

# **Soumission du Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes de l'Ontario au Comité permanent des finances et des affaires économiques**

## **Consultation prébudgétaire**

### ***Introduction***

Le Comité des finances et des affaires économiques sollicite des commentaires du public dans le cadre de ses consultations prébudgétaires. Le Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes de l'Ontario a préparé un mémoire et il le présentera au Comité le 26 janvier 2011 à Thunder Bay.

### **Mandat**

L'Intervenant provincial est un agent indépendant de l'Assemblée législative. En vertu du mandat que lui prescrit la loi, il doit donner une voix indépendante aux enfants et aux jeunes des Premières nations et défendre les intérêts et les droits des enfants et des jeunes assujettis à la *Loi sur les services à la famille et à l'enfance*. Il doit également formuler des recommandations et conseiller les gouvernements et autres fournisseurs de services.

Ce mémoire porte sur trois aspects spécifiques du mandat de l'Intervenant provincial : la santé mentale des enfants et des jeunes; le soutien aux élèves autochtones; et les pupilles de l'État qui quittent le système d'aide à l'enfance.

### **Santé mentale des enfants et des jeunes**

« Il faut investir beaucoup plus dans la santé mentale des enfants si nous voulons corriger son statut de parent pauvre au sein d'un système de santé mal en point ». Ce sont les paroles mêmes de Michael Kirby, président de la Commission de santé mentale du Canada [9]. Je demande au gouvernement de l'Ontario de faire cet investissement pour les enfants et les jeunes de cette province. Présentement, environ 5 % des 47 milliards de dollars du budget de la santé sont affectés à la santé mentale. Je demande au gouvernement de s'engager à augmenter ce pourcentage pour qu'il atteigne à tout le moins la moyenne nationale de 7,2 %, et je demande des hausses équivalentes dans le financement de la santé mentale des enfants et des jeunes [10 et 11].

## La problématique

Nous savons que 15 % à 21 % des enfants et des jeunes sont atteints de troubles mentaux assortis de symptômes *significatifs* ou d'incapacités. En Ontario, ces pourcentages représentent de 467 000 à 654 000 enfants et jeunes. Toutefois, ils sont encore plus nombreux à souffrir de problèmes de santé mentale [1].

Nous savons que l'enfance et l'adolescence sont des périodes critiques au cours desquelles se manifestent des problèmes de santé mentale. Chez les adultes atteints de maladie mentale, dans le cas de 70 %, la maladie a frappé durant leur enfance ou leur adolescence [2]. Seulement un de ces enfants et de ces jeunes sur cinq reçoit des services et même ceux-là ne reçoivent pas nécessairement les services qui leur conviennent [7].

La période d'attente moyenne pour tous les services de santé mentale pour enfants et jeunes est de soixante-neuf jours, variant de zéro jour à 3 ans et 10 mois. Au bout d'un an, seulement 64 % des enfants reçoivent des services et il n'y a pas de cibles déterminées ni de suivi systématique des temps d'attente [5]. Ces chiffres nous indiquent qu'il y a pénurie de services à l'échelle de la province et beaucoup de variabilité quant à leur disponibilité. Contrairement aux services d'aide à l'enfance ou de justice pour les jeunes, les services de santé mentale pour enfants et jeunes ne sont pas considérés comme obligatoires. Ainsi, lorsque la demande augmente ou que les ressources diminuent, les enfants attendent.

Le contraste est saisissant par rapport aux mesures entourant la santé physique. Le ministère de la Santé a fixé des objectifs de temps d'attente pour les chirurgies et les diagnostics. Par exemple, l'objectif pour les chirurgies plastiques et reconstructives est de 6 mois d'attente, et 90 % de tous les patients subissent leur chirurgie dans les 7 mois [12].

### L'histoire d'un enfant

Une adolescente de 14 ans a été aiguillée à nos bureaux par ses parents. Elle était hospitalisée à l'unité des soins pédopsychiatriques depuis un mois et avait reçu un diagnostic de cinq troubles différents. On était sur le point de signer son congé et un traitement en établissement était recommandé. Le centre local de santé mentale pour enfants avait dit aux parents qu'il faudrait de 6 mois à un 1 an avant de pouvoir lui fournir les services. Quand les parents ont appelé de Bureau de l'intervenant, le centre leur a proposé un placement en foyer nourricier. Les parents ont accepté parce qu'on leur a dit que c'était le seul service disponible et que le genre de traitement requis pour leur fille n'existait pas dans la région. Les parents ont souligné que si un enfant avait une fracture de la jambe et qu'on disait que seules des chirurgies de la vésicule biliaire étaient offertes dans la région, personne ne s'attendrait à ce que les parents s'en contentent.

## **Coût financier**

Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse a prévu qu'il dépenserait 384 M\$ pour des services de santé mentale en 2008-2009 [3] et, selon les données de facturation des médecins pour des soins de santé mentale fournis à des enfants et des jeunes en 2007-2008, il faut ajouter à ce montant 35 M\$ [5]. Ces chiffres peuvent sembler élevés, mais il faut savoir que le coût total annuel pour la santé mentale en général, y compris les dépenses du gouvernement, les dépenses privées et les coûts afférents à la perte de productivité, est estimé à 39 M\$ [6]. L'augmentation graduelle des dépenses en santé mentale des enfants et des jeunes pourrait se récupérer au multiple sur le plan du regain de productivité et des économies réalisées sur les services futurs aux adultes.

## **Coût humain**

Encore plus important que le coût financier, les coûts associés à des vies perturbées et transformées sont « dévastateurs » pour les personnes atteintes d'une maladie mentale et ils sont « déchirants » pour leurs familles [6].

## **Histoire de la réforme du système de santé mentale**

Au cours des vingt-cinq dernières années, quelque vingt rapports ont été produits en Ontario sur la réforme du système de santé mentale. Tous ont vu dans les services communautaires la pierre d'assise d'un système désinstitutionnalisé [8]. Les problèmes soulevés précédemment ne sont pas nouveaux et ils ont été étayés dans un rapport après l'autre. Étonnamment, cependant, les mêmes rapports ont proposé des solutions similaires, une année après l'autre.

## **Les solutions**

La politique de santé mentale du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse [1] et le rapport du conseil consultatif au ministère de la Santé [6] rendu public en décembre 2010 présentent des visions très similaires pour améliorer la santé mentale des enfants et des jeunes en Ontario.

1. Les deux rapports recommandent que des services communautaires soient disponibles et accessibles. Ils font la promotion d'une gamme complète de services en précisant que chaque niveau de service devrait être offert dans chacune des collectivités, notamment :

- Éducation publique et promotion de la santé mentale

- Prévention de la maladie chez les personnes à risque élevé
- Dépistage précoce de personnes éprouvant des problèmes
- Programmes d'intervention et de traitement précoces

2. Les petites collectivités, les régions rurales et éloignées et les collectivités nordiques vivent des situations spéciales qui nécessitent d'investir dans la formation, le recrutement et la rétention de professionnels de la santé. Puisqu'il s'agit d'une stratégie à long terme, en augmentant les liens télépsychiatriques, on pourrait fournir du soutien et des ressources additionnelles à court terme. De plus, les besoins de financement dans ces collectivités sont compliqués par le coût élevé des déplacements que ne prend pas nécessairement en compte le financement basé sur la population.

3. Les rapports insistent sur le besoin urgent de coordination, de collaboration et d'intégration à tous les niveaux. Présentement, il n'existe pas de véritable système pour les enfants; il s'agit plutôt d'un ramassis de programmes et de services fonctionnant plus ou moins en vase clos. On reconnaît aussi que la santé mentale est reliée au système général de services et de soins pour les enfants et les jeunes. Les solutions sont variées et multiples. Elles commencent par des services de première ligne pour orienter les enfants, les jeunes et leurs familles et vont jusqu'à une stratégie gouvernementale et interministérielle en matière de santé mentale.

4. Les deux rapports démontrent une profonde compréhension des conséquences des déterminants sociaux de la santé sur la santé mentale des enfants et des jeunes. Ils font le lien entre la satisfaction des besoins de base et la santé mentale.

5. Le système doit favoriser le développement et la réalisation des enfants et des jeunes. Notamment, il doit s'adapter aux besoins uniques de développement des enfants et des jeunes et prévoir des points de transition sans heurts surtout au moment du passage aux services pour adultes.

6. La participation des pairs et une approche fondée sur le rétablissement sont d'importants volets de la santé mentale des enfants et des jeunes.

### **Action**

Habituellement, le rôle de l'Intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes est d'indiquer quels sont les problèmes et de proposer des solutions et de formuler des recommandations. La situation actuelle est exceptionnelle en ce que le gouvernement

lui-même a présenté à la fois les problèmes et les solutions. De plus, il a présenté une vision élégante de la santé mentale des enfants et des jeunes en Ontario. La coordination des services de santé mentale revient peut-être au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, mais le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse doit assumer prendre en charge la santé mentale des enfants pour s'assurer qu'elle ne demeure pas le parent pauvre du système.

La grande question, celle qui se démarque, c'est l'action. Les enfants, les familles et les personnes œuvrant dans le domaine ont espoir que ce gouvernement saisisse bien les enjeux et qu'il a la volonté politique d'améliorer leur sort. Toutefois, cet espoir disparaîtra si on n'agit pas bientôt. C'est pour cette raison que je vous demande pour que s'amorce la concrétisation de cette vision de consacrer une partie plus importante du budget à la santé mentale. Pour citer votre propre rapport : « Le moment est venu de passer à l'action » [6].

### **Soutien aux élèves autochtones**

Le Bureau de l'intervenant provincial s'est associé à un groupe de jeunes de Thunder Bay pour souligner la situation tragique qui a entraîné le décès de plusieurs élèves. Ces jeunes gens, issus de « collectivités éloignées » et de la Ville de Thunder Bay et soutenus dans leur action par le Regional Multicultural Youth Center, ont préparé un rapport intitulé *Reserved and Lost* décrivant le pénible parcours que doivent emprunter les élèves autochtones vivant dans des collectivités éloignées pour recevoir une instruction en Ontario. Dans leur rapport, les jeunes soulignent les domaines dans lesquels le gouvernement provincial doit investir pour améliorer la situation.

### **La problématique**

Chaque année, des jeunes quittent leurs communautés homogènes dans les réserves éloignées du Nord et aménagent en milieu urbain et multiculturel afin de poursuivre leurs études secondaires. Ils doivent s'adapter à la vie en pension

#### **L'histoire d'un enfant**

Une enquête a été ordonnée pour examiner les circonstances du décès d'un élève autochtone de la Première nation Poplar Hill fréquentant l'école secondaire Dennis Franklin Cromarty (DFC) à Thunder Bay. Son corps a été retiré de la rivière McIntyre en 2007. Il s'agissait du cinquième élève de DFC à mourir dans la ville depuis l'ouverture de l'école en 2000.

chez des étrangers, loin de leurs familles. Selon les rédacteurs du rapport *Reserved and Lost*, la difficulté de cette transition se manifeste dans le taux de décrochage élevé, le

nombre d'élèves suspendus pour avoir consommé de l'alcool et des drogues et les renvois à la maison pour problèmes sociaux, affectifs et mentaux [13].

### **Les solutions**

Le Regional Multicultural Youth Centre (RMYC) à Thunder Bay a accepté de rencontrer les jeunes et de recueillir leurs commentaires pour mieux comprendre la situation et déterminer les mesures à prendre pour éviter de telles tragédies. On a demandé au RMYC de travailler avec les élèves de l'école secondaire pour recueillir de l'information pertinente à l'enquête sur les conditions de vie dans les réserves, en ville et à l'école. Le Conseil des jeunes du Bureau de l'intervenant a communiqué avec l'école secondaire Dennis Franklin Cromarty et le Northern Nishnawbe Education Council et, fort de l'appui de la nation Nishnawbe Aski, a reçu l'autorisation de participer à la démarche.

Ce groupe a formulé des recommandations visant à faciliter la transition et à améliorer la situation en générale des élèves autochtones arrivant des collectivités éloignées [13]. Les recommandations suivantes s'adressent spécialement au gouvernement de l'Ontario et sont liées à la promotion de la santé, à la santé mentale et aux dépendances. De plus, elles s'inscrivent carrément dans la politique de santé mentale du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.

#### 1. Promotion :

- Former plus de jeunes leaders capables de planifier, d'organiser et d'offrir à d'autres jeunes des activités intéressantes et de stimuler leur participation à des activités de masse axées sur la prévention afin d'encourager l'activité physique et de promouvoir des habitudes de vie saine et le mieux-être.
- Soutenir les maisons (centres) de jeunes en tant que lieux de rencontre avec les enfants et les jeunes après l'école.

#### 2. Prévention :

- Viser les jeunes par des campagnes d'éducation contre la consommation excessive d'alcool et l'usage de drogues et les risques associés.
- Fournir de l'information adaptée aux jeunes pour prévenir la consommation excessive d'alcool et l'usage de drogues.
- Stimuler la participation en tant que partenaires d'intervenants issus des groupes et des communautés ciblés.

### 3. Intervention :

- Soutenir les stratégies dirigées par des jeunes pour éduquer, communiquer et sensibiliser aux conséquences de la consommation excessive d'alcool et l'usage de drogues.
- Aider à déceler l'abus de substances, proposer un programme d'entraide et orienter vers des services de counseling, de traitement et de réadaptation.

### 4. Programme d'entraide :

- Soutenir les stratégies dirigées par des jeunes pour informer, communiquer et sensibiliser aux conséquences de la consommation excessive d'alcool et l'usage de drogues.

## **Jeunes gens quittant le système d'aide à l'enfance**

Les pupilles de l'État sont véritablement les enfants de la Province. L'obligation de prendre en charge les pupilles de l'État ne revient pas uniquement à une seule agence, voire à un seul ministère, mais elle appartient au gouvernement dans son ensemble. Le Bureau de l'intervenant provincial souhaite voir le jour où la question des pupilles de l'État se retrouve au sommet des préoccupations de chaque réunion du Cabinet ou de chaque rencontre de fonctionnaires. À l'instar de n'importe quel parent, dans toutes les décisions à prendre, les ministres ou les fonctionnaires devraient se demander : « quel impact aura cette décision sur mes enfants (pupilles de l'État), ou comment pourrait-elle avoir une influence positive sur mes enfants? »

### **La problématique**

De façon générale, on convient que les pupilles de l'État ne se réalisent pas pleinement. Leur faible scolarisation est souvent le résultat d'un manque de stabilité scolaire attribuable aux perturbations de nombreux placements, aux absences fréquentes de l'école et au manque de soutien. Les jeunes pris en charge par l'État ont souvent une année scolaire de retard au moins par rapport à leurs pairs **[15]**.

À l'âge de 18 ans, automatiquement les jeunes perdent leur statut de pupilles de l'État. Règle générale, les jeunes doivent alors quitter leur famille d'accueil ou foyer de groupe et se trouver une place où vivre de façon autonome. Les allocations consenties à un jeune de 18 ans sont beaucoup moins élevées que les allocations versées aux familles d'accueil. Ces jeunes doivent payer leur loyer et leurs factures avec des prestations qui les placent bien en dessous du seuil de pauvreté. Rien d'étonnant à ce compte-là que beaucoup de ces jeunes, déjà vulnérables, abandonnent leurs études secondaires, aient

du mal à garder un logement et se retrouvent éventuellement à l'aide sociale. Un rapport publié récemment révélait que 43 % des jeunes sans-abri avaient déjà eu affaire avec les services d'aide à l'enfance et que 68 % provenaient de familles d'accueil, de foyers de groupe ou de centres jeunesse [16].

Dans un rapport récent du ministère de l'Éducation et de l'Association des sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario, on peut lire que le taux de diplomation secondaire des pupilles de l'État est inférieur à la moitié de celui de la moyenne provinciale, laquelle était de 79 % en 2008-2009 [14]. Les pupilles de l'État prennent plus de temps à obtenir leur diplôme d'études secondaires que leurs pairs et cela étant, une plus grande stabilité leur serait d'un grand secours pour terminer avec succès leurs études.

#### L'histoire d'un enfant

Un jeune homme avait été pris en charge par l'État à l'âge de 6 ans. Il avait vécu dans quelques foyers jusqu'à son placement dans une famille d'accueil à 10 ans. Cette famille d'accueil était merveilleuse. On lui disait qu'on l'aimait. Éventuellement, il leur a dit qu'il les aimait aussi. À 18 ans, sa famille lui a appris qu'il devait partir. Ça ne lui était jamais passé par l'esprit. Il s'est dit : « Mais, quelle sorte de famille peut se comporter ainsi? Je leur ai dit 'je vous aime' ». Il a été forcé de se débrouiller seul. Il ne leur a plus jamais parlé après son départ. Il était tellement déprimé qu'il ne sait pas comment il a fait pour survivre. Aujourd'hui, il est inscrit à l'Université Ryerson en science informatique. Il fait sa première année et ne sait vraiment pas comment il fera pour réussir.

### **Transition de l'aide l'enfance à l'âge adulte**

Les sociétés d'aide à l'enfance (SAE) ont le pouvoir discrétionnaire d'autoriser des services de garde et d'entretien prolongés jusqu'à l'âge de 21 ans. Les allocations sont toutefois réduites. Quelles que soient les circonstances toutefois, l'affiliation du jeune avec une SAE se termine à 21 ans. Un échantillon de rapports publiés au cours des 20 dernières années a relevé les nombreux obstacles auxquels font face les jeunes qui tentent de vivre de façon autonome à un si jeune âge. Dans beaucoup de rapports, on recommande d'étendre les services de garde et d'entretien prolongés jusqu'à 24 ou 25 ans, pour offrir du soutien financier et personnel plus longtemps.

### **Les solutions**

Le Bureau de l'intervenant tient des rencontres avec les ministères, le secteur privé et des intervenants clés afin de déterminer comment chaque ministère pourrait intervenir pour que les résultats des pupilles de l'État et des jeunes qui quittent le système d'aide



à l'enfance soient meilleurs. Déjà, nous avons eu des réponses positives de certains ministères, notamment le ministère des Services gouvernementaux, le ministère de la Santé, qui examinent diverses mesures pour inclure les pupilles de l'État dans des programmes déjà établis. Dernièrement, l'Association des sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario a annoncé un projet pilote : d'anciens pupilles de l'État reçoivent des services de counseling par l'entremise de Warren Sheppell, un fournisseur de programmes d'aide aux employés auprès de beaucoup de sociétés d'aide à l'enfance. Cette bonne volonté et ces actions sont importantes, mais à moins d'introduire des changements systémiques dans le système d'aide à l'enfance, ces efforts risquent d'être gaspillés.

Le Bureau de l'intervenant en faveur des enfants et des jeunes de l'Ontario recommande au Comité permanent des finances et des affaires économiques de prévoir du financement pour ce qui suit :

1. Fixer des résultats/objectifs concrets pour les jeunes pris en charge, y compris tous les jeunes qui quittent le système d'aide à l'enfance :

- Diplôme d'études secondaires [17]
- Foyer permanent plutôt qu'un placement
- Statut permanent au Canada
- Cartes et documents d'identité personnels
- Sources de revenus
- Liens avec un adulte ou pair empathique

Tous les jeunes devraient avoir droit à des services de garde et d'entretien prolongés. On devrait faire passer l'âge maximum de 21 à 25 ans pour atteindre ces objectifs.

2. L'allocation versée à la famille d'accueil devrait être maintenue dans le cas où la famille d'accueil, le jeune et l'agence sont d'accord qu'il est dans l'intérêt supérieur du jeune de continuer à y vivre après l'âge de 18 ans.

3. Conformément aux recommandations du Groupe d'experts sur la fertilité, on devrait accorder aux familles adoptives des subventions postadoption et du soutien pour faciliter la permanence des foyers [18].

### **Action**

Toutes les décisions budgétaires prises par le ministre des Finances devraient être examinées sous la loupe ou la lentille de « pupille de l'État ». Le Comité permanent des finances et des affaires économiques peut concourir à ce processus en s'attendant de

chaque ministère qui lui soumet une demande budgétaire qu'il ait examiné la question « de quelle façon cette mesure peut-elle venir en aide à mes enfants (pupilles de l'État) ». Cette question doit être résolue avant même de se pencher sur quelque demande budgétaire que ce soit.

### **Conclusion**

Nous avons mis en relief trois volets préoccupants de la vie des enfants et des jeunes de la province dont il faut s'occuper en toute urgence. Les enfants qui ont des besoins spéciaux et leurs familles se débattent tous les jours face à des pressions énormes pour trouver des ressources. Ils méritent aussi que l'on s'intéresse à eux dans nos délibérations budgétaires. Il faut absolument que la Province se dote d'une stratégie intégrée englobant tous les enfants de manière à harmoniser les multiples stratégies, cadres politiques, tables interministérielles et approches des ministères pour consolider nos objectifs à l'égard de nos enfants et se donner les moyens de les atteindre.

## Bibliographie

### Santé mentale des enfants et des jeunes

- 1 Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. **Une responsabilité partagée**. Cadre stratégique ontarien des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes, 2006.
- 2 Commission de santé mentale du Canada. *Vers le rétablissement et le bien-être*, 2009.
- 3 Comité consultatif, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Every Door is the Right Door*, 2009.
- 4 Children's Mental Health Ontario. *Résumé des discussions entourant la politique de l'Ontario en matière de santé mentale chez les enfants et les jeunes*, sans date.
- 5 Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. *Mise en œuvre de la politique Une responsabilité partagée* (résultats de correspondance), 2009.
- 6 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. **Respect, rétablissement, résilience : Recommandations pour la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances de l'Ontario**, 2010.
- 7 Simon Davidson, CSMC et CHEO. Interview à l'émission **The Current**, à la radio de CBC, 7 janvier 2011.
- 8 Association canadienne pour la santé mentale – Ontario. Site web : [www.ontario.cmha.ca](http://www.ontario.cmha.ca)
- 9 Commission de santé mentale du Canada. **DE L'OMBRE À LA LUMIÈRE** *La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, 2006.
- 10 Jacobs, P., Yim, R., Ohinmaa, A., Eng, K., Dewa, C. S., Bland, R., Block, R., Slomp, M. Expenditures on mental health and addictions for Canadian provinces in 2003/4, *Canadian Journal of Psychiatry*, 53 (5), 306-313. (2008)
- 11 Discussion en table ronde à l'émission **The Agenda**, sur TVO, 7 janvier 2011.
- 12 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Temps d'attente en Ontario. Site web : [www.waittimes.net](http://www.waittimes.net)

### Santé mentale et soutien pour contrer les dépendances chez les élèves autochtones

- 13 The Regional Multicultural Youth Council. *Reserved And Lost (Traumatisme dont sont victimes les enfants et les jeunes Autochtones sur les réserves et hors réserves)*, 2010

## Les jeunes qui quittent le système d'aide à l'enfance

- 14 Association des Sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario **Gateway to Success 2<sup>e</sup> cycle**, 2010
- 15 Linda Manser, National Youth In Care Network. *Enhancing Academic Success of Youth in Care: A Research Brief*, 2007
- 16 Homefree Non-Profit Corporation. *Helping Youth Leaving Child Welfare Care Succeed: Housing Needs and Solutions*, 2009
- 17 Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. *Réaliser le potentiel de nos enfants, de nos jeunes et de notre avenir*, 2008.
- 18 Comité d'experts en matière de fertilité et d'adoption (2009). *Faire croître l'espoir*. Rapport soumis au gouvernement de l'Ontario.

## **Annexe A :**

### **Chronologie des rapports, des recommandations et des plans afférents à la réforme des services de santé mentale en Ontario**

Les politiques en matière de santé mentale en Ontario sont passées d'un système articulé autour de l'institutionnalisation des personnes atteintes de maladies mentales à un système axé sur des services efficaces et accessibles fournis dans la collectivité. On dit souvent de cette nouvelle orientation stratégique correspond à la réforme du système de santé mentale en Ontario.

Depuis 25 ans, vingt rapports sur la réforme des services de santé mentale ont été publiés en Ontario. Tous ont appuyé sans réserve le principe de faire sortir les services de santé mentale des hôpitaux psychiatriques pour les fournir dans la collectivité, là où les personnes atteintes peuvent recevoir les services dont elles ont besoin et quand elles en ont besoin.

(Compilation par l'Association canadienne pour la santé mentale – Ontario; mise à jour par le Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes de l'Ontario)

#### **Chronologie – Rapports choisis**

- 1983** *Schéma directeur pour des politiques et programmes de soins aux malades mentaux* (rapport Heseltine)  
Le but premier du rapport était d'appuyer la création d'un réseau continu de services pour que les personnes atteintes de maladie mentale puissent recevoir les soins appropriés dans leur milieu.
- 1988** *Building Community Support for People: A Plan for Mental Health in Ontario* (Graham Report)  
Le rapport fut déposé dans la foulée d'une série de consultations. Il recommandait de prioriser les services aux personnes atteintes de maladies mentales graves. Le rapport proposait un plan pour la création et la mise en œuvre d'un système communautaire intégré de services de santé mentale.
- 1993** *Putting People First: The Reform of Mental Health Services in Ontario*  
Ce rapport appuyait le rapport Graham (1988) et proposait un plan de réforme du système de santé mentale en Ontario sur dix ans, basé sur une vision et des valeurs communes. Il confirmait aussi la nécessité de prioriser les services aux personnes atteintes de maladies mentales graves et indiquait que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait viser à affecter 60 % de l'enveloppe des soins de santé mentale aux organismes et services communautaires et 40 % aux services dans les hôpitaux d'ici 2003; ce qui avait pour effet de renverser le rapport existant.
- 1994** *Implementation Planning Guidelines for Mental Health Reform*  
Ce rapport précisait le mandat des conseils régionaux de santé et leur rôle dans le cadre de la réforme des services de santé mentale et des recommandations du rapport *Putting People First* (1993).
- 1996** *Recommandations des conseils régionaux de santé*

- En s'appuyant sur le rapport *Putting People First* (1993) et dans la foulée des engagements de 1994, les conseils régionaux de santé recommandaient la coordination des services communautaires en matière de santé mentale par des réseaux conjoints, des agences responsables, des protocoles communs, des outils d'évaluation et des suivis; on recommandait aussi des points d'accès clairs au système, des modes de prestation de services s'inspirant des meilleures pratiques dans le domaine et un éventail de services y compris la gestion de cas.
- 1998** *L'an 2000 et au-delà : consolider le réseau de santé mentale de l'Ontario.*  
Ce rapport était le résultat d'une consultation menée par le député provincial Dan Newman, qui était à ce moment-là l'adjoint parlementaire du ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Le gouvernement reprenait à son propre compte l'importance accordée aux services communautaires en matière de santé mentale dans le rapport *Putting People First* (1993). Mais le rapport Newman soulignait qu'après cinq ans, on ne disposait toujours pas du financement requis pour mettre en œuvre la réforme attendue.
- 1999** *Bâtir un réseau communautaire de services de santé mentale en Ontario : rapport de la Commission de restructuration des services de santé*  
Dans ses recommandations au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, la Commission de restructuration des services de santé (CRSS) de l'Ontario recommandait de transférer la responsabilité des neuf hôpitaux psychiatriques de la province aux hôpitaux publics. Elle recommandait d'accorder du financement de transition pour s'assurer de mettre sur pied les services avant de fermer des lits; elle évaluait qu'il faudrait de 83 à 87 M\$ pour la transition, le temps de réaliser les économies générées par la fermeture de lits.
- 1999** *Franchir les étapes : plan de mise en œuvre continue de la réforme du système de santé mentale.*  
Ce rapport présente la stratégie du ministère « d'augmenter la capacité du système à offrir un éventail complet et intégré de services de traitement, de réadaptation et de soutien, mettant l'accent sur les services communautaires ». Il fournissait des lignes directrices pour les investissements stratégiques au cours des trois années suivantes et le gouvernement s'engageait à protéger le financement en santé mentale. Le gouvernement s'engageait également à investir dans les services communautaires de santé mentale avant la fermeture des hôpitaux psychiatriques de la province de manière à ce que les services appropriés existent pour les personnes à leur sortie de l'hôpital. Aussi, il promettait de « poursuivre ses investissements et ses réaffectations dans les services de santé mentale afin d'en appuyer la réforme et de renforcer le système ». Le rapport indiquait aussi qu'on procéderait en 2002 à une révision du plan de mise en œuvre afin « de voir s'il y a lieu de modifier ses stratégies et son financement ».
- 2000** *Santé mentale – Prochaines étapes: consolider le réseau de santé mentale de l'Ontario:*  
Il s'agit d'un bref rapport sur le processus de consultation entourant les amendements législatifs proposés à la *Loi sur la santé mentale* et la *Loi sur le consentement aux soins de santé*. Le rapport indique que les amendements législatifs proposés « assureront la prestation de soins et de traitements aux personnes atteintes de troubles mentaux graves au sein d'un système communautaire ».

**2000** *La clé du succès : cadre stratégique en matière de soutien à l'emploi*  
Ce rapport traite de la problématique du soutien à l'emploi et formule d'autres recommandations sur des questions insuffisamment traitées dans le plan de mise en œuvre initial décrit dans *Putting People First* (1993). Le but était d'élaborer une réponse coordonnée à l'échelle provinciale et fédérale et dans le secteur des affaires en matière de revenu et de soutien à l'emploi.

**2001** *Les étapes à franchir : cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes*  
Ce document complète le rapport: *Les étapes à franchir: plan de mise en œuvre continue de la réforme du système de santé mentale* (1999). On y définit le cadre de la réforme du système de santé mentale. On s'engage à inclure un éventail continu de services pour les personnes atteintes de maladies mentales : services de première ligne, spécialisés et intensifs. Ici encore, le gouvernement réaffirmait son engagement à investir dans des services communautaires de santé mentale pour diminuer les pressions résultant de la fermeture des hôpitaux psychiatriques

**2002/3** *Rapports des groupes d'études sur la mise en œuvre de la réforme du système des services de santé mentale*  
Des groupes d'études sur la mise en œuvre de la réforme du système de services de santé mentale ont été conviés en 1999 pour formuler des recommandations et conseiller le ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur la question. Sur une période de trois ans, ces groupes d'étude ont consulté des milliers de personnes œuvrant en santé mentale. En s'appuyant sur ces consultations, les groupes d'étude ont rédigé neuf rapports régionaux sur la mise en œuvre de la réforme. Dans le rapport final du Forum provincial des présidents des groupes d'étude, on retrouve les thématiques suivantes :

- Adopter le principe de rétablissement en plaçant le client au centre du système
- Créer des partenariats et des liens clés avec d'autres services de soutien dans les secteurs de la santé, des services sociaux et de la justice
- Mettre en place un système régional de prises de décisions pour améliorer les systèmes locaux de prestation de services
- Intégrer le système des pairs au système de santé mentale
- Augmenter le soutien aux familles des personnes qui vivent avec une maladie mentale
- Offrir des logements sûrs et abordables
- Insister sur l'intervention et le traitement précoces
- Renforcer le soutien à l'emploi
- Offrir des programmes de soutien au revenu
- Améliorer la responsabilisation au sein du système, les normes de rendement et les systèmes d'information
- Nommer une équipe provinciale qui veillera à ce que la réforme des services de santé mentale continue à figurer à l'ordre du jour provincial.

**2006** *Une responsabilité partagée: cadre stratégique des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes*  
Préparé par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, ce document décrit la vision de l'Ontario en matière de santé mentale des enfants et des jeunes. On y définit

une gamme de services et de soutien basés sur les besoins; on met l'accent sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie et l'intervention précoce; on prône l'adoption de normes provinciales; et on souligne le besoin de coordination et de collaboration dans l'ensemble des collectivités et à l'échelle du gouvernement.

**2008** *Réaliser le potentiel de nos enfants, de nos jeunes et de notre avenir – cadre stratégique 2008 – 2012, ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse*

Le MSEJ définit des objectifs pour améliorer les résultats des enfants et des jeunes et l'expérience des enfants, des jeunes et des familles qui reçoivent des services du MSEJ, y compris des services de santé mentale.

**2009** *Every Door is the Right Door*

Il s'agit d'un document de travail préparé par le Groupe consultatif de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances aux fins d'une consultation publique en vue de l'élaboration d'une nouvelle stratégie provinciale sur la santé mentale et la lutte contre les dépendances étalée sur dix ans.

**2010** *Sur le chemin du mieux-être : le plan d'action compréhensif sur la santé mentale et les dépendances à l'intention des Ontariens et Ontariennes*

Il s'agit du rapport final du Comité spécial de la santé mentale et des dépendances. On y formule plusieurs recommandations sur les services essentiels et les questions de justice. C'est un vigoureux appel à l'action et au déploiement d'une stratégie.

**2010** *Respect, rétablissement, résilience: Recommandations pour la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances de l'Ontario, 2010.*

Préparé par le Groupe consultatif nommé par le ministre pour conseiller le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, il s'agit d'un suivi du document de travail de 2009. En s'appuyant sur une approche globale, on y décrit une stratégie sur dix ans en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Les objectifs sont :

- Améliorer la santé mentale et le bien-être de tous les Ontariens.
- Éradiquer les préjugés et la discrimination.
- Créer des collectivités saines, résilientes et inclusives.
- Reconnaître les problèmes sans tarder et intervenir adéquatement.
- Fournir des soins et des services opportuns, de qualité, intégrés et axés sur la personne.



## **Annexe B:**

### **Chronologie des rapports et des recommandations portant sur la transition du système d'aide à l'enfance au monde adulte**

La transition de l'univers de l'aide à l'enfance au monde adulte a fait l'objet de beaucoup d'études et d'examen au cours des vingt dernières années. On a souligné que les jeunes quittant les systèmes d'aide à l'enfance en Ontario, au Canada et à l'étranger font face à des obstacles similaires. Diverses solutions ont été présentées, mais le besoin de soutien accru et sur une plus longue période demeure constant.

#### **Chronologie – rapports choisis**

- 1988** Raychaba, B. *To Be On Our Own With No Direction From Home*. National Youth in Care Network
- 1994** Inglehart, A. P. Adolescents in foster care: Predicting readiness for independent living, *Children and Youth Services Review*, 16 (3/4), 159-169.
- 1996** Martin, F. *Tales of Transition: Leaving Public Care*, *Youth in Transition: Perspectives on Research and Policy*, Thompson Educational Publishing, Toronto
- 2000** Working Group of the Children's Aid Society of Toronto. *Improving the Outcomes For Youth in Transition From Care*
- 2005** Tweddle, A. *Modernizing Income Security for Working Age Adults Project: Youth Leaving Care – How Do They Fare?* Briefing Paper Laidlaw Foundation
- 2005** Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. Transformation du bien-être de l'enfance de 2005 : Plan stratégique pour un modèle de prestation des services souple, viable et fondé sur les résultats.
- 2006** Bureau de la protectrice des enfants, Manitoba. *Strengthening Our Youth: Their Journey to Competence and Independence*.
- 2010** Stapleton J. et Tweddle A. ***Not so Easy to Navigate*** A Report on the Complex Array of Income Security Programs and Educational Planning for Children in Care in Ontario.