, à la revitalisation et à la protection de leur langue.

SERVICES DE PREVENTION DU SUICIDE, DE TRAITEMENT DES DEPENDANCES ET DE SANTE MENTALE

B. Une approche axée sur la culture et à double perspective comme base devrait être adoptée pour la mise en œuvre de services de bien-être mental, de santé et de traitement des dépendances pour les jeunes autochtones. Des services et programmes pertinents sur le plan culturel devraient aussi être offerts aux jeunes et aux familles autochtones par :

- i. l'élaboration conjointe avec les peuples et les communautés autochtones;
- ii. des services communautaires dirigés par des autochtones dans le cadre du continuum de services;
- iii. des programmes et des services provinciaux de santé et de santé mentale qui répondent aux besoins en matière de bien-être mental des peuples autochtones;
- iv. une meilleure collaboration entre les services provinciaux de santé, les communautés des Premières Nations et les organisations autochtones pour garantir que les jeunes autochtones vivent une expérience cohérente et sécuritaire sur le plan culturel lorsqu'ils font appel aux services de santé, de santé mentale et de bien-être.

SYSTEME DE SOINS DE SANTE

C. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick et les communautés et organisations autochtones devraient unir leurs forces pour apporter des changements dans les structures et processus des soins de santé, comme la conception des services, les politiques, les ressources humaines et financières, les programmes et la prestation de services, avec comme objectif à long terme la sécurité culturelle et l'amélioration des résultats de santé mentale pour les peuples autochtones.

D. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick établit un forum tripartite et un processus continu mobilisant les dirigeants, les administrateurs et les organisations autochtones et les gouvernements provincial et fédéral pour :

- i. élaborer un cadre pour des services de santé mentale et de bien-être pertinents, sécuritaires et adaptés sur le plan culturel pour les autochtones;
- ii. améliorer l'accès, la prestation et la compétence et la sécurité culturelle des services de santé mentale et de bien-être offerts aux jeunes autochtones;
- iii. inclure les commentaires et la surveillance des Premières Nations sur la portion du financement et les aspects les concernant dans l'accord entre le Canada et le Nouveau-Brunswick sur la santé mentale et le traitement des dépendances;
- iv. établir des centres de guérison dirigés par des Autochtones, dans des endroits comme la ferme Lonewater, et favoriser la réussite d'une réforme d'impôt foncier provincial et de financement de base à long terme pour les programmes, le soutien à la formation des employés, etc.;
- v. assurer l'intégration des équipes de la prestation des services intégrés (PSI) provinciale et du personnel œuvrant pour le principe de Jordan pour mieux satisfaire les besoins des enfants autochtones et pour créer une approche de compétence cohérente pour voir à ce qu'il n'existe aucun écart dans les services offerts aux enfants autochtones.

FINANCEMENT, SENSIBILISATION DU PUBLIC/RECONCILIATION ET RECHERCHE

E. Faire preuve d'une plus grande transparence quant aux paiements de transfert fédéraux au Nouveau-Brunswick et aux dépenses liées aux services de santé mentale destinés aux Autochtones.

F. Transférer la portion de financement des Premières Nations issue de l'accord entre le Canada et le Nouveau-Brunswick sur la santé mentale et le traitement des dépendances par l'intermédiaire du forum tripartite.

G. Financer un examen distinct des services de santé mentale destinés aux jeunes autochtones, notamment une analyse a) des écarts par région dans la prestation de services et l'intégration et b) de l'efficacité du financement et des services.

H. Présenter les recommandations de l'équipe d'encadrement des Autochtones relatives au Réseau d'excellence aux dirigeants autochtones, aux directeurs de la santé des Premières Nations, au service de bien-être et d'éducation des enfants et aux organisations autochtones.

ÉDUCATION

I. Établir des politiques et des lois sur l'éducation inclusive de la culture abénaquise dans l'éducation de la petite enfance, secondaire et postsecondaire pour honorer les obligations constitutionnelles qui incombent au gouvernement provincial envers les enfants autochtones de fournir une éducation de qualité et d'inclure les peuples des Premières Nations du Nouveau-Brunswick à titre de résidents du Nouveau-Brunswick ayant le droit à une prestation de services équitable exempte de racisme systémique tout au long de l'éducation.

J. Elaborer en partenariat avec les peuples autochtones des indicateurs de réussite quant aux jeunes autochtones dans le système d'éducation pour mesurer non seulement le rendement scolaire, mais aussi les besoins holistiques des jeunes autochtones, y compris les cultures, les langues, l'accès aux pratiques cérémoniales et le bien-être mental.

K. Réinvestir 100 % des fonds de l'entente relative aux services éducatifs améliorés conclue entre le Nouveau-Brunswick et les Premières Nations pour offrir des programmes et des services aux jeunes autochtones.

L. Rétablir le comité consultatif ministériel des Premières Nations qui faisait partie des ententes d'amélioration originales, mais qui a cessé d'exister depuis huit ans pour que les recommandations au ministre soient entendues et suivies.

JUSTICE ET SECURITE PUBLIQUE

M. Les juges et les procureurs de la Couronne suivent une formation sur les traumatismes intergénérationnels et les options pertinentes sur le plan culturel pour les jeunes autochtones qui ont des démêlés avec la justice afin de mieux déterminer les sanctions extrajudiciaires et les options de peines qui leur conviennent le mieux.

L'avenir de la prestation des services intégrés

De tous les commentaires reçus dans le cadre de l'examen, les plus épineux portaient sur la prestation des services intégrés (PSI). Comme déjà mentionné, la PSI s'est avérée très prometteuse, mais a également été source de grande frustration pour de nombreux jeunes et parents. Certains professionnels pédagogiques exhortaient le gouvernement à revenir à la case de départ sur cette réforme. La plupart des experts que nous avons rencontrés ont cependant affirmé que la PSI représente une transformation de service fondamentale qui ne disparaîtra pas de si tôt et qui doit être continuellement améliorée. Nous sommes du même avis.

Nous avons des multitudes de propositions pour l'amélioration de la PSI. Ces propositions portaient entre autres sur la dotation des équipes de la PSI et la formation à leur offrir, les normes de pratiques et indicateurs de succès qu'il faudrait suivre, les programmes prioritaires qui devraient être offerts, les partenaires avec qui il faudrait travailler et des suggestions pour l'amélioration continue et l'assurance de la qualité dans l'exécution de la PSI. Les Néo-Brunswickois et les experts du domaine nous donnent la grande impression que la PSI fait ses preuves, mais qu'elle a désespérément besoin d'autres ressources, d'un plus grand soutien des échelons supérieurs du gouvernement et d'un nouveau plan d'amélioration en partenariat avec les alliés communautaires.

L'une des difficultés que nous avons déjà notées, c'est le malheureux exode des agents de direction liés au programme, qui sont partis en masse juste avant la pandémie. Dans notre rapport provisoire, nous avons cerné l'écart critique dans l'échec de la mise en œuvre des normes de fidélité et de pratique de la PSI demandées au départ en 2017 par le Dr Bill Morrison. Nous sommes ravis de relever que le travail avance encore très bien. Pourtant, les Néo-Brunswickois devraient reconnaître que la PSI est un engagement massif. La transformation de services proposée a été déployée à l'échelle provinciale il n'y a que trois ans, en 2018, et beaucoup de formation et de surveillance et d'évaluation étroites seront nécessaires pour arriver à atteindre les objectifs de la transformation des services de la PSI. Les équipes du développement de l'enfance et de la jeunesse apprennent encore les processus, les difficultés et les capacités de la PSI. Une meilleure coordination est de mise pour garantir des résultats de qualité dans toutes les régions, et il faut assurer une meilleure formation sur les changements du système et ses répercussions pour les travailleurs à la ligne de front (santé, éducation, développement social et justice). Ces efforts concertés de formation doivent être bien planifiés en coordination avec les besoins de formation liés au modèle de soins par paliers, aux approches axées sur les droits des enfants et aux soins tenant compte des traumatismes.

En tenant compte des considérations et des constatations décrites dans son rapport ci-dessus, le défenseur présente la recommandation suivante au gouvernement concernant la prestation des services intégrés.

Recommandation V

Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick renouvelle son engagement à l'égard du Programme de prestation de services intégrés comme philosophie et pierre angulaire de la coordination des services pour les enfants et les jeunes dans l'ensemble du gouvernement en prenant les mesures législatives, administratives et éducatives suivantes :

A. La prestation de services intégrés devrait être dotée d'un cadre législatif grâce au nouveau projet de loi sur le bien-être de l'enfant, proposé pour remplacer la *Loi sur les services à la famille*. Le centre de responsabilité de la PSI devrait être transféré d'EDPE au nouveau Secrétariat proposé dans la recommandation I du ministre responsable des services à l'enfance et à la jeunesse. La structure de gouvernance de la PSI devrait être transformée en comité interministériel des enfants et des jeunes, avoir le soutien du Secrétariat par l'intermédiaire d'un directeur général et d'un directeur clinique, ainsi qu'un effectif chargé de garantir l'assurance de la qualité dans les régions, l'éducation et la formation, de même que le recrutement et le maintien en poste des ressources humaines. Enfin, la loi devrait exiger une évaluation et un examen quinquennaux des services de PSI dans le cadre d'un processus d'amélioration continue.

B. Le directeur général de la PSI devrait élaborer un nouveau plan stratégique pour la PSI en consultation avec le comité interministériel et les enfants et les jeunes eux-mêmes afin de mettre en œuvre les réformes nécessaires.

Pendant la mise en œuvre de la réforme législative et l'élaboration des stratégies recommandées ci-dessus, le gouvernement devrait également envisager les mesures d'amélioration suggérées ci-après découlant de l'examen mené par le défenseur au sujet des services de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes :

- i. la nécessité d'un plan commun de PSI pour chaque jeune admis à un service psychiatrique dans un hôpital; ce plan couvrira les besoins immédiats en programmes thérapeutiques et la planification après le congé du patient;
- ii. une meilleure coordination entre les équipes des enfants et des jeunes de la PSI et les enfants et les jeunes dont le dossier de protection de l'enfance ou le dossier du comité de justice pour la jeunesse est ouvert;
- iii. le déploiement urgent et prioritaire de la PSI dans toutes les communautés des Premières Nations, conformément aux adaptations en matière de sécurité culturelle exigées par les communautés;
- iv. la mise en œuvre et la surveillance continues de nouvelles normes de pratique et de fidélité de la PSI à l'échelle provinciale pour assurer une prestation de services de qualité égale dans toutes les régions;
- v. l'examen des normes et des indicateurs de la PSI en fonction des normes de qualité entourant l'engagement des familles du Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents et des documents d'orientation d'ACCESS Esprits ouverts pour les mentors pairs;
- vi. l'examen des exigences en matière de consentement parental pour les soutiens aux programmes de la PSI afin de s'assurer que les parents ne peuvent pas refuser arbitrairement l'aide de la PSI si ce refus va à l'encontre de l'intérêt supérieur de l'enfant et de s'assurer que le consentement d'un enfant ou d'un jeune est toujours suffisant, à condition que les préoccupations en termes de capacité soient allégées;

vii. l'élaboration d'un plan de ressources de PSI pour garantir que tous les enfants de toutes les zones scolaires bénéficient autant que possible du soutien de la PSI dans le cadre d'un modèle d'intervention où ils sont aiguillés le même jour, en priorisant les interventions thérapeutiques à séance unique lorsque c'est approprié, en dotant les postes vacants de psychiatres et de psychologues pour les enfants et les jeunes, de travailleurs sociaux, de psychologues scolaires, de conseillers scolaires, d'enseignants-ressources, d'enseignants orienteurs, de travailleurs sociaux en milieu scolaire et de travailleurs en intervention comportementale dans tous les districts scolaires, des autorités sanitaires et partenaires communautaires, et en augmentant la répartition des ressources aux postes où les besoins l'exigent;

viii. l'élaboration d'un cadre de formation formel de la PSI intégrant les approches fondées sur les droits de l'enfant, les soins tenant compte des traumatismes et le modèle de soins par paliers à toutes les équipes du développement de l'enfance et de la jeunesse par l'offre d'occasions de formation croisée avec le personnel de première ligne et les spécialistes des services de santé, d'éducation, de bien-être à l'enfance et de justice pour enfants. Ce cadre devrait également comprendre l'amélioration des pratiques d'échange d'information des équipes multidisciplinaires;

ix. l'examen des soutiens aux programmes de PSI couvre notamment :

1. la prise en compte des possibilités d'amélioration des soins prodigués par la PSI grâce à la télésanté, aux services de santé virtuels et aux dossiers médicaux électroniques, comme le recommande la Société médicale du Nouveau-Brunswick;
2. la mise en œuvre d'un protocole structuré ayant pour objet de guider les cliniciens de la PSI dans l'accueil des clients au terme d'une thérapie de counseling privée afin d'assurer une transition fluide entre les services;
3. la nécessité d'un engagement accru de la part des partenaires communautaires aux tables de la PSI aux enfants et aux jeunes et aux réunions, processus et interventions visant un plan multidisciplinaire commun, dont notamment par une collaboration plus étroite avec les sections d'ACCESS Esprits ouverts, centres communautaires de pédiatrie sociale, de l'ACSM et du programme Le Maillon, le cas échéant;
4. l'ajout de thérapeutes privés aux équipes de soins des élèves, surtout lorsque le jeune a tissé des liens étroits avec cette personne;
5. l'amélioration de la capacité grâce aux équipes du développement de l'enfance et de la jeunesse et à la réforme des lois sur le bien-être à l'enfance pour remédier à la question de l'absentéisme scolaire;
6. la création de processus plus efficaces au sein de l'équipe du développement de l'enfance et de la jeunesse pour assurer un accès rapide aux soins;
7. la création de nouveaux soutiens cliniques pour les enfants et les jeunes au moyen d'interventions fondées sur des preuves fournies par les équipes de la PSI, notamment la thérapie comportementale dialectique (TCD).
8. Le développement d'un système de surveillance robuste pour surveiller les succès des programmes et les reproduire à l'échelle provinciale.

Participation des enfants et des jeunes : Rien sur nous sans nous.

Il y a un autre aspect essentiel de la réforme des services de santé mentale et de prévention du suicide chez les enfants et les jeunes que les Néo-Brunswickois aimeraient voir et sur lequel les jeunes ont insisté : un engagement accru à l'égard de la participation des enfants et des jeunes au processus d'élaboration et de surveillance des politiques. Au cours de cet examen, des chercheurs de l'Université McGill ont communiqué avec le bureau du défenseur et d'autres intervenants du Nouveau-Brunswick dans le cadre d'une étude mondiale sur la participation des enfants et des jeunes aux processus d'élaboration des politiques en matière de santé et de santé mentale chez les jeunes. L'analyse documentaire qu'ils nous ont présentée avant leurs entretiens avec des informateurs clés souligne la force et l'émergence des pratiques de participation des jeunes dans ce domaine, et ce, partout dans le monde.

Au cours de cet examen, nous avons également pu compter sur les conseils de notre conseil consultatif jeunesse et de ses coprésidents, la participation de la Fédération des jeunes francophones du Nouveau-Brunswick (FJFNB), de l'Alliance pro-jeunesse, du Réseau canadien de jeunes pris en charge et de nombreux enfants et jeunes du Nouveau-Brunswick, y compris ceux qui ont répondu à notre sondage, ceux qui ont pris part à nos consultations publiques en ligne, à notre tournée de consultation avec les jeunes et les communautés des Premières Nations et à ceux qui ont témoigné sur la page « Autres formes d'expression », accessible sur notre site Web. Grâce à ces nombreuses sources, nous sommes d'avis que nous avons réussi à nous faire une bonne idée de ce que les jeunes du Nouveau-Brunswick aimeraient voir se concrétiser en priorité relative pour la réforme dans ce domaine.

Parmi les nombreuses suggestions que nous avons reçues, notons la demande de soutiens à la navigation en milieu scolaire pour les jeunes qui cherchent de l'aide pour les interventions en santé mentale; les demandes réitérées et vocales d'aide pour le programme Le Maillon; le fait que les jeunes réclament une formation afin qu'ils puissent eux-mêmes offrir les soutiens à la navigation et le soutien par les pairs dont leurs propres pairs ont besoin. Les jeunes savent que, lorsqu'une maladie mentale se manifeste chez un enfant ou un jeune, les jeunes pairs seront parmi les premières personnes vers qui les enfants et les jeunes se tourneront pour obtenir du soutien. Ils demandent une formation afin d'être de meilleurs alliés dans ce genre de situation. Les jeunes réclament également davantage de services de suivi lorsqu'ils demandent de l'aide en santé mentale, de sorte qu'ils ne se sentent pas laissés pour compte par le système. Comme il a été clairement expliqué dans le mémoire présenté par la FJFNB, ils veulent avoir accès à des services offerts dans leur langue maternelle. Ils veulent pouvoir communiquer avec un clinicien rapidement. Qu'ils soient déjà en crise ou non, ils ne peuvent pas attendre des jours, des semaines ni des mois. Sachant qu'une crise de santé mentale peut survenir à tout moment, ils réclament que les unités mobiles d'intervention d'urgence soient accessibles en tout temps. Ils savent bien qu'il y a de nombreux jeunes qui sont victimes de traumatismes sexuels, qui souffrent de problèmes liés à l'image corporelle, qui éprouvent des troubles alimentaires et qui ont reçu d'autres diagnostics complexes nécessitant un soutien intensif, et ils veulent plus de services et de soutien dans ces domaines. Ils demandaient également de nouveaux investissements dans les services de prévention et d'intervention précoces. Nous savons que de nombreuses maladies mentales sont épisodiques et que les symptômes peuvent s'aggraver avec chaque nouvel épisode. L'intervention précoce est donc d'une importance cruciale, et le défenseur appuie fortement la demande de la FJFNB pour l'amélioration de l'aide pour les interventions précoces.

Lors de nos consultations publiques, les jeunes ont également réclamé un financement accru pour les programmes et groupes de soutien communautaires pour jeunes, y compris les camps d'été pour la santé mentale, le soutien en ligne, les applis, les occasions de bénévolat et de mentorat, les liens pour les jeunes à risque, la zoothérapie et une vaste disponibilité du programme *Changeons les Mentalités*. Ils veulent plus de sondages sur le mieux-être dans les écoles pour encourager l'auto-évaluation et ils ont besoin d'aide en santé mentale à la sortie de l'école ou du collège pour les faciliter leur transition vers le marché du travail. Ils ont suggéré une exonération de remboursement du prêt d'études pour ceux qui souhaitent entreprendre une carrière dans une profession de soutien en santé mentale et d'autres mesures pour les jeunes qui choisissent ces cheminements de carrière.

Ils recommandent des possibilités de parrainage pour les enfants qui n'ont pas les moyens de participer à des activités parascolaires. Ils demandent des groupes de soutien afin que les familles puissent discuter de la stigmatisation entourant la santé mentale, le suicide et le deuil. Ils ouvrent grand les bras à des programmes intergénérationnels où les jeunes sont invités à vivre avec des aînés qui sauront les accompagner dans les soins qu'ils recevront. Ils souhaitent recevoir des formations et une éducation plus approfondies au sujet de l'histoire des peuples autochtones, mais aussi au sujet des problèmes auxquels est confrontée la communauté LGBTQIS+ afin de lutter contre les stéréotypes et de réduire la discrimination et le racisme dans les systèmes de santé et d'éducation. Ils veulent davantage de formations de sensibilisation sur la santé mentale et de formations sur l'empathie pour tous les professionnels des secteurs de la santé et de l'éducation, et d'autres services de soutien de première ligne (service de police, premiers intervenants, etc.). Ils ont également recommandé la création de groupes de soutien dirigés par des jeunes et de programmes d'éducation par les pairs, ainsi que des cliniques sans rendez-vous gratuites offrant des programmes et des services de santé mentale aux jeunes 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Nous nous réjouissons de voir l'engagement du gouvernement à financer jusqu'à six emplacements ACCÈS Esprits ouverts partout dans la province. L'expansion du programme devrait également être analysée de façon à l'offrir partout dans la province. Les premières recherches donnent à penser que ce programme se rentabilise en réduisant les coûts des soins de santé, ce qui permet d'économiser 1,40 \$ pour chaque dollar investi dans le programme, et ce, dès la première année⁶¹.

Il est clair, de par toutes les excellentes suggestions présentées par les jeunes, que ce sont réellement eux les experts en ce qui concerne leur propre vie. Ils peuvent aider à cerner les problèmes et donner leur avis concernant ce qui, selon eux, fonctionnera ou non. D'ailleurs, ils réclament également une meilleure surveillance de tous les services de santé mentale des jeunes et des services de santé offerts aux jeunes en général. La recommandation première du défenseur à ce sujet, c'est que, comme il s'agit d'un aspect crucial de cette surveillance améliorée, nous devons concevoir des moyens durables et plus efficaces de mobiliser les jeunes dans tous les aspects du processus décisionnel dans ce secteur.

Recommandation VI

Il est recommandé que les enfants et les jeunes de toute la province soient invités à constituer un conseil consultatif provincial des droits des enfants et des jeunes et que ce conseil provincial désigne ses représentants au comité interministériel des enfants et des jeunes. Ce conseil devrait être financé par le Secrétariat des enfants et des jeunes et soutenu par la participation et l'aide logistique assurées par le Bureau du défenseur des enfants et des jeunes. Ce conseil consultatif provincial devrait refléter la diversité chez les jeunes du Nouveau-Brunswick et se réunir au moins une fois par trimestre. Il devrait également établir son propre plan d'action afin de garantir que :

- i. les enfants et les jeunes ont la possibilité de participer et de contribuer à l'orientation des programmes et mesures de soutien locaux, scolaires et collégiaux pour la santé mentale et la prévention du suicide chez les jeunes;
- ii. les programmes communautaires tels que la PSI, les équipes du développement de l'enfance et de la jeunesse, les emplacements d'ACCESS Esprits ouverts et les cliniques de pédiatrie sociale sont également soutenus par des conseils de jeunes actifs pour renforcer le principe de la participation des enfants et des jeunes et de *Rien sur nous sans nous*;

iii. les suggestions d'experts formulées par les enfants et les jeunes du Nouveau-Brunswick décrites ci-dessus, ailleurs dans le présent examen, ainsi que dans les consultations ultérieures sont suivies et mises en œuvre avec diligence, notamment :

- a. une formation améliorée pour les jeunes dans les écoles et la collectivité afin de les aider à reconnaître et à prêter une assistance efficace à une personne ayant besoin de soutien en santé mentale ou d'une intervention face au suicide;
- b. des services et mesures de soutien additionnels pour les enfants et les jeunes qui sont victimes de traumatismes sexuels et les jeunes aux prises avec des problèmes liés à l'image corporelle et des troubles alimentaires;
- c. une formation de sensibilisation améliorée au chapitre de la santé mentale, ainsi qu'une formation sur l'empathie fondée sur des approches axées sur les droits des enfants, et ce, pour tout le personnel des secteurs de l'éducation et de la santé;
- d. une formation de sensibilisation supplémentaire portant sur les enjeux de la communauté LGBTQIS+ et l'histoire des Autochtones afin d'éradiquer la discrimination et le racisme dans les services publics et la société du Nouveau-Brunswick;
- e. un financement amélioré des interventions et mesures de soutien communautaires pour les jeunes, notamment par l'intermédiaire de camps d'été, de programmes de leadership et d'autres programmes axés sur les forces et dirigés par des pairs;
- f. un accès rapide et en temps utile à des soins cliniques professionnels dans la langue officielle de leur choix.

Les quatre critères du droit aux soins de santé :

Il y a de nombreux aspects du droit aux soins de santé pour les enfants et les jeunes qui nécessitent une étude, un examen attentif, une définition et l'élaboration de politiques. Il est toutefois utile que le Comité des droits de l'enfant ait adopté quatre critères pour orienter la mise en œuvre responsable des services de santé. Les critères du cadre de services disponibles, accessibles, acceptables et de qualité (DAAQ) sont communément appelés le cadre DAAQ. Ces critères ont d'abord été proposés par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR) comme critères généraux pour la mise en œuvre de ces droits et ils ont souvent été développés et appliqués dans le secteur de l'éducation. Ces critères peuvent s'appliquer à un traité ou à un ensemble de droits donné, comme la *Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées* (CDPH) ou d'autres traités sur les droits de la personne, mais elles sont aussi fréquemment appliquées pour aider à comprendre les exigences de droits particuliers ou des aspects de ces droits, en vertu d'une Convention donnée, par exemple en ce qui concerne le droit à l'eau potable⁶². Ils sont donc bien indiqués pour servir de normes générales pour les initiatives de santé multisectorielles.

Nous avons constaté qu'ils constituent une excellente approche analytique pour améliorer les services de prévention du suicide chez les jeunes et de santé mentale au Nouveau-Brunswick, tant par rapport aux conclusions de notre étude de cas sur le décès de Lexi Daken que par rapport aux constatations issues de notre examen systémique plus vaste de la question.

Disponibilité

La disponibilité renvoie à l'existence des services. Les services sont-ils disponibles en quantité et en type suffisants?⁶³ Notre examen a confirmé qu'au Nouveau-Brunswick, nous éprouvons d'importants problèmes en ce qui concerne la disponibilité des services de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes.

Dans son mémoire, la Société médicale du Nouveau-Brunswick a confirmé qu'en mars 2021, près du moment où Lexi s'est enlevé la vie, il y avait 24 postes vacants en psychiatrie au Nouveau-Brunswick. Nous avons également confirmé que, dans les districts scolaires, plus de la moitié des postes de psychologues qui leur étaient attribués étaient demeurés vacants en même temps, en plus des nombreux postes de psychologues vacants au sein des régions régionales de la santé. Nous avons examiné la stratégie de recrutement et de maintien en poste du ministère de la Santé pour la psychiatrie et la psychologie et nous sommes encouragés par l'existence de ce plan, mais ce dont les Néo-Brunswickois ont besoin, ce sont des résultats. Nous ne pouvons tout simplement pas garantir le droit à la vie et le droit à la santé pour les jeunes de cette province si nous n'avons pas les experts cliniques nécessaires. Et nous avons besoin de plus de cliniciens que ceux que nous aurions si nous ne faisons que doter les postes vacants. Même si tous les postes étaient dotés, nous n'aurions toujours pas suffisamment de spécialistes du développement de l'enfant et de la santé mentale des enfants et des jeunes en psychiatrie et en psychologie.

Tous les intervenants que nous avons entendus s'entendent pour dire que la pénurie de cliniciens en santé mentale est devenue un problème critique qui nuit à l'accès aux services. La Société médicale du Nouveau-Brunswick a réclamé une stratégie provinciale de ressources en santé mentale comme principale recommandation de réforme. Ce manque d'expertise clinique en santé mentale est exacerbé par les pénuries de personnel infirmier et de médecins de famille dans les milieux de soins primaires, ce qui rend également l'accès aux soins de santé mentale beaucoup plus difficile⁶⁴. Le Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick (CPNB) en a fait la conclusion de son mémoire et réclame des efforts accrus pour réduire les listes d'attente pour les soins, ainsi que de nouveaux investissements pour former plus de professionnels de la santé mentale, non seulement pour répondre aux demandes de soutien en cas de crise, mais surtout pour fournir des mesures de prévention et d'intervention précoce nouvelles et améliorées. La Fédération des jeunes francophones du Nouveau-Brunswick a fait la même recommandation principale et demande au gouvernement de faire de nouveaux investissements importants dans la prévention en santé mentale et les services d'intervention précoce. Le défenseur est d'accord avec ces recommandations et exhorte le gouvernement à faire les investissements nécessaires pour garantir le droit à la santé et le droit à la vie pour tous les jeunes du Nouveau-Brunswick en élargissant l'accès aux services de santé mentale et de prévention du suicide et en les assurant en quantité nécessaire pour répondre à la demande en temps utile. Comme l'a dit le CPNB dans son mémoire :

[traduction] Les listes d'attente pour les services de santé mentale au Nouveau-Brunswick sont trop longues. C'est un fait important parce que nous savons que les obstacles aux soins, comme les longues listes d'attente, peuvent dissuader les jeunes de demander un traitement, accroître la gravité de leurs problèmes et créer une relation négative entre les demandeurs et les organismes de service. Nous savons aussi que les longues listes d'attente pour les soins augmentent la probabilité que les jeunes aient besoin de services d'urgence. L'augmentation des services communautaires, là où le traitement en santé mentale peut être le plus efficace, afin de réduire la dépendance excessive aux services d'aide en cas de crise devrait être un objectif important pour notre province à l'avenir.

Un accès rapide à des services adaptés et souhaités s'impose. C'est d'autant plus pertinent étant donné la nature rurale du Nouveau-Brunswick. Bien que les obstacles aux soins, comme les listes d'attente, soient généralement approuvés de façon uniforme par les populations urbaines et rurales, les populations rurales ont tendance à déclarer être loin des services disponibles (ce qui est souvent aggravé par les problèmes de transport), une insuffisance de services disponibles et un nombre limité de professionnels de la santé mentale qualifiés à proximité, en plus d'heures de service peu commodes.

Le défenseur a entendu parler non seulement du manque de disponibilité des services en situation de crise et dans la collectivité, mais aussi du manque de disponibilité des Services mobiles de crise dans la collectivité. Par suite de notre rapport *Connexion et déconnexions* de 2008, la mise en place d'unités mobiles d'intervention en cas de crise pour envoyer des experts en santé mentale comme premiers intervenants plutôt que des policiers dans des situations de crise de santé mentale a été saluée comme une amélioration majeure des services. Cependant, au fil des ans, nous avons entendu à maintes reprises, dans notre capacité de défenseur de la cause, la frustration des familles et des travailleurs en foyer de groupe selon laquelle les unités mobiles d'intervention en santé mentale ne sont pas disponibles lorsque le besoin se fait urgent. Une intervention à durée limitée n'arrive pas à rendre les services de santé mentale disponibles en quantité suffisante. Nous accueillons favorablement les nombreuses suggestions des jeunes, des parents, des éducateurs et des fournisseurs de services pour un service mobile de soutien en cas de crise de santé mentale 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les travailleurs sociaux de la protection de l'enfance sont habitués aux exigences de l'intervention d'urgence. Un horaire de travail semblable pourrait être établi pour assurer une intervention d'urgence à l'échelle de la province en cas de crise de santé mentale dans la collectivité. Le gros du travail pourrait être abattu par une réorganisation des ressources existantes sans imposer trop d'exigences aux horaires existants. L'Association des travailleurs sociaux du Nouveau-Brunswick propose que la ligne téléphonique 811 et les unités mobiles de crise travaillent ensemble afin d'offrir un « modèle d'intervention sur appel en personne » qui peut dépêcher des travailleurs sociaux sur appel qui peuvent intervenir en personne au besoin. La faculté de travail social de l'Université St. Thomas et la Société Médicale du Nouveau-Brunswick ont suggéré en outre que les cliniques et les unités mobiles de santé mentale soient élargies dans les régions rurales, notamment par l'utilisation de cliniques mobiles et de cliniques virtuelles de soins de santé.

Nous savons que ces investissements dans les soutiens communautaires ne peuvent se faire sans les investissements continus requis dans les systèmes officiels de soins. Nous devons répondre aux besoins actuels, faire les investissements initiaux dans les soins communautaires et nous attendre à en récolter les fruits dans les années à venir. Mais un financement provisoire s'impose si nous voulons mener à bien cette transformation des services, qui passe d'une intervention de crise tardive à des interventions communautaires hâtives.

Recommandation VII

Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick fasse de nouveaux investissements de taille et des efforts concertés pour remédier à la pénurie de professionnels de la santé mentale et grandement élargir l'accès aux services de santé mentale pour tous les enfants et les jeunes du Nouveau-Brunswick jusqu'en 2021-2023, conformément à ses obligations juridiques en vertu de l'article 24 de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, grâce à l'établissement, par le Secrétariat, d'un processus budgétaire pour les enfants et les jeunes permettant de suivre les investissements d'une année à l'autre dans les services aux enfants et aux jeunes. Plus précisément, il est recommandé que le gouvernement provincial, sous la direction du ministère de la Santé et du comité interministériel des enfants et des jeunes et de son Secrétariat, s'attaque à cette crise qui entoure les services disponibles au moyen des mesures suivantes :

- i. l'élaboration d'un plan de ressources humaines en santé mentale et en prévention du suicide chez les jeunes pour le gouvernement Nouveau-Brunswick afin de remédier à la pénurie critique de psychiatres, de psychologues, d'infirmières en santé mentale et de travailleurs sociaux, de thérapeutes en counseling agréés et d'intervenants en intervention comportementale à l'école, et de parents de familles d'accueil thérapeutiques et de personnel des foyers de soins spéciaux; le plan devrait tenir compte des besoins de perfectionnement professionnel et de formation postsecondaire pour répondre à la demande au Nouveau-Brunswick au cours des quinze prochaines années et élaborer des incitatifs efficaces pour aider à atteindre les objectifs de recrutement, de maintien en poste et de formation professionnelle;

ii. la nomination ou la désignation d'agents de recrutement de médecins et de professionnels de la santé mentale ayant pour mandat de mettre en œuvre le recrutement de professionnels de la santé mentale des enfants et des jeunes conformément au plan de ressources humaines de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes;

iii. le plan de ressources humaines de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes doit être élaboré en parallèle avec le plan d'action provincial pour la santé mentale et la prévention du suicide chez les enfants et les jeunes, il doit en faire partie et il devrait établir des points de repère et des indicateurs mesurables pour surveiller nos progrès en tant que province, par l'intermédiaire de la PSI et d'autres mesures, en ce qui a trait à l'élimination des délais d'attente pour les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents;

iv. la mise sur pied d'unités mobiles d'intervention en cas de crise de santé mentale à l'échelle de la province, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, afin d'agir à titre de premiers intervenants dans les situations de crise de santé mentale, au moment et à l'endroit où elles se produisent;

v. l'élaboration, avec la PSI et les partenaires paramédicaux, d'une stratégie de prévention et de promotion de la santé mentale chez les jeunes, dans le cadre du plan d'action global, afin d'inclure des investissements de transition qui réduiront le besoin et la demande de soins hospitaliers et qui permettront par la suite de réaffecter les ressources aux soins communautaires à travers le Nouveau-Brunswick; cette intervention précoce dans la collectivité sera plus efficace lorsque des problèmes de santé mentale se présenteront chez les jeunes et donnera à tous les enfants et jeunes la formation sur le bien-être et le mieux-être nécessaire pour réduire le plus possible l'apparition et l'incidence de la maladie mentale, ce qui viendra du coup renforcer leur droit de profiter du meilleur état de santé possible et leur droit à la vie, à la survie et au développement optimal;

vi. l'accent mis sur la prévention dans la stratégie susmentionnée devrait répondre à tous les besoins de prévention des enfants et des jeunes au moyen d'approches axées sur le cycle de vie et les déterminants sociaux de santé et en tenant compte des besoins des enfants dès la gestation et la préparation à la naissance; les besoins particuliers des populations vulnérables, y compris les enfants autochtones, les enfants et les jeunes LGBTQIS+, les jeunes immigrants et les jeunes des minorités culturelles, les jeunes des minorités de langue officielle et les enfants et les jeunes handicapés, y compris les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) et d'autres troubles neurodéveloppementaux, doivent être particulièrement pris en compte et efficacement traités et surveillés dans le cadre de la stratégie;

vii. l'élaboration de plans révisés d'effectifs hospitaliers afin d'assurer la disponibilité de ressources cliniques suffisantes dans une capacité répartie dans toute la province, conformément au plan provincial des ressources humaines en santé mentale pour les jeunes, pour répondre aux demandes locales en matière de prévention du suicide chez les jeunes et de soins en situation de crise dans les services de santé mentale pour les jeunes, particulièrement en ce qui a trait à la psychiatrie et au soutien d'infirmières en psychiatrie dans les services d'urgence, ainsi que dans les services et unités de psychiatrie pour enfants et adolescents;

viii. la création de salles de consultation sécurisées et spécialisées en santé mentale aux services d'urgence, avec suffisamment de lits et de personnel dans toute la province pour être en mesure de répondre aux demandes en situation de crise à l'endroit et au moment où elles se présentent.

Accessibilité

L'accessibilité est un terme général qui comprend de nombreux éléments, notamment⁶⁵ :

- Accessibilité physique : les services sont-ils à distance sécuritaire et exempts d'obstacles physiques?
- Accessibilité financière : le coût des services les rend-il accessibles? Compte tenu à la fois des coûts directs comme les frais de service et les coûts indirects comme le transport?
- Accessibilité administrative : le service est-il accessible à tous les clients? Les services sont-ils offerts seulement au moyen d'une recommandation? Y a-t-il un processus d'inscription complexe? Faut-il une adresse fixe ou des renseignements bancaires? Des mesures de soutien sont-elles offertes aux personnes peu alphabétisées?
- Accessibilité sociale : le service est-il accessible sans stigmatisation? Tous les clients sont-ils les bienvenus sans discrimination? Des mesures de soutien sont-elles offertes pour faciliter l'accessibilité dans les deux langues officielles ainsi qu'aux communautés linguistiques en situation minoritaire? Les heures d'accès conviennent-elles à tous les clients, y compris les jeunes ou les parents seuls?
- Accessibilité de l'information : le service est-il accessible à tous parce qu'il est largement connu et annoncé à tous les clients potentiels? Les renseignements sur les clients seront-ils traités sous le sceau de la confidentialité?

En ce qui concerne cette définition vaste de l'accessibilité, nous observons, d'après les constatations que nous avons présentées plus haut, qu'il y a de nombreux obstacles à l'accessibilité des services de santé mentale et de prévention du suicide pour les jeunes au Nouveau-Brunswick. Les défis les plus importants qui ont été portés à notre attention avaient trait à l'accessibilité financière, à l'accessibilité physique en termes de proximité des clients et d'heures d'ouverture et à l'accessibilité de l'information. Les jeunes, les membres de la famille et même les fournisseurs de services eux-mêmes n'en savent tout simplement pas assez sur les services disponibles pour être en mesure de se diriger vers ces services, s'ils sont offerts, ou d'aiguiller les autres vers ces services.

Recommandation VIII

Il est recommandé que le plan d'action pour la santé mentale et la prévention du suicide chez les enfants et les jeunes mette en œuvre des mesures concrètes pour garantir le droit des enfants et des jeunes du Nouveau-Brunswick à profiter du meilleur état de santé possible et protéger leur droit à la vie, à la survie et au développement optimal en améliorant l'accessibilité des services de santé mentale et de prévention du suicide pour les enfants et les jeunes comme suit :

- i. Il faut accorder la priorité à l'amélioration de la coordination de tous les soutiens à la navigation disponibles afin que chaque porte où un enfant ou un jeune cogne pour recevoir des soutiens en santé mentale et en prévention du suicide devienne la bonne porte; pour ce faire, il faudra faire un investissement soutenu en faveur de l'accessibilité de l'information, maintenir et élargir le programme Le Maillon tout en intégrant mieux ses ressources dans les équipes locales de la PSI pour les équipes du développement de l'enfance et de la jeunesse et en s'appuyant sur ces collaborations locales pour améliorer et maintenir à jour les services 211 et 811, ainsi qu'en établir des contacts avec les aides à la navigation d'autres soutiens d'urgence comme Jeunesse, J'écoute, l'Institut des Familles solides et les spécialistes des interventions communautaires comme les emplacements d'ACCESS Esprits Ouverts, les cliniques de pédiatrie sociale, les centres de défense des enfants, les sections locales de l'ACSM, Atlantic Wellness, etc.

ii. L'accessibilité financière des services de santé mentale et des services de prévention du suicide pour les jeunes doit être abordée en élargissant les services de counseling gratuits selon le modèle de l'Atlantic Wellness Centre; en élargissant la couverture des programmes d'avantages sociaux des employés afin d'offrir régulièrement jusqu'à douze séances de psychothérapie ou de counseling au lieu de six; en élaborant un plan provincial visant à élargir graduellement la portée de l'assurance-maladie provinciale au counseling ou à la psychothérapie en santé mentale lorsqu'il est prescrit par un médecin traitant, en commençant par les enfants et en l'élargissant aux jeunes d'au plus 30 ans; en assurant la portée universelle des soutiens et des services de la PSI pour que les équipes du développement de l'enfance et de la jeunesse puissent venir en aide aux jeunes aux besoins complexes tertiaires et aussi la portée universelle des interventions auprès de tout enfant ou jeune présentant des symptômes de santé mentale et des services de prévention primaire destinés à tous les enfants et jeunes.

iii. Les services d'urgence devraient tous avoir des heures prolongées d'infirmières spécialisées en psychiatrie et de soutiens en travail social pour faire face à toute urgence en santé mentale lorsqu'elle se présente, plutôt que de traiter les crises en santé mentale comme des urgences qui peuvent attendre.

iv. La garantie d'accessibilité de ces services de santé au Nouveau-Brunswick doit reposer sur l'égalité d'accès à des services de qualité dans les deux langues officielles, sans exception; un investissement accru s'impose pour garantir un accès égal aux services de santé mentale pour les jeunes du Nouveau-Brunswick issus de la communauté francophone minoritaire de la province, ainsi que pour les minorités anglophones, le cas échéant.

v. Les collectivités rurales et secteurs de population vulnérables, y compris les enfants et les jeunes des Premières Nations vivant dans les réserves et hors réserve, les jeunes immigrants, les jeunes LGBTQIS+, les enfants victimes de violence et de traumatismes sexuels, les enfants et les jeunes handicapés ou avec des troubles mentaux – y compris les jeunes atteints de TSAF, les jeunes atteints de troubles de l'alimentation et les enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme – devraient tous bénéficier d'options de services élargies pour rendre l'accès aux services de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes encore plus direct et les offrir dans des milieux sécuritaires sur le plan culturel, non discriminatoires et non stigmatisants, notamment par la prestation de services de transport pour se rendre à ces services et l'utilisation accrue de services de santé virtuels et mobiles pour les mettre en contact avec les soins.

Acceptabilité

L'acceptabilité consiste à déterminer si les services de santé fournis sont adaptés au client visé en ce qui concerne les normes, traditions et approches culturelles, mais aussi s'ils satisfont aux normes et à l'éthique médicales et professionnelles applicables. Les services sont-ils adaptés au sexe et à l'âge? La confidentialité du patient est-elle respectée?

Dans ce contexte, notre examen a également révélé qu'il y a beaucoup de place à l'amélioration pour ce qui est de garantir le droit à la santé et le droit à la vie d'une manière qui répond aux critères applicables des droits de la personne en matière d'acceptabilité des services. Le problème fondamental, c'est le manque de services adaptés à l'âge dans l'ensemble des systèmes de soins de santé. Bien que la plupart des services de santé hospitaliers et spécialisés reconnaissent la valeur des services spécialisés dans les soins maternels et pédiatriques et les services néonatalogiques et pédiatriques, le volet pédiatrique associé à tous les aspects des services de santé est difficile à trouver au Nouveau-Brunswick et les services de santé mentale ne font pas exception. La plupart des hôpitaux n'ont pas les installations spécialisées nécessaires pour servir adéquatement les patients en psychiatrie pédiatrique.

En général, les services de pédiatrie ne sont pas dotés des normes de sécurité dont les patients psychiatriques ont besoin, et les services de psychiatrie ne sont pas adaptés aux enfants et conviennent rarement aux patients pédiatriques. Si des services spécialisés en psychiatrie pédiatrique ont été mis sur pied, ils manquent souvent de personnel, de programmes et de soutiens en infrastructure pour créer des milieux de vie sains pour le rétablissement, et les jeunes qui s'y trouvent s'ennuient souvent et n'ont rien à faire pour s'occuper.

De plus, les salles d'urgence ne sont pas accueillantes pour les enfants et les jeunes, et n'ont absolument rien d'accueillant pour les enfants et les jeunes qui ont des problèmes de santé mentale. Par exemple, une jeune qui a été vue à l'urgence plus tôt cette année est venue nous dire que son traitement à l'urgence de son hôpital local était une telle épreuve qu'elle a juré de ne plus jamais y remettre les pieds pour avoir accès à des services, quelles que soient les circonstances. L'essentiel de ses objections à l'égard des soins qu'elle a reçus avait tout à voir avec la dévalorisation, le manque d'empathie et de soutien, le manque d'aide réelle et le message fort qu'elle a reçu selon lequel elle faisait semblant, elle représentait un fardeau pour le système et elle ne méritait pas l'attention qu'elle demandait. Comme Lexi, elle s'y était rendue en raison de comportement suicidaire.

Des services acceptables, conformes aux normes éthiques et médicales, interviendraient auprès des enfants et des jeunes dans le respect de leur dignité humaine inhérente et de leur stade de développement actuel. Des services acceptables feraient en sorte que le comportement suicidaire soit pris au sérieux en tout temps, et spécialement lorsqu'il y a des antécédents de tentatives de suicide. Les services hospitaliers acceptables seraient fondés sur le fait de savoir que le suicide est la deuxième cause de décès chez les jeunes et que les idées suicidaires se présentent à l'adolescence à une fréquence beaucoup plus élevée qu'à n'importe quelle autre étape de la vie⁶⁶. Des services médicaux acceptables admettraient à quel point l'adolescence et le début de l'âge adulte peuvent être difficiles. Des protocoles seraient établis pour veiller à ce que les patients à risque ne reçoivent pas leur congé sans l'évaluation d'un spécialiste, ni sans intervention pour un plan de sécurité et des soins de suivis. Les protocoles existants qui insistent pour que le personnel des services d'urgence s'abstienne d'utiliser des « contrats sans préjudice » ou des « contrats de prévention du suicide » seraient appliqués rigoureusement et les jeunes ne seraient pas soumis à des pressions pour prendre des décisions concernant leur propre congé sur la base de promesses faites.

Il faut réviser les normes communautaires en matière de santé mentale afin d'établir des normes d'accès adaptées aux enfants, harmonisées avec les normes de pratique de la PSI et offrant un délai d'attente réduit pour les enfants et les jeunes dans le but d'offrir un contact immédiat avec les soins selon la gravité des besoins, mais en veillant à ce qu'aucun jeune n'ait à attendre plus de trois à cinq jours ouvrables pour obtenir ce contact.

Lorsqu'ils se présentent au service d'urgence, les patients qui ont des problèmes de santé mentale, comme tous les autres patients, sont triés à l'aide de l'échelle canadienne de triage et d'acuité (CTAS). Cette évaluation comprend une échelle permettant d'évaluer l'intensité de la douleur physique de 0 à 10, mais ne tient pas compte de la douleur psychologique. L'absence d'un outil d'évaluation des priorités fondé sur des données probantes pour les patients atteints de détresse mentale se traduit par de plus longues attentes pour les patients suicidaires parce qu'ils ne sont pas classés comme priorité élevée sur le plan de l'urgence physique. Des services de triage acceptables au service d'urgence comprendraient une évaluation de triage validée en santé mentale dans le cadre du protocole pour les patients suicidaires et ayant des problèmes de santé mentale et accorderaient la priorité aux enfants et aux jeunes de cette cohorte en fonction du risque statistiquement plus élevé de préjudice auquel ils font face. Une partie de la solution consiste peut-être à mieux utiliser les travailleurs sociaux spécialisés en santé mentale dans les milieux de soins actifs pour faciliter les fonctions de triage en santé mentale et de planification des congés.

Dans le cadre de notre examen, nous avons constaté que les évaluations du risque de suicide ne sont pas effectuées de façon routinière pour les patients qui se présentent aux services d'urgence avec des idées suicidaires, même si elles font partie des *normes du Réseau de santé Horizon de 2018 pour les services d'urgence, où on lit au chapitre 4, portant sur la santé mentale dans les services d'urgence, qu'une évaluation du risque de suicide est effectuée par un membre formé de l'équipe de soins de santé*. De plus, l'annexe E, portant sur le *dépistage du risque de suicide*, comprend un exemple de questionnaire de dépistage du risque de suicide qui peut être utilisé par le personnel du service d'urgence (ministère de la Santé de la Saskatchewan, 2011, *Saskatchewan Suicide Protocols For Saskatchewan Health Care Providers Framework for the Assessment and Management of People at Risk for Suicide*). Bien que cette directive pratique soit clairement énoncée, aucun des membres du personnel hospitalier de l'HDEC que nous avons interviewés au sujet du décès de Lexi Daken n'a pu nommer un outil standard qui est couramment utilisé sur ses patients pour répondre aux questions que nous avons posées sur les évaluations du risque de suicide. L'urgentologue ne connaissait pas ce type d'évaluation de santé mentale non plus. Des services de santé acceptables, au sens du droit à la vie et du droit à des services de santé d'un enfant, garantiraient qu'un outil approuvé d'évaluation des risques de suicide serait utilisé dans le cadre d'un protocole normalisé d'évaluation des patients qui présentent des idées suicidaires au service d'urgence. Cette évaluation serait effectuée dans un délai raisonnable par un professionnel de la santé formé afin que le désespoir du patient ne s'intensifie pas. De nombreux membres du personnel des services d'urgence travaillant avec des patients seraient formés à l'utilisation de cet outil. Les jeunes évalués comme étant à faible risque de suicide pendant le triage doivent également recevoir une planification de congé appropriée et des aiguillages communautaires vers des soutiens pour les problèmes qu'ils éprouvent. Dans ce contexte, l'intervention précoce est l'intervention la plus avisée, la plus pertinente et souvent la plus importante que les services de santé peuvent offrir. En effet, certains experts appellent à l'évaluation du risque suicidaire comme outil de dépistage universel dans les services d'urgence pédiatriques, pointant vers un doublement de la détection du risque de suicide⁶⁷.

Les demandes vives et répétées en faveur d'une formation sur l'empathie dans les services d'urgence ainsi que dans l'ensemble des soins en milieu hospitalier et dans les milieux éducatifs que nous avons entendues tout au long de cet examen témoignent des défis que nous devons relever en tant que province pour fournir des soins acceptables. Dans tous les cas qui nous ont été communiqués, les enfants et les jeunes doivent déjà surmonter la double stigmatisation d'être jeunes et d'être des patients souffrant d'un problème de santé mentale. Si, de surcroît, ils font partie d'une minorité raciale ou linguistique, sont Autochtones, gais, lesbiennes ou transgenres, ou sont atteints d'un autre handicap ou retard du développement neurologique, il peut être encore plus difficile de trouver des services de santé acceptables.

Nous avons également beaucoup entendu parler de la nécessité d'adopter des pratiques de santé sécuritaires et adaptées sur le plan culturel dans le contexte des interventions en matière de suicide et de services de santé mentale pour les enfants et les jeunes autochtones. Il s'agit d'un domaine où le gouvernement provincial est peut-être sur le point d'apporter de nouveaux changements emballants; certaines pratiques prometteuses émergent, comme le modèle d'intervention Dream-catcher élaboré par le Centre d'excellence sur l'ETCAF, et de nouvelles possibilités de guérison fondée sur la terre, comme la Lonewater Farm. Cependant, dans l'ensemble, tout le travail visant à transformer les interventions en santé en interventions fondées sur la culture et sécuritaires reste à faire. Les recommandations décrites ci-dessus et l'engagement à l'égard d'un processus continu d'examen et d'élaboration de politiques dirigé par les communautés des Premières Nations, de même que l'engagement à financer les emplacements d'ACCESS Esprits Ouverts à Elsipogtog et à Tobique sont de prochaines étapes encourageantes de l'instauration de services de santé mentale pour les jeunes dans les communautés des Premières Nations.

Les filles exprimeront des idées suicidaires plus souvent que les garçons, mais les garçons et les jeunes hommes passent plus souvent à l'acte que les filles ou les jeunes femmes⁶⁸. Une tentative de suicide antérieure est l'un des meilleurs prédicteurs du suicide chez les jeunes. Les tentatives de suicide sont deux fois plus courantes chez les femmes que chez les hommes⁶⁹.

Cependant, environ 25 à 33 % de tous les cas de suicide ont été précédés d'une tentative de suicide antérieure, un phénomène plus répandu chez les garçons que chez les filles⁷⁰. Certains diagnostics, comme les troubles de l'alimentation, sont plus fréquents chez les filles que chez les garçons, et les répercussions de toutes les formes de violence fondée sur le genre sont ressenties très différemment par les enfants des deux sexes, ou les enfants et les jeunes LGBTQIS+. Il faut donc veiller à fournir des services de santé acceptables en tenant compte des dimensions propres au genre des soins et de l'expérience et de l'incidence d'une mauvaise santé mentale.

Recommandation IX

Il est recommandé que le gouvernement provincial renouvelle son engagement à fournir des services acceptables de santé mentale et de prévention du suicide chez les enfants et les jeunes, tant en ce qui concerne la sécurité sur le plan culturel que l'éthique médicale et les normes de pratique en santé, à tous les enfants et jeunes du Nouveau-Brunswick sans discrimination, par l'adoption de mesures efficaces dans le plan d'action provincial pour la santé mentale et la prévention du suicide chez les enfants et les jeunes, comme suit :

- i. Le ministère de la Santé et les autorités sanitaires doivent prendre des mesures efficaces pour renforcer la prestation de soins adaptés et spécialisés aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes dans tous les contextes de soins de santé mentale. Il faut adapter des politiques et des pratiques pour que les enfants et les jeunes reçoivent des soins et des interventions conformes à leurs droits, à leurs besoins et à leur stade de développement dans la vie.
- ii. Tous les hôpitaux régionaux doivent avoir la capacité d'admettre des enfants et adolescents en psychiatrie dans des unités spécialisées qui sont adaptées au degré de risque qu'ils présentent ainsi qu'à leurs besoins de développement, et qui privilégient un placement en soins pédiatriques plutôt qu'en soins psychiatriques, le cas échéant.
- iii. Les protocoles et les normes de pratique aux services d'urgence devraient être revus pour veiller à ce que tous les patients en santé mentale qui se présentent à l'urgence sont triés conformément à un outil validé d'évaluation du triage en santé mentale et que les enfants et adolescents sont traités dans un ordre de priorité relatif; que les enfants et les jeunes patients en santé mentale qui se présentent à l'urgence avec des idées suicidaires reçoivent tous une évaluation officielle du risque de suicide à l'aide d'un processus de dépistage validé administré par un clinicien en santé mentale formé; que les normes de pratique exigeant d'éviter les contrats « aucun suicide, aucun préjudice » dans le cas des enfants et des adolescents atteints de troubles mentaux soient rigoureusement respectées; que tout le personnel soit formé aux risques de suicide à l'adolescence et au début de l'âge adulte, à la façon d'intervenir efficacement et avec empathie; que des mécanismes d'assurance de la qualité soient appliqués pour faire en sorte que les interventions discriminatoires, préjudiciables, racistes ou inappropriées du personnel/des patients soient signalées, traitées et éradiquées; qu'au moment du congé du service d'urgence, chaque patient suicidaire et sa famille ont la possibilité de créer avec un clinicien correctement formé un plan de sécurité développé conformément à des outils validés tels que le modèle de plan de sécurité des patients du Centre national de prévention du suicide⁷¹ qui décrit clairement les spécificités du patient: déclencheurs, stratégies d'adaptation, personnes à appeler/demander de l'aide, plan de crise et ressources d'aide, moyens de préserver la sécurité de l'environnement (supprimer les moyens de suicide) et rassurer le patient qu'un rétablissement est possible lui fournir un plan de sécurité qui mène à ce rétablissement.

iv. Les normes de santé mentale communautaire devraient être révisées afin de mieux les harmoniser avec la PSI, de faire la distinction entre les patients en santé mentale enfants et adolescents et les patients adultes et de mettre en œuvre des normes de soins qui favorisent le contact le jour même avec les soins et garantissent que les patients enfants et adolescents n'attendent pas ces contacts plus de trois à cinq jours ouvrables.

v. Tous les services de santé mentale pour les enfants et les jeunes, que ce soit en milieu communautaire ou hospitalier, devraient entreprendre des examens des services internes pour garantir que leurs services sont acceptables sur les plans culturel et médical pour tous leurs groupes de clients, particulièrement en ce qui concerne les populations vulnérables, y compris les enfants et les jeunes atteints de TSAF, les enfants et les jeunes ayant d'autres retards ou incapacités neurodéveloppementaux, les enfants et les jeunes immigrants et réfugiés, les minorités de langue officielle, les minorités autochtones, les victimes de traumatismes et de négligence, y compris les victimes de violence sexuelle et de toutes les formes de violence fondée sur le genre.

Qualité des soins

Les soins de qualité indiquent si les patients en santé mentale, enfants et adolescents, reçoivent des services de professionnels bien formés, si les traitements et les médicaments qu'ils reçoivent sont dosés, entreposés et administrés adéquatement, et si l'environnement de service est sécuritaire, sanitaire, confidentiel et approprié. La qualité englobe également la façon dont les enfants et les jeunes sont traités avant, pendant et après leur accès aux services.

Bien que notre examen ait révélé un certain nombre de cas où des familles se sont manifestées pour souligner la qualité des soins qu'elles avaient reçus d'un fournisseur de services ou d'une équipe en milieu communautaire ou hospitalier donné, on a aussi beaucoup entendu parler de la façon dont la qualité des soins pourrait être améliorée dans la prestation des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes.

Comme nous l'avons souligné ci-dessus, l'un des principaux problèmes que nous avons relevés dans notre examen, c'est que, même si les normes et les protocoles de pratique peuvent nécessiter une révision et une mise à jour, la difficulté la plus grande consiste en fait à s'assurer que tout le personnel est suffisamment formé pour connaître la norme de pratique pertinente et savoir quand et comment la mettre en œuvre. Les défis relevés dans le manque de soins empathiques sont sans aucun doute alimentés par les pressions opérationnelles, les pénuries de personnel et le sous-financement, mais ils indiquent également un manque de formation. C'est vrai pour les soins en milieu hospitalier, mais aussi en ce qui concerne la PSI et d'autres formes de soins communautaires.

Dans le cadre de cet examen et plus tôt dans notre propre charge de travail en tant que défenseurs des enfants et des jeunes, nous avons remarqué dans de nombreux dossiers un manque de planification appropriée du congé pour veiller à ce que les enfants et les jeunes qui reçoivent leur congé de l'hôpital à la suite de services de santé mentale ou d'une évaluation du risque de suicide soient outillés de tous les conseils dont ils ont besoin pour rester en sécurité et accéder aux sources de soutiens de suivi dans la collectivité et pour reprendre contact avec les soins.

Recommandation X

Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick prenne des mesures hâtives et efficaces pour améliorer la qualité des services de santé mentale et de prévention du suicide pour les enfants et les jeunes dans le cadre de la mise en œuvre intégrale du droit à la vie et du droit à la santé, comme suit :

i. Les hôpitaux devraient intégrer à leurs systèmes d'amélioration continue et d'assurance de la qualité des mises à jour régulières sur la santé mentale et la prévention du suicide chez les enfants et les jeunes afin d'examiner les protocoles et les pratiques en place et de discuter des cas et des pratiques émergentes dans toutes les tribunes appropriées, y compris les réunions du service d'urgence, les réunions d'assurance de la qualité, les réunions du personnel infirmier et du personnel médical, etc.; l'élaboration de nouveaux protocoles

ou de changements aux protocoles existants doit être clairement communiquée à tout le personnel touché et veiller à ce que des représentants de toutes les équipes participent à la prise de décisions concernant la modification ou l'élaboration de protocoles qui se rapportent à leur travail.

ii. Les recommandations relatives à la prestation de soins empreints de compassion en situation de crise dans le rapport provisoire du défenseur intitulé *Une question de vie et de mort* devraient être élargies afin d'offrir les mêmes programmes de formation et de perfectionnement professionnel au personnel des services de soins qui ne traitent pas les cas de crise en santé mentale et au personnel de première ligne des ministères et organismes au service des enfants et des jeunes; les programmes de formation offerts devraient intégrer des approches axées sur les soins adaptés au traumatisme et les droits de l'enfant et inclure des interventions adaptées aux groupes de population vulnérables.

iii. Les travailleurs sociaux dans les écoles, les communautés et les hôpitaux devraient aussi être formés et équipés pour aider à répondre et soutenir les enfants et les jeunes qui se présentent avec des idées ou comportements suicidaires.

iv. Des cours sur le bien-être personnel doivent être intégrés comme volet obligatoire du programme à chaque niveau scolaire, et comporter des résultats mesurables. Plus tard, les adolescents devraient recevoir une orientation de base sur le processus de thérapie comportementale dialectique et sur la façon dont ce processus peut aider ceux qui ont des problèmes d'ordre émotionnel.

v. Le programme scolaire doit être amélioré pour que les jeunes reçoivent une formation en santé mentale pour leur permettre de mieux répondre à leurs propres besoins en santé mentale, mais aussi d'être en mesure de déterminer quand leurs pairs demandent du soutien ou en affichent le besoin et d'intervenir efficacement; la formation devrait également mettre l'accent sur la façon d'éviter et de traiter les commentaires ou les comportements stigmatisants ou discriminatoires des autres.

vi. Les programmes scolaires et parascolaires doivent également être examinés afin de développer de façon proactive les facteurs de résilience chez les enfants et les jeunes, en commençant par l'éducation de la petite enfance et en continuant tout au long de la maternelle à la douzième année en faisant la promotion de milieux axés sur la prévention, l'accueil pour tous et l'enrichissement comme soutien du mieux-être; des stratégies positives en matière de santé mentale devraient être intégrées à tous les plans scolaires et surveillées attentivement.

vii. Les programmes de baccalauréat, les programmes de travail social et les programmes dans les facultés de droit, les facultés de médecine, les écoles de police et les écoles de sciences infirmières devraient être revus pour veiller à ce que tous les nouveaux professionnels qui travaillent auprès des enfants et des jeunes reçoivent une formation obligatoire aux soins adaptés au traumatisme, à l'apprentissage social et émotionnel et aux approches axées sur les droits de l'enfant, la littératie en santé mentale des jeunes et la formation ASIST sur le suicide; les professionnels qui travaillent déjà dans ces domaines devraient recevoir une formation en cours d'emploi obligatoire et des évaluations de suivi pour confirmer leurs compétences dans ces domaines.

viii. Les équipes du développement de l'enfance et de la jeunesse de la PSI devraient mettre en œuvre des mécanismes d'assurance de la qualité dans l'ensemble de leurs services, y compris un outil de dépistage scolaire uniforme révisé et axé sur la santé mentale des jeunes, culturellement approprié et basé sur les droits de l'enfant, pour veiller à ce que les enfants et les jeunes qui cherchent à obtenir des soins soient bien à l'école comme il se doit et que tous les élèves reçoivent en temps utile les interventions et les soutiens dont ils ont besoin pour être prêts à apprendre.

Prévention et éducation du public

Deux autres recommandations découlent de notre démarche fondée sur les droits de l'enfant pour les constatations issues de cet examen, soit le domaine de la prévention et de l'éducation ainsi que la recherche et la collecte de données nécessaires pour maintenir l'assurance et l'amélioration continue des interventions et des services. Ces deux aspects ont été évoqués ci-dessus dans notre analyse des critères d'application du droit à la santé, à l'aide d'un cadre DAAQ, mais les deux domaines nécessitent également d'autres discussions et recommandations.

En ce qui a trait à l'accent mis sur la prévention et l'éducation du public, nous avons décrit dans la recommandation sur la participation des jeunes et dans les recommandations du cadre DAAQ un certain nombre de moyens de donner aux enfants, aux jeunes et aux professionnels de divers secteurs les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour intervenir efficacement lorsque la maladie mentale se manifeste chez les enfants et les jeunes. La portée des efforts de sensibilisation du public doit évidemment être beaucoup plus vaste et toucher tous les secteurs de la société. L'accent mis sur la prévention a également été mentionné comme objectif dans quelques-unes des recommandations ci-dessus, mais nous voulons mettre davantage l'accent sur cet objectif et sur le service en l'examinant et en formulant une recommandation distincte, comme nous l'avons fait ci-dessous. L'examen a confirmé une constatation que nous avons faite dans de nombreux cas qui nous ont été soumis au bureau du défenseur, à savoir que, surtout en ce qui concerne les problèmes de santé mentale chez les jeunes, nous intervenons beaucoup trop tard. Et pas toujours efficacement. En fait, l'un des principaux éléments de notre examen concernant les services de santé mentale et de prévention du suicide chez les enfants et les jeunes au Nouveau-Brunswick, c'est que nos efforts peuvent beaucoup trop souvent se résumer à trop peu et trop tard.

De nombreux intervenants nous ont souligné l'importance d'investir dans les premières années et, en fait, dans les préparations prénatales pour assurer le bien-être et une bonne santé mentale tout au long de la vie. Les déterminants sociaux de la santé ont très souvent une incidence sur la santé mentale avant qu'ils ne se traduisent par d'autres problèmes de santé physique et chronique. La mise en place d'un vaste filet de sécurité sociale est donc souvent l'un des meilleurs moyens de prévenir une plus grande incidence de maladie mentale et d'assurer une main-d'œuvre saine et productive comme moteur du progrès économique et social. Le Collège des psychologues a toutefois souligné dans son mémoire que, parce que les discussions sur la suicidalité portent souvent sur les soins en situation de crise et que tous les services interviennent dans les situations où un jeune donné est activement suicidaire, trop peu d'attention et trop peu de discussions sont axées sur les interventions de prévention en amont précoces. La forte incidence, et l'incidence croissante, des cas de santé mentale chez les enfants et les jeunes dans les données provinciales récentes, comparativement à l'ensemble de la population, nous convainquent, en tant que défenseurs, qu'il faut faire beaucoup plus pour contrer cette augmentation des cas par une approche préventive. Nous sommes d'accord avec les passages suivants du mémoire du CPNB :

[traduction] Les programmes de prévention visent d'abord à développer des compétences afin de promouvoir une bonne santé mentale, le bien-être et l'adaptation, et de prévenir l'apparition de problèmes. Ils améliorent également l'éducation en santé mentale et facilitent la détection précoce des problèmes, ce qui mène à une intervention précoce et réduit les possibilités que les problèmes progressent en gravité, en fréquence et en intensité.

Nous recommandons fortement que le gouvernement du Nouveau-Brunswick investisse dans des programmes de prévention et de promotion fondés sur des données probantes. De plus en plus de documents établissent que les programmes de santé mentale en milieu scolaire sont un milieu propice à la mise en œuvre, au vu de leur réussite (Durlak et coll., 2011; Commission de la santé mentale du Canada, 2013)⁷². [...]

La réduction de la stigmatisation et la normalisation de la recherche d'aide sont des objectifs importants, car la réduction de la gravité des problèmes, le désir de traiter les problèmes de façon indépendante, le fait d'avoir des stéréotypes négatifs pour le traitement, le fait de ne pas connaître les options de traitement et les préoccupations au sujet de la stigmatisation et de l'embarras sont des obstacles importants aux soins. (Collins et coll., 2004)⁷³.

Nous validons ces recommandations et la nécessité d'élargir les programmes de prévention et de promotion bien au-delà des murs des écoles. Des ateliers pour les parents, des programmes de littératie en santé mentale offerts par l'intermédiaire des services de bibliothèque, des services de santé publique et des partenaires communautaires, de meilleures conversations sur la santé mentale et le bien-être en tant qu'aspects courants des soins de santé primaires, des programmes intégrés de mieux-être comme aspect des programmes et des services communautaires pour les jeunes et des cliniques de mieux-être pour les parents de jeunes enfants, ce sont là tous des éléments nécessaires pour nous permettre de réorienter nos approches en tant que province et réduire le fardeau que représentent les problèmes de santé mentale. En tant que défenseurs, nous avons toujours vivement préconisé la formation à la résilience et au bien-être par un investissement accru dans le soutien du droit de l'enfant à jouer, à se reposer, à faire de l'éducation physique, des sports et des loisirs et à participer à des activités artistiques et culturelles. Une approche de la réforme des services de santé mentale fondée sur les droits de l'enfant reconnaîtrait l'intersectionnalité et l'interdépendance de tous les droits de l'enfant.

Au-delà de ces commentaires généraux sur la nécessité de s'éloigner des soins en situation de crise et d'adopter résolument des approches et des investissements de prévention fondés sur les forces, il y a deux conversations importantes que le défenseur invite les Néo-Brunswickois à avoir, comme aspects de cette approche de prévention. La première porte sur la qualité de vie familiale au Nouveau-Brunswick. Le deuxième a trait à la nécessité de parler du grave problème des tendances suicidaires chez les jeunes.

Cet examen nous a poussés, en tant que défenseurs, à soulever ces questions difficiles. Pas particulièrement à cause de ce qui a été mis au jour au cours de l'examen, mais surtout à cause des problèmes qui ne l'ont pas été. Les problèmes dont nous entendons beaucoup plus parler dans le cadre de nos activités individuelles de défense des droits, au fur et à mesure que nous en venons à connaître les histoires des jeunes et des familles avec qui nous travaillons au fil des mois et des années. Chaque aspect de cet examen s'est fait rapidement parce que nous voulions agir de toute urgence, saisir l'occasion et profiter de l'engagement du gouvernement d'agir concrètement en faveur du changement et du progrès. Le temps n'a pas permis de tenir certaines des conversations plus difficiles que les Néo-Brunswickois auraient pu avoir autrement.

Les preuves médicales nous indiquent que les causes de la maladie mentale sont multifactorielles, y compris les facteurs génétiques ainsi que les relations avec les problèmes de toxicomanie et de toxicomanie⁷⁴. Nous savons aussi qu'elle a un lien très étroit avec les traumatismes et que ces traumatismes se produisent majoritairement au sein des ménages et entre les membres de la famille, ainsi que dans le contexte plus large des contextes scolaires, communautaires et sociaux qui peuvent contribuer au stress toxique chez les enfants et les jeunes⁷⁵. Les enfants et les jeunes sont souvent traumatisés en tant que victimes de mauvais traitements ou de négligence, mais aussi en tant que témoins de mauvais traitements. Le stress toxique de la vie familiale dans de nombreuses situations peut imposer un fardeau lourd et injuste aux enfants et aux jeunes. Alberta Family Wellness offre un programme de formation appelé Brain Story qui pourrait être utilement intégré à nos efforts pour évoluer vers des pratiques de prévention en matière de santé dans ce secteur⁷⁶. Souvent, lorsque nous parlons de problèmes de santé mentale, nous évitons cette conversation parce que nous ne voulons pas stigmatiser ou remettre en question la dynamique familiale en jeu dans une situation donnée. Nous savons tous très bien que, si nous pouvions résoudre par magie tous les problèmes de violence faite aux enfants, de négligence et de violence entre partenaires intimes, les difficultés de la maladie mentale seraient quand même encore très présentes chez nous.

Mais nous savons aussi qu'ils seraient considérablement réduits. Nous aurions retiré une arme puissante de l'arsenal de la maladie mentale. Et donc, en tant que défenseurs, parce que nous sommes conscients de cette interrelation entre le stress toxique au sein des familles et la maladie mentale chez les jeunes, nous voulons avoir cette conversation difficile en tant que société. Nous voulons savoir ce qui peut être fait pour améliorer la qualité de vie familiale et l'intérêt supérieur des enfants au sein des familles dans le cadre de ce défi sociétal plus vaste.

La deuxième grande conversation que nous espérons que cet examen nous aiderait à résoudre, mais qui, nous le savons maintenant, nécessitera de nouvelles d'études, une planification accrue et une nouvelle orientation – et de toute urgence –, c'est le problème de la suicidalité chez les jeunes. Dans notre document de consultation, nous avons rappelé les recommandations antérieures de notre organisation et de nos collègues de partout au Canada, réclamant des stratégies provinciales et territoriales de prévention du suicide chez les jeunes. Le suicide étant la deuxième cause de décès chez les jeunes, le Canada ayant l'un des taux de suicide chez les jeunes les plus élevés au monde et le Nouveau-Brunswick ayant le taux de suicide le plus élevé au pays, c'est une conversation qui nous saute aux yeux et qui doit être abordée de toute urgence. Nous avons espéré avoir, à l'issue de notre processus, un projet de stratégie que le gouvernement pourrait examiner et adapter rapidement. Notre consultation ne s'est pas rendue jusque-là, mais nous avons préparé un document d'information sur le suicide chez les jeunes que nous avons annexé au présent rapport et qui indique la voie à suivre pour certaines stratégies. Nous savons que le bon travail effectué par le ministère de la Santé relativement au plan provincial d'ensemble de prévention du suicide et aux efforts menés cette année par les Services des coroners et le Comité d'examen des décès d'enfants fera progresser considérablement cette conversation et nous permettra de réaliser des progrès rapides au cours des prochains mois.

Recommandation XI

Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick prenne des mesures hâtives et proactives pour accroître considérablement son investissement dans les programmes de prévention et de promotion auprès de la jeunesse afin de s'attaquer aux problèmes de santé mentale et aux tendances suicidaires chez les jeunes; ces mesures devraient comprendre des programmes scolaires et communautaires fondés sur des données probantes ciblant tous les groupes de population, y compris les enfants et les jeunes de tous âges, et devraient faire l'objet d'un suivi dans le cadre du processus d'assurance de la qualité et du processus budgétaire du Secrétariat pour les enfants et les jeunes afin de surveiller d'une année à l'autre les investissements et les résultats qui proviennent de ces investissements en amont.

Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick, conjointement avec le bureau du défenseur, le ministère de la Santé, les Services des coroners, le Comité d'examen des décès d'enfants et tous les intervenants pertinents, élabore, au cours de l'exercice 2021-2022, une stratégie provinciale de prévention du suicide chez les jeunes pour le cycle triennal de 2022 à 2025, à renouveler par cycles de cinq ans par la suite.

Il est recommandé que le gouvernement commande une étude approfondie de la qualité de vie familiale des enfants et des jeunes afin de s'attaquer au problème du stress toxique au sein des familles et à son incidence sur la résilience, les accomplissements et la santé mentale des jeunes.

Investir dans l'assurance de la qualité, l'amélioration continue, la collecte de données, la surveillance et la recherche

Une dernière recommandation du présent rapport porte sur les données et la recherche. Nous savons, en tant que défenseurs, que les deux choses qui mènent au changement et à la réforme politiques dans cette province, comme dans de nombreuses démocraties, ce sont des récits percutants et des données parlantes. Nous espérons, grâce à nos efforts, renforcer les arguments en faveur d'un troisième moteur de changement, soit le développement intentionnel, consciencieux et programmatique des droits de la personne. Cependant, nous supposons que, malgré tous nos efforts, les récits percutants de tragédies, de deuil et de pertes demeureront constants et que, 75 ans après le début du nouvel ordre mondial, le programme de changement en matière de droits de la personne ne fera pas instantanément de nouveaux convertis partout. Par conséquent, nous tenons également à insister, en tant que défenseurs, sur la nécessité d'une bonne gestion des données en ce qui concerne les services de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes.

Notre examen a permis de cerner un certain nombre de lacunes en matière de connaissances et la nécessité de fixer des références, des indicateurs et des cibles d'amélioration dans un certain nombre de points de données sur le sujet. En tant que province, nous n'avons pas une bonne idée de l'incidence des idées suicidaires chez les jeunes ni des facteurs qui les influencent le plus. Nos données sur les suicides avérés sont discutables, dans la mesure où il y a beaucoup de décès par surdose et de décès accidentels qui auraient pu être comptés comme des suicides s'il y avait moins de stigmatisation ou de meilleures preuves de suicide. En ce qui concerne l'information diagnostique selon la maladie mentale, nos meilleures données disponibles concernent les données d'admission à l'hôpital par diagnostic. C'est cependant un indicateur pour lequel on essaie intentionnellement de réduire les chiffres, et ces derniers ne quantifient pas adéquatement l'incidence de la maladie ou le fardeau de la maladie. Nous devrions recueillir des renseignements diagnostiques sur la santé mentale des jeunes à l'échelle communautaire par l'intermédiaire de la PSI et prendre des décisions éclairées en matière de programmes et de politiques à partir de ce bassin de données.

L'initiative ACCESS Esprits Ouverts au Nouveau-Brunswick a recueilli des données auprès des jeunes qui recevaient des services dans les cliniques ACCESS au moyen d'un outil de recherche national de DACIMA. À l'avenir, il serait important, avec le déploiement provincial et le financement de ces espaces communautaires sécuritaires pour l'accès aux soins, que les efforts de collecte de données et de recherche relatifs à ce modèle se poursuivent. L'un des défis de l'amélioration des soins dans ce domaine de la santé consiste à se tenir au courant de l'évolution des interventions et des traitements, et à veiller à ce que les jeunes bénéficient en temps utile des avancées médicales et cliniques dans les méthodes de traitement. Des recommandations antérieures du bureau du défenseur réclamaient l'établissement de deux centres de recherche provinciaux sur la santé mentale des enfants et des jeunes, l'un à l'Université du Nouveau-Brunswick et l'autre à l'Université de Moncton. À l'Université de Moncton, le gouvernement provincial a contribué au financement d'une chaire de recherche de quinze ans dans ce domaine, qui en est maintenant à sa septième année d'activité. Il faudrait envisager le renouvellement de cette chaire de recherche et la possibilité d'établir une chaire de recherche à l'Université du Nouveau-Brunswick, peut-être dans le domaine de la prévention du suicide chez les jeunes ou de la santé mentale des jeunes autochtones.

Tous ces efforts de recherche et de surveillance des données devraient viser à améliorer l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes et l'orientation des soins cliniques. Le lien entre les cliniciens et les chercheurs dans ce domaine doit être renforcé au Nouveau-Brunswick. À cet égard, notre population est mal desservie en raison de l'état naissant de nos facultés de médecine et du faible nombre de cliniciens-chercheurs oeuvrant dans ce domaine au Nouveau-Brunswick. Le Nouveau-Brunswick affiche aussi un piètre bilan pour ce qui est de l'évaluation solide et du travail d'application des connaissances sur nos propres innovations en matière de services à l'enfance et à la jeunesse, y compris les concertations familiales, l'évaluation des répercussions sur les droits de l'enfant de la PSI,

le travail des comités de justice pour les jeunes, ou des interventions en matière d'ETCAF comme le modèle Dream-catcher afin de faire connaître et de maintenir ces modèles de service et d'intervention à l'échelle locale grâce à l'appui et à l'adoption à l'échelle nationale ou mondiale. Le défenseur aimerait que des conversations stratégiques aient lieu avec le Réseau de recherche sur les politiques sociales, le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick et les bureaux de recherche des universités afin de faire progresser la recherche dans tous les domaines liés aux droits des enfants et des jeunes, ainsi qu'au bien-être et à la résilience des jeunes en matière de santé mentale.

Recommandation XII

Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick prenne des mesures efficaces et immédiates, selon les directives et les conseils du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick et du Bureau du défenseur des enfants et des jeunes, pour améliorer l'assurance de la qualité et l'amélioration continue dans le domaine des services de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes en investissant dans la recherche, la collecte de données et la surveillance des données comme suit :

i. La Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick, en consultation avec le ministère de la Santé, les régions régionales de la santé, les bureaux de recherche universitaires et le bureau du défenseur, devrait élaborer un plan provincial pour favoriser et faire progresser les approches fondées sur les droits de l'enfant pour la santé physique et mentale des enfants et des adolescents, ainsi que la prévention du suicide au Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années; il faudrait envisager la création de facultés de médecine au Nouveau-Brunswick et d'un hôpital pour enfants du Nouveau-Brunswick dans le cadre de ce plan.

ii. La Chaire de recherche en santé mentale des enfants et des jeunes (CRISMEJ) établie à l'Université de Moncton en 2014 devrait être prolongée de dix ans, soit de 2026 à 2036; une chaire de recherche à l'Université du Nouveau-Brunswick devrait également être établie dans le domaine de la prévention du suicide chez les jeunes ou de la santé mentale chez les jeunes autochtones grâce à un financement de démarrage fourni par le gouvernement provincial; la Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick, en collaboration avec le bureau du défenseur, devrait élaborer des moyens d'établir un réseau de conversations entre les chercheurs affiliés à de tels nœuds de recherche et les cliniciens, les décideurs et les praticiens dans le domaine au moyen de bulletins; séminaires, conférences et téléconférences et activités régulières du réseau.

iii. D'autres chaires de recherche à l'Université Mount Allison, à l'UNBSJ et à l'Université St. Thomas pourraient également être créées, y compris une chaire de recherche du Canada sur les pratiques exemplaires en matière de bien-être à l'enfance, comme l'a suggéré la faculté de travail social de l'Université St. Thomas.

iv. L'évaluation continue des programmes, la réforme des politiques et le renouvellement des évaluations doivent être intégrés à toutes les interventions de services à l'enfance et à la jeunesse offertes ou financées par le gouvernement du Nouveau-Brunswick; le financement des évaluations devrait accorder la priorité à la mise en œuvre de pratiques exemplaires reconnues mises à l'essai au Nouveau-Brunswick, y compris les projets pilotes de pédiatrie sociale en communauté, les centres de défense des enfants, le programme Retrouver son entrain de l'ACSM pour des séances de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) communautaire et l'initiative Enraciner l'espoir de la Commission canadienne de la santé mentale, entre autres; des indicateurs améliorés pour la santé mentale des enfants et des adolescents doivent être élaborés et surveillés;

v. À mesure que la province passe à la phase de rétablissement de la pandémie de COVID-19, les initiatives de collecte de données et de recherche devraient continuer de cibler la recherche sur les répercussions de la COVID-19 sur les enfants et les jeunes afin de les aider à se rétablir complètement et d'aborder toutes les répercussions, de la perturbation de leur éducation à leur expérience de deuil, de perte et d'insécurité en matière de santé, ainsi que les effets de l'isolement social et les mesures de santé publique nécessaires pour lutter contre la propagation de l'infection.

CONCLUSION

Nous avons tenté dans les pages précédentes et avec les douze grands domaines de recommandation décrits de tracer une voie pour que le Nouveau-Brunswick atteigne des taux beaucoup plus bas de suicide chez les jeunes et de diagnostic de maladie mentale chez les jeunes et des taux beaucoup plus élevés de résilience et de bien-être chez les jeunes. Le rapport appelle à des changements structurels et fondamentaux pour soutenir cet objectif tout en proposant des processus, des interventions et des stratégies détaillés pour atteindre les résultats souhaités.

Nous avons demandé un nouveau niveau de gouvernance pour tous les services aux enfants et aux jeunes, avec un ministre et un secrétariat responsables, parce que nous croyons au mérite et à la promesse d'une pratique multidisciplinaire et d'une prestation de services intégrée. Nous insistons sur un changement impulsé par la communauté, la famille et les jeunes, car nous savons que ces interventions sont centrées sur le client et ramènent les services de santé au niveau relationnel de soutien dont les enfants et les jeunes ont particulièrement besoin. Et nous appelons à un changement fondamental, fondé sur des principes ancrés dans un engagement envers les enfants et les jeunes en tant que détenteurs de droits, ayant leurs propres droits et intérêts particuliers. Nous reconnaissons aussi que les jeunes ont leurs propres opinions, quant à la meilleure façon de mener à bien les réformes nécessaires, y compris les jeunes des Premières Nations qui ont aussi un historique de traumatisme intergénérationnel à surmonter.

Nous reconnaissons l'effort constant d'amélioration que les prestataires de services publics dans ce domaine font chaque jour. Nous célébrons le fait que nous atteignons maintenant beaucoup plus d'enfants et de jeunes avec des soutiens en santé mentale qu'à tout autre moment de notre histoire. Mais nous sentons que les besoins sont maintenant aussi plus importants que jamais et notre examen a confirmé qu'il y a encore beaucoup de place pour l'amélioration. Nous avons donc inclus des recommandations détaillées sur la façon d'améliorer la prestation de services intégrés, comme l'un des piliers de nos efforts dans ce domaine, ainsi que des recommandations détaillées sur la façon de respecter le droit de l'enfant à la vie et au meilleur état de santé possible en s'engageant à un cadre de responsabilisation des services de santé pour les enfants et les jeunes afin d'assurer qu'ils soient disponibles, accessibles, acceptables et de qualité. Enfin, nous recommandons que le gouvernement investisse plus stratégiquement dans les efforts de prévention et d'éducation dans ce domaine ainsi que dans l'assurance de la qualité, le suivi des données et la recherche.

Nous sommes encouragés par l'approbation précoce par la ministre de la Santé de nos recommandations provisoires et par les progrès réalisés par rapport aux 21 recommandations approuvées par la ministre au début du mois de mai, à la suite de l'examen interne du ministère des soins de crise. Nous avons remarqué qu'un certain nombre de changements recommandés, tels que des salles d'observation dédiées à la santé mentale dans les services d'urgence, ont déjà été mis en œuvre dans certains hôpitaux et font une différence. Nous nous engageons à améliorer notre propre processus d'assurance qualité et de suivi des recommandations en tant que bureau du Défenseur et nous nous engageons à rendre compte publiquement tous les six mois pendant les deux années suivantes sur l'avancement de toutes les recommandations issues de ce processus d'examen et de l'examen interne du ministre.

Il est possible que, dans notre recherche de solutions et dans nos efforts urgents pour défendre ces changements, nous ayons accordé trop d'attention aux défis et aux revers partagés avec nous par les familles individuelles du Nouveau-Brunswick, ou que nous n'ayons pas réussi à reconnaître suffisamment le professionnalisme dévoué avec lequel les infirmières, les médecins, les travailleurs sociaux, les enseignants, les conseillers d'orientation et tant d'autres répondent jour après jour aux besoins pressants de santé mentale de nos enfants et adolescents. Le Nouveau-Brunswick s'en trouve amélioré grâce à ces efforts et, en fait, aux efforts des professionnels de l'éducation et de la santé pour maintenir les services essentiels tout au long de cette période de pandémie extrêmement éprouvante. Nous voulons, en terminant, reconnaître et souligner notre admiration pour les efforts constants de tous ceux qui œuvrent dans le domaine exigeant de la prestation des services de santé mentale aux enfants et aux adolescents.

Plus important encore, nous voulons exhorter ces mêmes professionnels à se joindre à nous, avec les enfants et les jeunes, leurs familles et leurs aidants, comme suggéré dans les recommandations décrites ci-dessus, afin de travailler avec les élus pour faire avancer les réformes nécessaires. Nous sommes convaincus que ce n'est que grâce à de tels efforts collectifs que nous continuerons à faire de cette province un meilleur endroit pour les générations futures.

ANNEXES

Annexe I : Tableau des recommandations

Recommandation I

Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick nomme un ministre responsable des enfants et des jeunes, que le mandat de ce ministre comprenne les jeunes jusqu'à 25 ans et que le ministre soit épaulé par un Secrétariat des enfants et des jeunes dirigé par son propre administrateur général. Il est aussi recommandé que le Secrétariat soit chargé de la coordination de la prestation des services intégrés ainsi que de l'harmonisation des services offerts aux enfants et aux jeunes à l'échelle du gouvernement par la création d'un comité interministériel permanent des enfants et des jeunes. Ce comité, de concert avec le Secrétariat, devrait s'occuper de la formation et de la mise en œuvre de l'évaluation des répercussions sur les droits de l'enfant et de l'élaboration d'un plan d'action provincial pour la santé mentale et la prévention du suicide chez les enfants et les jeunes.

Recommandation II

Il est recommandé que le plan d'action provincial pour la santé mentale et la prévention du suicide chez les enfants et les jeunes impose des progrès mesurables au cours des cinq prochaines années pour réduire les admissions inappropriées à l'hôpital pour des troubles de santé mentale chez les jeunes et investisse stratégiquement dans des programmes et soutiens communautaires de prévention et d'intervention précoce en amont à l'instar du modèle de soins par paliers énoncé dans le plan d'action interministériel pour la santé mentale et le traitement des dépendances. Les nouveaux investissements du gouvernement provincial dans les services communautaires devraient servir à optimiser les contributions des secteurs locaux des affaires et de la philanthropie pour maintenir la responsabilité communautaire des interventions. Ces interventions devraient être financées par la province en fonction des meilleures données probantes disponibles, être évaluées de façon adéquate, et leurs répercussions devraient être étayées par des efforts d'application des connaissances des experts.

Il est aussi recommandé que l'aspect lié à l'engagement communautaire du plan d'action soit géré par la collectivité grâce aux efforts d'une agence du secteur sans but lucratif agissant comme responsable de ces conversations, un peu comme l'initiative de Centraide du Manitoba bénéficiant du soutien de la Fondation Graham Boeckh. Cette organisation centrale garantira que le plan d'action est élaboré avec la participation active des jeunes ayant une expérience avec les services de santé mentale, leurs pairs, les membres de leur famille et des alliés de la collectivité. L'organisation s'assurera que ces membres se rencontrent de façon régulière dans le cadre de forums locaux et provinciaux et qu'ils rencontrent le comité interministériel des enfants et des jeunes pour surveiller les progrès et la mise en œuvre du plan d'action.

Pour favoriser la spécificité, le défenseur recommande qu'on envisage le financement de certaines interventions communautaires ciblées, dont les suivantes :

- L'agrandissement des emplacements d'ACCESS Esprits Ouverts
- Des soutiens du genre Atlantic Wellness Center
- L'élaboration de nouvelles sections du programme Le Maillon
- Les points de service de la pédiatrie sociale en communauté
- Les interventions à « double perspective » axées sur les terres autochtones
- Les centres de défense des enfants pour les enfants victimes de violence
- Les programmes d'orchestre Sistema, les sections locales de l'ACSM, les clubs Garçons et Filles, les sections Grands Frères Grandes Sœurs, les YMCA locaux, les soutiens de santé mentale et de prévention du suicide destinés aux jeunes

Le défenseur propose également que les composantes principales du plan d'action recommandé ci-dessus comprennent des mesures de formation et de perfectionnement professionnels, d'éducation et de sensibilisation du public, des programmes de prévention et de promotion fondés sur des données probantes, y compris des programmes d'éducation scolaires, des soutiens par les pairs pour les jeunes et leur famille, des soutiens à la navigation, des points de référence de la participation des enfants et des jeunes, des indicateurs du droit des enfants à la santé ainsi que des mesures de soutien et des mécanismes pour assurer des conversations de réseau parmi tous les intervenants en santé mentale des enfants et des jeunes dans la province.

Recommandation III

Il est recommandé que le plan d'action provincial pour la santé mentale et la prévention du suicide chez les enfants et les jeunes qui est proposé soit intégré à une stratégie provinciale pour les droits des enfants et des jeunes et que les transformations de services qu'il propose soient inspirées par des approches axées sur les droits des enfants. Le plan d'action devrait soutenir d'importants efforts de formation croisée multiministérielle et du secteur communautaire pour inculquer à nouveau aux éducateurs, aux fournisseurs de soins de santé, aux fonctionnaires de la protection de l'enfance, de la justice et du service de police et aux alliés communautaires les connaissances dont ils ont besoin pour s'acquitter de leurs obligations titre de détenteurs d'obligations envers les enfants et les jeunes (les détenteurs de droits) et se servir d'approches axées sur les droits qui cadrent avec les soins tenant compte des traumatismes.

Il est aussi recommandé que, pour consolider l'engagement de principe à l'application des droits des enfants, le ministre responsable des enfants et des jeunes proposé et le Conseil exécutif adoptent sans délai des mesures législatives pour intégrer la Convention relative aux droits de l'enfant en droit interne néo-brunswickois.

Recommandation IV

Le défenseur des enfants et des jeunes du Nouveau-Brunswick approuve les recommandations suivantes des experts et alliés autochtones :

Il est recommandé que :

- A. Les langues Mi'kmaq, Peskotomuhkati et Wolastoqey devraient être reconnues de façon officielle et soutenues par les lois provinciales, qui :
- v. Reconnait que ces langues sont les langues originales du territoire, que les droits relatifs aux langues autochtones sont visés par les traités de paix et d'amitié et que ces langues sont actuellement menacées;
 - vi. Reconnait les langues autochtones comme un élément fondamental et précieux pour la culture et la société du Nouveau-Brunswick;
 - vii. Militent de façon active pour la revitalisation des langues autochtones à l'aide de fonds et de programmes offerts par le gouvernement provincial ou en partenariat avec le gouvernement fédéral;
 - viii. Affirment que les peuples et les communautés autochtones Mi'kmaq, Peskotomuhkati et Wolastoqey sont les mieux placés pour voir à la réclamation, à la préservation, à la revitalisation et à la protection de leur langue.

SERVICES DE PREVENTION DU SUICIDE, DE TRAITEMENT DES DEPENDANCES ET DE SANTE MENTALE

B. Une approche axée sur la culture et à double perspective comme base devrait être adoptée pour la mise en œuvre de services de bien-être mental, de santé et de traitement des dépendances pour les jeunes autochtones. Des services et programmes pertinents sur le plan culturel devraient aussi être offerts aux jeunes et aux familles autochtones par :

- i. l'élaboration conjointe avec les peuples et les communautés autochtones;
- ii. des services communautaires dirigés par des autochtones dans le cadre du continuum de services;
- iii. des programmes et des services provinciaux de santé et de santé mentale qui répondent aux besoins en matière de bien-être mental des peuples autochtones;
- iv. une meilleure collaboration entre les services provinciaux de santé, les communautés des Premières Nations et les organisations autochtones pour garantir que les jeunes autochtones vivent une expérience cohérente et sécuritaire sur le plan culturel lorsqu'ils font appel aux services de santé, de santé mentale et de bien-être.

SYSTEME DE SOINS DE SANTE

C. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick et les communautés et organisations autochtones devraient unir leurs forces pour apporter des changements dans les structures et processus des soins de santé, comme la conception des services, les politiques, les ressources humaines et financières, les programmes et la prestation de services, avec comme objectif à long terme la sécurité culturelle et l'amélioration des résultats de santé mentale pour les peuples autochtones.

D. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick établit un forum tripartite et un processus continu mobilisant les dirigeants, les administrateurs et les organisations autochtones et les gouvernements provincial et fédéral pour :

- i. élaborer un cadre pour des services de santé mentale et de bien-être pertinents, sécuritaires et adaptés sur le plan culturel pour les autochtones;
- ii. améliorer l'accès, la prestation et la compétence et la sécurité culturelle des services de santé mentale et de bien-être offerts aux jeunes autochtones;
- iii. inclure les commentaires et la surveillance des Premières Nations sur la portion du financement et les aspects les concernant dans l'accord entre le Canada et le Nouveau-Brunswick sur la santé mentale et le traitement des dépendances;
- iv. établir des centres de guérison dirigés par des Autochtones, dans des endroits comme la ferme Lonewater, et favoriser la réussite d'une réforme d'impôt foncier provincial et de financement de base à long terme pour les programmes, le soutien à la formation des employés, etc.;
- v. assurer l'intégration des équipes de la prestation des services intégrés (PSI) provinciale et du personnel œuvrant pour le principe de Jordan pour mieux satisfaire les besoins des enfants autochtones et pour créer une approche de compétence cohérente pour voir à ce qu'il n'existe aucun écart dans les services offerts aux enfants autochtones.

FINANCEMENT, SENSIBILISATION DU PUBLIC/RECONCILIATION ET RECHERCHE

E. Faire preuve d'une plus grande transparence quant aux paiements de transfert fédéraux au Nouveau-Brunswick et aux dépenses liées aux services de santé mentale destinés aux Autochtones.

F. Transférer la portion de financement des Premières Nations issue de l'accord entre le Canada et le Nouveau-Brunswick sur la santé mentale et le traitement des dépendances par l'intermédiaire du forum tripartite.

G. Financer un examen distinct des services de santé mentale destinés aux jeunes autochtones, notamment une analyse a) des écarts par région dans la prestation de services et l'intégration et b) de l'efficacité du financement et des services.

H. Présenter les recommandations de l'équipe d'encadrement des Autochtones relatives au Réseau d'excellence aux dirigeants autochtones, aux directeurs de la santé des Premières Nations, au service de bien-être et d'éducation des enfants et aux organisations autochtones.

ÉDUCATION

I. Établir des politiques et des lois sur l'éducation inclusive de la culture abénaquise dans l'éducation de la petite enfance, secondaire et postsecondaire pour honorer les obligations constitutionnelles qui incombent au gouvernement provincial envers les enfants autochtones de fournir une éducation de qualité et d'inclure les peuples des Premières Nations du Nouveau-Brunswick à titre de résidents du Nouveau-Brunswick ayant le droit à une prestation de services équitable exempte de racisme systémique tout au long de l'éducation.

J. Élaborer en partenariat avec les peuples autochtones des indicateurs de réussite quant aux jeunes autochtones dans le système d'éducation pour mesurer non seulement le rendement scolaire, mais aussi les besoins holistiques des jeunes autochtones, y compris les cultures, les langues, l'accès aux pratiques cérémoniales et le bien-être mental.

K. Réinvestir 100 % des fonds de l'entente relative aux services éducatifs améliorés conclue entre le Nouveau-Brunswick et les Premières Nations pour offrir des programmes et des services aux jeunes autochtones.

L. Rétablir le comité consultatif ministériel des Premières Nations qui faisait partie des ententes d'amélioration originales, mais qui a cessé d'exister depuis huit ans pour que les recommandations au ministre soient entendues et suivies.

JUSTICE ET SECURITE PUBLIQUE

M. Les juges et les procureurs de la Couronne suivent une formation sur les traumatismes intergénérationnels et les options pertinentes sur le plan culturel pour les jeunes autochtones qui ont des démêlés avec la justice afin de mieux déterminer les sanctions extrajudiciaires et les options de peines qui leur conviennent le mieux.

Recommandation V

Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick renouvelle son engagement à l'égard du Programme de prestation de services intégrés comme philosophie et pierre angulaire de la coordination des services pour les enfants et les jeunes dans l'ensemble du gouvernement en prenant les mesures législatives, administratives et éducatives suivantes :

A. La prestation de services intégrés devrait être dotée d'un cadre législatif grâce au nouveau projet de loi sur le bien-être de l'enfant, proposé pour remplacer la *Loi sur les services à la famille*. Le centre de responsabilité de la PSI devrait être transféré d'EDPE au nouveau Secrétariat proposé dans la recommandation I du ministre responsable des services à l'enfance et à la jeunesse. La structure de gouvernance de la PSI devrait être transformée en comité interministériel des enfants et des jeunes, avoir le soutien du Secrétariat par l'intermédiaire d'un directeur général et d'un directeur clinique, ainsi qu'un effectif chargé de garantir l'assurance de la qualité dans les régions, l'éducation et la formation, de même que le recrutement et le maintien en poste des ressources humaines. Enfin, la loi devrait exiger une évaluation et un examen quinquennaux des services de PSI dans le cadre d'un processus d'amélioration continue.

B. Le directeur général de la PSI devrait élaborer un nouveau plan stratégique pour la PSI en consultation avec le comité interministériel et les enfants et les jeunes eux-mêmes afin de mettre en œuvre les réformes nécessaires.

Pendant la mise en œuvre de la réforme législative et l'élaboration des stratégies recommandées ci-dessus, le gouvernement devrait également envisager les mesures d'amélioration suggérées ci-après découlant de l'examen mené par le défenseur au sujet des services de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes :

- i. la nécessité d'un plan commun de PSI pour chaque jeune admis à un service psychiatrique dans un hôpital; ce plan couvrira les besoins immédiats en programmes thérapeutiques et la planification après le congé du patient;
- ii. une meilleure coordination entre les équipes des enfants et des jeunes de la PSI et les enfants et les jeunes dont le dossier de protection de l'enfance ou le dossier du comité de justice pour la jeunesse est ouvert;
- iii. le déploiement urgent et prioritaire de la PSI dans toutes les communautés des Premières Nations, conformément aux adaptations en matière de sécurité culturelle exigées par les communautés;
- iv. la mise en œuvre et la surveillance continues de nouvelles normes de pratique et de fidélité de la PSI à l'échelle provinciale pour assurer une prestation de services de qualité égale dans toutes les régions;

v. l'examen des normes et des indicateurs de la PSI en fonction des normes de qualité entourant l'engagement des familles du Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents et des documents d'orientation d'ACCESS Esprits ouverts pour les mentors pairs;

vi. l'examen des exigences en matière de consentement parental pour les soutiens aux programmes de la PSI afin de s'assurer que les parents ne peuvent pas refuser arbitrairement l'aide de la PSI si ce refus va à l'encontre de l'intérêt supérieur de l'enfant et de s'assurer que le consentement d'un enfant ou d'un jeune est toujours suffisant, à condition que les préoccupations en termes de capacité soient allégées;

vii. l'élaboration d'un plan de ressources de PSI pour garantir que tous les enfants de toutes les zones scolaires bénéficient autant que possible du soutien de la PSI dans le cadre d'un modèle d'intervention où ils sont aiguillés le même jour, en priorisant les interventions thérapeutiques à séance unique lorsque c'est approprié, en dotant les postes vacants de psychiatres et de psychologues pour les enfants et les jeunes, de travailleurs social, de psychologues scolaires, de conseillers scolaires, d'enseignants-ressources, d'enseignants orienteurs, de travailleurs sociaux en milieu scolaire et de travailleurs en intervention comportementale dans tous les districts scolaires, des autorités sanitaires et partenaires communautaires, et en augmentant la répartition des ressources aux postes où les besoins l'exigent;

viii. l'élaboration d'un cadre de formation formel de la PSI intégrant les approches fondées sur les droits de l'enfant, les soins tenant compte des traumatismes et le modèle de soins par paliers à toutes les équipes du développement de l'enfance et de la jeunesse par l'offre d'occasions de formation croisée avec le personnel de première ligne et les spécialistes des services de santé, d'éducation, de bien-être à l'enfance et de justice pour enfants. Ce cadre devrait également comprendre l'amélioration des pratiques d'échange d'information des équipes multidisciplinaires;

ix. l'examen des soutiens aux programmes de PSI couvre notamment :

1. la prise en compte des possibilités d'amélioration des soins prodigués par la PSI grâce à la télésanté, aux services de santé virtuels et aux dossiers médicaux électroniques, comme le recommande la Société médicale du Nouveau-Brunswick;
2. la mise en œuvre d'un protocole structuré ayant pour objet de guider les cliniciens de la PSI dans l'accueil des clients au terme d'une thérapie de counseling privée afin d'assurer une transition fluide entre les services;
3. la nécessité d'un engagement accru de la part des partenaires communautaires aux tables de la PSI aux enfants et aux jeunes et aux réunions, processus et interventions visant un plan multidisciplinaire commun, dont notamment par une collaboration plus étroite avec les sections d'ACCESS Esprits ouverts, centres communautaires de pédiatrie sociale, de l'ACSM et du programme Le Maillon, le cas échéant;
4. l'ajout de thérapeutes privés aux équipes de soins des élèves, surtout lorsque le jeune a tissé des liens étroits avec cette personne;
5. l'amélioration de la capacité grâce aux équipes du développement de l'enfance et de la jeunesse et à la réforme des lois sur le bien-être à l'enfance pour remédier à la question de l'absentéisme scolaire;
6. la création de processus plus efficaces au sein de l'équipe du développement de l'enfance et de la jeunesse pour assurer un accès rapide aux soins;
7. la création de nouveaux soutiens cliniques pour les enfants et les jeunes au moyen d'interventions fondées sur des preuves fournies par les équipes de la PSI, notamment la thérapie comportementale dialectique (TCD).

8. Le développement d'un système de surveillance robuste pour surveiller les succès des programmes et les reproduire à l'échelle provinciale.

Recommandation VI

Il est recommandé que les enfants et les jeunes de toute la province soient invités à constituer un conseil consultatif provincial des droits des enfants et des jeunes et que ce conseil provincial désigne ses représentants au comité interministériel des enfants et des jeunes. Ce conseil devrait être financé par le Secrétariat des enfants et des jeunes et soutenu par la participation et l'aide logistique assurées par le Bureau du défenseur des enfants et des jeunes. Ce conseil consultatif provincial devrait refléter la diversité chez les jeunes du Nouveau-Brunswick et se réunir au moins une fois par trimestre. Il devrait également établir son propre plan d'action afin de garantir que :

- i. les enfants et les jeunes ont la possibilité de participer et de contribuer à l'orientation des programmes et mesures de soutien locaux, scolaires et collégiaux pour la santé mentale et la prévention du suicide chez les jeunes;
- ii. les programmes communautaires tels que la PSI, les équipes du développement de l'enfance et de la jeunesse, les emplacements d'ACCESS Esprits ouverts et les cliniques de pédiatrie sociale sont également soutenus par des conseils de jeunes actifs pour renforcer le principe de la participation des enfants et des jeunes et de *Rien sur nous sans nous*;
- iii. les suggestions d'experts formulées par les enfants et les jeunes du Nouveau-Brunswick décrites ci-dessus, ailleurs dans le présent examen, ainsi que dans les consultations ultérieures sont suivies et mises en œuvre avec diligence, notamment :
 - a. une formation améliorée pour les jeunes dans les écoles et la collectivité afin de les aider à reconnaître et à prêter une assistance efficace à une personne ayant besoin de soutien en santé mentale ou d'une intervention face au suicide;
 - b. des services et mesures de soutien additionnels pour les enfants et les jeunes qui sont victimes de traumatismes sexuels et les jeunes aux prises avec des problèmes liés à l'image corporelle et des troubles alimentaires;
 - c. une formation de sensibilisation améliorée au chapitre de la santé mentale, ainsi qu'une formation sur l'empathie fondée sur des approches axées sur les droits des enfants, et ce, pour tout le personnel des secteurs de l'éducation et de la santé;
 - d. une formation de sensibilisation supplémentaire portant sur les enjeux de la communauté LGBTQIS+ et l'histoire des Autochtones afin d'éradiquer la discrimination et le racisme dans les services publics et la société du Nouveau-Brunswick;
 - e. un financement amélioré des interventions et mesures de soutien communautaires pour les jeunes, notamment par l'intermédiaire de camps d'été, de programmes de leadership et d'autres programmes axés sur les forces et dirigés par des pairs;
 - f. un accès rapide et en temps utile à des soins cliniques professionnels dans la langue officielle de leur choix.

Recommandation VII

Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick fasse de nouveaux investissements de taille et des efforts concertés pour remédier à la pénurie de professionnels de la santé mentale et grandement élargir l'accès aux services de santé mentale pour tous les enfants et les jeunes du Nouveau-Brunswick jusqu'en 2021-2023, conformément à ses obligations juridiques en vertu de l'article 24 de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, grâce à l'établissement, par le Secrétariat, d'un processus budgétaire pour les enfants et les jeunes permettant de suivre les investissements d'une année à l'autre dans les services aux enfants et aux jeunes. Plus précisément, il est recommandé que le gouvernement provincial, sous la direction du ministère de la Santé et du comité interministériel des enfants et des jeunes et de son Secrétariat, s'attaque à cette crise qui entoure les services disponibles au moyen des mesures suivantes :

- i. l'élaboration d'un plan de ressources humaines en santé mentale et en prévention du suicide chez les jeunes pour le gouvernement Nouveau-Brunswick afin de remédier à la pénurie critique de psychiatres, de psychologues, d'infirmières en santé mentale et de travailleurs sociaux, de thérapeutes en counseling agréés et d'intervenants en intervention comportementale à l'école, et de parents de familles d'accueil thérapeutiques et de personnel des foyers de soins spéciaux; le plan devrait tenir compte des besoins de perfectionnement professionnel et de formation postsecondaire pour répondre à la demande au Nouveau-Brunswick au cours des quinze prochaines années et élaborer des incitatifs efficaces pour aider à atteindre les objectifs de recrutement, de maintien en poste et de formation professionnelle;
- ii. la nomination ou la désignation d'agents de recrutement de médecins et de professionnels de la santé mentale ayant pour mandat de mettre en œuvre le recrutement de professionnels de la santé mentale des enfants et des jeunes conformément au plan de ressources humaines de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes;
- iii. le plan de ressources humaines de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes doit être élaboré en parallèle avec le plan d'action provincial pour la santé mentale et la prévention du suicide chez les enfants et les jeunes, il doit en faire partie et il devrait établir des points de repère et des indicateurs mesurables pour surveiller nos progrès en tant que province, par l'intermédiaire de la PSI et d'autres mesures, en ce qui a trait à l'élimination des délais d'attente pour les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents;
- iv. la mise sur pied d'unités mobiles d'intervention en cas de crise de santé mentale à l'échelle de la province, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, afin d'agir à titre de premiers intervenants dans les situations de crise de santé mentale, au moment et à l'endroit où elles se produisent;
- v. l'élaboration, avec la PSI et les partenaires paramédicaux, d'une stratégie de prévention et de promotion de la santé mentale chez les jeunes, dans le cadre du plan d'action global, afin d'inclure des investissements de transition qui réduiront le besoin et la demande de soins hospitaliers et qui permettront par la suite de réaffecter les ressources aux soins communautaires à travers le Nouveau-Brunswick; cette intervention précoce dans la collectivité sera plus efficace lorsque des problèmes de santé mentale se présenteront chez les jeunes et donnera à tous les enfants et jeunes la formation sur le bien-être et le mieux-être nécessaire pour réduire le plus possible l'apparition et l'incidence de la maladie mentale, ce qui viendra du coup renforcer leur droit de profiter du meilleur état de santé possible et leur droit à la vie, à la survie et au développement optimal;

vi. l'accent mis sur la prévention dans la stratégie susmentionnée devrait répondre à tous les besoins de prévention des enfants et des jeunes au moyen d'approches axées sur le cycle de vie et les déterminants sociaux de santé et en tenant compte des besoins des enfants dès la gestation et la préparation à la naissance; les besoins particuliers des populations vulnérables, y compris les enfants autochtones, les enfants et les jeunes LGBTQIS+, les jeunes immigrants et les jeunes des minorités culturelles, les jeunes des minorités de langue officielle et les enfants et les jeunes handicapés, y compris les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) et d'autres troubles neurodéveloppementaux, doivent être particulièrement pris en compte et efficacement traités et surveillés dans le cadre de la stratégie;

vii. l'élaboration de plans révisés d'effectifs hospitaliers afin d'assurer la disponibilité de ressources cliniques suffisantes dans une capacité répartie dans toute la province, conformément au plan provincial des ressources humaines en santé mentale pour les jeunes, pour répondre aux demandes locales en matière de prévention du suicide chez les jeunes et de soins en situation de crise dans les services de santé mentale pour les jeunes, particulièrement en ce qui a trait à la psychiatrie et au soutien d'infirmières en psychiatrie dans les services d'urgence, ainsi que dans les services et unités de psychiatrie pour enfants et adolescents;

viii. la création de salles de consultation sécurisées et spécialisées en santé mentale aux services d'urgence, avec suffisamment de lits et de personnel dans toute la province pour être en mesure de répondre aux demandes en situation de crise à l'endroit et au moment où elles se présentent.

Recommandation VIII

Il est recommandé que le plan d'action pour la santé mentale et la prévention du suicide chez les enfants et les jeunes mette en œuvre des mesures concrètes pour garantir le droit des enfants et des jeunes du Nouveau-Brunswick à profiter du meilleur état de santé possible et protéger leur droit à la vie, à la survie et au développement optimal en améliorant l'accessibilité des services de santé mentale et de prévention du suicide pour les enfants et les jeunes comme suit :

i. Il faut accorder la priorité à l'amélioration de la coordination de tous les soutiens à la navigation disponibles afin que chaque porte où un enfant ou un jeune cogne pour recevoir des soutiens en santé mentale et en prévention du suicide devienne la bonne porte; pour ce faire, il faudra faire un investissement soutenu en faveur de l'accessibilité de l'information, maintenir et élargir le programme Le Maillon tout en intégrant mieux ses ressources dans les équipes locales de la PSI pour les équipes du développement de l'enfance et de la jeunesse et en s'appuyant sur ces collaborations locales pour améliorer et maintenir à jour les services 211 et 811, ainsi qu'en établir des contacts avec les aides à la navigation d'autres soutiens d'urgence comme Jeunesse, J'écoute, l'Institut des Familles solides et les spécialistes des interventions communautaires comme les emplacements d'ACCESS Esprits Ouverts, les cliniques de pédiatrie sociale, les centres de défense des enfants, les sections locales de l'ACSM, Atlantic Wellness, etc.

ii. L'accessibilité financière des services de santé mentale et des services de prévention du suicide pour les jeunes doit être abordée en élargissant les services de counseling gratuits selon le modèle de l'Atlantic Wellness Centre; en élargissant la couverture des programmes d'avantages sociaux des employés afin d'offrir régulièrement jusqu'à douze séances de psychothérapie ou de counseling au lieu de six; en élaborant un plan provincial visant à élargir graduellement la portée de l'assurance-maladie provinciale au counseling ou à la psychothérapie en santé mentale lorsqu'il est prescrit par un médecin traitant, en commençant par les enfants et en l'élargissant aux jeunes d'au plus 30 ans; en assurant la portée universelle des soutiens et des services de la PSI pour que les équipes du développement de l'enfance et de la jeunesse puissent venir en aide aux jeunes aux besoins complexes tertiaires et aussi la portée universelle des interventions auprès de tout enfant ou jeune présentant des symptômes de santé mentale et des services de prévention primaire destinés à tous les enfants et jeunes.

iii. Les services d'urgence devraient tous avoir des heures prolongées d'infirmières spécialisées en psychiatrie et de soutiens en travail social pour faire face à toute urgence en santé mentale lorsqu'elle se présente, plutôt que de traiter les crises en santé mentale comme des urgences qui peuvent attendre.

iv. La garantie d'accessibilité de ces services de santé au Nouveau-Brunswick doit reposer sur l'égalité d'accès à des services de qualité dans les deux langues officielles, sans exception; un investissement accru s'impose pour garantir un accès égal aux services de santé mentale pour les jeunes du Nouveau-Brunswick issus de la communauté francophone minoritaire de la province, ainsi que pour les minorités anglophones, le cas échéant.

v. Les collectivités rurales et secteurs de population vulnérables, y compris les enfants et les jeunes des Premières Nations vivant dans les réserves et hors réserve, les jeunes immigrants, les jeunes LGBTQIS+, les enfants victimes de violence et de traumatismes sexuels, les enfants et les jeunes handicapés ou avec des troubles mentaux – y compris les jeunes atteints de TSAF, les jeunes atteints de troubles de l'alimentation et les enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme – devraient tous bénéficier d'options de services élargies pour rendre l'accès aux services de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes encore plus direct et les offrir dans des milieux sécuritaires sur le plan culturel, non discriminatoires et non stigmatisants, notamment par la prestation de services de transport pour se rendre à ces services et l'utilisation accrue de services de santé virtuels et mobiles pour les mettre en contact avec les soins.

Recommandation IX

Il est recommandé que le gouvernement provincial renouvelle son engagement à fournir des services acceptables de santé mentale et de prévention du suicide chez les enfants et les jeunes, tant en ce qui concerne la sécurité sur le plan culturel que l'éthique médicale et les normes de pratique en santé, à tous les enfants et jeunes du Nouveau-Brunswick sans discrimination, par l'adoption de mesures efficaces dans le plan d'action provincial pour la santé mentale et la prévention du suicide chez les enfants et les jeunes, comme suit :

i. Le ministère de la Santé et les autorités sanitaires doivent prendre des mesures efficaces pour renforcer la prestation de soins adaptés et spécialisés aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes dans tous les contextes de soins de santé mentale. Il faut adapter des politiques et des pratiques pour que les enfants et les jeunes reçoivent des soins et des interventions conformes à leurs droits, à leurs besoins et à leur stade de développement dans la vie.

ii. Tous les hôpitaux régionaux doivent avoir la capacité d'admettre des enfants et adolescents en psychiatrie dans des unités spécialisées qui sont adaptées au degré de risque qu'ils présentent ainsi qu'à leurs besoins de développement, et qui privilégient un placement en soins pédiatriques plutôt qu'en soins psychiatriques, le cas échéant.

iii. Les protocoles et les normes de pratique aux services d'urgence devraient être revus pour veiller à ce que tous les patients en santé mentale qui se présentent à l'urgence sont triés conformément à un outil validé d'évaluation du triage en santé mentale et que les enfants et adolescents sont traités dans un ordre de priorité relatif; que les enfants et les jeunes patients en santé mentale qui se présentent à l'urgence avec des idées suicidaires reçoivent tous une évaluation officielle du risque de suicide à l'aide d'un processus de dépistage validé administré par un clinicien en santé mentale formé; que les normes de pratique exigeant d'éviter les contrats « aucun suicide, aucun préjudice » dans le cas des enfants et des adolescents atteints de troubles mentaux soient rigoureusement respectées; que tout le personnel soit formé aux risques de suicide à l'adolescence et au début de l'âge adulte, à la façon d'intervenir efficacement et avec empathie; que des

mécanismes d'assurance de la qualité soient appliqués pour faire en sorte que les interventions discriminatoires, préjudiciables, racistes ou inappropriées du personnel/des patients soient signalées, traitées et éradiquées; qu'au moment du congé du service d'urgence, chaque patient suicidaire et sa famille ont la possibilité de créer avec un clinicien correctement formé un plan de sécurité développé conformément à des outils validés tels que le modèle de plan de sécurité des patients du Centre national de prévention du suicide qui décrit clairement les spécificités du patient: déclencheurs, stratégies d'adaptation, personnes à appeler/demander de l'aide, plan de crise et ressources d'aide, moyens de préserver la sécurité de l'environnement (supprimer les moyens de suicide) et rassurer le patient qu'un rétablissement est possible lui fournir un plan de sécurité qui mène à ce rétablissement.

iv. Les normes de santé mentale communautaire devraient être révisées afin de mieux les harmoniser avec la PSI, de faire la distinction entre les patients en santé mentale enfants et adolescents et les patients adultes et de mettre en œuvre des normes de soins qui favorisent le contact le jour même avec les soins et garantissent que les patients enfants et adolescents n'attendent pas ces contacts plus de trois à cinq jours ouvrables.

v. Tous les services de santé mentale pour les enfants et les jeunes, que ce soit en milieu communautaire ou hospitalier, devraient entreprendre des examens des services internes pour garantir que leurs services sont acceptables sur les plans culturel et médical pour tous leurs groupes de clients, particulièrement en ce qui concerne les populations vulnérables, y compris les enfants et les jeunes atteints de TSAF, les enfants et les jeunes ayant d'autres retards ou incapacités neurodéveloppementaux, les enfants et les jeunes immigrants et réfugiés, les minorités de langue officielle, les minorités autochtones, les victimes de traumatismes et de négligence, y compris les victimes de violence sexuelle et de toutes les formes de violence fondée sur le genre.

Recommandation X

Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick prenne des mesures hâtives et efficaces pour améliorer la qualité des services de santé mentale et de prévention du suicide pour les enfants et les jeunes dans le cadre de la mise en œuvre intégrale du droit à la vie et du droit à la santé, comme suit :

i. Les hôpitaux devraient intégrer à leurs systèmes d'amélioration continue et d'assurance de la qualité des mises à jour régulières sur la santé mentale et la prévention du suicide chez les enfants et les jeunes afin d'examiner les protocoles et les pratiques en place et de discuter des cas et des pratiques émergentes dans toutes les tribunes appropriées, y compris les réunions du service d'urgence, les réunions d'assurance de la qualité, les réunions du personnel infirmier et du personnel médical, etc.; l'élaboration de nouveaux protocoles ou de changements aux protocoles existants doit être clairement communiquée à tout le personnel touché et veiller à ce que des représentants de toutes les équipes participent à la prise de décisions concernant la modification ou l'élaboration de protocoles qui se rapportent à leur travail.

ii. Les recommandations relatives à la prestation de soins empreints de compassion en situation de crise dans le rapport provisoire du défenseur intitulé *Une question de vie et de mort* devraient être élargies afin d'offrir les mêmes programmes de formation et de perfectionnement professionnel au personnel des services de soins qui ne traitent pas les cas de crise en santé mentale et au personnel de première ligne des ministères et organismes au service des enfants et des jeunes; les programmes de formation offerts devraient intégrer des approches axées sur les soins adaptés au traumatisme et les droits de l'enfant et inclure des interventions adaptées aux groupes de population vulnérables.

iii. Les travailleurs sociaux dans les écoles, les communautés et les hôpitaux devraient aussi être formés et équipés pour aider à répondre et soutenir les enfants et les jeunes qui se présentent avec des idées ou comportements suicidaires.

iv. Des cours sur le bien-être personnel doivent être intégrés comme volet obligatoire du programme à chaque niveau scolaire, et comporter des résultats mesurables. Plus tard, les adolescents devraient recevoir une orientation de base sur le processus de thérapie comportementale dialectique et sur la façon dont ce processus peut aider ceux qui ont des problèmes d'ordre émotionnel.

v. Le programme scolaire doit être amélioré pour que les jeunes reçoivent une formation en santé mentale pour leur permettre de mieux répondre à leurs propres besoins en santé mentale, mais aussi d'être en mesure de déterminer quand leurs pairs demandent du soutien ou en affichent le besoin et d'intervenir efficacement; la formation devrait également mettre l'accent sur la façon d'éviter et de traiter les commentaires ou les comportements stigmatisants ou discriminatoires des autres.

vi. Les programmes scolaires et parascolaires doivent également être examinés afin de développer de façon proactive les facteurs de résilience chez les enfants et les jeunes, en commençant par l'éducation de la petite enfance et en continuant tout au long de la maternelle à la douzième année en faisant la promotion de milieux axés sur la prévention, l'accueil pour tous et l'enrichissement comme soutien du mieux-être; des stratégies positives en matière de santé mentale devraient être intégrées à tous les plans scolaires et surveillées attentivement.

vii. Les programmes de baccalauréat, les programmes de travail social et les programmes dans les facultés de droit, les facultés de médecine, les écoles de police et les écoles de sciences infirmières devraient être revus pour veiller à ce que tous les nouveaux professionnels qui travaillent auprès des enfants et des jeunes reçoivent une formation obligatoire aux soins adaptés au traumatisme, à l'apprentissage social et émotionnel et aux approches axées sur les droits de l'enfant, la littératie en santé mentale des jeunes et la formation ASIST sur le suicide; les professionnels qui travaillent déjà dans ces domaines devraient recevoir une formation en cours d'emploi obligatoire et des évaluations de suivi pour confirmer leurs compétences dans ces domaines.

viii. Les équipes du développement de l'enfance et de la jeunesse de la PSI devraient mettre en œuvre des mécanismes d'assurance de la qualité dans l'ensemble de leurs services, y compris un outil de dépistage scolaire uniforme révisé et axé sur la santé mentale des jeunes, culturellement approprié et basé sur les droits de l'enfant, pour veiller à ce que les enfants et les jeunes qui cherchent à obtenir des soins soient bien à l'école comme il se doit et que tous les élèves reçoivent en temps utile les interventions et les soutiens dont ils ont besoin pour être prêts à apprendre.

Recommandation XI

Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick prenne des mesures hâtives et proactives pour accroître considérablement son investissement dans les programmes de prévention et de promotion auprès de la jeunesse afin de s'attaquer aux problèmes de santé mentale et aux tendances suicidaires chez les jeunes; ces mesures devraient comprendre des programmes scolaires et communautaires fondés sur des données probantes ciblant tous les groupes de population, y compris les enfants et les jeunes de tous âges, et devraient faire l'objet d'un suivi dans le cadre du processus d'assurance de la qualité et du processus budgétaire du Secrétariat pour les enfants et les jeunes afin de surveiller d'une année à l'autre les investissements et les résultats qui proviennent de ces investissements en amont.

Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick, conjointement avec le bureau du défenseur, le ministère de la Santé, les Services des coroners, le Comité d'examen des décès d'enfants et tous les intervenants pertinents, élabore, au cours de l'exercice 2021-2022, une stratégie provinciale de prévention du suicide chez les jeunes pour le cycle triennal de 2022 à 2025, à renouveler par cycles de cinq ans par la suite.

Il est recommandé que le gouvernement commande une étude approfondie de la qualité de vie familiale des enfants et des jeunes afin de s'attaquer au problème du stress toxique au sein des familles et à son incidence sur la résilience, les accomplissements et la santé mentale des jeunes.

Recommandation XII

Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick prenne des mesures efficaces et immédiates, selon les directives et les conseils du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick et du Bureau du défenseur des enfants et des jeunes, pour améliorer l'assurance de la qualité et l'amélioration continue dans le domaine des services de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes en investissant dans la recherche, la collecte de données et la surveillance des données comme suit :

- i. La Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick, en consultation avec le ministère de la Santé, les régies régionales de la santé, les bureaux de recherche universitaires et le bureau du défenseur, devrait élaborer un plan provincial pour favoriser et faire progresser les approches fondées sur les droits de l'enfant pour la santé physique et mentale des enfants et des adolescents, ainsi que la prévention du suicide au Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années; il faudrait envisager la création de facultés de médecine au Nouveau-Brunswick et d'un hôpital pour enfants du Nouveau-Brunswick dans le cadre de ce plan.
- ii. La Chaire de recherche en santé mentale des enfants et des jeunes (CRISMEJ) établie à l'Université de Moncton en 2014 devrait être prolongée de dix ans, soit de 2026 à 2036; une chaire de recherche à l'Université du Nouveau-Brunswick devrait également être établie dans le domaine de la prévention du suicide chez les jeunes ou de la santé mentale chez les jeunes autochtones grâce à un financement de démarrage fourni par le gouvernement provincial; la Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick, en collaboration avec le bureau du défenseur, devrait élaborer des moyens d'établir un réseau de conversations entre les chercheurs affiliés à de tels nœuds de recherche et les cliniciens, les décideurs et les praticiens dans le domaine au moyen de bulletins; séminaires, conférences et téléconférences et activités régulières du réseau.
- iii. D'autres chaires de recherche à l'Université Mount Allison, à l'UNBSJ et à l'Université St. Thomas pourraient également être créées, y compris une chaire de recherche du Canada sur les pratiques exemplaires en matière de bien-être à l'enfance, comme l'a suggéré la faculté de travail social de l'Université St. Thomas.

iv. L'évaluation continue des programmes, la réforme des politiques et le renouvellement des évaluations doivent être intégrés à toutes les interventions de services à l'enfance et à la jeunesse offertes ou financées par le gouvernement du Nouveau-Brunswick; le financement des évaluations devrait accorder la priorité à la mise en œuvre de pratiques exemplaires reconnues mises à l'essai au Nouveau-Brunswick, y compris les projets pilotes de pédiatrie sociale en communauté, les centres de défense des enfants, le programme Retrouver son entrain de l'ACSM pour des séances de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) communautaire et l'initiative Enraciner l'espoir de la Commission canadienne de la santé mentale, entre autres; des indicateurs améliorés pour la santé mentale des enfants et des adolescents doivent être élaborés et surveillés;

v. À mesure que la province passe à la phase de rétablissement de la pandémie de COVID-19, les initiatives de collecte de données et de recherche devraient continuer de cibler la recherche sur les répercussions de la COVID-19 sur les enfants et les jeunes afin de les aider à se rétablir complètement et d'aborder toutes les répercussions, de la perturbation de leur éducation à leur expérience de deuil, de perte et d'insécurité en matière de santé, ainsi que les effets de l'isolement social et les mesures de santé publique nécessaires pour lutter contre la propagation de l'infection.

Annexe II : Membres des Conseils consultatifs

Conseil consultatif des parties prenantes

Co-Présidents: Graydon Nicholas et Léo-Paul Pinet

Membres:

- Roxanne Sappier
- John Sharpe
- Hilary Cartwright
- Mark Wies
- Barbara Whitenect
- Michael Johnston
- Jeffrey LeBlanc

- Bruce MacPherson
- Darren Oakes
- Robert Eckstein
- Vickie Plourde
- Carole Gallant
- Eva Sock
- Katina Russell (Feggos)
- Brigitte Dandenault
- Rebecca Clark-Wright

Conseil consultatif jeunesse

Co-Présidentes: Sue Duguay et Stacie Smith

Membres:

- Gracie Lemoine
- John Aidemouni
- Nadia Woodward
- Cassandra Eisner
- Dust Murphy
- Marilou Landry
- Carlovsky Bellefleur

- Mariah Deleavey
- Neila Selouani
- Maude Sonier
- Maude Levesque
- Sarah Dana
- Myriam Cormier
- Zoé Bourgeois
- Camden Mazerolle

Conseil consultatif des Premières Nations

Co-Présidentes: Roxanne Sappier et Natasha Sock

Membres:

- Noel Milliea
- Imelda Perley
- Edward Perley
- Hon. Graydon Nicholas
- Ron Brun
- Michael Batchelor
- Mariah Deleavey
- Andrew Dutcher
- Shelley Francis
- David Knockwood
- Brenda Parks
- Rena Solomon
- Dean Vicaire
- Patricia Ward

Représentants de la province:

- Carole Gallant
- Jerry Clarke
- Kelly O'Neil Morin
- Annie Pellerin

Annexe III : Equipe d'Examen du Bureau du Défenseur des enfants et des jeunes

- Norman Bossé, Défenseur des enfants et des jeunes
- Christian Whalen, Défenseur adjoint et conseiller juridique principal
- Gavin Kotze, Directeur des enquêtes systémiques
- Mélanie Leblanc, Directrice clinique, principale répondante
- Wendy Cartwright, Coordonnatrice des enquêtes systémiques, enquêtrice principale pour l'Examen Lexi Daken
- Jessica Forbes, Déléguée des cas individuels, co-responsable de la consultation publique
- Amélie Brutinel, Coordinatrice de l'éducation et de la sensibilisation, co-responsable de la consultation publique
- Heidi Cyr, Directrice des communications
- Michelle Lepage, Déléguée des cas individuels, liaison au Conseil consultatif des Premières Nations
- Juliette Babineau Moore, Gestionnaire de bureau
- Chelsy Dutcher, Déléguée des cas individuels, Coordinatrice de la Tournée provinciale d'écoute et de consultation
- Timothy Roberts, chercheur
- Alexandra Dejong, chercheure

Autres Membres de l'équipe

- Ken Ross, Consultant
- Reni Han
- Barb Martin
- Claude Allard, Consultant en recherche
- Olivia Frigault, Chercheure
- Dana Richardson, Étudiante en travail social
- Britany Stewart, Étudiante en travail social
- Kelsi Pellerin, Étudiante en travail social

Annexe IV – Liste des consultations, parties prenantes et soumissions

Tournée provinciale de consultation publique avec le Défenseur (En ligne):

- Moncton : Mardi 18 mai 2021
- Péninsule Acadienne : Jeudi 20 mai 2021
- Edmundston : Mardi 25 mai 2021
- Upper River Valley : Vendredi 28 mai 2021
- Bathurst, Campbellton, Miramichi : Lundi 31 mai 2021
- Comté de Charlotte : Mardi 1^{er} juin 2021
- Communautés Mi'gmaq : Jeudi 3 juin 2021
- Fredericton : Vendredi 4 juin 2021
- Saint Jean : Lundi 7 juin 2021
- Communautés Wolastoqey : Mardi 8 juin 2021

Experts consultés dans le cadre de la journée de dialogue entre les experts et les membres des conseils consultatifs :

- Michael Ungar, Chaire de recherche du Canada sur la résilience des enfants, des familles et des collectivités / Directeur, Resilience Research Centre / Directeur scientifique, Child and Youth Refugee Research Coalition, Université Dalhousie
- Dr. Carol Hopkins, Directrice exécutive de la Thunderbird Partnership Foundation
- Professeur Patrick McGorry, Professeur en santé mentale des jeunes à l'Université de Melbourne et directeur d'Orygen Youth Health et Orygen Youth Health Research Centre à Victoria, Australie

- Dr. William Morrison, Psychologie de l'éducation, Faculté d'éducation, Université du Nouveau-Brunswick, codirecteur exécutif du Groupe de recherche en santé et éducation et psychologue agréé
- Dr. Brenda Restoule, Psychologue clinicienne agréée (Ontario) et chef de la direction, First Peoples Wellness Circle
- Dr. Elaine Deschênes, Pédiatre, Réseau de santé Vitalité
- Dr. Delphine Collin-Vézina, Directeur du Centre McGill de recherche sur l'enfance et la famille et professeur à l'École de service social de McGill, Canada.
- Dr. Srividya Iyer, Psychologue, chercheuse au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas Scientifique-Clinique et directrice d'ACCESS Esprits ouverts
- Caroline Tait, Professeure à l'Université de la Saskatchewan et anthropologue médical

Soumissions formelles reçues par le Bureau du Défenseur des enfants et des jeunes en réponse à l'Examen :

- Comité parental d'appui à l'école, École Sainte-Anne - 30 mai 2021
- Syndicat canadien de la fonction publique - 31 mai 2021
- Association Des Travailleurs Sociaux Du Nouveau-Brunswick - Juin 2021
- Université St.Thomas University, Ecole de travail social - 24 juin 2021
- Société Médicale du Nouveau-Brunswick - 25, juin 2021
- Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick - 28 juin 2021
- Indigenous Women of the Wabanaki Territories - 7 juillet 2021
- Han Martins Associates (HMA)
- Bob Eckstein, Ass. Professeur, Programme de baccalauréat en travail social de l'Université St. Thomas
- Fédération des jeunes francophones du Nouveau-Brunswick (FJFNB)
- Centre de Bénévolat de la Péninsule Acadienne (CBPA) Inc.

Annexe V : Rapport du Conseil consultatif des Premières Nations

Pour consulter le rapport, cliquez [ici](#).



Annexe VI : Document de référence sur les impacts de la COVID-19 sur la santé mentale des enfants et des jeunes

Document accessible sur internet via le site du Défenseur des enfants et des jeunes : <https://www.dejnb.ca/home>

Annexe VII : Document de référence sur le recrutement et la rétention

Document accessible sur internet via le site du Défenseur des enfants et des jeunes : <https://www.dejnb.ca/home>

¹ Les interventions de services d'ACCESS Esprits Ouverts NB étaient basées sur une prévalence accrue présumée de maladie mentale chez les enfants et les jeunes. Cette hypothèse est étayée en partie par les données d'admission à l'hôpital, qui s'appuient sur les données d'admission globales, toutes maladies mentales et tous troubles mentaux confondus, du Nouveau-Brunswick qui sont 40 % plus élevées que la moyenne nationale. Cadre des indicateurs des droits de l'enfant du Nouveau-Brunswick, 2020, tableau 4, indicateur 38.

² « Donner gage de sa sécurité » fut la pratique exemplaire prodiguée dans la formation ASIST avant 2015.

³ Turner, K. et al, Inconvenient truths in suicide prevention : Why a restorative just culture should be implemented alongside a Zero Suicide Framework Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2020, Vol. 54(6), 571-581.

⁴ En 2016 la PSI a reçu le prix de leadership IAPC-Deloitte Touche de l'Institut d'Administration Publique du Canada et fut reconnu par l'assemblée législative de la Colombie-Britannique comme une pratique exemplaire nationale inspirant les réformes là-bas. Voir https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/news/news_release.2017.01.0030.html; et aussi BC Select Committee on Children and Youth: Final Report Child and Youth Mental Health in British Columbia: Concrete Actions for Systemic Change, 2016, 58 pp. aux pp. 19-20. Report_SSC-CY-40-4-3_Concrete-Actions-For_Systemic_Change.pdf (leg.bc.ca)

⁵ Youth Mental Health Canada, « Youth Mental Health Stats in Canada », en ligne : <<https://ymhc.ngo/resources/ymh-stats/>>; Institut canadien d'information sur la santé, « La santé mentale des enfants et des jeunes au Canada - Infographie », en ligne : <https://www.cih.ca/fr/la-sante-mentale-des-enfants-et-des-jeunes-au-canada-infographie?_ga=2.11774452.1707343405>.

⁶ Ibid.

⁷ Ronald C Kessler et coll, « Age of Onset of Mental Disorders: A Review of Recent Literature » (2007) 20:4 Current Opinion in Psychiatry, p 359-364, DOI : <<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>>.

⁸ Nouveau-Brunswick, Bureau du défenseur des enfants et des jeunes, *Rapport sur l'état de l'enfance 2020*, novembre 2020.

⁹ Ibid.

¹⁰ *Supra* note 4.

¹¹ Province du Nouveau-Brunswick, *Rapport d'étape 2015. Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018* (rapport McKee).

¹² Ibid.

¹³ *Supra* note 4.

¹⁴ *Supra* note 4.

¹⁵ Victoria State Government, Wellbeing, en ligne : <<https://betterhealth.vic.gov.au/health/healthyliving/wellbeing>>.

¹⁶ Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Building Resilience*, en ligne : <<https://www.camh.ca/en/camh-news-and-stories/building-resilience>>.

¹⁷ Le rapport En équilibre du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick de 2020 souligne ce même point en ce qui concerne les indicateurs d'accès en temps opportun aux services de santé mentale. Voir p. 6 du rapport en particulier, expliquant comment les données sur la prestation de services en temps opportun ne sont plus disponibles après 2016 en raison d'un manque de consensus sur un indicateur validé et standardisé. CSNB, En équilibre : Équilibrer la prévention et le traitement pour une meilleure santé mentale des enfants et des adolescents 2020, 24 p. <https://nbhc.ca/sites/default/files/publications-attachments/in%20balance.pdf>

¹⁸ Nouveau-Brunswick, Bureau du défenseur des enfants et des jeunes, *Rapport sur l'état de l'enfance 2020*, novembre 2020.

¹⁹ Madigan, S. et Racine, N. Prévalence mondiale des symptômes dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents pendant la méta-analyse COVID-19 A, JAMA Pediatrics, 2021, pp. e1-e9.

²⁰ Ashley Abramson, « How COVID-19 May Increase Domestic Violence and Child Abuse » (avril 2020), en ligne

²¹ Parvenir au « Nous » : Forum sur la prestation des services intégrés (PSI) et le Réseau d'excellence (RE) au Nouveau-Brunswick, Fredericton (Nouveau-Brunswick), les 21 et 22 novembre 2018 : rapport final, 2018 à la p 20; Bill Morrison et Patricia Peterson, *La transformation des services de santé mentale pour les jeunes au Nouveau-Brunswick*, 2017 à la p 44.

²² Leader, Todd, *It's Not About Us: The secret to transforming the mental health and addictions system in Canada*, Cathydia Press, 2016, 272 pp.

²³ *Observation générale no 4 (2003) : La santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant*, 1^{er} juillet 2003, CRC/GC/2003/4, para 29.

²⁴ *Ibid*, para 39.

²⁵ *Ibid*

²⁶ *Ibid* para 40 et 41.

²⁷ *Observation générale no 9 (2006) : Les droits des enfants handicapés*, 27 février 2007, CRC/C/GC/9, para 59.

²⁸ *Ibid* para 58.

²⁹ Daphne J Korczak, « L'idéation et les comportements suicidaires » (reconduit le 1 janvier 2021), en ligne : *Société canadienne de pédiatrie* <<https://www.cps.ca/fr/documents/position/ideation-et-les-comportements-suicidaires>>.

³⁰ *Atlas UNESCO des langues en danger dans le monde*, en ligne : <<http://www.unesco.org/languages-atlas/index.php>>.

³¹ Nouveau-Brunswick, Bureau du défenseur des enfants et des jeunes, Rapport sur l'état de l'enfance 2018, novembre 2018, ISBN 978-1-4605-1631-7, en ligne : <<https://static1.squarespace.com/static/60620922ffdb3f7dec577e42/t/60622d3628da874fb6792961/1617046847870/REE-2018-Rapport-et-CIDE.pdf>>.

³² <https://globalnews.ca/news/7693606/nb-youth-mental-health-unit-closure/>

³³ Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, Direction des services de traitement des dépendances et de santé mentale, « Plan interministériel visant les dépendances et la santé mentale » (2021), en ligne (pdf) : <<https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Sante-mentale-et-Traitement-des-dependances/plan-action-interministeriel-visant-dependances-et-sante-mentale.pdf>>; « Soins en santé mentale au N.-B. : mise en œuvre de 21 recommandations » (12 mai 2021), en ligne (vidéo) : CPAC <<https://www.cpac.ca/l-episode?id=e742cbc3-a564-4ba0-a35a-ac22f32c8de5>>.

³⁴ « Soins en santé mentale au N.-B. : mise en œuvre de 21 recommandations » (12 mai 2021), en ligne (vidéo) : CPAC <<https://www.cpac.ca/l-episode?id=e742cbc3-a564-4ba0-a35a-ac22f32c8de5>>.

³⁵ Commission de la santé mentale du Canada, *Pour faire progresser la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada : cadre d'action (2017-2022)*, Ottawa, la Commission, 2016 à la p 16.

³⁶ « Incitatifs de recrutement pour les nouveaux médecins et les médecins résidents : lignes directrices du programme 2021-2022 » (8 avril 2021), en ligne (pdf) : <<https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Recrutement/incitatifs-de-recrutement-pour-medecins.pdf>>.

³⁷ Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, *Stratégie en matière d'effectifs en psychologie*, décembre 2020.

³⁸ Lettre de l'Association Canadienne de psychologie au Premier Ministre Blaine Higgs en date du 23 mars 2021. Members of the Legislative Assembly of New-Brunswick_March2021_FR.pdf (cpa.ca)

³⁹ « Foire aux questions » (2021), en ligne : *Protection de l'enfance au Canada* <<https://cwrp.ca/fr/foire-aux-questions-faqs>>.

⁴⁰ « *Nous sommes encore des enfants* » : *la vie des enfants et des jeunes pris en charge par la province*, p 16.

⁴¹ Sécurité publique Canada, *Prévention du crime : santé mentale, maladie mentale et criminalité chez les jeunes* aux p 4 et 11, en ligne (pdf) : <<https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2017-h01-cp/2017-h01-cp-fr.pdf>>.

- ⁴² Kathleen Skowrya et Joseph Coccozza, « Mental Health Screening with Juvenile Justice: The Next Frontier » (s.d.) Delmar (NY), National Center for Mental Health and Juvenile Justice, en ligne (pdf) : <https://escholarship.umassmed.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1410&context=psych_cmhsr>.
- ⁴³ Lauren Drerup, Allison Croysdale et Norman Hoffmann, « Patterns of Behavioural Health Conditions among Adolescents in a Juvenile Justice System » (2008) 39:2 Professional Psychology: Research and Practice 122 aux p 124-125.
- ⁴⁴ Ian Lambie et Isabel Randell, « The Impact of Incarceration on Juvenile Offenders » (2013) 33:3 Clinical Psychology Rev 448 à la p 453.
- ⁴⁵ OCE Child and Youth Mental Health, *Quality Standard for Family Engagement*, <https://www.cymh.ca/en/projects/family-engagement.aspx>
- ⁴⁶ Assemblée générale des Nations Unies, *Convention relative aux droits de l'enfant*, 20 novembre 1989, Nations Unies, Recueil des Traités, vol 1577, p 3, article 4, en ligne : <<https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>>.
- ⁴⁷ *Ibid* article 6.
- ⁴⁸ *Ibid* article 24.
- ⁴⁹ L'Encyclopédie canadienne, « Excuses du gouvernement aux anciens élèves des pensionnats indiens » (juillet 2014), en ligne : <<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/excuses-du-gouvernement-aux-anciens-eleves-des-pensionnats-indiens>>.
- ⁵⁰ *Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada et al. c. Procureur général du Canada (pour le ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien)*, 2016 TCDP 2 (CanLII), en ligne : <<https://canlii.ca/t/gsk7z>>.
- ⁵¹ Voir par exemple : R. c. *Sparrow*, 1990 CanLII 104 (CSC), [1990] 1 RCS 1075, en ligne : <<https://canlii.ca/t/1fsvh>>; R. c. Van der Peet, 1996 CanLII 216 (CSC), [1996] 2 RCS 507, en ligne : <<https://canlii.ca/t/1fr8q>>; *Delgamuukw c. Colombie-Britannique*, 1997 CanLII 302 (CSC), [1997] 3 RCS 1010, en ligne : <<https://canlii.ca/t/1fqz7>>; Première nation crie Mikisew c. Canada (*Ministre du Patrimoine canadien*), 2005 CSC 69 (CanLII), [2005] 3 RCS 388, en ligne : <<https://canlii.ca/t/1m1zl>>.
- ⁵² Tim Fontaine, « Canada Officially Adopts UN Declaration on Rights of Indigenous Peoples » (10 mai 2016), en ligne : CBC News <<https://www.cbc.ca/news/indigenous/canada-adopting-implementing-un-rights-declaration-1.3575272>>.
- ⁵³ Commission de vérité et réconciliation du Canada, *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada* (2015), en ligne (pdf) : <https://web.archive.org/web/20160928191608/http://nctr.ca/assets/reports/Final%20Reports/French_Executive_Summary_Web.pdf>.
- ⁵⁴ Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, *Observations finales sur les troisième et quatrième rapports périodiques du Canada, soumis en un seul document, adoptées par le Comité à sa soixante et unième session* (17 septembre-5 octobre 2012), CRC/C/CAN/CO/3-4, aux para 33, 65 et 66, en ligne : <https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fCAN%2fCO%2f3-4&Lang=fr>.
- ⁵⁵ Nouveau-Brunswick, Bureau du défenseur des enfants et des jeunes, *Une question de vie et de mort : rapport et recommandations provisoires du défenseur des enfants et des jeunes - Examen des services de prévention du suicide et de santé mentale chez les jeunes* (juin 2021), en ligne (pdf) : Une question de vie et de mort.pdf (squarespace.com).
- ⁵⁶ Nouveau-Brunswick, Bureau de l'ombudsman et du défenseur des enfants et des jeunes, *Main dans la main : le bien-être à l'enfance des Premières nations du Nouveau-Brunswick* (février 2010), en ligne (pdf) : <<https://static1.squarespace.com/static/60620922ffdb3f7dec577e42/t/606b68ce6ca0717c4577199f/1617651924346/handinhand-f-2.pdf>>.
- ⁵⁷ Assemblée générale des Nations Unies, *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, 16 décembre 1966, Nations Unies, Recueil des Traités, vol 999, p 171, en ligne : <<https://www.refworld.org/docid/3ae6b3aa0.html>>.
- ⁵⁸ Assemblée générale des Nations Unies, *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, 16 décembre 1966, Nations Unies, Recueil des Traités, vol 993, p 3, en ligne : <<https://www.refworld.org/docid/3ae6b36c0.html>>.

- ⁵⁹ Assemblée générale des Nations Unies, *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, résolution adoptée par l'Assemblée générale, 2 octobre 2007, A/RES/61/295, en ligne : <<https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=471355bc2>>.
- ⁶⁰ Michael J Chandler et Christopher Lalonde, « Cultural Community as a Hedge against Suicide in Canada's First Nations » (1998) 35:2 *Transcultural Psychiatry*.
- ⁶¹ Canada, Commission royale sur les peuples autochtones (Commission Erasmus-Dussault), *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones* Ottawa, la Commission, 1996, en ligne : <<https://www.bac-lac.gc.ca/fra/decouvrez/patrimoine-autochtone/commission-royale-peuples-autochtones/Pages/rapport.aspx>>.
- ⁶² Commission de vérité et réconciliation du Canada, *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*, Winnipeg, la Commission, 2015, en ligne : <<https://web.archive.org/web/20150623133929/http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/index.php?p=894>>.
- ⁶³ *Supra* note 37, articles 24 et 30.
- ⁶⁴ Constatations de l'évaluation d'Anne Dezeter (Ph. D.), signalées dans l'observation présentée par le Centre de Bénévolat de la Péninsule Acadienne, 2021.
- ⁶⁵ Danish Institute for Human Rights, *The Availability, Accessibility, Acceptability Quality Toolbox* (2013), en ligne (pdf) : AAAQ Toolbox concept note brief.pdf (humanrightseducation.dk).
- ⁶⁶ UNICEF, *Availability, Accessibility, Acceptability and Quality Framework: A Tool to Identify Potential Barriers to Accessing Services in Humanitarian Settings* (novembre 2019), en ligne (pdf) : AAAQ-framework-Nov-2019-WEB.pdf (gbvguidelines.org).
- ⁶⁷ <https://gpscbc.ca/our-impact/equipping-doctors-cymhsu-skills-and-connections>
- ⁶⁸ *Ibid.*
- ⁶⁹ *Supra* note 23.
- ⁷⁰ <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2753525>
- ⁷¹ Rhodes, Anne E. et al. Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior (2014) *World Journal of Psychiatry*, 2014 Dec 22; 4(4): 120-132.
- ⁷² Stan P Kutcher et Magdalena Szumilas, « Youth Suicide Prevention » (2008) 178:3 *CMAJ* 282-285.
- ⁷³ Johan Bilsen, « Suicide and Youth: Risk Factors » (2018) 9 *Front Psychiatry* 540, DOI : <10.3389/fpsy.2018.00540>.
- ⁷⁴ <https://www.sprc.org/resources-programs/patient-safety-plan-template>
- ⁷⁵ <https://www.albertafamilywellness.org/training>
- ⁷⁶ <https://www.sprc.org/resources-programs/patient-safety-plan-template>