

# Connexions et déconnexion :

Rapport sur la condition des jeunes à risque et des jeunes qui ont des besoins très complexes au Nouveau-Brunswick



Ombudsman

Défenseur  
des enfants et de la jeunesse



« En tant que défenseur des enfants et de la jeunesse, j'hésite à accorder plus d'importance à une recommandation qu'à une autre dans ce rapport. Selon moi, bon nombre des solutions proposées sont des éléments cruciaux d'un plan destiné à permettre au gouvernement provincial d'aller de l'avant dans son projet, soit de s'assurer que le bien-être des enfants passe avant tout. Cependant, comme point de départ, il serait opportun de fixer une limite et d'affirmer que nous allons arrêter de laisser le système judiciaire pénal pour les jeunes payer les pots cassés et être la solution provisoire pour nos défauts historiques dans le domaine des services de santé mentale s'adressant aux enfants et à la jeunesse. La raison de cette mise en évidence est évidemment l'ampleur de notre erreur, qui a permis à la situation actuelle de se poursuivre pendant tout ce temps. Ce n'est pas simplement une question de concevoir des solutions de santé mentale pour les patients en santé mentale, car, en toute honnêteté, cela est plus logique que de les traiter comme des criminels. Le problème, c'est que, lorsque nous faisons du système judiciaire pénal pour les jeunes notre solution par défaut pour les enfants qui ont des besoins complexes, nous mettons délibérément les jeunes enfants vulnérables en danger. L'approche est si fondamentalement contraire aux valeurs canadiennes que le Canadien moyen serait stupéfait d'apprendre que cela arrive aussi couramment. »

**Bernard Richard, Connexions et déconnexion, 2007, p. 57**

### **Équipe d'enquête**

*Enquêteur principal et conseiller juridique*

**Christian Whalen**

*Enquêteuse principale et travailleuse sociale*

**Francine Cantin**

*Enquêteurs et chercheurs*

**Jessica Albert**

**Mélanie Allain**

**Jennifer Daigle**

**Anne Doyle**

**François Levert**

**Caroline Lirette**

**Luke MacAulay**

**Jennifer Murray**

**Carrie Roth**

*Examineurs*

**Steve Gilliland**

**Julian Walker**

*Photo de la couverture : Au début de l'hiver de 2007, un jeune du Nouveau-Brunswick est parti de chez lui et s'est retrouvé dans la rue à la recherche d'un abri au milieu de l'hiver. Il a trouvé refuge dans une maison abandonnée. En mars de la même année, la maison a été détruite par une lampe au kérosène utilisée pour de l'éclairage et de la chaleur. Heureusement, personne n'est décédé.*

**Connexions et déconnexion :  
Rapport sur la condition des jeunes à risque et  
des jeunes qui ont des besoins très complexes au Nouveau-Brunswick**

Rapport de l'ombudsman et du défenseur des enfants et  
de la jeunesse

Bernard Richard  
Ombudsman et défenseur des enfants et de la jeunesse au Nouveau-Brunswick  
Janvier 2008

**Connexions et déconnexion :  
Rapport sur la condition des jeunes à  
risque et des jeunes qui ont des besoins  
très complexes au Nouveau-Brunswick**

**Publié par :**  
Bureau de l'Ombudsman  
Province du Nouveau-Brunswick  
Case postale 6000  
Fredericton (Nouveau-Brunswick)  
E3B 5H1  
Canada

janvier 2008

ISBN 978-1-55471-074-4

Imprimé au Nouveau-Brunswick

**Table des matières :**

	Page
<b>Résumé.....</b>	<b>1</b>
<b>Aperçu.....</b>	<b>4</b>
<b>L'histoire de Jasmine.....</b>	<b>7</b>
<b>Méthodologie d'enquête.....</b>	<b>19</b>
<b>Chapitre 1 – Orientation et responsabilisation politiques : <i>L'histoire de Gabriel</i>.....</b>	<b>22</b>
<b>Chapitre 2 – Intégration des services : <i>L'histoire de William</i>.....</b>	<b>33</b>
<b>Chapitre 3 – Établissements de soins communautaires : <i>L'histoire de Jacob</i>.....</b>	<b>43</b>
<b>Chapitre 4 – Décriminalisation des jeunes qui souffrent de troubles de la santé mentale : <i>L'histoire de Nicholas</i> .....</b>	<b>54</b>
<b>Chapitre 5 – Adaptation des services éducatifs pour les jeunes ayant des besoins complexes : <i>L'histoire de Benjamin</i>.....</b>	<b>70</b>
<b>Chapitre 6 – Soutien aux familles des jeunes à risque et des enfants et des jeunes ayant des besoins complexes : <i>L'histoire de Samuel</i>.....</b>	<b>82</b>
<b>Chapitre 7 – Comblent l'écart : Discrimination fondée sur l'âge dans les services aux jeunes.....</b>	<b>93</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>99</b>
<b>Annexe I – Condensé des recommandations .....</b>	<b>103</b>
<b>Annexe II – Intervenants consultés .....</b>	<b>117</b>
<b>Annexe III – Diagramme d'intégration des cas complexes.....</b>	<b>118</b>
<b>Annexe IV – Références bibliographiques.....</b>	<b>119</b>

## Résumé

L'ombudsman et défenseur des enfants et de la jeunesse présente un rapport à l'Assemblée législative, à la suite de son enquête au sujet des jeunes à risque et des jeunes ayant des besoins très complexes. L'enquête a débuté en février 2006, mais l'ombudsman ne s'est pas vu accorder l'accès aux dossiers afin de mener l'enquête avant le début de l'année 2007. Le rapport comprend un examen de sept dossiers de plaintes individuelles relatives aux jeunes ayant des besoins très complexes et il énonce 48 recommandations à l'intention du gouvernement. L'ombudsman et défenseur des enfants et de la jeunesse s'est engagé à examiner ces recommandations avec le gouvernement dans un an pour mesurer les progrès réalisés. Le rapport et les recommandations sont divisés en sept domaines et thèmes généraux. Toutes visent à améliorer les services aux enfants et à la jeunesse dans la province du Nouveau-Brunswick.

La première série de recommandations vise à créer des conditions permettant une meilleure orientation et responsabilisation politiques en matière de bien-être à l'enfance. Ces recommandations sont divisées en trois parties. D'abord, celles qui ont trait à la propre fonction de surveillance du défenseur des enfants et de la jeunesse exigent un accès opportun aux dossiers de jeunes contrevenants et de protection de l'enfance, une présence et un défenseur plus actifs pour les enfants se trouvant dans des foyers de groupe et recevant des soins en établissement, ainsi qu'un accent plus marqué sur la surveillance régulière par le défenseur des services de bien-être à l'enfance. La recommandation clé porte sur la direction du Cabinet. Elle exige la nomination d'un ministre des services à l'enfance et à la jeunesse disposant d'un mandat législatif lui permettant de coordonner et d'intégrer les services aux enfants et aux jeunes à l'échelle de tous les ministères gouvernementaux. Le rapport préconise également une augmentation de la vigilance de la part de la société civile quant aux affaires de bien-être à l'enfance.

Le deuxième thème général comprend des recommandations visant l'intégration des services. Le rapport recommande que le ministre des services à l'enfance et à la jeunesse dispose d'un pouvoir législatif pour négocier les différends entre les ministères et les organismes au sujet du paiement des services et pour faciliter le partage de l'information entre les autorités publiques au sujet des enfants et des jeunes recevant des services. Des étapes opérationnelles et législatives sont recommandées pour améliorer la circulation des renseignements et une étude supplémentaire est recommandée en vue d'établir un système de gestion conjointe des dossiers électroniques pour les enfants et les jeunes dans le besoin. Enfin, on incite le gouvernement à instaurer des systèmes améliorés de renseignements en santé publique pour guider les familles des enfants dans le besoin.

La troisième série de recommandations porte sur l'offre d'établissements de soins communautaires. Le rapport prévoit l'établissement de deux centres d'excellence dans la province. Le premier serait consacré à la recherche et à l'offre de services aux enfants ayant des besoins très complexes, y compris l'établissement d'une capacité résidentielle communautaire pour ces jeunes; le second centre d'excellence, situé dans une autre collectivité du Nouveau-Brunswick, se concentrerait sur la catégorie plus large des jeunes à risque pour développer des interventions communautaires pour eux et en faire l'essai.

Le rapport préconise également un financement de base stable des maisons de transition pour les jeunes et un soutien des programmes ayant pour but de recruter et d'embaucher un personnel spécialisé dans ces maisons, de rehausser les salaires, la formation et le soutien clinique du personnel des foyers de groupe et des maisons de transition pour les jeunes, en vue de faire du système de santé mentale le premier intervenant en cas de crise, plutôt que d'impliquer le système de sécurité publique. Ces recommandations encouragent le gouvernement à redoubler d'efforts pour fournir des services axés sur l'enfant ainsi qu'une continuité des soins, afin de développer des relations stables avec les jeunes à risque et les jeunes ayant des besoins complexes. La participation et la direction des régies régionales de la santé (RRS) sont jugées essentielles pour la mise en œuvre de ces initiatives.

Le quatrième thème général, qui est au centre de l'ensemble de ce rapport et réclame la décriminalisation des jeunes souffrant de troubles mentaux. Il recommande des services psychiatriques pour les enfants et les adolescents dans toutes les RRS, y compris le recrutement et le maintien en poste de psychiatres et de psychologues spécialisés et d'autres professionnels de la santé, ainsi que l'augmentation de la responsabilité des RRS pour les soins après le congé des jeunes patients souffrant de troubles importants de santé mentale. Le rapport recommande également d'approfondir la recherche sur l'utilisation et les avantages de la pharmacothérapie avec des psychotropes pour les enfants et de mettre en œuvre une mesure pour s'assurer que les enfants qui bénéficient de soins et les jeunes sous garde poursuivent leur médication telle qu'elle est prescrite par leurs médecins traitants. Il recommande de plus que le Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick redouble d'efforts pour informer les jeunes de leurs droits et recours lorsqu'ils sont placés en détention, qu'il cesse immédiatement ses pratiques de contraintes menottées et de fouille à nu sur des jeunes souffrant de troubles mentaux lorsqu'ils sont placés en isolation jusqu'à la réalisation d'une étude de toutes ses pratiques en rapport avec l'utilisation des protocoles d'isolation et de transfert pour ces personnes.

Le rapport propose ensuite des recommandations dans le domaine des services éducatifs et suggère que le ministère de l'Éducation réitère ses efforts pour engager et impliquer les services de santé publique et les services de bien-être à l'enfance ainsi que des agents de la sécurité publique dans des approches multidisciplinaires vis-à-vis de l'inclusion scolaire. Cet objectif pourrait être atteint grâce à l'utilisation et au développement du Programme de traitement pour les jeunes, par l'instauration d'une Commission de l'enseignement spécial pour les jeunes ayant des besoins complexes, par l'augmentation de l'offre des services éducatifs dans des milieux différents autres que la salle de classe et par le développement de programmes pilotes, comme l'enseignement en plein air, l'enseignement par les arts et les programmes de formation professionnelle, à titre de variantes à la salle de classe traditionnelle. Enfin, il est recommandé que le ministre des services à l'enfance et à la jeunesse coordonne les efforts en matière de formation multidisciplinaire pour les enseignants, pour d'autres employés en classe, pour les employés en santé mentale et pour les employés des services de bien-être à l'enfance, ce qui permettrait d'intégrer et de coordonner davantage la prestation de services.

Le rapport encourage ensuite le gouvernement à prendre des mesures pour soutenir les familles des jeunes à risque et d'enfants et de jeunes ayant des besoins complexes. Il recommande l'établissement d'équipes mobiles en cas de crise pour intervenir lors des urgences au domicile familial, la mise en place de lignes directrices pour favoriser et pousser à opter pour les interventions dans le milieu familial plutôt que pour les choix de placement résidentiel. Il prescrit une amélioration de l'aide aux familles après le diagnostic, en collaboration avec des intervenants de la collectivité, une amélioration de l'attention portée à la continuité des soins et des soins permanents pour les enfants ayant des besoins très complexes, ainsi qu'un perfectionnement des mécanismes pour favoriser les relations familiales après le placement en dehors du foyer.

Le rapport est clôturé par un chapitre exhortant le gouvernement à l'élimination de la discrimination dans les services à la jeunesse grâce à des amendements à la *Loi sur les services à la famille* qui supprimerait les lacunes dans les services aux enfants âgés de 16 à 19 ans.



## Aperçu

Il y a peu de choses dans la vie que nous chérissons plus que nos enfants. Nos vies se consomment avec les efforts que nous faisons pour fonder un bon foyer et fournir à nos enfants ce qu'il y a de mieux dans la vie. En tant que société, nous accordons de la valeur aux investissements que nous faisons dans les enfants et la jeunesse. Le Nouveau-Brunswick a été parmi les premières juridictions dans le monde à créer un ministère des familles. Nos lois et notre discours politique sont remplis de références qui mettent l'accent sur les intérêts de l'enfant, sur l'éducation accessible à tous, sur le besoin de fonder un bon foyer pour nos enfants, pour améliorer les investissements dans les services à la petite enfance.

Étant donné le discours et l'engagement fondé sur des principes envers les enfants et les jeunes, on penserait bien trouver dans le champ une affirmation universelle de ces objectifs, ainsi que des solutions de prestation de services pour chaque cas d'enfants dans le besoin. Néanmoins, regardons la vérité en face.

Au cours de mon mandat en tant qu'ombudsman et au cours de l'année dernière en tant que défenseur des enfants et de la jeunesse dans cette province, l'une de mes priorités constantes a été d'améliorer le niveau des services aux enfants et à la jeunesse. Dans mes premiers rapports d'enquête systémique en tant que défenseur des enfants et de la jeunesse, je voulais me concentrer complètement sur les secteurs les plus démunis. Les plaintes à l'égard de mon bureau étaient les suivantes : 1) les lacunes dans les services, en général pour la jeunesse au Nouveau-Brunswick, en particulier les jeunes âgés entre 16 et 19 ans, et 2) le manque de services et de coordination d'efforts pour satisfaire les besoins des enfants et des jeunes qui ont des besoins très complexes.

Un de nos anciens premiers ministres, Pierre Elliott Trudeau, nous a rappelé souvent que la vraie mesure de toute démocratie était la manière dont la majorité traite ses minorités discrètes. Entre les silencieux et les anonymes qui sont parmi nous se trouvent les enfants et les jeunes dont les histoires sont racontées dans les extraits de ce rapport. Cette province ne peut tout simplement pas se permettre de se reposer sur ses lauriers ou sur le succès rencontré par son programme de services d'adoption, ou de se vanter de son leadership dans les domaines de l'intégration et de l'inclusion scolaire. Ce rapport est bien trop rempli de comptes rendus d'enfants laissés de côté. Ils sont oubliés à cause de leur âge. Ils sont oubliés à cause de leur niveau d'aptitude. Ils sont marginalisés à cause de leurs problèmes comportementaux et de santé mentale. Ils sont souvent abandonnés, car ils sont si difficiles à aimer.

Cependant, presque tous les jours, leur humanité et leur vulnérabilité peuvent toucher les plus forts d'entre nous.

Si notre objectif en tant que société est de devenir vraiment autonome, alors nous ne pouvons pas nous permettre de courir à toute allure sans nous assurer que nous sommes tous ensemble dans la course. Toute démarche d'autosuffisance en tant que société doit prendre en compte la mesure dans laquelle l'État égalise les règles du jeu et offre les

besoins fondamentaux et l'égalité des chances aux plus démunis. Mon enquête relative aux plaintes des parents analysées ci-dessous m'a convaincu du long chemin qu'il nous reste à parcourir pour atteindre le programme d'égalité des chances. À mesure que nous bâtissons sur ces fondations et que nous allons au-delà, vers l'autosuffisance, nous ne pouvons pas nous permettre de progresser sur un front au détriment de l'autre front.

Selon moi, les défis auxquels les jeunes Néo-Brunswickois font face en général en ce moment, tout particulièrement les enfants et les jeunes qui ont des besoins complexes, sont si difficiles que j'ai pris des dispositions sans précédent en exhortant tous les membres de l'Assemblée législative à collaborer en vue de mettre en œuvre les recommandations dont il est question dans ce rapport, en présentant ce rapport à l'Assemblée. La *Loi sur l'Ombudsman*, ainsi que certains amendements à la *Loi sur le Défenseur des enfants et de la jeunesse*, permettent que pour certaines recommandations qui ont échappé pendant trop longtemps à l'attention urgente du gouvernement, l'ombudsman puisse présenter son rapport et ses recommandations à l'Assemblée. En général, ce processus est la sanction définitive de l'ombudsman, et à ma connaissance, aucun de mes prédécesseurs dans ce bureau n'a jamais pris cette dernière mesure dans le processus de l'ombudsman. Cependant, ces recommandations vont au cœur de la question et cela prendra un certain temps pour qu'elles soient mises en œuvre. Le rapport, selon moi, mérite un degré d'attention élevé et la coopération et la participation de nos représentants élus de tous les côtés de la Chambre. Dès lors, j'ai décidé de présenter ce rapport spécial à l'Assemblée en vue de réexaminer chacune des recommandations avec le gouvernement à l'intérieur de la prochaine année.

Tout au long de cette très longue enquête, moi, ainsi que les membres de mon équipe qui participent à cet effort, avons été frappés à la fois par le courage et par le désespoir des parents d'enfants et de jeunes ayant des besoins complexes qui ont demandé de l'aide auprès de ce bureau. En tant que défenseur et ombudsman, je ne dispose que d'un pouvoir de recommandation. Pour souligner les recommandations émises dans ce rapport, je sentais que je ne pouvais pas faire mieux que de faire entendre les voix des parents et des jeunes dont les histoires ont résonné si profondément en moi.

Le volume de ce rapport est dès lors un exposé graphique des défis et du manque de services et du manque de coordination d'efforts auxquels se heurtent les jeunes et les parents qui se sont plaints auprès de moi. À tous les égards significatifs, ces extraits sont les histoires des jeunes eux-mêmes telles que racontées par leurs parents et par leurs êtres chers. Mes enquêteurs ont entendu ces récits et ils les ont comparé aux dossiers volumineux dévoilés par les ministères et les organismes gouvernementaux pour examiner leur véracité, mais les histoires demeurent celles des parents eux-mêmes et les impressions demeurent celles que les efforts du gouvernement leur ont laissé. Fort longuement, j'ai eu du mal à me résoudre à remplacer tous les noms des jeunes présentés dans le rapport par des noms fictifs qui protégeraient leur identité. Je me demandais si cela était plus respectueux envers la dignité humaine de chaque jeune concerné ainsi que de sa famille de les désigner par leur nom et qu'ils témoignent de leur histoire publiquement, ou de masquer leur identité. Au bout du compte, j'ai décidé de laisser ce choix aux jeunes et à leurs parents eux-mêmes, en admettant que par égard pour ce

rapport, qui restera un dossier public, leur intimité sera peut-être mieux gardée par l'utilisation de noms d'emprunt tout au long du texte.

Les extraits de ces jeunes personnes sont disposés de manière à illustrer les différents chapitres de ce rapport. Chaque chapitre commence par le profil d'un jeune et les recommandations pour améliorer ce cas particulier suivent. Les recommandations pour les améliorations à apporter sont regroupées en fonction des sujets principaux suivants du rapport : augmentation de l'orientation et de la responsabilisation politiques; intégration des services; amélioration de l'offre des services de soins en établissement; décriminalisation de la conduite des jeunes qui souffrent de troubles de santé mentale; offre de services éducatifs faits sur mesure pour les jeunes ayant des besoins complexes; soutien aux familles des jeunes à risque et des jeunes ayant des besoins complexes. Je termine par un chapitre centré sur les lacunes dans les services aux enfants âgés de 16 à 19 ans.

Je débute par un examen de la méthodologie de notre enquête et je fais des commentaires sur les difficultés relatives aux procédures que nous avons rencontrées et qui, je crois, méritent d'être mentionnées. J'établis ensuite un lien entre les histoires de Gabriel, William, Jacob, Nicholas, Benjamin et Samuel et les six domaines principaux de recommandations présentées. Finalement, je termine par une récapitulation des recommandations. Toutefois, afin de permettre au lecteur de se situer, je commence par l'histoire où mon enquête a débuté : l'histoire de Jasmine.

*Née le plus beau jour de sa vie*

*Même l'angélu n'a pas réussi à étouffer le premier cri de Radegonde.*

*Ouààà!*

*Et la cloche a répondu : Et Verbum Caro Factum est.*

...

*La cloche hurle. Radi hurle, c'est à qui enterrera l'autre. Puis de tous les côtés c'est des guidi-guidi et des chatouilles sous le menton, regardez on jurerait qu'elle comprend! Elle n'a pas crié de peur, elle a sonné avec les cloches, des pieds et des poings, et s'est annoncée elle-même en plein midi.*

*Le plus beau jour de sa vie.*

Extrait d'un texte inédit d'Antonine Maillet,  
Publié en sérigraphie le 23 avril 1990  
Papeterie Saint-Gilles, Charlevoix, Québec

### ***L'histoire de Jasmine***

La mère de Jasmine, comme tous les parents mentionnés dans ce rapport, a appelé à l'aide le Bureau de l'Ombudsman, après avoir frappé à toutes les portes qu'elle pouvait. Mes enquêteurs l'ont rencontrée plus d'une fois et, chaque fois, son récit de l'histoire de Jasmine était détaillé, précis et complet. Elle l'a racontée souvent. Les étudiants en travail social et en psychologie clinique s'étonnent souvent des soignants qui peuvent donner des comptes rendus si parfaits des antécédents sociaux ou médicaux des personnes dont ils ont la garde. Malheureusement, si l'histoire est si bien récitée, ce n'est là qu'un testament des tentatives infructueuses effectuées par chaque système – éducatif, médical, social, juridique et pénal – pour répondre aux besoins de Jasmine.

Inévitablement, l'histoire de cette mère a commencé avec sa grossesse et le processus d'accouchement. Les histoires des familles narrées ici ont un point commun avec tant de nos histoires prises séparément : un commencement heureux rempli d'espoirs et d'attentes. Dans certains cas, ces jours heureux sont éphémères et peu nombreux, puisque le cercle familial est englouti par la spirale de la maladie, de l'isolation, des sarcasmes, des mauvais traitements, des problèmes scolaires ou des problèmes avec la loi, comme cela peut arriver avec des enfants souffrant de troubles oppositionnels avec provocation ou avec certains enfants autistes. Dans d'autres cas, les problèmes de santé mentale ne font surface ou ne deviennent accablants que vers le milieu ou la fin de l'adolescence, et l'enfance se déroule allègrement, comme cela peut arriver avec la schizophrénie ou avec des formes plus bénignes du syndrome d'Asperger. Néanmoins, du point de vue des parents, les sentiments de perte et de souffrance lorsqu'ils regardent la bataille de leur enfant contre ses problèmes de santé mentale sont douloureux et persistants, peu importe à quel moment la maladie s'est déclarée.

On a diagnostiqué une schizophrénie chronique chez Jasmine. En règle générale, on pouvait s'attendre à ce que les problèmes de santé mentale de Jasmine fassent surface beaucoup plus tard, mais son histoire est exceptionnelle sous ce rapport et cela peut contribuer à expliquer la raison pour laquelle les interventions précoces étaient si inefficaces et pourquoi son cas reste aussi troublant.

L'enfance de Jasmine est semblable à celle de la plupart des autres enfants. Elle est née naturellement sans aucune complication et elle semble se développer normalement, elle marche et parle aux stades appropriés. Toutefois, vers l'âge de 2 ou 3 ans, sa mère remarque qu'elle est nerveuse. Sa mère l'élève seule. Jasmine a constamment besoin de quelqu'un près d'elle et elle éprouve des difficultés à s'amuser seule. Elle dort aussi beaucoup. Lorsqu'elle était jeune, Jasmine a vécu avec sa grand-mère durant plusieurs semaines et elle s'est plutôt attachée à elle. À l'âge de 4 et 5 ans, elle est une enfant sociable et semble s'adapter à l'école maternelle, mais elle devient plus renfermée en première année.

Alors que Jasmine est âgée de 7 ans, sa grand-mère décède. Sa mère traverse une période difficile lorsqu'elle doit expliquer ce décès à Jasmine et celle-ci se renferme davantage sur elle-même. Jasmine commence à avoir des difficultés dans sa relation avec les enfants de son âge. Même les rapports qu'elle entretient avec des enfants plus jeunes – qu'elle choisit le plus souvent – la troublent beaucoup. Sa mère explique que Jasmine était souvent renvoyée à la maison en pleurant, après avoir joué avec des enfants plus jeunes. Elle manifeste beaucoup d'épisodes de pleurs, dont bon nombre n'ont pas de causes apparentes.

Entre l'âge de 7 et 9 ans, elle a des problèmes de concentration, elle est désorganisée et souvent somnolente. On n'a trouvé aucune raison médicale à ses douleurs et à ses souffrances. Peu à peu, elle devient plus agressive et oppositionnelle. Cela peut prendre jusqu'à quatre heures pour qu'elle fasse ses devoirs. Elle passe d'une fillette heureuse et docile à une enfant au comportement colérique et provocateur. Cependant, son comportement provocateur se manifeste seulement à la maison et elle n'affiche pas encore ce type de comportement à l'école.

En sixième année (lorsqu'elle a 11 ou 12 ans), les problèmes commencent à se poser en dehors de la maison. Jasmine subit des brimades à l'école parce qu'elle est différente. Elle est transférée dans une autre école, mais, là aussi, elle est intimidée. Les autres enfants lui jouent des tours et sa mère a du mal à la faire aller à l'école. La sixième année a été la dernière année de Jasmine dans le système d'éducation ordinaire.

Le comportement de Jasmine à la maison empire peu à peu. Sa mère remarque qu'elle ramasse des déchets et qu'elle les garde dans sa chambre. Jasmine croit qu'elle est une gamine flic qui patrouille le voisinage. Elle manifeste de l'anxiété en présence d'autres enfants et ne socialise pas avec eux. Elle fait une crise de jalousie si sa mère prête attention à d'autres enfants. Sa mère a encore plus de mal à discipliner Jasmine, étant donné qu'elle frappe, donne des coups de pieds et mord. La seule chose qui calme Jasmine est le retrait. Ses parents placent des sécurités-enfants dans sa chambre et ils l'y

mettent. L'enfant ne veut pas manger et croit qu'on l'empoisonne. Elle dit que sa nourriture goûte l'urine ou l'alcool.

En février 2000, alors que Jasmine a 11 ans, sa mère appelle les services de santé mentale et elle est placée sur une liste d'attente. Son cas ne sera attribué à une travailleuse qu'en mai 2001.<sup>1</sup>

À ce stade, la mère ou le beau-père de Jasmine peuvent la trouver cachée et elle se met à les regarder fixement. D'autres personnes commencent à remarquer son comportement étrange. Elle commence à avoir des problèmes à l'école aussi.

Un jour, sa mère attrape Jasmine en train d'essayer de sauter par la fenêtre du troisième étage. Sa mère explique qu'elle a immédiatement rappelé les services de santé mentale et on lui a dit qu'on la rappellerait. Selon les services de santé mentale, un employé a tenté de rejoindre la mère mais sans succès. Elle manifeste un comportement très provocateur et colérique à l'école. L'enseignante-ressource aborde le sujet avec sa mère et lui conseille d'obtenir une consultation chez un psychologue pour Jasmine. La mère se demande à quel moment un enfant souffrant des problèmes comportementaux tels que ceux de Jasmine devient une priorité.

Finalement, en mai 2001, sa mère l'emmène chez un psychologue (à ses propres frais, car elle n'a pas d'assurance). Jasmine ne veut pas y retourner, mais elle poursuit les consultations pendant 4 ou 5 séances. Le thérapeute recommande que Jasmine aille en consultation à l'hôpital pour se faire évaluer. On lui suggère de l'emmener à la salle d'urgence la prochaine fois qu'elle fait une crise. (Sa mère explique qu'elle l'aurait amenée bien plus tôt si elle avait su qu'elle avait le choix de le faire.)

À 12 ans, l'état de Jasmine empire progressivement. Elle est incapable de dormir et affiche des comportements compulsifs; elle reste debout toute la nuit à nettoyer. Cette situation se poursuit durant quelques semaines. Les fins de semaine, on l'emmène chez son grand-père pour que sa mère puisse dormir.

Jasmine est emmenée à l'hôpital à la suite d'un incident où elle est introuvable à l'école et qu'elle est retrouvée ultérieurement dans la salle de bains. Elle continue à protester violemment une fois dans la cour de l'école et l'école recommande à son beau-père de l'emmener à l'hôpital.

Lors de l'examen médical, Jasmine signale au personnel de l'hôpital qu'on lui inflige des mauvais traitements à la maison. Le personnel infirmier informe la mère de Jasmine de

---

<sup>1</sup> Selon les dossiers des Services de santé mentale, la mère a appelé la première fois en février 2000. Jasmine est alors placée sur une liste d'attente. En janvier 2001, sa mère appelle de nouveau et on lui dit que les choses ne vont pas bien pour ce qui est de la prestation de services et qu'il n'est pas possible à ce moment-là d'assigner un travailleur. En mai 2001, la mère appelle de nouveau. La priorité de l'intervention est à nouveau réévaluée. Plus tard en mai, une travailleuse est assignée au cas. Un peu plus tard, la mère laisse un message vocal à la travailleuse. Celle-ci la rappelle le jour même et lui laisse un message vocal. En juin 2001, la mère réussit finalement à joindre la travailleuse et l'informe que sa fille a été admise à l'hôpital.

ces allégations et, selon le protocole, soumet le dossier au ministère des Services familiaux et communautaires (SFC).

Une enquête conclut que les allégations ne sont pas fondées. Le psychiatre, sentant que les parents sont dépassés par les défis que présente l'état de leur fille, recommande que les services de protection de l'enfance maintiennent leur engagement, pour aider les parents. Il devient de plus en plus évident pour les parents que le comportement de Jasmine est associé à un problème de santé mentale. Durant ce séjour à l'hôpital, Jasmine est diagnostiquée comme ayant un « trouble psychotique accompagné d'une paranoïa aiguë ».

Le psychologue s'occupant des soins de Jasmine recommande qu'elle soit placée à l'extérieur de la famille, en raison de la détérioration de son état. Ses parents, toutefois, veulent en savoir davantage sur la maladie de Jasmine et sur la façon de composer avec ses comportements. Jasmine est renvoyée à la maison.

Le comportement excentrique de Jasmine s'aggrave. Sa mère la suit partout à cette époque, car elle est très préoccupée par la sécurité de Jasmine et par celle des autres. Convaincue qu'au moins Jasmine n'est pas suicidaire, puisqu'elle s'arrête au moindre mal, sa mère prend l'habitude de s'asseoir dehors lorsque Jasmine se comporte de façon très colérique. Ainsi, les voisins ne la soupçonneraient pas de maltraiter sa fille. (Quelqu'un a déjà appelé la police en raison de la commotion qu'il y avait dans la maison quand Jasmine fait une crise.) Sa mère décrit une situation où Jasmine est devenue très en colère et où elle a donné des coups de poing et des coups de pied et proféré des jurons envers sa mère. Les délires de sa fille deviennent plus fantastiques; elle allègue qu'elle est pleine d'insectes, que sa peau est un manteau, que sa mère conserve le corps d'un garçon mort dans la garde-robe. Elle dit également entendre des voix et elle a des hallucinations.

Le lendemain de son congé, la mère de Jasmine appelle l'unité de psychiatrie et fait admettre sa fille à nouveau à l'unité psychiatrique pour enfants et adolescents (UPEA). Elle est placée en isolement pour observation; elle est très agressive et paranoïaque. On essaie plusieurs médicaments pour gérer son comportement.

En août 2001, son psychiatre admet que Jasmine présente l'un des cas les plus complexes qu'il ait vu depuis longtemps. Il recommande le placement de Jasmine dans un foyer d'accueil de traitement ou dans un foyer de groupe. Deux psychiatres examinent Jasmine et tous deux recommandent un placement dans un foyer de groupe structuré. Entre temps, l'hôpital la réfère à la clinique locale de santé mentale et le cas de Jasmine passe de la liste d'attente à l'attention des professionnels de la santé mentale.

En septembre 2001, sa mère l'emmène dans une unité psychiatrique en dehors de la province pour avoir un deuxième avis. Elle est placée dans une unité ouverte et, après un séjour de trois mois, le diagnostic de psychose NSA (non spécifié ailleurs) est confirmé. Elle est renvoyée de l'hôpital en novembre. Une fois Jasmine de retour à la maison, son comportement excentrique reprend. On lui prescrit du Seroquil et du Paxil, mais elle ne les prend pas volontiers ou pas très régulièrement. Elle pense qu'on l'empoisonne.

À la fin du mois de novembre 2001, sa mère demande aux SFC de venir chercher Jasmine. Elle est placée dans un foyer de groupe dans la région de Moncton. Les hallucinations et certains des symptômes décelés durant son séjour à l'unité psychiatrique en dehors de la province s'amointrissent, mais elle a toujours des difficultés à vivre en communauté.

Le placement en foyer de groupe lui fournit un environnement structuré et rigoureux qui, toutefois, ne répond pas aux besoins de Jasmine. Elle y est resté une année, alors que le foyer est destiné aux jeunes à risque pour une courte période seulement. Durant ce temps, Jasmine est accusée de nombreux actes criminels, tels que voies de fait, dommages matériels, inobservation des conditions et manquement aux conditions de la probation. Elle fait le jeu des navettes entre le foyer de groupe et le tribunal et, à plusieurs reprises, elle est renvoyée au Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick (CJNB), l'installation correctionnelle provinciale pour les jeunes située à Miramichi.

En novembre 2002, Jasmine, 13 ans, est rendue à nouveau à la garde de sa mère. Une altercation avec sa mère a lieu à la maison et Jasmine la pousse dans l'escalier. Elle appelle la police pour de l'aide. On lui indique que la police ne peut pas intervenir, sauf si la mère est prête à porter plainte. Comme rien n'a fonctionné (le placement en foyer de groupe a échoué et l'hôpital n'est pas prêt à reprendre Jasmine) et puisqu'elle ne pense pas pouvoir assurer une maison sécuritaire pour sa fille, elle décide de porter plainte pour que la police puisse intervenir et que l'on puisse faire autre chose pour sa fille. Jasmine est alors accusée de voies de fait, de dommages matériels et de résistance à l'arrestation, puis, dans l'attente d'un procès, elle est renvoyée au CJNB. En prévision du procès, sa mère est priée de remplir une Déclaration de la victime. Cinq ans plus tard, à travers ses larmes, elle souligne être toujours offensée par la question. Personne n'a donc compris que la véritable victime dans cette tragédie, c'était Jasmine, et non sa mère? Ne faudrait-il pas faire quelque chose pour aider sa fille?

En mars 2003, Jasmine plaide coupable à toutes les accusations et est condamnée à 6 mois de détention au CJNB de Miramichi.

Au cours de son séjour au CJNB, Jasmine est envoyée à plusieurs reprises en isolement thérapeutique (IT). IT est l'acronyme pour l'unité d'isolement du CJNB. Les résidents du Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick y sont envoyés lorsque leur comportement perturbateur l'exige. À une occasion, lorsqu'un groupe de jeunes jouent au basket-ball dans le gymnase, un conflit éclate entre Jasmine et une autre jeune. Cette situation n'est pas hors contexte, surtout dans un centre tel que le CJNB. Elle est donc envoyée en IT.

Il existe un protocole au CJNB pour transférer les résidents de leur unité à l'IT, qui se trouve dans un petit bâtiment séparé. Après être revenue dans son unité, après l'incident relatif au basket-ball, deux gardiens arrivent pour escorter Jasmine à l'IT. Les gardes portent des tenues d'intervention avec des vestes, des casques et des visières et sont là pour soutenir le superviseur responsable du transfert de Jasmine à l'IT. Pour le transfert vers une unité située à quelques mètres, Jasmine est menottée et enchaînée. Elle résiste au processus verbalement et physiquement avant d'obéir. Une fois arrivée à l'unité d'IT,



Jasmine est soumise à une fouille à nu avant d'être placée en isolement. En accord avec le protocole du centre correctionnel, la totalité du processus est enregistrée sur bande vidéo. Bien que l'angle de vue de la caméra durant la fouille à nu soit fixé uniquement sur la gardienne qui s'occupe de la fouille de Jasmine, le branchement audio capte toutes les protestations de la jeune fille et offre un récit très gênant de l'outrage subi.

J'ai visionné les enregistrements. J'ai de graves réserves quant à la nécessité de traiter un enfant de la sorte. Traiter de la sorte un enfant qui souffre de graves problèmes de santé mentale me semble tout à fait indéfendable. Le fait que Jasmine ait dû être soumise à ce traitement pour une présumée mauvaise conduite en jouant au ballon est tout simplement déconcertant. Il est difficile de trouver des descripteurs à la hauteur des graves préoccupations qui surviennent à la suite du visionnement de la bande vidéo. Néanmoins, le grave problème qui doit avant tout être déterminé est de savoir s'il s'agit là d'une punition qui n'est ni cruelle, ni insolite. Pour les non-initiés, cela a l'air d'être le cas.

À la fin du mois de juillet 2003, alors qu'elle purge sa peine au centre correctionnel pour jeunes de Miramichi, Jasmine est accusée d'avoir proféré des menaces envers un agent de correction. Elle plaide non coupable. La date du procès est fixée au mois d'octobre.

En attendant la libération de Jasmine de la garde en milieu fermé (son examen par le tribunal pour adolescents doit avoir lieu le 6 août), les SFC obtiennent une entente de garde avec la mère et le beau-père et Jasmine est placée sous la tutelle du ministre pour 6 mois. Les représentants du Ministère soulignent qu'ils ne pensent pas pouvoir fournir un placement sécuritaire spécialisé qui réponde aux besoins de l'enfant, du moins rien de mieux que ce que les parents peuvent lui offrir. Cependant, l'entente de garde temporaire les engage, jusqu'à un certain point, à fournir des services pour Jasmine. Ils trouvent un foyer d'accueil disposé à accepter Jasmine. Quelques rencontres sont organisées avec les parents du foyer d'accueil au centre correctionnel, ainsi qu'une visite au foyer d'accueil pendant une fin de semaine. Toutefois, puisque l'état de Jasmine s'aggrave (perceptions déformées, délires et tendances paranoïdes) et qu'elle refuse de respecter son régime de médicaments, le foyer d'accueil retire sa proposition de placement.

À l'examen du tribunal pour adolescents le 6 août, SFC avisent le juge qu'il n'y a pas de placement pour Jasmine. Selon les notes au dossier de SFC, la mère s'est levée et a déclaré que s'il n'y avait pas d'autre endroit pour sa fille que le CJNB, elle la prendrait chez elle. Le juge lui rappelle alors que le ministre a une entente de garde de 6 mois et qu'il est légalement responsable du soin de sa fille. Un autre examen est fixé pour le 27 août.

À partir de ce moment, l'état de Jasmine se détériore rapidement. Elle commence à uriner dans ses vêtements et à épandre ses excréments partout dans sa chambre, dans la salle de toilette et dans la douche, et elle refuse de se nettoyer. Elle profère des jurons envers les autres et elle se parle à elle-même. Puisqu'il n'est pas possible de la laisser avec les autres jeunes dans ces conditions, elle est placée en isolement. Le CJNB, comprenant qu'elle est une jeune contrevenante, recommande de l'hospitaliser, puisque ses besoins dépassent leurs capacités.

Le 13 août, une conférence de cas est tenue à laquelle participent plusieurs professionnels. Le psychiatre du CJNB souligne qu'il pense que Jasmine montre des signes de schizophrénie infantile. Son ancien psychiatre souligne qu'il croit maintenant que sa jeune patiente « fabrique ses symptômes, délires et hallucinations ». Il déclare de plus que le CJNB devrait lui donner ses médicaments même si elle ne veut pas les prendre. Le représentant du CJNB précise que le protocole du centre l'empêche de forcer un jeune à prendre ses médicaments. Le personnel d'un hôpital, par contre, peut le faire.

Les notes du dossier témoignent d'une relation tendue entre les SFC et la mère de Jasmine. À ce moment-là, elle fait pression sur le Ministère pour trouver un placement pour Jasmine. D'autre part, le Ministère accuse la mère de communiquer des messages variés à Jasmine : elle veut la prendre chez elle et elle veut qu'elle soit placée parce qu'elle présente des défis.

Le 26 août, la journée précédant la nouvelle présentation de son cas au tribunal pour adolescents, le psychiatre de Jasmine au CJNB informe la travailleuse sociale qu'il croit que son diagnostic est clairement la schizophrénie et il recommande qu'elle soit admise à l'UPEA sans son consentement. Il souligne également qu'il sait qu'il n'y a pas de lit vacant à l'UPEA à ce moment-là.

Au tribunal pour adolescents, un rapport de son psychiatre est présenté. Il y souligne qu'elle « représente un ' immense ' risque pour elle-même et pour les autres si elle ne reçoit pas le traitement adéquat ». Son ancien psychiatre souligne qu'avec des services appropriés, Jasmine pourrait être chez elle. Finalement, le juge ordonne une évaluation de 30 jours à l'UPEA. Peu après l'audience de la cour, les professionnels engagés dans le dossier reçoivent un appel téléphonique des représentants de la cour soulignant que le juge convoque à nouveau tout le monde parce que l'UPEA refuse de l'admettre, malgré l'ordonnance de la cour. Les notes du dossier montrent que le juge a considéré l'envoyer au Centre hospitalier de Restigouche, mais que d'autres personnes l'en ont dissuadé. Au centre de Restigouche, elle aurait été placée avec des adultes ayant de sérieuses maladies mentales. Le juge convoque les représentants de l'UPEA pour se plaindre de leur refus de l'admettre. Jasmine est retournée au CJNB. Plus tard cet après-midi-là, le travailleur social de Jasmine reçoit un appel téléphonique du bureau du juge l'avisant que le psychiatre pour jeunes de l'UPEA a pris des arrangements pour son admission. Le juge a apparemment demandé aux psychiatres, celui du CJNB et celui de l'UPEA, de se présenter à sa cour le 3 septembre, « pour expliquer leur rapport et pour faire des recommandations ». Le 2 septembre, Jasmine est transférée du CJNB à l'UPEA.

Le matin du 3 septembre, le juge ordonne à Jasmine de rester à l'UPEA. Si elle est libérée avant le 23 septembre, elle doit être remise au CJNB pour y terminer sa sentence. Après le 23 septembre, le juge rend SFC responsable de lui trouver un « placement thérapeutique ».

Durant son séjour à l'UPEA, SFC envoie une demande à son psychologue des services de santé mentale lui demandant de contribuer à fournir à Jasmine de l'aide relativement à

des problèmes précis. La note au dossier souligne ...« psychologue de la clinique de la santé mentale de Moncton... explique que le ministre de la Santé et du Mieux-être ne peut fournir aucun service de soutien pour aider Jasmine à réintégrer la communauté, à l'initier au système scolaire, à comprendre et à composer avec sa maladie, etc. » La raison donnée est qu'aucun financement n'était disponible pour cela.

Durant cette période, le travailleur social de SFC encourage fortement le retour de Jasmine à l'école pour qu'elle termine son éducation. Parce qu'elle a maintenant 14 ans, elle ne peut plus fréquenter l'école intermédiaire, bien que son niveau scolaire se situe à l'intermédiaire. Malheureusement, elle n'a jamais terminé l'école. Jasmine est libérée de l'hôpital le 19 novembre. Comme aucun placement résidentiel ou thérapeutique n'a été trouvé, elle retourne au foyer de groupe.

Quelques semaines plus tard, Jasmine retourne à l'UPEA, où elle reste pendant environ 6 mois. Bien que le foyer de groupe ne soit pas considéré un placement approprié, il est jugé plus approprié qu'un placement à l'hôpital. Par conséquent, Jasmine retourne au foyer de groupe chaque fois qu'elle est libérée de l'hôpital. Durant cette période, les notes du dossier indiquent que SFC a fait enquête sur la possibilité de l'admettre à deux programmes résidentiels aux États-Unis. Ces placements ne se sont jamais concrétisés.

En mars 2004, les documents soulignent la lutte entre SFC et la Santé mentale en vue de trouver un placement permanent à long terme pour Jasmine. Comme cette jeune fille avait des problèmes de santé mentale, le personnel de SFC était d'avis que les Services de santé mentale devaient trouver le placement et d'en payer la note. Comme le problème était de trouver un placement résidentiel, les Services de santé mentale étaient d'avis que c'était aux SFC de lui trouver un placement, et d'en payer la note. Les notes du dossier montrent comment, à un moment donné, un psychiatre s'est fâché durant une conférence de cas parce qu'aucun placement ne pouvait être trouvé ou créé pour cette jeune fille. Un représentant de la santé mentale a répondu qu'il ... « sait que la *Loi sur la santé mentale* prévoit que le Ministère est responsable du placement communautaire d'un enfant en raison de problèmes psychiatriques, mais que le Ministère n'a pas les fonds. » Les autres professionnels présents à la réunion ont insisté sur le fait que les ministères doivent collaborer en vue de résoudre le problème. La réunion est levée sans l'établissement d'un plan. Entre temps, le cas de Jasmine est toujours « en suspens ». Durant cette période, elle reçoit 16 séances de thérapie électroconvulsive (TEC) ou traitements de choc, pour stabiliser son état.

En août 2004, à 14 ans et demi, Jasmine est placée en famille d'accueil. Beaucoup de renseignements sont communiqués à ses parents nourriciers à propos de sa situation. Très tôt durant son placement, elle commence à refuser de prendre ses médicaments. La famille d'accueil est avisée d'appeler la police si elle a besoin d'aide. Le 9 septembre, la mère nourricière appelle SFC. Comme le travailleur de Jasmine est absent, une autre travailleuse prend l'appel. La mère souligne qu'elle vient d'appeler la police parce que Jasmine est hors de contrôle et qu'elle casse tout. Elle veut que la travailleuse sociale la rencontre à l'urgence, où elle demandera qu'on l'emmène. Après consultation avec son surveillant, la travailleuse sociale avise la mère quelle pense que son plan est sensé et que

si elle a d'autres problèmes, d'appeler le travailleur social en appel après les heures de bureau, ou son travailleur social régulier à son retour.

Jasmine est renvoyée au CJNB. Quelques jours plus tard, elle comparaît devant un juge et est ordonnée d'aller à l'UPEA pour une évaluation de 30 jours pour déterminer sa capacité à subir un procès. Durant ce séjour, le personnel de l'hôpital souligne que le service porte sur des évaluations et traitements à court terme et qu'il n'appuierait pas l'hospitalisation de Jasmine dans l'unité, même si elle est recommandée ou ordonnée par tribunal. La création d'un placement juste pour Jasmine est jugée trop coûteuse, par conséquent pas faisable. Un rapport est soumis au tribunal qui souligne que Jasmine ne peut pas être tenue criminellement responsable et qu'elle est inapte à subir un procès.

Le comportement de Jasmine s'est stabilisé alors qu'elle est à l'UPEA. Suite à l'audience de la commission d'examen en juillet 2005, Jasmine est confiée au foyer de groupe. Il est décidé qu'elle ne représente pas un danger ni pour elle-même, ni pour la société, et qu'elle doit être soignée dans sa collectivité. La commission d'examen ordonne au ministère des Services familiaux et communautaires d'offrir à Jasmine des services de placement résidentiel appropriés au sein de sa collectivité. Cependant, Jasmine allait avoir 16 ans à l'automne et, en vertu de la *Loi sur les services à la famille*, SFC ne serait plus tenu de traiter son cas comme un dossier ouvert de protection de l'enfance. Le Ministère voit le problème de Jasmine comme un cas de santé mentale et découvre que la commission d'examen a commis une erreur en adressant son ordonnance à SFC alors qu'en fait, les services de santé mentale devaient pourvoir aux soins de Jasmine. Finalement, SFC et les services de santé mentale refusent de respecter l'ordonnance et Jasmine demeure au foyer de groupe.

En octobre 2005, Jasmine est de retour en cour. Elle est renvoyée au Centre hospitalier Restigouche à Campbellton, pour une évaluation visant à déterminer son aptitude à subir un procès. Elle est de nouveau envoyée au foyer de groupe en attendant que la commission d'examen se reforme pour étudier son cas.

C'est vers cette époque que la mère de Jasmine communique avec mon bureau. Nous avons commencé une enquête et tenté d'aider les ministères à trouver un placement adéquat pour Jasmine.

Il était pratique pour Jasmine d'être au foyer de groupe à Noël. Ainsi, elle était près de sa famille pendant les Fêtes. Une soirée, en janvier 2006, Jasmine proteste lorsqu'on l'appelle pour le souper. Elle lambine et arrive après que les autres aient mangé. Bouleversée, elle s'enfuit dans la rue. C'est une nuit de janvier froide et Jasmine est pieds nus. Embarquée par la police, elle est amenée à l'hôpital et retourne à Campbellton le jour suivant.

À la fin du mois de janvier 2006, cinq membres de mon personnel se rendent au Centre hospitalier Restigouche et visitent l'établissement. Ils ont également l'occasion de rencontrer Jasmine, son psychiatre, sa mère et son grand-père et d'observer une audience devant la commission d'examen. La commission prenait en compte son ordonnance de

placement provisoire, le manquement de Jasmine aux conditions et son admissibilité à être libérée.

Les audiences de la commission d'examen sont menées en vertu du paragraphe 672.38 et du *Code criminel* dans les cas où les accusés sont déclarés mentalement inaptes à subir un procès. Il est du devoir de la commission d'examen d'examiner chaque année, jusqu'à la date de l'absolution inconditionnelle, si l'accusé est une « menace significative pour la sécurité du public ». La commission d'examen peut acquitter l'accusé inconditionnellement, sous certaines conditions, ou elle peut ordonner que la personne soit gardée à l'hôpital jusqu'au moment où elle ne constituera plus une menace pour la sécurité publique.

L'audience de janvier 2006 est présidée par un avocat nommé vice-président et la commission est constituée d'un président, d'un psychiatre praticien et d'un psychologue exerçant dans la province. Un avocat de la Couronne est présent pour défendre les intérêts de la sécurité publique et un avocat de service est prévu pour l'accusée. Jasmine est présente tout comme le sont sa mère, son grand-père, son psychiatre et un travailleur social, qui représente le ministère des Services familiaux et communautaires. Trois infirmières et préposés aux malades ainsi que les membres de mon personnel sont également présents pour observer les procédures.

Comme il l'a indiqué à mes enquêteurs avant l'audience, le psychiatre de Jasmine soutient devant la commission qu'elle bénéficierait d'un placement communautaire où elle pourrait être proche de sa famille, mais elle vivrait dans un environnement supervisé qui serait sécuritaire pour elle. On lui demande plusieurs fois si elle représente une menace pour la sécurité publique et il se contente de suggérer qu'elle peut risquer de se faire du mal à elle-même si elle n'est pas surveillée convenablement. De nombreuses questions détaillées sont posées quant à l'état pathologique de Jasmine. Le travailleur social et la mère de Jasmine prennent également la parole. Finalement, la commission suggère de faire une pause pour dîner et délibérer. À ce moment-là, Jasmine demande la parole. Après avoir été l'objet d'un examen public aussi intense, il est surprenant d'entendre Jasmine parler, et ce, en termes très éloquentes, au sujet de son souhait d'être placée dans un endroit où elle serait en sécurité; elle comprend son manquement aux conditions et les risques qu'elle a pris. Elle promet également d'être plus prudente à l'avenir pour prendre soin d'elle.

La commission détermine que Jasmine constitue une menace pour elle-même et donc pour la sécurité publique. Elle refuse de l'acquitter, même sous certaines conditions. Le président de la commission fait des remontrances à Jasmine au sujet de son très long dossier de jeune contrevenante et il l'avertit d'éviter la voie dans laquelle elle s'est engagée en respectant les conditions qui pèsent sur elle. Il est difficile de déterminer si cet avertissement ou tout autre aspect du processus de la commission d'examen ont été bénéfiques pour Jasmine, en fonction de ses meilleurs intérêts ou appropriés de quelque manière que ce soit. Ce qui est certain, c'est que la procédure de justice pénale pour les jeunes a été engagée, que les tentatives précédentes entreprises pour trouver une solution rationnelle sur la base d'un placement résidentiel approprié ont échoué et que le cas doit

toujours être examiné. En fin de compte, le problème est associé au fait qu'il n'y avait pas de place plus sécurisée pour y envoyer Jasmine, même si chacun reconnaissait que l'hôpital psychiatrique de la province n'était pas un placement approprié et qu'il risquait d'augmenter la dépendance de Jasmine aux soins institutionnels.

Une partie de la difficulté avec le placement au Centre hospitalier Restigouche est également la distance par rapport à la maison et aux êtres chers. La mère de Jasmine faisait le parcours jusqu'à Campbellton, chaque fin de semaine, pour rendre visite à sa fille au cours de la première période qui a suivi le placement de Jasmine. Comme cela devenait trop pénible pour la propre santé de sa mère, elle a modifié son programme pour ne voyager que toutes les deux semaines et s'est arrangée avec le grand-père de Jasmine pour qu'il en fasse de même, de sorte que Jasmine puisse avoir un contact familial autant que possible chaque semaine.

En octobre 2006, le père biologique de Jasmine, absent durant les 16 dernières années de la vie de sa fille, demande la permission de lui rendre visite. Il la persuade qu'il est en collaboration avec les SFC pour la libérer de l'hôpital afin de l'emmener vivre avec lui. Au bout de quelques visites à Campbellton et après une visite de fin de semaine chez lui, le père biologique est incapable de gérer la situation avec elle et Jasmine n'a plus de ses nouvelles depuis. Selon sa mère, cette profonde souffrance entrave et interrompt gravement le cours du traitement de Jasmine.

C'est à la suite de l'audience de la commission d'examen au sujet de Jasmine que j'ai mis sur pied mon intention d'élargir mon enquête pour examiner les problèmes systémiques, afin de répondre aux besoins des enfants et des jeunes comme Jasmine et de leur offrir l'égalité des chances. Un certain nombre de parents d'enfants se trouvant dans des situations tout aussi difficiles avaient demandé mon aide et, plutôt que d'enquêter sur chaque cas séparément, j'ai pensé qu'il serait plus approprié de les rassembler dans une enquête systémique.

Au moment où j'ai écrit ce rapport, les efforts en vue de trouver un placement pour cette jeune femme ont encore échoué et, après trois mois dans un foyer de groupe, elle est de retour à Restigouche. La dernière tentative de créer un placement à l'intention de Jasmine a été orchestré unilatéralement par le ministère des Services familiaux et communautaires, puisque la position des services de santé mentale est que la responsabilité des placements résidentiels relève de SFC. Bien que le personnel participant aux soins de Jasmine dans son nouveau placement sont d'avis qu'elle a réalisé des progrès durant son séjour de trois mois, le risque de voies de fait possible contre lui (bien qu'il n'y en ait pas eu) lorsque Jasmine est devenue agressive l'a amené à décider qu'il était mieux que le placement prenne fin. L'équipe de la santé mentale chargée de son cas a décidé qu'elle ne pouvait pas l'aider et a recommandé qu'elle soit retournée au Centre hospitalier Restigouche. Elle a été trouvée coupable de manquement aux conditions de la commission d'enquête et renvoyée au CHR où, apparemment, elle se sent plus en sécurité. À ce jour, il n'y a aucun plan en place pour répondre expressément aux besoins éducatifs de Jasmine. Cette dernière continue d'être surveillée par la commission d'examen, étant donné qu'elle a reçu une mise en liberté sous condition du

CHR et non une libération absolue. En tant que défenseur des enfants et de la jeunesse, je suis découragé par les échecs répétés des systèmes de la sécurité publique, de la santé, de l'éducation et du bien-être à l'enfance de répondre aux besoins de Jasmine. Je suis alarmé de constater que le meilleur moyen à notre disposition pour aider Jasmine au cours des ans a été de la placer en établissement psychiatrique. Il semble qu'elle soit devenue « institutionnalisée » à un point tel qu'elle se sente plus en sécurité et plus confortable dans un hôpital psychiatrique. Je crois que nous pouvons mieux faire pour réaliser la connexion dans le plan de traitement de Jasmine.

Il est extrêmement troublant de lire dans le dossier de Jasmine comment, malgré les efforts de tous les côtés, deux des plus gros ministères du gouvernement de cette province ne pouvaient pas s'entendre et partager la responsabilité et les coûts relatifs à ce cas complexe. Cette incapacité a paralysé le processus à certains points critiques de la planification du traitement de cette jeune fille. Chaque ministère s'est retranché dans son mandat respectif et ses critères d'admissibilité de sorte que l'enfant et sa mère n'ont pas reçu des services si nécessaires. Je suis d'accord que les mandats sont nécessaires et utiles. Cependant, lorsqu'ils sont utilisés de façon rigide, ils ne servent à personne, même pas au gouvernement. Si les ministères du gouvernement ne peuvent pas collaborer dans des cas comme ceux-ci, de nouveaux moyens doivent donc leur être imposés pour les forcer à le faire.

\* \* \*

Le cas de Jasmine n'est pas nécessairement plus complexe ou troublant que les autres, mais il est suffisamment troublant pour justifier un réexamen sérieux. C'est une simple supposition d'évoquer quelles pouvaient être les attentes de Jasmine dans la vie si elle avait reçu des interventions plus fructueuses et plus tôt. Si l'on regarde vers l'avenir, il est encore difficile de pourvoir à ses soins de manière adéquate et de prévoir quelle qualité de vie elle peut apprécier en tant qu'adulte.

Jasmine a eu 18 ans cet automne. Si l'on regarde le passé, il est clair que beaucoup de choses vis-à-vis des interventions du gouvernement dans sa vie auraient dû être faites différemment.

- Les services de santé mentale devraient avoir été disponibles pour elle à un âge beaucoup plus jeune, si des programmes de dépistage et d'éducation adéquats avaient été en vigueur.
- Le long séjour dans le centre de crise du foyer de groupe et le séjour prolongé à l'Hôpital de Moncton dans l'Unité psychiatrique pour enfants et adolescents n'étaient pas appropriés, étant donné que ces établissements sont des unités d'observation et ne devraient pas être une solution résidentielle.
- Le séjour prolongé au CJNB était inapproprié également, puisque les présumés délits qui ont conduit à l'implication de Jasmine dans le système judiciaire pénal, ainsi que l'écart de conduite survenu au CJNB (entraînant un séjour plus long que celui prévu dans la peine initiale) ne sont pas vraiment de nature délictuelle, étant donné l'état de Jasmine et la description des présumées infractions elles-mêmes. Il

- faut concevoir de meilleures façons de prendre en charge la conduite inappropriée de la jeunesse souffrant de troubles psychologiques. Sa mère avait raison de dire que Jasmine était une victime et non une criminelle.
- Comme je l'ai fait remarquer ci-avant, les menottes, la contrainte, les fouilles à nu et le placement en isolement ne sont pas des interventions appropriées pour un enfant dans la situation de Jasmine.
  - L'incapacité du CJNB de maintenir le régime de médicament de Jasmine, médicaments qui ont été prescrits par le psychiatre de l'établissement même, souligne davantage l'inconvenance de son placement dans cet établissement.
  - Il est encore moins approprié de l'enfermer, elle ou un enfant comme elle, dans un hôpital pour les criminels aliénés, pour s'être précipitée dehors les pieds nus en hiver.
  - Le refus du ministère des Services familiaux et communautaires de donner effet à l'ordonnance de la Commission d'examen et de créer un placement résidentiel approprié pour Jasmine près de son domicile était inapproprié, et l'inaction des Services de santé mentale dans ce contexte était tout aussi répréhensible.
  - Il aurait fallu prendre plus de précautions avant d'essayer de réunir Jasmine et son parent biologique.
  - La conclusion de la commission d'examen que Jasmine représentait un danger pour elle-même et pour la sécurité publique était, selon mon opinion, aussi injustifiée que la réprimande publique de la conduite de Jasmine par le président de la commission d'examen.
  - La garde continue de Jasmine au Centre hospitalier Restigouche, en contradiction avec les recommandations de son psychiatre, était à son détriment, puisqu'elle est maintenant très dépendante des soins institutionnels.
  - Finalement, pendant ces six dernières années, les besoins éducatifs de Jasmine ont été complètement oubliés et négligés et elle a été gênée pendant de bien plus nombreuses années par un manque d'assistance et de suivi psychologiques.

Comme je l'ai formulé auparavant, le cas de Jasmine a été compliqué par l'absence d'un diagnostic psychiatrique incontestable, ou de tout diagnostic dès le départ, mais cela excuse à peine les nombreux défauts de chaque système de service public tout au long du chemin.

Je demeure convaincu que nous pouvons faire mieux. Pour notre bien et celui de Jasmine, il le faut.

### **Méthodologie d'enquête**

La présente enquête a été entamée comme l'une des premières enquêtes systémiques entreprises par le Bureau de l'ombudsman depuis que j'ai accepté ce mandat. Elle se voulait exigeante en ressources, exhaustives, consultative et opportune. Une analyse sélective qui exposerait les causes structurales des maintes plaintes que nous recevons, comme celle qui concerne Jasmine.



Cette enquête a été mise en place par l'entremise de lettres de notification expédiées à la fin du mois de février 2006 aux sous-ministres de l'Éducation, de la Santé, de la Sécurité publique et des Services familiaux et communautaires. Des communications détaillées des renseignements ministériels et des renseignements personnels relatifs à chacun des six dossiers des jeunes ayant des besoins complexes ont été demandées auprès de chaque ministère. Au départ, l'enquête a été attribuée à trois enquêteurs et à deux membres du personnel de soutien de mon bureau, et le conseiller juridique du Bureau, Christian Whalen, a été désigné enquêteur principal. À la suite de ma nomination au poste de défenseur des enfants et de la jeunesse, Francine Cantin a été embauchée et s'est jointe à l'équipe en tant qu'enquêtrice principale et travailleuse sociale.

Néanmoins, la lettre de notification a été accueillie par un silence glacial. On m'a informé que la recherche des renseignements requis prendrait du temps. En définitive, la révélation des documents obtenus a révélé qu'un comité interministériel avait été chargé de coordonner la réponse des ministères à l'enquête, et il y avait un débat entre les représentants quant à savoir si les ministères devaient entièrement coopérer en faisant fi des recommandations qui pourraient s'ensuivre ou s'il fallait une meilleure orientation politique avant de répondre. Finalement, on m'a informé que bon nombre des renseignements demandés devraient être tus en raison de diverses dispositions de confidentialité.

La principale réticence en termes de transparence semblait venir des SFC. J'ai demandé à m'entretenir avec le sous-ministre et j'ai expliqué que, selon moi, en vertu de la *Loi sur l'Ombudsman*, le Ministère était contraint de dévoiler les dossiers demandés. Le sous-ministre m'a informé que le Bureau du procureur général l'avait prié de faire le contraire et j'ai proposé de porter l'affaire devant un juge pour l'éclaircir. Le sous-ministre a admis que cela serait une sage idée et a promis l'entière coopération de son ministère si le juge en décidait ainsi. Le jour suivant, j'ai déposé au tribunal une demande de précisions de mes pouvoirs visant à contraindre la divulgation de documents. Le cas n'avait pas rapport, sauf que je rencontrais une résistance semblable de SFC pour fournir les dossiers. L'affaire impliquait une enquête sur la réponse ministérielle face à un dossier de protection de l'enfance dans lequel une fillette de deux ans était décédée sous la garde de sa mère. Une date de comparution pour ma motion de mesure de redressement déclaratoire et la présentation des dossiers ministériels a été fixée à la fin du mois d'août 2006.

À l'audience en août, l'affaire a été remise à l'automne, lorsque la motion du procureur général pour poursuivre la requête à *huis clos* pourrait être prise en considération. Plus tard cet automne-là, j'ai été nommé défenseur des enfants et de la jeunesse et le premier ministre nouvellement élu a annoncé son intention de modifier la *Loi sur l'Ombudsman* et la *Loi sur le Défenseur des enfants et de la jeunesse* au printemps, afin de fusionner les deux textes législatifs et de confirmer ma nomination provisoire. À l'audience tenue à l'automne, le procureur général a accepté à l'insistance du juge, de dévoiler les documents du dossier de protection de l'enfance et de différer l'audience de la requête *sine die*, dans l'attente des modifications législatives prévues.

Après l'ordonnance de consentement dans cette affaire, les ministères intimés dans cette enquête ont rendu une réponse plus positive et ont mis leurs documents à notre disposition. En février 2007, un an après que l'avis d'enquête avait été envoyé, j'ai pu accéder aux dossiers nécessaires pour démarrer mon enquête.

Je suis heureux qu'à la fin du printemps de cette année, des modifications ont été apportées à la *Loi sur l'Ombudsman* et à la *Loi sur le Défenseur des enfants et de la jeunesse*, modifications qui ont obligeamment clarifié et consolidé la pratique de longue date dans cette province qui est de livrer à l'ombudsman des dossiers qu'il juge nécessaires pour ses fonctions d'enquête. En fait, le projet de loi final a beaucoup été amélioré en conséquence des modifications à vote ouvert avancées par le gouvernement après le dépôt du projet de loi. Le projet de loi a confirmé la grande accessibilité de l'ombudsman et du défenseur lorsqu'il s'agit de contrôler l'administration publique et de veiller à l'application de la conformité avec les mesures pour améliorer les services aux enfants et à la jeunesse.

Après l'examen et la réception des dossiers demandés, dossiers qui ont rempli pratiquement une douzaine de boîtes de rangement, l'équipe d'enquête a pu mener des entretiens avec les parents, les jeunes, les fournisseurs de soins, les éducateurs, les travailleurs de cas, les intervenants externes et les fonctionnaires ministériels, afin de déterminer les problèmes et de mettre au point les domaines éventuels de recommandation.

L'équipe d'enquête a réalisé également une analyse conjoncturelle et, dans la mesure du possible pour des non-spécialistes comme nous, a tenté d'augmenter et de baser les recommandations suivantes non seulement sur les plaintes et les études de cas en question, mais aussi sur les recherches empiriques fondées sur l'expérience clinique dans les domaines de la santé mentale et de la protection de l'enfance.

À l'impression du présent rapport, le Cabinet a annoncé son intention de renommer le ministère des Services familiaux et communautaires et de lui donner le nom de ministère du Développement social, une modification qui, je l'espère, augure bien pour les réformes proposées dans les pages suivantes. Cependant, pour faciliter la référence, le présent rapport continuera de nommer le Ministère par son ancien acronyme, soit SFC. Également, malgré les commentaires des cliniciens et des travailleurs sociaux, alors que les termes enfants et jeunes sont souvent utilisés ensemble dans le présent texte, à moins que le contexte ne le suggère différemment, enfants désigne les jeunes et toute personne n'ayant pas atteint l'âge de la majorité. Finalement, j'ai aussi utilisé le terme état de santé mentale et des termes semblables de façon générale pour comprendre les maladies mentales, mais aussi les désordres de conduite ou de comportement.

Une liste complète des personnes interrogées et des organismes consultés est fournie dans une annexe de ce rapport. Je veux cependant manifester ma gratitude à l'aide précieuse offerte par toutes les parties intéressées et par les ministères pour l'achèvement de cette enquête. Parmi les personnes intéressées, je voudrais remercier en particulier l'administration et le personnel du Centre hospitalier Restigouche à Campbellton,

l'Unité psychiatrique provinciale pour enfants et adolescents de l'hôpital de Moncton, les directeurs et administrateurs de l'établissement Spurwink à Portland, dans le Maine, la D<sup>re</sup> Nicole Letourneau, chaire de recherche du Canada en développement sain de l'enfant à l'Université du Nouveau-Brunswick, et la D<sup>re</sup> Susan Reid, directrice du Centre de recherches sur la jeunesse à risque à l'université St. Thomas.

Après les disputes initiales au sujet de la divulgation des dossiers, tous les ministères gouvernementaux ont offert leur soutien et leur collaboration complets dans l'enquête et se sont en fait réjouis de l'occasion de collaborer en traitant un domaine crucial de préoccupation commune. Je pousse plus loin mes remerciements en particulier à l'intention de Joan Mix, d'Ian Walsh, de Barb Whitenect, de Barb Gerard et des collègues qui les ont aidés ou leur ont succédé. Un grand nombre des recommandations émises dans ce rapport ont été déterminées au départ par les fonctionnaires ministériels et j'ai bon espoir que, si elles sont acceptées par le gouvernement, ces recommandations seront susceptibles d'être mises en œuvre suffisamment tôt et de manière efficace. Plus important encore, je veux me montrer reconnaissant pour le soutien des parents et des jeunes eux-mêmes qui ont participé au maximum à ce processus et qui m'ont donné leur consentement pour communiquer leurs histoires émouvantes et très personnelles.

### **Les problèmes :**

- 1. Orientation et responsabilisation politiques : *L'histoire de Gabriel***
- 2. Intégration des services : *L'histoire de William***
- 3. Établissements de soins communautaires : *L'histoire de Jacob***
- 4. Décriminalisation des jeunes qui souffrent de troubles de santé mentale : *L'histoire de Nicholas***
- 5. Adaptation des services éducatifs pour les jeunes ayant des besoins complexes : *L'histoire de Benjamin***
- 6. Soutien aux familles des jeunes à risque et des enfants et des jeunes ayant des besoins complexes : *L'histoire de Samuel***
- 7. Comblent l'écart : Discrimination fondée sur l'âge dans les services aux jeunes**

### **Chapitre I – Orientation et responsabilisation politiques : *L'histoire de Gabriel***

Un des parents que nous avons rencontré nous a rappelé un aveu que nous avons entendu d'une ancienne ministre de la Santé de cette province, qui avait appelé les Services de santé mentale la brebis galeuse de notre système de soins de santé. La ministre en question était Brenda Robertson et il s'agissait de son évaluation il y a 30 ans. Certains fonctionnaires que nous avons rencontrés ont admis plutôt discrètement qu'en date d'aujourd'hui, rien n'a changé.

Tous les fonctionnaires ministériels sont pleinement conscients des lacunes dans les services qui proviennent des critères en fonction de l'âge pour les services aux enfants et pour les services de protection des adultes, laissant ainsi les jeunes en suspens entre les

deux. Les lacunes dans les services aux jeunes âgés entre 16 et 19 ans constituent une ligne de faille qui complique la résolution de chaque plainte impliquant les services à l'enfance et à la jeunesse. Même si un enfant approche la limite des 16 ans, les problèmes sont imminents, et les répercussions découlant des lacunes dans les services continuent dans bien des cas à lui nuire jusqu'au début de l'âge adulte. Selon l'ancien sous-ministre de la Santé, ce problème n'a rien d'exceptionnel au Nouveau-Brunswick et qu'en fait il existe dans la plupart des juridictions du Canada.

Toutes les personnes avec lesquelles nous avons discuté ont reconnu que les ministères gouvernementaux pourraient et doivent faire un meilleur travail de collaboration pour exploiter toutes les ressources publiques disponibles et mettre l'accent sur le patient. On s'entend toutefois très peu sur la manière d'y parvenir. Le seul avis unanime est que rien ne changerait sans une forte volonté et une responsabilisation politiques.

Notre enquête a montré qu'au Nouveau-Brunswick, les jeunes ayant des besoins très complexes sont souvent négligés. Néanmoins, lorsque la sphère politique fait pression et qu'il y a une forte volonté politique de s'occuper des besoins des jeunes personnes, nous pouvons faire une différence et nous le faisons. Le problème, c'est que peu de cas sont résolus ainsi, et le traitement infiniment complexe des cas délicats est coûteux et la répartition des ressources limitées, inefficace. L'histoire de Gabriel en est un exemple concret.

#### *L'histoire de Gabriel :*

Gabriel est né d'une mère célibataire qui présentait des antécédents déclarés de déficience intellectuelle importante et qui faisait partie d'un groupe de minorité visible. Au moment de la naissance de Gabriel, lui et sa mère vivaient tous deux chez ses parents d'accueil. Il y a eu des rapports de négligence, de privation et de violences psychologiques à un stade précoce, ce qui a engendré une situation de retard général de développement et de croissance. Gabriel est placé par les services de protection à l'enfance lorsqu'il a deux ans. Moins d'un an plus tard, il est adopté. Gabriel est resté dans cette maison avec un autre enfant adopté et un enfant de la même famille biologique qui avait 9 ans de plus que lui, jusqu'à ses 12 ans.

À partir de ses 3 ans, Gabriel a fait des progrès de développement limités. On diagnostique chez lui un trouble oppositionnel avec provocation et une hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA). On lui prescrit des médicaments auxquels il réagit négativement. Il doit être hospitalisé pendant environ 2 mois à cause d'une phase psychotique. Au cours des années qui suivent, différents diagnostics sont débattus, et des médicaments sont prescrits en conséquence. On discute d'ailleurs toujours du diagnostic de Gabriel aujourd'hui. Le dernier diagnostic, émanant de Spurwink, un centre de traitement situé à Portland, dans le Maine, où Gabriel est placé depuis octobre 2005, est un trouble de stress post-traumatique, avec une possible psychose maniacodépressive profonde.

À partir du moment où il commence à fréquenter l'école, Gabriel fait preuve de certaines difficultés d'adaptation. Par conséquent, sa mère adoptive le garde à la maison, afin de le scolariser elle-même. Malgré la participation de SFC et de professionnels de la santé mentale, il semble que la scolarisation et les besoins éducatifs de Gabriel n'aient pas été pris en main. Enfant Gabriel reçoit très peu de services éducatifs. À mesure qu'il grandit, son comportement devient de plus en plus difficile. Il commence à agresser sa mère adoptive et menace de la tuer. Il présente un comportement dissociatif, tout en étant provocant et peu coopératif.

En juin 2004, les parents adoptifs de Gabriel informent SFC qu'ils ne peuvent plus s'occuper de lui, et ils rendent la tutelle au ministre. Il est placé aux Foyers pour jeunes de Moncton Inc. (FJMI).

Après un an de placement aux FJMI et bien qu'on lui fournisse un personnel de 2 pour 1 et de 3 pour 1 dans des situations où il manifeste un comportement incontrôlable, il est devenu évident que le Nouveau-Brunswick manque de services spécialisés pour répondre aux besoins grandissants de Gabriel.

Certains des comportements qu'il présente sont les suivants : des sautes d'humeur donnant lieu à des épisodes violents imprévisibles, il mord le personnel, agresse le personnel et macule les visages et vêtements du personnel avec ses excréments. Les membres du personnel sentent qu'il devient de plus en plus difficile de se protéger, eux-mêmes autant que Gabriel.

D'après la travailleuse sociale qui s'occupait de Gabriel, elle a « communiqué avec tout le monde au Nouveau-Brunswick » pour essayer de trouver ou de concevoir un placement pour Gabriel. Elle a échoué, et les professionnels de la province étaient incapables de comprendre et de traiter son comportement.

Un placement au Centre de traitement Spurwink dans le Maine est approuvé par le gouvernement provincial. Avant que Gabriel intègre son nouveau placement, il a fallu lui trouver un endroit pour une période de 4 à 6 semaines, étant donné que les FJMI ne pouvaient pas le garder plus longtemps.

En septembre 2005, l'appartement familial du Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick, à Miramichi, est désigné comme centre résidentiel provisoire pour services de soins aux enfants, en vertu de la *Loi sur les services à la famille*. SFC et le ministère de la Sécurité publique concluent un accord par lequel la Sécurité publique offrirait un appartement, des repas et des services ménagers et SFC fournirait le personnel pour surveiller Gabriel. Au besoin, le CJNB offrirait une aide d'urgence.

Bien que Gabriel n'ait pas été placé avec la population des jeunes contrevenants au CJNB, son placement a fait la une et cela a soulevé des vagues de préoccupations et de protestations à travers la province. À ce jour, bien que l'identité de Gabriel a été protégée tout au long de ce processus, les gens se souviennent toujours du cas du garçon autiste de 13 ans qui a été placé au CJNB, parce qu'il ne pouvait être placé nulle part ailleurs.

En octobre 2005, Gabriel est transféré au Centre de traitement Spurwink dans le Maine. Il était et est toujours le seul résident d'un foyer. Le foyer comporte 2 membres du personnel pour 1 jeune en tout temps. Il va à l'école chaque jour, pendant environ une demi-heure. Cependant, il ne se trouve pas dans une salle de classe. Il s'agit de l'habituer à quitter le foyer le matin et à être exposé aux autres autour de lui. Il reçoit les soins d'un ergothérapeute lorsqu'il est à l'école.

Le personnel de Spurwink a émis les constatations suivantes au sujet de Gabriel : il s'exprime sexuellement lorsqu'il est maîtrisé, il a fait d'énormes progrès au niveau de son hygiène personnelle, il mange à présent avec une fourchette, assis à la table, et range sa vaisselle. Il peut rester seul calmement pendant un petit moment. Il demande à lire un livre lorsqu'il en a envie. Il a cessé de faire les cent pas. Maintenant, il a un contact visuel et utilise un langage fonctionnel tel que : « J'ai terminé maintenant ». Selon le personnel, Gabriel a maintenant « atteint un stade où il est accessible ».

À Spurwink, mes enquêteurs ont rencontré la psychiatre de Gabriel. Elle était très encouragée par sa récente séance avec Gabriel, car il l'avait appelée par son nom et lui avait dit au revoir à la fin de la rencontre. En fait, lors de toutes les rencontres que nous avons eues avec le personnel de Spurwink, les fournisseurs de soins étaient résolus à célébrer les progrès que Gabriel avait réalisés, si minimes soient-ils. Les directeurs de cet établissement ont admis que Gabriel et les deux autres résidents du Nouveau-Brunswick, placés actuellement à Spurwink, reçoivent un traitement de pointe qu'aucun autre résident du Maine ou en dehors de l'État ne reçoit. Le coût de la prestation des soins apportés à Gabriel dépasse 500 000 \$ par an.

D'une part, le Ministère a accepté ces dépenses extraordinaires en raison du manque de solutions de rechange au Nouveau-Brunswick, bien avant le placement de Gabriel au CJNB, et à cause de la huée que cela avait créé. D'autre part, il faut se demander si l'investissement aurait été maintenu sans la pression des retombées politiques découlant du placement de Gabriel au CJNB.

Il ne fait aucun doute que, pour la première fois depuis très longtemps, Gabriel a brisé l'engrenage d'un comportement antisocial et automutilant et il accomplit des progrès réels en termes d'aptitudes de vie quotidienne fondamentales. La question est de savoir combien d'éducation et d'amour il continuera à recevoir et de quelle manière nous pouvons y veiller. Plus fondamentalement, nous devons nous demander, en tant que Néo-Brunswickois, pourquoi Gabriel a dû être envoyé en dehors de la province et en dehors de son pays afin de commencer à réaliser d'importants progrès.

\* \* \*

Mon examen des cas analysés dans le présent rapport me conduit à une conclusion inéluctable : pour faire progresser ce dossier, il faudra assumer la responsabilité du problème, et assumer la responsabilité signifie que, en tant que société, nous devons cesser d'expédier ailleurs les enfants malades. Nous avons besoin de solutions au Nouveau-Brunswick, ainsi que d'une capacité dans la province à traiter les problèmes de nos enfants et de nos jeunes, y compris ceux qui ont des besoins très complexes.

Il est vrai que, dans le cas de Gabriel, le placement en dehors de la province peut avoir été le compromis le plus raisonnable et le plus viable que le gouvernement provincial pouvait faire pour l'instant, étant donné ses besoins exceptionnels et le manque d'autres options. Personne ne peut nier les progrès qu'il a réalisés depuis son placement là-bas. Toutefois, étant donné que trois résidents du Nouveau-Brunswick sont maintenant là-bas et que d'autres pourraient suivre à défaut d'options de traitement ici, plus nombreuses sont les familles qui doivent endurer la séparation à cause de la distance et des frontières internationales. Comme solution à long terme, les orientations de ces cas vers Spurrink pourraient facilement entraîner avec elles les problèmes « loin des yeux, loin du cœur » que l'institutionnalisation au Nouveau-Brunswick a posés à une époque. Je demeure convaincu que la véritable égalité pour ces jeunes gens exige que nous, en tant que société, prenions soin d'eux nous-mêmes.

L'un des sujets les plus importants à mettre en relief dans cet examen est le manque de responsabilisation et d'orientation politiques pour les situations désastreuses dans lesquelles se trouvent les jeunes à risque et les jeunes ayant des besoins complexes. Il n'y a eu aucun manque de solutions proposées et beaucoup de temps a été passé au cours de nombreuses années à analyser ces problèmes et à méditer au sein de la bureaucratie. Les fonctionnaires haut placés ont fait état de rapports d'il y a 15 et 20 ans, où les mêmes problèmes que les parents avaient formulés dans des plaintes à notre égard étaient signalés et des mesures correctives étaient recommandées<sup>2</sup>. Dans l'ensemble, peu de choses ont été réalisées et ce qui a été réalisé ne s'est pas avéré efficace.

De nombreux facteurs sont responsables de ce manque d'orientation et d'influence politiques : 1) le manque de voix politique pour les électeurs touchés; 2) la nature dispersée des services gouvernementaux aux jeunes dans plusieurs ministères et organismes, la plupart desquels, pour différentes bonnes raisons, ne voient pas les services à l'enfance ou à la jeunesse comme essentiels à la mission (que ce soit en relation avec les prisons, les hôpitaux, le régime d'aide sociale ou dans des affaires de transport); 3) l'habitude de s'en remettre, par principe, à la famille et à la sphère privée et la réticence de l'État à s'ingérer, en particulier où les problèmes ne résident généralement pas dans la capacité des parents mais dans les préoccupations de santé mentale du jeune en question; et 4) les conséquences évidentes associées aux coûts de toute solution autre que l'inaction.

---

<sup>2</sup> Rapport de la Sécurité publique sur les jeunes à risque; rapport d'analyse des Services aux étudiants du ministère de l'Éducation, 1992. Un exemple est le long parcours vers la nomination d'un défenseur des enfants et de la jeunesse, que les agents de la Sécurité publique avaient réclamé pendant presque 15 ans à cor et à cri.

Ce problème n'est pas non plus exceptionnel au Nouveau-Brunswick. De nombreuses juridictions au Canada et à l'étranger ont élaboré des stratégies et de nouvelles approches pour assurer une plus grande responsabilisation et orientation politiques face à ces problèmes. Le défenseur des enfants et de la jeunesse en Ontario, dans son rapport de 2005 intitulé « Serpents et échelles », a recommandé la désignation d'un ministère de l'Ontario des services à l'enfance et à la jeunesse. Le Royaume-Uni a également adopté ce type d'approche réglementaire au cours des dernières années.

Les recommandations que j'émetts, conformément au thème important de la responsabilisation et de l'orientation politiques, sont divisées en trois domaines différents : 1) des recommandations en rapport avec le contrôle de l'Assemblée législative par l'intermédiaire de ses fonctionnaires; 2) des recommandations en rapport avec la responsabilité et la responsabilisation ministérielles pour ces affaires au sein du Conseil exécutif; et 3) des recommandations en rapport avec la société civile.

### **La fonction de surveillance indépendante**

Au cours de cette enquête, l'accueil et certainement l'espoir avec lesquels les jeunes, leurs parents, ceux qui travaillent avec eux ainsi que les fonctionnaires ministériels ont appris la nouvelle de la nomination d'un défenseur de la jeunesse et des enfants dans cette province m'ont encouragé. Le fait que le gouvernement élu l'an dernier ait appuyé cette législation alors qu'il faisait partie de l'opposition, qu'il ait agi rapidement après l'élection pour combler le poste vacant qui existait depuis presque deux ans et qu'il ait modifié la législation au printemps dernier pour renforcer l'indépendance du défenseur et ses pouvoirs d'enquête étendus sont des évolutions encourageantes. Le rôle du défenseur est essentiellement d'être la voix des jeunes privés de leurs droits et de s'assurer que cette voix est entendue par les représentants élus et qu'on donne suite aux préoccupations des jeunes. Afin de formuler ces préoccupations de façon adéquate, j'ai cherché dès le début à adopter une position proactive en tant que défenseur des enfants et de la jeunesse, plutôt que de simplement réagir à la nature troublante des nombreuses plaintes reçues. Il est cependant ardu de s'attaquer à la charge de travail tout en avançant dans un programme proactif de défense, tout particulièrement pour un petit bureau.

Mes premières recommandations, avant de communiquer toute recommandation au gouvernement, sont dès lors surtout adressées à moi-même. J'ai l'intention ainsi de rendre mes propres efforts un peu plus responsables en traçant plus officiellement le contour du rôle que le Bureau du défenseur des enfants et de la jeunesse peut jouer en tenant le gouvernement pour responsable et en assurant que l'orientation politique nécessaire est donnée dans les affaires relatives à l'enfance et à la jeunesse.

#### *1. Une présence active, accessible aux enfants et aux jeunes*

Après ma nomination au poste de défenseur des enfants et de la jeunesse, j'étais inquiet en apprenant que le ministère de la Sécurité publique avait mis fin aux services de son défenseur des enfants et de la jeunesse interne et qu'il avait commencé à réorienter toutes les demandes vers mon bureau. J'ai pu néanmoins, au cours du dernier exercice



budgétaire, convaincre le gouvernement de diriger de nouvelles ressources vers mon bureau, de sorte que l'on puisse engager plus de personnel pour poursuivre cette importante fonction de défense. En examinant les éléments associés à cette enquête, je reconnais que le ministère de la Sécurité publique avait recommandé la nomination d'un défenseur indépendant pendant de nombreuses années et qu'il avait mis en place ses propres recours internes comme simple mesure provisoire. Toutefois, le travail effectué par les défenseurs au sein du Ministère a été un modèle instructif et efficace pour mes fonctionnaires. Au début du printemps, j'ai désigné l'un de mes enquêteurs comme agent de liaison permanente avec le Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick et avec le Programme de Portage relatif à la dépendance de la drogue Inc., près de Sussex. Ce fonctionnaire est accessible aux résidents du CJNB et de Portage toutes les deux semaines depuis le printemps. Un autre fonctionnaire a maintenant été nommé comme agent de liaison du défenseur auprès des jeunes résidant au Centre hospitalier provincial Restigouche et à l'Unité psychiatrique provinciale pour enfants et adolescents de l'hôpital de Moncton.

Mon but au cours de la prochaine année serait d'augmenter la fréquence des visites à toute les semaines, de sorte à être au même niveau que le Bureau de l'ombudsman à l'enfance en Nouvelle-Écosse, et également d'élaborer un processus doté des ressources adéquates pour assurer une présence et une accessibilité actives aux enfants dans les placements résidentiels et les foyers de groupe partout dans la province.

## 2. *Contrôle des services à l'enfance*

La *Loi sur le Défenseur des enfants et de la jeunesse* confère au défenseur un vaste pouvoir pour démarrer les enquêtes de sa propre initiative, tout comme pour un ombudsman. Toutefois, alors que ces pouvoirs de l'ombudsman sont exercés comme une exception plutôt que comme une règle, il semble que la fonction du défenseur requière un exercice de vérification plus proactif. À titre de garant des services publics efficaces aux enfants et aux jeunes, le défenseur dispose d'un mandat spécialisé qui exigera qu'il prenne des mesures proactives pour s'assurer que les enfants et les jeunes reçoivent les services dont ils ont besoin, plutôt que de simplement répondre aux plaintes. Ce mandat peut comporter des fonctions de « vérification sociale » ou de surveillance, telles que des demandes régulières aux autorités pour obtenir le nombre d'enfants qui reçoivent des soins, qui sont sous garde, dans des complexes hospitaliers ou dans des programmes éducatifs spécialisés, ou encore des comparaisons d'année en année des dépenses réalisées pour de tels services. Il peut également inclure le recours aux pouvoirs d'entrée et d'inspection du défenseur dans les établissements où les enfants et les jeunes résident, en vue de vérifier la conformité avec les règlements et les lignes directrices applicables. Au cours du prochain exercice financier, j'embaucherai une personne supplémentaire pour permettre la mise en œuvre de cette fonction de surveillance.

## 3. *Accès privilégié aux dossiers électroniques*

Au printemps dernier, d'importantes modifications ont été apportées à la fois à la *Loi sur l'Ombudsman* et à la *Loi sur le Défenseur des enfants et de la jeunesse*, modifications qui

ont renforcé le droit d'accès général aux dossiers de ces fonctionnaires législatifs. Les modifications ont été bien accueillies à la fois par notre personnel et par nos fonctionnaires ministériels, étant donné que celles-ci clarifient et simplifient grandement le processus d'échange d'information, tout en traitant les préoccupations provenant de toutes parts concernant la confidentialité et l'éthique professionnelle. En même temps, afin de réaliser nos objectifs en rapport à la surveillance du bien-être à l'enfance et à la présence active du défenseur pour les enfants et la jeunesse, il est logique de désigner du personnel au sein du Bureau du défenseur qui aura le même accès immédiat aux dossiers électroniques que les fonctionnaires ministériels dont on leur demande de contrôler le travail. L'un de mes agents a récemment pris la relève des responsabilités professionnelles du précédent défenseur des jeunes interne du ministère de la Sécurité publique; or, étant donné qu'il n'est pas un employé de la Sécurité publique, il n'a pas pour l'instant accès aux dossiers des jeunes dans le système de gestion ministérielle des dossiers électroniques du Ministère. Dans cette mesure, notre travail est considérablement moins efficace que celui de l'expert interne que nous remplaçons. L'accès au système permettrait à notre agent de déterminer facilement en consultant la personne directement responsable d'un jeune quel suivi pourrait être nécessaire, ce qui a été fait ou ce qui n'a pas été essayé auparavant, et d'intervenir de façon opportune. De la même façon, les enquêteurs du défenseur devraient bénéficier du même accès aux dossiers de protection de l'enfance que celui dont bénéficient les travailleurs sociaux et les gestionnaires de cas dont ils examinent le travail. C'est le type d'accès dont disposent les enquêteurs du Bureau du défenseur de la jeunesse de l'Alberta et c'est le moyen le plus opportun et efficace d'assurer un contrôle adéquat dans cette zone sensible de l'administration publique. La *Loi sur la protection des renseignements personnels* permet actuellement l'échange non consensuel d'information à partir de dossiers publics « a) pour protéger la santé ou la sécurité du public ou d'un particulier » ou « b) aux fins d'une enquête liée à l'exécution d'une mesure législative ». Il est clair à présent que les dispositions d'accès général en vertu de la *Loi sur le Défenseur des enfants et de la jeunesse* ont préséance sur les dispositions de confidentialité énoncées à l'article 11 de la *Loi sur les services à la famille*. Il est entendu que l'article 11 pourrait être modifié expressément pour permettre une surveillance continue des dossiers électroniques et un accès permanent à ces dossiers par des membres désignés de l'équipe d'enquête du défenseur des enfants et de la jeunesse.

#### 4. *Une fonction de surveillance réglementée pour les foyers de groupe et les maisons de transition pour jeunes*

La *Loi sur le Défenseur des enfants et de la jeunesse* nomme le défenseur pour surveiller les « services » définis aux enfants et aux jeunes, mais elle confère au défenseur des pouvoirs pour inspecter uniquement les locaux des « autorités » définies en vertu de la *Loi*. Les foyers de groupe privés, les maisons de transition pour jeunes et les foyers de soins spéciaux ne sont généralement pas des autorités publiques. Le défenseur ne dispose donc pas d'un mandat précis, prescrit par la *Loi*, lui permettant d'inspecter ces installations et en fait il n'existe aucun autre surveillant indépendant de ces organismes, qui fonctionnent en grande partie grâce à un financement du secteur public. Quand j'ai déposé le rapport de l'ombudsman de 2003-2004, j'ai recommandé que le gouvernement

nomme un organisme de contrôle indépendant pour surveiller le fonctionnement et la prestation des services offerts dans les foyers de soins et les foyers de soins spéciaux. Alors que cette recommandation découlait en grande partie des préoccupations transmises à mon bureau ayant trait au traitement des personnes âgées dans notre province, cette enquête a révélé que le traitement des jeunes dans des établissements semblables n'est pas mieux et qu'il souffre de la même absence de contrôle indépendant. Je recommande que la *Loi sur le Défenseur des enfants et de la jeunesse* soit modifiée pour élargir les fonctions de surveillance et le mandat du défenseur de sorte à inclure les services aux enfants et à la jeunesse dans des foyers de groupe, des maisons de transition pour jeunes et des foyers de soins spéciaux exploités à titre privé.

### **Un ministre du Cabinet pour les services à l'enfance et à la jeunesse**

Le problème le plus courant, et peut-être le plus important qui ait été défini par les fonctionnaires tout au long de cette enquête, a été le manque de volonté et d'orientation politiques. La plainte la plus courante et importante des parents est de ne pas savoir vers qui se tourner et le sentiment que personne ne s'occupe d'eux.

Le cas de Jasmine, mentionné précédemment, où la commission d'examen a ordonné au ministère des Services familiaux et communautaires de créer une option sécuritaire de soins en établissement pour une adolescente schizophrène de 15 ans et le refus du Ministère d'obtempérer est un exemple concret. Les Services familiaux et communautaires pouvaient légitimement désigner du doigt les dispositions des articles 22 et 23 de la *Loi sur la santé mentale* qui permettent au ministère de la Santé d'approuver les bâtiments et les maisons pour le placement des personnes sorties de l'hôpital et d'effectuer des paiements pour les soins des personnes sorties de l'hôpital dans des foyers approuvés. Une impasse et une absence de services ont surgi du fait qu'aucun ministre n'avait d'autorité prépondérante au niveau des services à l'enfance et à la jeunesse. Malheureusement, ce n'est qu'un exemple parmi tant d'autres où le manque d'autorité et l'incapacité à sortir de l'impasse des services à l'enfance et à la jeunesse dans de nombreux ministères gouvernementaux sont évidentes.

#### *5. Le ministre responsable*

Je recommanderais un certain nombre de mesures pour contrer ce problème. La première mesure serait de nommer un ministre responsable des services à l'enfance et à la jeunesse<sup>3</sup>. Tandis qu'il n'est sans doute pas conseillé de tenter de retirer les services aux enfants et aux jeunes des mandats de la Sécurité publique, des Services familiaux et communautaires, de la Santé ou de l'Éducation, ou d'autres ministères ou organismes, il y a cependant un besoin manifeste de fournir une meilleure orientation et un meilleur leadership dans l'intégration de ces services dans de nombreux ministères, au mieux des

---

<sup>3</sup> Il faut reconnaître que cela n'est pas une innovation, étant donné que d'autres l'ont fait et qu'il avait en fait été recommandé que le Nouveau-Brunswick agisse de la sorte il y a huit ans déjà : PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Les enfants priment tout : étude et refonte globales des services en matière de bien-être à l'enfance – rapport final*, Ministère de la Santé et des Services communautaires du N.-B., octobre 1999, p. 66, recommandation 27.

intérêts des enfants et des jeunes au Nouveau-Brunswick. Il faut également que cette tâche ne soit pas laissée à un ministre ou à un ministre de second rang, étant donné que l'intégration de services de ce genre requerra le pouvoir d'un ministre ayant une influence importante sur les cordons de la bourse. Étant donné que le ministère de l'Éducation est un grand ministère disposant d'un mandat qui se concentre uniquement et expressément sur les enfants et les jeunes dans la province, cela peut paraître raisonnable de faire du ministre de l'Éducation l'ultime responsable de l'intégration de tous les services publics aux enfants et aux jeunes. Comme solution de rechange, l'orientation politique requise pourrait aisément être donnée en la matière, si la responsabilité de l'intégration de ces services incombait complètement au premier ministre. L'une ou l'autre approche pourrait fonctionner ou une autre approche viable pourrait être proposée. La clé, c'est d'opérationnaliser une volonté politique à faire fonctionner les choses au bénéfice des enfants dans cette province.

#### 6. *Le mandat et l'autorité du ministre*

Outre la désignation d'un ministre responsable des services à l'enfance et à la jeunesse, le gouvernement pourrait apporter le leadership nécessaire dans ce domaine en dotant le ministre d'un mandat législatif pour assurer l'intégration des services à l'enfance et à la jeunesse au mieux des intérêts de l'enfant. Le mandat du ministre devrait englober :

- l'élaboration d'une approche axée sur l'enfant pour la prestation de services publics, afin de répondre aux besoins des enfants et de la jeunesse;
- l'élaboration d'ententes au sein des ministères pour poursuivre cette approche par l'intermédiaire d'un financement conjoint de programmes et de services et de l'échange d'information;
- l'autorité pour conclure des accords avec les autres provinces et les niveaux du gouvernement pour perfectionner la prestation de services aux enfants et à la jeunesse;
- une responsabilité opérationnelle pour les différents organismes, comités et programmes instaurés pour réaliser l'intégration et la coordination des services aux enfants et à la jeunesse.

Il faut prendre des précautions pour doter adéquatement en ressources la fonction d'intégration et de coordination des services, tout en respectant le pouvoir d'application des fonds et les investissements exigés par les ministères et organismes des intervenants du gouvernement. Le ministre doit être un chef de file, l'effort et les ressources doivent provenir de tous les ministères et organismes, agissant en équipe.

#### **Responsabilité et société civile : Défense vive des enfants et de la jeunesse**

En définitive, agir au mieux des intérêts des enfants n'est pas une tâche qui peut être laissée seulement au gouvernement ou une personne ou un groupe de personnes. C'est une responsabilité partagée. À forte raison, cette responsabilité est en grande partie confiée aux parents et à d'autres soignants principaux, mais elle doit interpeller même ceux qui ne sont pas directement concernés.

En vertu du Code civil du Québec et dans diverses déclarations prévues par la loi dans des juridictions de common law, il y a une augmentation de l'utilisation des lois du bon samaritain, soit des lois qui exigent que nous portions secours à nos voisins dans des circonstances précises et exigeantes. Au cours des dernières années, la législation de cette province, en vertu de notre *Loi sur les services à la famille*, a fortement insisté sur les obligations en matière de signalement dans les cas de négligence et de violence infligées aux enfants. Un domaine qui mérite une étude et un examen plus approfondis est celui qui consiste à savoir si la législation relative à la déclaration va suffisamment loin et si des sociétés telles que la nôtre bénéficieraient d'une loi imposant une norme de soins encore plus rigoureuse pour satisfaire à nos obligations envers les jeunes en général.

Il n'y a pas si longtemps, la société était beaucoup plus homogène et conformiste en apparence et la législation ne se dérobait pas devant la réprobation d'une conduite jugée offensante pour la moralité publique ou dépravant vraisemblablement la jeunesse. La société d'aujourd'hui, en comparaison, est beaucoup plus permissive. Elle encourage les enfants et les jeunes à trouver leur propre voie plutôt que de la façonner selon un idéal donné. La question que nous devons nous poser, par conséquent, est la suivante : Comment les enfants s'en sortent-ils? Reçoivent-ils la quantité correcte d'orientation, de soutien et d'autodétermination? Sommes-nous restés des gardiens vigilants, intéressés et respectueux de leur développement? Ou les avons-nous laissés se débrouiller seuls, d'après la modeste opinion que nous ne sommes pas mieux équipés qu'eux pour trouver le droit chemin, ou savoir s'il y en a un?

#### 7. *Appuyer le bien-être à l'enfance en tant que vertu civique*

La question de savoir si les enfants et les jeunes bénéficieraient des lois du bon samaritain qui nous commandent d'être attentifs à leur endroit est un sujet qui requiert davantage de discussions et d'égards. En attendant, en tant que défenseur des enfants et de la jeunesse, j'inviterais toute la société civile à renouveler un intérêt personnel dans les affaires de protection de l'enfance. Nous devons rester vigilants et attentifs au fait que, dans notre système démocratique, les enfants n'ont aucune voix, sauf la nôtre. La presse, les médias en général, les universitaires, les associations professionnelles et le secteur bénévole ont tous un rôle important à jouer pour maintenir la responsabilisation du gouvernement en matière de prestation de programmes et de services pour les enfants et pour les jeunes. Au cours de la dernière année, la portée dans laquelle mes efforts, en tant que défenseur, ont été épaulés, renforcés et, à certains moments, même devancés par des membres de la société civile m'a encouragé. La défense du bien des enfants et de la jeunesse est une vertu civique à promouvoir.

L'un des aspects les plus difficiles de cette enquête a été de présenter des recommandations qui reproduisent les conditions nécessaires pour assurer des interventions réussies pour les jeunes ayant des besoins très complexes. À partir de notre examen de ces dossiers, les ingrédients clés pour des interventions réussies sont une perspective continue, un amour stable et des relations attentionnées, des soins communautaires et une patience exemplaire. Il n'est pas surprenant que ce soient là de nombreux attributs des relations axées sur la famille et la parenté. Ils sont également

présents dans nos modèles de parents des familles d'accueil et dans les mouvements caritatifs tels que l'Arche. L'Arche est un mouvement communautaire fondé en 1964 par le Canadien Jean Vanier, partisan de l'aide humanitaire. À l'Arche, les personnes qui présentent des déficiences développementales et ceux qui viennent aider partagent leur vie et leurs activités pendant la journée, dans des établissements baignés dans une ambiance familiale qui sont intégrés dans des quartiers locaux. L'Arche exerce des activités dans 34 pays, mais elle comporte 27 communautés au Canada, où elle exploite presque 200 foyers et ateliers ou programmes de jour, bon nombre d'entre eux se trouvant au Québec ou en Nouvelle-Écosse. Il n'y en a toutefois un seulement au Nouveau-Brunswick, qui vient tout juste d'ouvrir ses portes à Saint John.

Je recommande que le gouvernement du Nouveau-Brunswick encourage de manière active des investissements volontaires, professionnels et communautaires dans le bien-être à l'enfance, en admettant la responsabilité primordiale du gouvernement provincial dans les affaires de bien-être à l'enfance, mais en contrebalançant cette considération avec des contributions à valeur ajoutée que les organismes sans but lucratif, les associations professionnelles, les municipalités, les organisations caritatives et autres peuvent fournir en vue de la conception de partenariats d'entraide forts pour les enfants et la jeunesse.

## **Chapitre 2 – Intégration des services : *L'histoire de William***

Si nous acceptons ensuite d'établir un cadre de responsabilité et que nous nous engageons politiquement à renouveler notre vigilance en matière de protection de l'enfance, comme le gouvernement actuel semble disposé à le faire, étant donné son programme d'action au cours de la dernière année, nous pouvons commencer le travail honnête qui consiste à coordonner nos efforts pour atteindre ces objectifs. Ce n'est pas une mince affaire. Pour reprendre les mots d'un fonctionnaire ministériel, c'est un peu comme vouloir changer complètement de cap. Cette enquête n'englobait que quatre ministères, même si bien d'autres ministères, organismes et intervenants non gouvernementaux sont concernés. Les quatre principaux ministères visés agissent dans un contexte de ressources limitées. L'échange d'information est grandement limité en raison de sa nature extrêmement sensible. Des cultures organisationnelles très distinctes existent au sein des différents ministères et de leurs secteurs d'activité, et malgré les recommandations énoncées ci-dessus, la situation actuelle est caractérisée par une chaîne de commandement et par des pressions associées à la gestion de cas qui font augmenter la concurrence en rapport aux ressources déjà limitées et qui mènent à la décharge de la responsabilité des cas particuliers d'enfants et de jeunes dans le besoin.

Cependant, les fonctionnaires reconnaissent volontiers que nous effectuons un piètre travail de coordination de nos efforts et qu'il serait possible de réaliser de nombreuses économies et une meilleure prestation de services. Nous disposons de la capacité technologique pour effectuer un meilleur travail d'échange d'information, et cette manière de faire est reconnue comme un moyen privilégié d'atteindre l'objectif d'intégration des services, à condition que cela soit fait en accord avec les questions associées à la protection de la vie privée qui sont en jeu. Divers modèles d'intégration des services existent dans d'autres administrations dont nous pouvons tirer des leçons, y compris le

modèle dans l'État du Maine, où trois de nos jeunes ayant des besoins extrêmement complexes – dont les portraits sont brossés dans ce rapport – reçoivent actuellement des soins. Les importantes dépenses engagées pour subvenir aux besoins de ces trois jeunes hommes à l'établissement Spurwink dans le Maine sont la preuve vivante qu'une solution au Nouveau-Brunswick serait plus rentable. Tous les experts pointent du doigt l'intégration des services comme un élément essentiel pour s'occuper de façon efficace des jeunes ayant des besoins complexes<sup>4</sup>.

L'histoire qui décrit de la manière la plus émouvante les différentes normes de soins offerts aux jeunes ayant des besoins complexes et qui illustre également la manière dont l'intégration des services peut profiter à un tel jeune, est bien connue du public et des médias dans la province. C'est l'histoire d'un jeune homme gravement autiste dont la détention à Centracare il y a plusieurs années est devenue la cause de ralliement pour les parents d'enfants autistes au Nouveau-Brunswick. Il s'agit de l'histoire de William.

### *L'histoire de William*

Lorsque mes enquêteurs ont rencontré le père de William, il était évident que sa famille avait fait un long parcours. Après avoir passé des années à défendre les intérêts de son fils, le père de William a consenti à raconter son histoire une fois de plus.

Lorsqu'il était bébé, William « était un enfant tout à fait normal ». Il a franchi chacune des étapes clés de développement jusqu'à l'âge de deux ans. À cette époque, il était capable de jouer avec des jeux vidéo et de communiquer ses besoins. Lorsqu'il a atteint l'âge de trois ans, ses parents, inquiets de son développement ralenti, l'ont emmené chez un psychologue, qui a leur a dit de ne pas s'inquiéter, et que les enfants accusent souvent un retard dans certains domaines. Deux ans passent. À 5 ans, William est envoyé par un psychologue à l'Hôpital Isaac Walton Killam à Halifax. C'est là que l'on a pose le diagnostic de l'autisme. Son père raconte n'avoir jamais entendu le mot auparavant, et savait encore moins de quoi il s'agissait. William faisait preuve d'une certaine agitation, mais ne présentait aucun problème de comportement en soi – rien que les parents ne pouvaient maîtriser.

William a nécessité de nombreuses interventions dans le milieu scolaire. Il a bénéficié d'un modèle d'inclusion scolaire, mais malgré de nombreuses interventions, il n'a jamais vraiment progressé au-delà des compétences cognitives ou communicationnelles d'un enfant de deux ou trois ans. Son comportement perturbateur à l'école nécessitait de le

---

<sup>4</sup> ZANGLIS, I., M. J. FURLONG et J. M. CASAS. « *Case study of a community mental health collaborative: Impact on identification of Youths with Emotional or Behavioural Disorders* », Behavioral Disorders, vol. 25 (août 2000), p. 359-371; KEYS, S. G., F. BEMAK, S. L. CARPENTER et M. E. KING-SEARS. « *Collaborative Consultant: A new role for counselors serving at-risk youth* », Journal of Counseling and Development, vol. 76 (printemps 1998), p. 123-133; BECKER, D., A. HOGUE et H. A. LIDDLE. « *Methods of Engagement in Family-Based Preventive Intervention* », Child and Adolescent Social Work Journal, vol. 19, n° 2 (avril 2002), p. 163 à 179.

retirer d'une salle de classe régulière pendant de longues périodes et de le mettre dans un cadre différent adapté à ses besoins. En fait, pendant de nombreuses années, William a passé beaucoup de temps isolé dans les écoles où il devait être « intégré ».

Son père souligne que, bien qu'il éprouvait certaines difficultés, dans l'ensemble, les écoles venaient à bout des problèmes de William et qu'il s'en sortait à l'école. Lorsque William était enfant, son père se souvient qu'il était capable de donner un coup de main pour certaines tâches ménagères, par exemple dans la cuisine. Il adorait sauter et courir et il nageait également dans la piscine derrière la maison familiale. La piscine a dû être fermée quelques années plus tard, lorsque William a commencé à avoir des attaques.

Lorsque William avait environ 19 ans, son psychiatre lui a prescrit un nouveau type de médicament qui a eu des effets néfastes sur lui. Ses attaques ont empiré. Il devenait de plus en plus difficile à maîtriser à la maison. Ses parents ont demandé des soins de relève; William a donc été placé dans un environnement de soins de jour de SFC. Peu après, William a commencé à passer deux nuits par semaine au foyer de groupe, pour finalement y emménager. À peine quelques mois plus tard, les parents ont commencé à remarquer une détérioration notable du comportement et des facultés cognitives de leur fils. William était suivi par un psychiatre et un psychologue qui lui rendait visite au foyer de groupe, et il fréquentait l'école secondaire pendant la journée. Il avait des contacts réguliers avec sa famille.

Au cours de cette période, les parents ont commencé à remarquer des marques de brûlures sur le corps de leur fils. D'après son père, on leur donnait des explications incohérentes au sujet des marques. Ils ont continué à faire part de leurs inquiétudes aux SFC, mais selon eux, on ne les écoutait pas.

Cinq mois environ après qu'ils aient d'abord signalé leurs inquiétudes à SFC, on leur a informé que William devait quitter le foyer. Les raisons données étaient que l'exploitant du foyer de groupe ne pouvait plus offrir des soins adéquats à William, à cause de sa force et de son comportement d'une agressivité imprévisible. SFC a entrepris de trouver un nouveau placement pour William. Les quelques propositions mises de l'avant ont toutes été refusées par SFC, en raison de leur coût élevé.

L'exploitant du foyer de groupe a accepté de loger William dans un appartement où il bénéficierait d'un soignant personnel, en attente d'un autre placement. Dans cet environnement extrêmement structuré, ses problèmes comportementaux étaient minimes. Il a poursuivi sa thérapie, ses visites auprès de sa famille et ses études. Toutefois, les arrangements provisoires n'ont pu être prolongés au-delà de quelques mois.

En 2002, lorsque William était âgé de 21 ans, ses parents ont été avisés par SFC qu'il ne pouvait plus vivre dans l'appartement. Le Ministère a proposé de transférer William à Centracare, à Saint John. En raison de leurs craintes en rapport à ce déménagement, ses parents ont demandé de prolonger de 30 jours le placement de William dans l'appartement, afin d'examiner les possibilités et de demander conseil auprès d'un expert. Les parents ont présenté un rapport du médecin de famille de William, qui déclarait que



Centracare n'était pas un bon placement pour William, et qu'il pourrait causer une détérioration de son état. Son psychiatre et son psychologue étaient aussi en désaccord avec ce placement, tout comme le personnel de Centracare. Le ministre a rejeté les opinions des professionnels ainsi que la demande de prolongation de 30 jours, et William a été placé à Centracare.

Le plan était de placer William dans l'unité de réadaptation, en vue de rendre William à sa communauté, un jour. En fin de compte, il a été placé dans une « unité de soins prolongés », où il y avait un accès limité aux programmes et aux thérapies. De plus, le personnel à Centracare a prévenu SFC que l'unité disponible pour William était très bruyante et inappropriée pour un jeune homme autiste. Selon le personnel, William risquait d'être agressé par d'autres résidents, un avertissement appuyé par le rapport préalable d'un psychiatre. Cet avertissement a été ultérieurement corroboré étant donné que William a été agressé à plusieurs reprises, dont une agression sexuelle. Par conséquent, le comportement de William s'est détérioré, au point de perdre la majorité des facultés cognitives qu'il avait acquises au cours des années précédentes. Son père croit que ces dommages sont très probablement irréversibles.

Dans un exposé de la demande associée à une action en justice que les parents ont intentée contre le gouvernement, les parents affirment, lors d'une visite précise, avoir : « ... trouvé William sous forte sédation – il ne reconnaissait plus ses parents et était allongé sur son lit avec les mains sur ses oreilles, en se plaignant du bruit. De plus, ils l'ont trouvé nu en isolation... à maintes reprises par la suite. »

Seize mois après son placement à Centracare, William a été agressé sexuellement. Ses parents ont continué à réclamer le retrait de leur fils du centre et son placement dans un milieu mieux adapté, en utilisant n'importe quel moyen pour se faire entendre. De nombreuses personnes au Nouveau-Brunswick se souviendront de cette affaire à la lecture de ces lignes, car le père de William n'a jamais hésité à exposer publiquement la situation désespérée de son fils et donc à attirer fortement l'attention des médias.

Trois ans après son admission à Centracare, William a été transféré à l'établissement Spurwink à Portland, dans l'État du Maine, à un coût annuel de plus d'un demi-million de dollars par an. Même si ses parents n'ont aucun moyen de transport pour faire les six heures de route jusqu'à Portland, ils sont heureux que leur fils reçoive les soins dont il a besoin, mais ils préféreraient que leur fils puisse recevoir ce genre de soins au Nouveau-Brunswick, ce qui leur permettrait de rendre visite à leur fils.

À son arrivée à l'établissement américain, William a été placé dans une maison où il demeure toujours le seul occupant. Au début, il était soigné par un couple qui vivait dans la maison avec lui. Mais cela était très éprouvant pour le couple de s'occuper de William en raison de son état initial. Les arrangements ont donc été changés et ses soins sont maintenant fournis par le personnel par quart de travail. Le personnel à Spurwink a dit à mes enquêteurs que d'après l'information à leur disposition, au cours de la dernière année que William avait passée à Centracare, il n'était pas sorti une seule fois dehors. Il va sans dire que William avait et a encore un long chemin à parcourir pour redevenir la personne

qu'il était. Au cours des deux ans et demi que William a passés à Spurwink, ses progrès ont été lents mais constants. Le personnel qui travaille avec lui a fait les déclarations suivantes :

« William semble vraiment posséder des compétences. Il est capable d'apprendre. Le potentiel est là... Il semble être intéressé par l'éducation..... Certaines méthodes utilisées avec d'autres sont inefficaces avec William. Néanmoins, il commence lentement à montrer des résultats.... »

Concernant William, et les deux autres jeunes du Nouveau-Brunswick placés dans le Maine, une question inévitable se pose : « Pourquoi ont-ils dû être placés à l'extérieur du pays pour obtenir le niveau de service dont ils ont besoin? » Comment pouvons-nous intégrer nos services au Nouveau-Brunswick pour les faire fonctionner pour William et des jeunes gens comme lui?

Ce casse-tête comporte de nombreuses pièces. Évidemment, les recommandations énoncées ci-dessus au sujet de la responsabilisation et de l'orientation politique constituent un élément important. Également, à la lumière des leçons tirées de Spurwink, il est clair que le modèle de prestation de services axé sur l'enfant, ou adapté en fonction des besoins de l'enfant, est une autre première étape importante. Les deux obstacles imminents à l'intégration des services portent sur la gestion des conflits au sujet du contrôle des ressources et de l'information, c'est-à-dire qui va payer et qui a besoin de savoir. Il faut élaborer de meilleurs systèmes d'échange d'information qui sont accessibles aux parents, aux jeunes et à tout leur cercle de soins. Un modèle de prestation intégré des services est un modèle où les parents se sentent soutenus, où ils obtiennent des services sans devoir courir çà et là. Dans certains aspects de notre travail, l'intégration des services peut être réalisée simplement en faisant plus ce que nous faisons bien. Notre examen a abouti à des recommandations qui explorent ces différentes possibilités.

#### 8. *Un modèle de prestation de services axé sur l'enfant*

Tous les manuels en parlent. D'après nous, il s'agit aussi d'une question d'intérêt public dans notre province. Nous aspirons à offrir des services qui sont axés sur l'enfant et qui sont sensibles aux besoins de chaque enfant et de chaque jeune qui accède aux services. Toutefois, notre enquête a révélé que bien que nous ayons toutes les cartes en main pour atteindre nos buts, il nous est difficile de les atteindre. Les parents nous ont confié qu'ils rêvent du jour où un travailleur de cas ou un travailleur social leur demandera : « De quoi a besoin votre enfant et comment puis-je vous aider à l'obtenir? ». Les travailleurs sociaux nous ont dit qu'il y a 30 ans, au début de leurs carrières, ils appréciaient le travail sur le terrain et le travail dans le foyer familial avec les enfants qui avaient besoin d'une aide. À présent, ils admettent avec regret que leur travail est devenu tel qu'ils sont réduits à agir comme courtiers de services avec très peu de temps attribué aux contacts réels dans le foyer. Ils regrettent également que trop souvent, ils doivent refuser les services aux enfants dans le besoin, car leurs profils ne remplissent pas les critères du programme, et il n'y a pas d'autre programme disponible pour aider les cas particuliers de ces enfants.

Voilà ce que nous voulons dire quand nous disons qu'il est bien le temps de passer à l'action et de changer de cap. Nous recommandons que le ministre responsable de la coordination des services à l'enfance et à la jeunesse introduise des lignes directrices et des programmes de formation pour le personnel de première ligne dans tous les ministères pour s'assurer que nous répondons aux besoins légitimes des enfants et des jeunes qui demandent un service. Le gouvernement doit passer d'un système d'exclusion, attribuable à la prestation de programmes fondée sur des critères, à un système d'offre de services. La responsabilité financière a exigé que nous fassions une application stricte des critères d'admissibilité aux programmes. Il s'agit d'une mesure valable et nécessaire. Je propose qu'en matière de protection de l'enfance, il nous faut également élaborer des mesures de responsabilisation sociale, afin de garantir que nos programmes commencent à atteindre leurs objectifs de prestation de services.

9. *Adoption d'une loi sur la coopération et l'échange d'information dans les affaires de bien-être à l'enfance*

Le défi principal de l'intégration des services est le pouvoir de dépenser. De quelle manière peut-on désigner un ministre responsable des services à l'enfance et à la jeunesse s'il n'a pas de contrôle sur les dépenses relatives aux programmes pour les enfants et les jeunes dans différents ministères hiérarchiques? Comment peut-on accorder autant de pouvoir au ministre responsable sans compromettre l'indépendance de ses collègues au Cabinet et leur devoir de répartir des ressources limitées de manière à répondre aux diverses priorités ministérielles? Ce sont des questions difficiles. Cependant, au bout du compte, je pense qu'il s'agit d'un faux dilemme. La véritable question est de savoir si le gouvernement veut faire de la prestation de services aux enfants et aux jeunes une priorité dans cette province. S'il y a une telle volonté politique, alors la voie à suivre devrait être claire.

Au cours des dernières années, les défenseurs de la jeunesse autochtone au Canada ont insisté avec succès sur l'application du principe de Jordan pour mettre en œuvre des services auprès des jeunes. Jordan était un jeune enfant des Premières nations qui, dès sa naissance, avait des besoins médicaux complexes. Après avoir passé les deux premières années de sa vie à l'hôpital et bénéficié d'un important soutien communautaire, les médecins ont déclaré qu'il pouvait aller dans un foyer familial. Cette décision aurait dû être un temps de réjouissance, mais pour les gouvernements provincial et fédéral, elle a marqué le début d'une querelle, à savoir quel ministère allait payer pour les soins à domicile de Jordan. Le conflit de compétence a duré plus de deux ans. En plus de recourir à une médiation, on a intenté une action en justice pour savoir qui devait payer une rampe d'accès pour fauteuils roulants ou des pommes de douche modifiées. Le conflit a été finalement réglé peu après le quatrième anniversaire de Jordan à l'hôpital, mais il était trop tard pour Jordan. Il est décédé avant qu'il puisse rejoindre sa famille. Le principe de Jordan, qui a été élaboré en raison de cette triste situation, exige que dans de pareils conflits de compétence, le prestataire de services de premier contact doit payer pour les services et demander ensuite une contribution des autres secteurs du gouvernement. De cette manière, les questions de compétence peuvent être traitées sans priver un enfant de soins.

L'histoire de William, comme celle de Jasmine, a été compliquée inutilement par des batailles de compétence entre les Services familiaux et communautaires et le ministère de la Santé. Alors qu'il déprimait à Centracare, persécuté par d'autres patients dans l'établissement, les ministères débattaient qui allaient payer pour ses services. Nous recommandons que le gouvernement élabore une réponse législative et institutionnelle pour mettre en application le principe de Jordan, ou une mesure similaire, dans la province. À mon avis, il est inévitable que le ministre des services à l'enfance et à la jeunesse aurait besoin de fonds suffisants pour lui permettre d'agir à titre d'intermédiaire dans les conflits financiers de façon efficace sans toujours imposer des coûts à un ministère ou à un autre. Cependant, dans la plupart des cas, le rôle central du ministre serait de déterminer efficacement et rapidement quels services sont nécessaires et quel ministère devrait payer.

Par exemple, il serait possible pour un ministre responsable de la coordination des services à l'enfance et à la jeunesse d'être investi du pouvoir d'ordonner la contribution financière ou le paiement des services par un ministère donné en cas d'accès contesté aux services. Si le ministre disposait d'une telle autorité, elle aurait rarement besoin d'être invoquée, car les ministères préféreraient trouver une solution fixée par entente mutuelle plutôt que de s'en voir imposer une. Tout abus de l'autorité du ministre dans un cas donné pourrait être efficacement abordé au cabinet.

#### *10. Adoption d'une loi sur la coordination interministérielle dans les questions de bien-être à l'enfance*

C'est une chose de nommer un ministre responsable et de lui octroyer un certain pouvoir de prise de décision pour diriger le paiement des services dans des cas de contestation. Néanmoins, l'opération quotidienne d'un effort aussi grand en matière de coordination et d'intégration des services nécessiterait une structuration aux plus hauts niveaux de la fonction publique, afin d'assurer la participation active par tous les ministères responsables concernés. Nous recommandons la formation d'un comité directeur des sous-ministres de l'Éducation, de la Santé, de la Sécurité publique et des Services familiaux et communautaires qui se réunirait tous les trois mois et ferait rapport au ministre responsable sur une base régulière. Le ministre responsable pourrait être secondé dans cette tâche par un directeur général qui se rapporterait directement à lui et qui agirait en qualité de secrétaire pour le comité des sous-ministres. Ainsi, sans la réalisation d'une dépense supplémentaire importante, un petit groupe du gouvernement central pourrait être établi et être mandaté précisément de voir aux efforts en matière de politique et de planification essentiels à la coordination des services au sein du gouvernement. Des organismes semblables ont contribué de façon importante à l'élaboration de politiques dans la province dans des secteurs tels que la situation de la femme et les affaires autochtones.

11. *Adoption d'une loi sur l'échange d'information dans les affaires bien-être à l'enfance*

Comme je l'ai mentionné ci-dessus, un autre domaine de coopération qui peut nécessiter un cadre législatif est l'échange d'information dans les affaires de protection de l'enfance entre les ministères et les organismes du gouvernement. En général, la *Loi sur la protection des renseignements personnels* (LPRP) stipule que lorsque des problèmes d'interprétation surgissent quant à l'application des principes de confidentialité dans d'autres lois, ils devraient être résolus en se référant au Code de pratique statutaire en vertu de la LPRP. Ce code de pratique permettrait l'échange d'information sans consentement, afin de protéger la santé ou la sécurité d'une personne ou d'un groupe de personnes. La *Loi sur les services à la famille* permet elle-même l'échange d'informations personnelles sans consentement exprès entre les organismes du gouvernement. Mais la réalité est que l'information des dossiers ne circule pas librement et même dans les cas où l'échange d'information est nécessaire dans le meilleur intérêt de l'enfant, des poches de résistance surgiront, invoquant le droit à la vie privée d'un enfant ou d'un jeune donné. Par conséquent, il peut être utile de réaffirmer officiellement, dans les lois touchant à l'information et aux droits à la vie privée des enfants, dans les domaines de l'éducation, de la santé, de la sécurité publique et des services sociaux, une obligation pour les dépositaires des données publiques d'échanger ces renseignements avec d'autres organismes publics, si le fait d'agir de la sorte peut servir raisonnablement les intérêts de l'enfant. En d'autres termes, la norme doit stipuler clairement que, même si la protection de la vie privée de l'enfant est un droit important, l'obligation de partager des renseignements avec d'autres prestataires de service publics pour en faire bénéficier l'enfant est une préoccupation primordiale.

Des lois spécialisées dans ce domaine pourraient aider à clarifier toute ambiguïté et améliorer l'intégration des services de bien-être à l'enfance. Des dispositions détaillées pourraient être élaborées pour établir la liste des priorités des niveaux de divulgation. Il peut donc être pertinent que certaines informations de base en matière de santé puissent être aisément mises à la disposition des représentants scolaires, que les représentants scolaires soient priés de dévoiler les informations qui peuvent aider dans une enquête sur d'éventuels mauvais traitements ou négligences, que les travailleurs sociaux aident les travailleurs correctionnels pour les jeunes en divulguant des informations qui sont susceptibles d'aider le programme de réadaptation ou de traitement d'un enfant en détention. Dans tous les cas, les représentants devraient agir en toute conformité avec la norme d'un parent prudent et aimant. Bien que dans de nombreux domaines de l'administration publique, les principes de la transparence et de la vie privée doivent être soigneusement équilibrés, la Cour suprême a maintenu qu'en cas de doute, la vie privée devrait primer. Dans le domaine de la protection de l'enfance, n'importe quel doute relatif aux préoccupations primordiales en matière de vie privée et de transparence devraient être résolu en faveur de l'échange d'information, s'il est possible de promouvoir l'intérêt de l'enfant. Cela est d'autant plus vrai si un ministre ou un autre agent public agit au nom d'un pupille de l'État. Dans ces situations, les meilleurs intérêts de l'enfant sont presque invariablement servis par la divulgation d'informations à d'autres organismes publics, toujours au sein du cercle de soins de l'enfant ou du jeune en question. Si la loi au

Nouveau-Brunswick est généralement en accord avec cette approche, elle pourrait tout de même bénéficier d'une déclaration législative plus claire en rapport aux renseignements personnels des enfants et des jeunes qui reçoivent des services publics.

*12 Un système de gestion conjointe des dossiers électroniques pour les enfants et les jeunes dans le besoin*

Si les principes qui précèdent sont bien compris et bien articulés dans la loi, il sera possible d'exploiter la technologie de gestion de l'information et des dossiers qui est en cours d'élaboration dans le domaine de la santé pour aider à intégrer les services. Un travail important devrait être réalisé pour déterminer si les dossiers de la santé ou les dossiers scolaires seraient le point de départ logique pour un dossier électronique conjoint pour les enfants et les jeunes dans le besoin. Toutefois, l'avantage d'engager les agents de traitement des cas, les travailleurs correctionnels, les enseignants-ressources, les titulaires de classe, les professionnels de la santé, les aides-enseignants et les parents dans un programme de traitement pour les enfants ou les jeunes est aisément apparent. Dans le domaine de l'intervention chez les enfants autistes, certains programmes existent et démontrent la possibilité de rassembler tous les intervenants à un forum commun ou à une table commune pour élaborer, suivre de près et adapter le plan de traitement ou le plan éducatif de l'enfant.

Alors qu'il peut être trop coûteux et inutile de créer un tel dossier électronique conjoint pour chaque élève d'âge scolaire, il peut être approprié d'agir de la sorte pour les élèves qui suivent un plan éducatif spécial. En tant que projet pilote, il peut être approprié de concevoir et de mettre au point un tel système pour les élèves ayant des besoins extrêmement complexes.

Nous recommandons que le ministre responsable des services à l'enfance et à la jeunesse constitue un groupe d'étude pour rendre compte des moyens les plus appropriés pour échanger des renseignements entre les ministères et pour explorer la possibilité de mettre en place un système de gestion conjointe des dossiers électroniques pour les enfants et les jeunes dans le besoin.

*13 Un seul point d'entrée pour l'accès à l'information et aux services pour les familles*

L'intégration des services nécessite vraiment que les fonctionnaires dans tous les ministères développent leurs compétences en matière d'options de prestation de services accessibles aux jeunes et à leurs parents à travers le gouvernement. Aux yeux des patients ou des consommateurs, chaque fonctionnaire est la voix du gouvernement. Cela explique pourquoi ils sont frustrés lorsqu'ils doivent expliquer à un groupe de représentants ce qu'ils ont appris des fonctionnaires dans un autre ministère. Les parents nous ont dit qu'ils doivent constamment raconter leur histoire de A à Z, en expliquant aux représentants qui doivent le savoir les raisons pour lesquelles les services d'autres ministères ne leur sont plus accessibles à eux ou à leur enfant. Ils font aussi part de leur frustration lorsqu'ils ont pris connaissance six mois ou six ans trop tard d'un programme ou d'un service auquel ils

auraient dû avoir accès il y a longtemps. La plupart des parents reconnaissent qu'après le diagnostic de leur enfant, ils ont dû se débrouiller beaucoup eux-mêmes. Avec du recul, ils réalisent qu'on les a très peu informés de ce qu'étaient les problèmes de santé mentale. Si cela avait été fait, ils auraient été mieux équipés pour composer avec la situation. Ces parents ont demandé pourquoi il n'y a pas un seul point d'entrée dans le système à la suite du diagnostic, où les parents et les jeunes peuvent accéder à l'information, prendre connaissance des programmes et des services de soutien qui s'offrent à eux et obtenir une orientation et un appui pour accéder à ces services.

Ce genre de service a été mis sur pied dans le cas des permis de conduire, des permis de chasse et de pêche et des systèmes d'enregistrement des titres de propriété et des biens fonciers. Pourquoi ne pouvons-nous pas le faire dans le domaine des services de santé? Comment le gouvernement peut-il répondre à ces besoins? Alors que le gouvernement a récemment délégué la responsabilité des services de santé mentale aux Régies régionales de la santé, il peut y avoir un certain avantage à collaborer et à éviter la répétition inutile des efforts lors de la constitution d'informations sur la santé qui sont fiables et accessibles aux enfants, aux jeunes à risque et à ceux ayant des besoins extrêmement complexes.

Nous recommandons qu'en plus de l'élaboration de systèmes fermés pour l'échange d'information entre les fonctionnaires qui fournissent des services aux enfants et aux jeunes, que le gouvernement investisse de nouvelles ressources importantes dans le développement de systèmes d'information ouverts en matière de santé publique pour aider et guider les parents et les familles à travers la gamme de programmes et de services qui peuvent aider leur enfant après le diagnostic d'un état de santé mentale. Un examen du type d'information disponible par l'intermédiaire du Centre TEACCH de l'Université de la Caroline du Nord peut être une référence utile<sup>5</sup>. Les partenaires dans ce processus doivent inclure les gestionnaires des services de santé mentale des régies régionales de la santé, le défenseur des patients souffrant de maladies mentales, l'Association du Nouveau-Brunswick pour l'intégration communautaire, la Société de l'autisme du Nouveau-Brunswick, le Défenseur des enfants et de la jeunesse et l'Association canadienne pour la santé mentale.

---

<sup>5</sup>Voir par exemple le CENTRE TEACCH (Chapel Hill). *A Family's Reference Guide to Services For Youth and Young Adults with Autism* (en ligne), Université de la Caroline du Nord, Chapel Hill, N.C. Sur Internet : [http://www.teacch.com/info\\_family.html](http://www.teacch.com/info_family.html)

### Chapitre 3 – Établissements de soins communautaires : *L'histoire de Jacob*

J'en arrive maintenant aux prémisses qui ont permis de déclencher la présente enquête. En supposant que nous fassions tout ce qui est en notre pouvoir pour responsabiliser tous les intervenants, favoriser l'orientation politique et mieux coordonner et intégrer nos efforts dans l'ensemble des ministères du gouvernement, les cas problèmes ne se volatiliseront pas. Nous serons encore confrontés à un manque important de professionnels qualifiés et à un trop petit nombre d'options en matière de placements résidentiels. Les renvois et les placements continus de jeunes, comme William, au centre de traitement Spurwink, au Maine, au coût de 500 000 \$ par année par jeune, ne seront pas rentables du point de vue financier à long terme. Comment passerons-nous alors de la pratique actuelle qui consiste à exporter nos jeunes qui ont des besoins complexes (et qui comptent parmi les cas les plus graves) à l'extérieur de la province et du pays à un modèle de soins communautaires pour ces derniers qui se pratiquera ici au Nouveau-Brunswick?

La question de faire sortir les gens de l'environnement institutionnel et des retombées qui en découlent, ainsi que le questionnement à savoir si des soins résidentiels dans la communauté peuvent être réalisés sans faire de cette alternative une autre sorte d'institution constitue un autre thème important de l'enquête.

Dans le cas de Jasmine, nous sommes partis du principe que le manque d'établissements de soins spéciaux pour bénéficiaires internes constituait le problème. Toutefois, notre enquête a immédiatement soulevé des questions : Le problème est-il attribuable à un manque d'établissements ou à un manque de services de soutien aux familles? Le problème est-il causé par le manque d'établissements de soins de longue durée pour les jeunes ayant des besoins complexes ou plutôt par un manque de capacité institutionnelle de gestion des besoins de soins de courte durée des jeunes patients en santé mentale? Si l'on peut imaginer de meilleures options en matière d'établissements de soins communautaires pour les jeunes ayant des besoins complexes, quels rôles joueront les collectivités et le secteur sans but lucratif dans ce mode de prestation de services? Qu'en est-il des besoins des jeunes à risque? Quelles sont les options en matière de services résidentiels mises à leur disposition? Pourquoi les maisons de transition pour jeunes dans l'ensemble de la province ont-elles constamment de la difficulté à joindre les deux bouts? De nouveaux établissements résidentiels peuvent-ils être construits afin de répondre aux besoins de ces deux groupes de jeunes? Qu'en est-il du recoupement des services éducatifs, des services de santé et de la prévention du crime? Comment intégrons-nous les services propres à un cas et à l'échelle locale?

Je propose de discuter de toutes ces questions après avoir étudié de plus près l'histoire d'un jeune homme qui, avant son placement au centre de traitement Spurwink, à Portland, au Maine, avait brûlé presque tous les ponts et options qui lui étaient offerts au Nouveau-Brunswick en fait de soins en établissement. Il vient d'une famille nombreuse qui le soutient, mais ses explosions de violence et d'agressivité ont empêché sa réintégration au sein de sa famille. L'enquête était déjà bien avancée avant que j'aie des nouvelles de sa mère. Mes enquêteurs ont alors eu l'occasion de rencontrer son fils au Maine et étaient contents de faire la connaissance d'un jeune ayant des besoins complexes



qui était très communicatif et qui possédait un sens de l'humour et un réel potentiel. Toutefois, le dossier des interventions réalisées au Nouveau-Brunswick nous donne un portrait beaucoup moins optimiste de ce jeune homme. Il s'agit de l'histoire de Jacob.

### *L'histoire de Jacob*

Jacob est né au printemps de 1989 et est maintenant âgé de 18 ans. Il a un frère jumeau et quatre autres frères et sœurs. En raison de la souffrance fœtale de Jacob, sa mère accouche de ses jumeaux par césarienne à 39 semaines de grossesse. Huit mois plus tard, sa mère commence déjà à s'inquiéter de la différence notable entre Jacob et son autre enfant. À trois ans, sa mère l'amène voir un médecin. Le médecin ne voit pas la nécessité de le diriger vers d'autres spécialistes.

À l'âge de cinq ans et sept mois, la mère du garçon commence à chercher à obtenir plus d'aide pour son fils en raison de l'augmentation de problèmes : fixations dans le vide, capacité d'attention limitée, comportement agressif et incontinence nocturne. Cela a marqué le début des thérapies et médicaments pour Jacob. Il prend divers médicaments, au fil des ans, qui lui sont prescrits par les nombreux médecins qui le traitent. Il prend longtemps les médicaments Tegretol et Risperdal jusqu'à ce que ces derniers perdent de leur efficacité. Il prend également du lithium. En plus des aspects positifs de sa pharmacothérapie, un des effets du Risperdal prescrit a été la prise de poids considérable. En 2006, le diagnostic complet de Jacob révèle qu'il souffre d'un trouble omniprésent de la personnalité, non spécifié ailleurs (NSA), du syndrome de Gilles de la Tourette et d'un trouble oppositionnel avec provocation. Il présente également les symptômes de comorbidité des comportements obsessionnels-compulsifs et du déficit de l'attention.

En ce qui concerne les services éducatifs, l'examen du dossier montre que, dès son entrée à la maternelle, Jacob a de la difficulté, qu'il ne saisit pas les signaux, qu'il a des troubles de comportement et qu'il est agressif physiquement. En 1<sup>re</sup> année, son comportement agressif se poursuit, même s'il a une excellente enseignante et que la communication parentale est bonne. Sur le plan scolaire, le rendement de Jacob est toujours au-dessous des niveaux attendus; il connaît toutefois un succès mitigé avec certains plans d'éducation spéciale bien que ceux-ci s'avèrent incohérents. Au cours de ses premières années scolaires, Jacob commence toujours l'école au mois de septembre sans qu'un aide-enseignant ne lui soit assigné, mais à la suite de quelques incidents comportementaux, on lui en attribue un. Ce type de service réactionnel offert par le système scolaire est problématique pour Jacob. Il présente alors davantage de problèmes comportementaux, car il a toujours de la difficulté à faire face aux transitions. Dès son entrée à l'école intermédiaire, la mère de Jacob rencontre une résistance réactionnelle semblable de la part du directeur qui consiste à attendre qu'un problème surgisse avant de prendre des mesures quelconques. Il continue à avoir un épisode agressif après l'autre. À l'âge de 12 ans, Jacob est suspendu de l'école en novembre. Une équipe travaille à la planification visant à permettre sa réintégration à l'école dans un programme d'une demi-journée. La mère remarque que Jacob va beaucoup mieux durant l'été; le stress engendré par l'école accroît ses troubles de comportement.

À l'instar de bien d'autres enfants ayant des besoins complexes, le comportement agressif de Jacob lui a également valu d'avoir des démêlés avec la justice. Dès la maternelle, la mère de Jacob remarque que son fils a un comportement d'agression physique. Lorsqu'il était enfant, Jacob a également eu des épisodes de pyromanie. Jacob présente des comportements très agressifs, que l'on note comme ayant peu d'éléments déclencheurs particuliers, mais qui surviennent en raison d'une réaction négative directe et d'une surstimulation émotionnelle et qui connaissent un déclin subséquent par la suite. On remarque également qu'il maîtrise moins bien son agressivité lors des modifications apportées à son régime de pharmacothérapie. Ce type de comportement s'aggrave au fil des ans. Ainsi, en 2005, il assaille sa mère en menaçant de la tuer tout en la maintenant à la pointe d'un couteau; en 2006, il attaque son frère et son père de famille d'accueil et atteint le point culminant en agressant brutalement sa mère de famille d'accueil dont l'issue aurait pu être fatale si sa fille ne l'avait pas repoussé avec une chaise. Depuis ces incidents, des précautions sont prises lorsque le régime de médicaments de Jacob subit des modifications. Jacob suit deux fois le programme de mesures de rechange. Il est accusé d'agression envers son père de famille d'accueil et passe quatre mois au Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick (CJNB).

Il y a lieu de se demander dans quelle mesure les modifications apportées à sa structure de soutien et à l'endroit qu'il considère comme son domicile peuvent avoir également eu une incidence sur le comportement et la maladie de Jacob. Jacob est âgé de six ans lorsqu'il a affaire aux services sociaux pour la première fois, et il est examiné au IWK, à Halifax, à l'âge de neuf ans. À l'âge de 12 ans, il passe un mois au Centre Pierre-Caissie, où il subit des tests et des évaluations approfondis. Jacob a vécu dans plusieurs familles d'accueil pendant une durée variable depuis 2001, qui correspond à l'année où il a été retiré de sa maison familiale, en raison de la crainte de sa mère pour la sécurité de ses cinq autres enfants. La dernière fois que Jacob a été chez lui, il a manifesté de la violence dans la soirée et, lorsque la famille a communiqué avec un préposé de SFC, ce dernier leur a dit d'appeler la police. Jacob a dû monter dans la voiture de police et être conduit à l'hôpital; il est par la suite transféré temporairement à une résidence pour jeunes de Fredericton. Il est ensuite placé dans une autre famille d'accueil, où il agresse son père de famille d'accueil. On a depuis tenté de le réintégrer au sein de sa famille, mais son agressivité a empêché son retour.

Après un séjour dans un établissement correctionnel pour les jeunes, Jacob est transféré à un centre de crise de Fredericton, où il est le seul résident dans un foyer et où le personnel est qualifié, mais ce scénario n'est pas viable financièrement pour le gouvernement. Selon l'évaluation précise de SFC, Jacob ne pourra jamais vivre de façon indépendante; il a été déterminé qu'en raison des risques pour la sécurité que pose son comportement agressif il ne demeurera ni dans sa maison familiale, ni dans une famille d'accueil, mais plutôt dans un établissement résidentiel de traitement.

Sa mère a été particulièrement troublée par le manque de services dans la province pour son fils quand il était âgé de 16 à 19 ans, période pendant laquelle il ne semblait pas y avoir à l'origine de services qui répondaient aux besoins de son fils. Il n'était pas admissible aux programmes destinés aux élèves à besoins spéciaux; son cas était plutôt

considéré comme un cas de protection de l'enfance même s'il ne satisfaisait pas aux exigences. À ce stade, le Bureau de l'ombudsman s'est intéressé à cette affaire et les options de traitement en résidence à l'extérieur de la province ont été considérées. Jacob a finalement pu être admissible au placement au centre de traitement Spurwink, au Maine, qui a pu répondre à ses besoins en matière de soins individualisés sécuritaires en établissement.

\* \* \*

Il est regrettable que, dans notre hâte à sortir les gens des institutions et à fermer l'école de formation et dans nos efforts pour intégrer tous les enfants à besoins spéciaux dans cette province dans la population, soit la fameuse politique « aucun enfant ne sera laissé pour compte », nous soyons allés jusqu'à démanteler un si grand nombre d'options de prestation de services qui existaient auparavant. On reconnaît volontiers que la vaste majorité des jeunes personnes qui ont reçu des soins de santé, des services éducatifs ou des services sociaux dans un milieu institutionnel au cours des années 1950, 1960 et 1970 auraient pu tirer avantage de politiques et de traitements moins ségrégationnistes. Il est également vrai que nous récoltons seulement maintenant les fruits des approches de désinstitutionnalisation et de la mise en œuvre de l'inclusion scolaire élaborée au cours des années 1980 et 1990. Toutefois, la présente enquête nous a convaincus plus que jamais que le balancier a atteint un extrême et que les besoins variés de nos divers jeunes exigent plus qu'une approche du tout ou rien, plus qu'une même approche pour tous. Les soutiens familiaux, les placements résidentiels des membres de la famille étendue, les placements en foyers de groupe communautaires et en familles d'accueil, les approches de l'inclusion scolaire et l'hospitalisation uniquement pour répondre aux besoins de soins de courte durée des jeunes patients en santé mentale constituent des approches privilégiées dans tous les cas, mais elles ne sont pas suffisantes pour répondre à tous les besoins des deux groupes de jeunes. Les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes, en particulier, doivent avoir accès à un plus grand nombre d'options. Les jeunes à risque ont également besoin d'un filet de sécurité sociale plus large afin de répondre à leurs besoins en matière de logement, de programmes sociaux et de développement. Nous avons clairement besoin de plus de ressources pour les options résidentielles destinées aux jeunes ayant des besoins haut de gamme, mais en appuyant les collectivités et les familles, nous pouvons réduire les pressions pour de telles options résidentielles ainsi que pour les demandes aux fins de services hospitaliers et correctionnels auxquels il est actuellement possible d'accéder en l'absence de telles solutions de rechange.

#### *14. Un centre provincial d'excellence pour les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes*

Gabriel, William et Jacob reçoivent tous les trois d'excellents services dans un établissement communautaire intégré qui leur permet de réaliser des progrès considérables dans leurs plans de traitement respectifs. Chacun d'eux est placé dans un foyer en milieu résidentiel urbain ou rural qui comporte un service de soins rotationnel et où ils sont les seuls résidents du foyer. Grâce au centre de traitement Spurwink, ils ont

accès à des écoles spécialisées, à des programmes de travaux communautaires et à des services psychologiques, psychiatriques, médicaux, dentaires et ergothérapeutiques qui sont tous intégrés et coordonnés par les directeurs de programmes responsables des soins qui leur sont prodigués. Étant donné que Spurwink est un centre de traitement établi dans la région de Portland, au Maine, et qu'il détient près de 50 années d'expérience dans la prestation des services à des patients en santé mentale, les services communautaires connaissent bien les besoins de tels jeunes. Attendu que la plupart des programmes résidentiels des établissements sont appliqués dans les foyers de la région de Portland, il existe une masse critique de besoins dans cette collectivité pour appuyer l'établissement de services professionnels spécialisés.

Dans une province de la taille du Nouveau-Brunswick, il est impossible d'offrir des services éducatifs, sanitaires et sociaux spécialisés à toutes les collectivités de la province. Je recommande l'établissement d'un centre provincial d'excellence pour les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes. Ce centre d'excellence pourrait être situé dans une collectivité du Nouveau-Brunswick et mandaté pour recruter et retenir les services d'experts en psychiatrie pour enfants et adolescents, en psychologie du développement, en audiologie, en orthophonie et d'autres services de soutien en matière de bien-être à l'enfance. Bien qu'il soit important que tout centre provincial d'excellence dans cette région soit accessible géographiquement et que les services soient offerts aux résidents du Nouveau-Brunswick dans les deux langues officielles, les propositions relatives à sa localisation doivent émaner des collectivités intéressées elles-mêmes et le choix final doit être fait en fonction de leur capacité d'intégrer les services pour les jeunes dans une vaste gamme d'interventions communautaires.

Je me suis prononcé publiquement, au cours des dernières semaines, sur le besoin de respecter nos obligations légales internationales et de garder les populations de jeunes en milieu correctionnel à l'écart des populations d'adultes. La construction d'un centre correctionnel à Moncton est une option qui vaut la peine d'être explorée et que je poursuivrai davantage dans mon rapport sur les services correctionnels pour jeunes offerts dans la province à Ashley Smith. Le centre d'excellence pour les jeunes à besoins complexes, peu importe où il sera situé, devra collaborer étroitement avec le Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick et, bien que les deux installations puissent bénéficier d'être toutes deux situées dans une même collectivité, il importe qu'elles soient situées à une distance raisonnable l'une de l'autre, afin d'éviter que réunir inutilement les populations de jeunes contrevenants et de jeunes ayant des besoins complexes. Bien que le Centre d'excellence puisse offrir des services aux jeunes ayant des besoins spéciaux à partir d'une institution spécialisée, il est primordial que les jeunes en question résident dans la communauté afin de respecter leurs droits selon la Convention de l'Organisation des Nations Unies : « Protection et la promotion des droits et de la dignité des handicapés ».

### 15. *Un centre provincial d'excellence pour les jeunes à risque*

Les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes représentent le sommet de la pyramide des besoins des jeunes dans la province. Il existe relativement peu de cas aussi difficiles que ceux des jeunes dont le profil a été établi dans le présent rapport; toutefois, la prestation de services dans des cas extrêmement complexes s'avérera nécessairement une entreprise coûteuse. Bien que de tels cas surviendront encore à l'occasion, les consultations menées auprès des centres communautaires pour l'autisme, des fonctionnaires ministériels et des parents consultés m'ont convaincu que l'incidence de ces cas peut être réduite en mettant l'accent sur des interventions précoces et plus efficaces.

Il existe aussi un très grand nombre de jeunes à risque dans la province qui risquent d'aggraver leurs problèmes de santé mentale, de se faire mal ou de faire mal aux autres, d'être dépendants des drogues, de commettre une infraction criminelle, de décrocher ou de vivre dans la rue. Les jeunes compris dans cette catégorie peuvent être nettement plus autonomes et avoir de meilleures capacités d'adaptation et des besoins moins pointus que les jeunes qui ont des besoins extrêmement complexes. Cependant, le fait d'avoir des soutiens appropriés en place pour cet autre large segment de jeunes dans le besoin constitue l'un des aspects du plan requis pour prévenir une escalade de problèmes dans les cas individuels et une augmentation du nombre de cas de jeunes ayant des besoins extrêmement complexes. Les interventions réalisées à ce niveau peuvent coûter moins cher et pourraient profiter à davantage de familles dans la province.

C'est pourquoi je recommande également l'établissement d'un centre provincial d'excellence distinct pour les jeunes à risque. Ce centre devra également être créé conjointement grâce à un partenariat de collaboration composé d'organismes communautaires, dans une localité donnée au sein de la province, et il sera mandaté pour développer et diriger des approches innovatrices ainsi que des pratiques exemplaires dans le domaine des services de bien-être à la jeunesse.

### 16. *Soutien du rôle des maisons de transition pour jeunes*

Il existe actuellement un certain nombre de maisons de transition pour jeunes dans la province qui offrent un placement résidentiel dans un milieu différent aux jeunes qui ont quitté la maison familiale, mais qui éprouvent toujours de la difficulté à vivre de façon indépendante. Ces organismes aident les jeunes, qui choisissent librement d'y demeurer, à s'adapter à vivre de façon indépendante, à terminer leurs études, à établir et à atteindre des objectifs en matière d'emploi, à acquérir des aptitudes sociales et des connaissances pratiques élémentaires. On trouve actuellement une maison de transition pour jeunes filles, à Fredericton, qui s'appelle la Maison Chrysalis (Chrysalis House), un établissement mixte, à Miramichi (Miramichi Youth House) et une à Saint John (First Steps Housing), où des jeunes filles qui ont un bébé ou qui sont enceintes peuvent recevoir les services susmentionnés jusqu'à ce que l'enfant ait un an. Les trois maisons sont dirigées par des conseils d'administration constitués de bénévoles et ont fait face à des problèmes chroniques en matière de viabilité depuis leur ouverture, c'est-à-dire

depuis environ 10 ans. Étant donné que ces maisons ne sont pas des foyers de soins spéciaux ou des foyers de soins approuvés qui détiennent un permis ou qui sont reconnus par le ministère des Services familiaux et communautaires, elles ne reçoivent aucun financement permanent de la part de la province, et la circulation des renseignements entre SFC et le personnel de ces établissements est dans bien des cas mauvaise.

En revanche, chacun des établissements situé à Saint John, à Fredericton et à Miramichi a reçu, année après année, un financement important de la part du gouvernement, et ils sont souvent demeurés ouverts en raison d'énormes pressions exercées par le public et d'un renflouement financier, à l'occasion. Je recommande que le ministère des Services familiaux et communautaires mette en place un programme permettant de garantir un financement de base stable aux maisons de transition pour jeunes et d'aider les organismes communautaires ailleurs dans la province à l'échelle régionale pour implanter des maisons similaires, afin de répondre aux besoins en matière de logement des jeunes gens qui, autrement, pourraient vivre dans la rue. De même, il est recommandé que les maisons de transition pour jeunes bénéficient d'une aide pour recruter et embaucher un personnel spécialisé pour répondre aux besoins de leurs patients, que le personnel au sein de ces maisons soit compris dans le cercle des soins aux jeunes y étant placés et que la circulation de l'information à partir de dossiers publics qui peuvent aider à prodiguer des soins à ces jeunes soit facilitée au mieux des intérêts de l'enfant.

*17. Un groupe de maisons de transition pour jeunes ayant des besoins extrêmement complexes*

La plupart des jeunes dont le portrait a été brossé dans le présent rapport ne pourraient pas se développer dans une maison de transition; ils ne seraient pas suffisamment autonomes pour y être placés et ils risqueraient de se faire mal ou de faire mal aux autres. En fait, dans bon nombre de ces cas, nous avons dû procéder à un placement individualisé qui comporte un service de soins rotationnel, et ce, tous les jours, 24 heures sur 24, dans le but d'intégrer ces jeunes à un type quelconque de placement familial. Pour l'instant, ces types de placements ont été élaborés à l'extérieur de la province, à Spurwink, où les placements supervisés peuvent être organisés avec une équipe d'intervention clinique très expérimentée. Malgré les placements plus stables à long terme qui avaient été organisés, le manque d'établissements adéquats visant à fournir des soins aux jeunes ayant des besoins complexes constitue l'un des problèmes qui ressort dans tous les cas examinés. Le Centre hospitalier Restigouche ne convenait pas à Jasmine, le Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick (CJNB) ne convenait pas à Gabriel, Centracare ne convenait pas à William et le centre de crise de la rue Albert à Fredericton ne convenait pas non plus à Jacob, même s'ils ont tous dû rester dans ces établissements durant des mois ou des années pendant que des placements plus appropriés étaient envisagés.

Il est recommandé que la communauté choisie comme étant le centre provincial d'excellence, pour les enfants et les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes, dispose d'un nombre approprié de résidences qui puissent être mises à la disposition de ces enfants et jeunes à titre de modèles de foyers de soins spéciaux à emploi rotationnel et qu'un groupe de foyers de ce type soit développé et réparti à travers la communauté où le

centre est situé pour fournir un logement et un abri pouvant accueillir jusqu'à huit jeunes ayant des besoins extrêmement complexes, de manière transitoire. Les unités doivent être toutes indépendantes l'une de l'autre et permettre un effectif dans une proportion de deux pour un, et elles doivent être dotées en permanence par des soignants qualifiés. Dans un foyer géré par un personnel, les quarts de rotation des fournisseurs de soins permettent de fournir des soins continus aux résidents sur une base un à un ou deux à un, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine.

#### 18. *Modèle du centre d'études de la rue Woods de la Nouvelle-Écosse*

À la suite de la tragédie examinée par la commission d'enquête Nunn<sup>6</sup>, le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a récemment passé en revue et amélioré son modèle de prestation de services par le truchement d'un établissement de garde sûr et spécialisé pour les jeunes à risque situé aux abords de la ville de Truro, en Nouvelle-Écosse. Mes enquêteurs ont eu l'occasion de visiter ce centre, le printemps dernier, et de discuter de sa mission et de son approche quant à la façon dont il faut s'occuper des jeunes à risque. Le centre est mandaté pour fournir une résidence de garde sûre aux jeunes qui risquent de se faire mal ou de faire mal aux autres, mais qui n'ont pas de casier judiciaire pour jeune contrevenant. Les jeunes peuvent y être placés sur une base non volontaire sur ordre du directeur pour une évaluation d'une durée de 5 jours au cours de laquelle une ordonnance de la cour doit être obtenue pour poursuivre le placement. Le placement peut être confirmé par ordonnance judiciaire pour une période de 30 jours ou subséquemment pour une période de 90 jours, qui peut être renouvelée dans des cas exceptionnels. Le centre loge des jeunes garçons et des jeunes filles et offre sur place des services psychologiques ainsi que des services psychiatriques, médicaux et dentaires sur une base régulière. Le centre a pour objectif de fournir aux jeunes à risque un milieu sécuritaire où ils peuvent se recentrer et se préparer à retourner chez eux ou dans une nouvelle famille d'accueil ou à être placé dans une résidence. Lorsque le centre a ouvert ses portes, le personnel était composé de travailleurs sociaux et, de gardiens mais, avec le temps, les gardiens ont cédé la place à un service de soins plus stimulant. J'ai de grandes réserves à propos de la nécessité de légiférer en matière de placement involontaire d'enfants ou de jeunes dans un établissement de garde fermée en raison de la simple appréhension du risque que ces jeunes se feront du mal ou en feront aux autres, et ce, quelle qu'en soit la gravité. Toutefois, si les mesures de rechange proposées dans ces recommandations ne règlent pas les problèmes qui se sont posés au cours de la présente enquête, le modèle de la Nouvelle-Écosse pourrait mériter une étude plus approfondie.

---

<sup>6</sup> Le rapport de la commission d'enquête, en date du 5 décembre 2006, « *Spiralling Out of Control : Lessons Learned from a Boy in Trouble* », de D. Merlin Nunn, commissaire, <http://www.nunncommission.ca/home/index.cfm>, portait sur un incident au cours duquel une femme de la Nouvelle-Écosse est décédée dans un accident d'automobile mortel qui mettait en cause un garçon qui avait été remis en liberté deux jours plus tôt d'un centre de détention.

19. *Personnel qualifié et compétent pour les foyers de groupe et les maisons de transition pour jeunes*

La première ligne de soins pour les jeunes à risque et les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes au Nouveau-Brunswick ne relève pas des enseignants, ni des infirmières, ni des travailleurs sociaux individuels ni même des parents. Dans les cas de besoins extrêmes, la première ligne est composée des parents d'accueil et des soignants qui sont de service dans les foyers de groupe et les maisons de transition pour jeunes et, parfois, dans les foyers de soins spéciaux dans l'ensemble de la province. Toutes les mesures recommandées dans le présent rapport resteront lettre morte si le gouvernement provincial n'investit pas massivement dans les nouveaux programmes de formation et dans les possibilités de perfectionnement professionnel pour ces travailleurs et ces bénévoles. Voici ce qui ressort des examens des cas individuels réalisés au cours de la présente enquête : les travailleuses et travailleurs de première ligne peuvent changer considérablement les choses en aidant un enfant ou un jeune à gérer sa prise de médicaments, en atténuant une crise, en faisant appel aux services de professionnels. Ils peuvent faire la différence si ils savent quand et comment recourir aux contentions physiques et quand et avec qui il ne faut pas y recourir, s'ils savent comment établir des limites et comment être un modèle de la conduite souhaitée et s'ils savent comment écouter et comment soutenir un enfant ou un jeune dans le besoin. En revanche, les résultats peuvent être très négatifs si l'on adopte la mauvaise approche avec les enfants atteints de maladie mentale.<sup>7</sup>

Les ententes contractuelles conclues avec les employés doivent être passées en revue étant donné que les employés dont le statut d'emploi est précaire ont tendance à quitter leurs postes pour aller dans des milieux de travail stables où ils peuvent se trouver un emploi permanent. Je mets en doute le fait que le Nouveau-Brunswick manque de potentiel pour développer un effectif solide possédant l'expertise nécessaire pour s'occuper de ces jeunes. En fait, nous avons été surpris d'apprendre que le Nouveau-Brunswick constitue l'une des principales régions où le centre de traitement Spurwink recrute son personnel. Les responsables du centre nous ont assurés qu'ils n'avaient jamais éprouvé de la difficulté à trouver des employés sérieux et compétents au Nouveau-Brunswick.

Je recommande que le gouvernement provincial investisse de façon importante dans l'amélioration de la formation, dans le soutien clinique et dans des salaires plus avantageux pour le personnel des foyers de groupe qui possède des compétences manifestes.

20. *Un cadre clinique à titre de premier répondant*

Un solide cadre clinique doit être mis en place pour aider lorsqu'une crise survient. Il arrive trop souvent qu'un membre du personnel appelle la police, généralement les soirs

---

<sup>7</sup> GREENE, Ross W. et coll. « A transactional model of oppositional behavior: Underpinnings of the Collaborative Problem Solving approach », *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 55 (2003), p. 67-75.



de semaine ou les fins de semaine, parce qu'il ne sait pas comment atténuer une crise, et il ne reçoit aucune aide de la part des surveillants en disponibilité. La gestion du comportement et l'établissement des limites et des règlements de la maison ou du foyer sont importants, mais l'accent doit être mis sur le soutien adéquat des jeunes sur le plan émotionnel. Nous devons favoriser une approche tolérante, qui manifeste l'appui et l'acceptation pour la prestation des services dans l'ensemble du système.

## 21. *Amélioration du financement pour l'initiative sur l'autisme et pour les centres communautaires pour les autistes*

Les centres communautaires pour les autistes, dont le gouvernement provincial a permis l'établissement récemment dans les villes de l'ensemble de la province, constituent également une première ligne de soutien essentielle. Compte tenu de l'incidence des services d'approche fournis par ces organismes, il faudrait faire davantage pour les soutenir. Leur rôle pourrait, en même temps, être élargi afin de couvrir un éventail plus vaste de comportements et de troubles chez les enfants nécessitant des interventions communautaires. Cela ne peut se faire cependant au détriment d'autres aspects de l'initiative sur l'autisme, qui est déjà gravement sous-financée, en raison de la forte demande pour des services d'intervention précoce<sup>8</sup>. Au début de l'automne dernier, les représentants ministériels prévoient déjà un manque à combler de 60 % ou de 2,5 millions de dollars dans ce programme cette année. Il est recommandé que le gouvernement renouvelle son investissement dans la stratégie d'intervention pour les autistes d'une manière qui cadre avec les besoins définis et que la proportion du financement allouée au soutien des centres communautaires pour l'autisme dans la province soit augmentée et que leur rôle soit élargi<sup>9</sup>. Le gouvernement doit chercher à obtenir de l'aide de la part du gouvernement du Canada pour partager les coûts de sa stratégie à cet égard, comme le recommande le récent rapport du Sénat sur les familles d'enfants autistes en crise<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Notre objectif ne doit pas consister à offrir une thérapie ABA à tous les parents d'enfants autistes qui en font la demande, mais plutôt à disposer d'une gamme de programmes d'intervention communautaires qui s'adaptent aux différents besoins qui existent dans la collectivité. Certains experts ont fait une mise en garde concernant les parents qui considèrent la thérapie ABA ou ICI comme une panacée : SCHOEN, Alexis A. « What Potential Does the Applied Behavioural Analysis Approach Have for the Treatment of Children and Youth with Autism? », *Journal of Instructional Psychology*, vol. 30, n° 2 (2003).

<sup>9</sup> En ce qui a trait à la croissance des besoins, les recherches ont montré que les écoles américaines signalaient une augmentation de 800 % du taux de diagnostic de l'autisme entre 1992 et 2005 : STAHLER, A. C., N. M. COLLINGS et L. A. PALINKAS. « Early Intervention Practices for Children With Autism: Descriptions From Community Providers », *Focus On Autism And Other Developmental Disabilities*, vol. 20, n° 2, (été 2005), p. 66-79; un récent symposium organisé par la Banque mondiale signalait, pour sa part, que chaque intervention précoce constituait un projet d'investissement critique relativement aux efforts de planification sociale en réponse à ces besoins : MUSTARD, J. F. *Early Child Development and Experience-based Brain Development – The Scientific Underpinnings of the Importance of Early Child Development in a Globalized World*, Institut canadien de recherches avancées, février 2006.

<sup>10</sup> SÉNAT DU CANADA, « Rapport final sur : L'interpellation au sujet du financement pour le traitement de l'autisme : Payer maintenant ou payer plus tard – Les familles d'enfants autistes en crise », comité permanent des Affaires sociales, sciences et technologie, l'honorable Art Eggleton, président (mars 2007).

Les recherches démontrent que les parents sont les meilleurs interventionnistes du comportement et les plus naturels, et que les enfants et les parents peuvent bénéficier d'une formation parentale pour le traitement des troubles du spectre autistique<sup>11</sup>. Il est donc également recommandé que le gouvernement envisage la réaffectation de son investissement dans des programmes de formation vers des composants plus généraux ou de formation en ligne pour aider les parents, les soignants, les travailleurs sur le terrain, les infirmières, les enseignants et les aides-enseignants, plutôt que de simplement former davantage de travailleurs de soutien aux autistes.

## 22. *Continuité des soins*

L'un des objectifs des services vers lequel nous devons commencer à nous orienter, soit les services sociaux, les services de santé et également les services éducatifs offerts aux jeunes à risque et aux enfants et aux jeunes ayant des besoins extrêmement complexes, consiste à maintenir la continuité des soins dans la mesure du possible. La plupart des cas étudiés dans le cadre de la présente enquête révèlent le niveau de difficulté pour ces jeunes à faire face aux transitions et à s'adapter aux changements. Qu'il s'agisse de changements dans leur milieu familial, à l'école, chez leurs fournisseurs de soins ou dans leurs médicaments, toutes ces transitions présentent des défis importants, et beaucoup plus que pour un élève moyen ou un élève moyen ayant des besoins spéciaux. Au-delà de ces défis qui visent à gérer les transitions, notre enquête semble indiquer que l'établissement, l'entretien et la modélisation de relations durables constituent les éléments les plus susceptibles d'aboutir à des résultats positifs avec ces jeunes. L'établissement et le maintien de relations avec les jeunes, entre les jeunes et leurs familles, entre les jeunes et leurs pairs, et entre les jeunes et les professionnels en santé mentale de leur collectivité est un élément essentiel de la réussite des plans d'intervention. Lorsque mes enquêteurs ont visité le centre de traitement Spurwink, ils ont pu constater que cette approche était utilisée dans tous les services offerts aux résidents. Les responsables du centre nous ont rappelé à plusieurs reprises que, selon eux, les relations permettent aux gens de s'épanouir. Gabriel, William et Jacob sont actuellement en train de s'épanouir.

Si nous décidons de faire des enfants et des jeunes une priorité dans la province et que nous fournissons l'orientation politique nécessaire à cette fin, si nous coordonnons et intégrons nos efforts pour soutenir les enfants et les jeunes, et si nous créons des modèles résidentiels communautaires qui disposent du personnel nécessaire et qui sont soutenus sur le plan clinique, nous aurons fait beaucoup de progrès. Ces investissements rapporteront également des dividendes qui se traduiront par une réduction de la demande pour nos tribunaux, nos services correctionnels pour les jeunes et nos services de traitement aigus en santé mentale (tels qu'ils sont). Toutefois, ces résultats ne devraient pas être une conséquence heureuse de nos efforts; le gouvernement doit en faire sa

---

<sup>11</sup> STATHOPULU E., ZWI M., YORK A. « Parent-training intervention in school-aged children with autistic spectrum disorders. (Protocol) », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3, art. n° : CD004255. DOI:10.1002/14651858.CD004255 (2003).

priorité dans l'intérêt public afin d'offrir la continuité des soins et de promouvoir l'établissement de relations stables auprès des jeunes qui souffrent de troubles mentaux.

#### **Chapitre 4 – Décriminalisation des jeunes qui souffrent de troubles de santé mentale : *L'histoire de Nicholas***

À la lecture des chapitres précédents, il est évident que l'intégration des services et les établissements de soins communautaires sont proposés comme des solutions de rechange aux prisons. Malheureusement, bien souvent, le CJNB demeure la seule solution résidentielle sécuritaire actuellement mise à la disposition des jeunes ayant des besoins complexes dans cette province. Bien sûr, il faut avoir été condamné pour y être placé. Souvent, comme dans bien des cas qui ont été présentés jusqu'à présent, quand ces jeunes deviennent grands et suffisamment forts, ce n'est qu'une question de temps avant qu'ils fassent l'objet d'une accusation au criminel. Ce n'est pas que ces jeunes enfants et adolescents souffrant de troubles de santé mentale sont destinés à sombrer dans la criminalité. Le plus souvent, ils ont besoin qu'on les empêche de se faire du mal à eux-mêmes ou aux autres pour des raisons que ni nous ni eux ne comprenons facilement. Hélas, au Nouveau-Brunswick, à l'heure actuelle, la prison locale demeure souvent le seul placement disponible.

Au cours de l'enquête, je n'ai rencontré personne qui n'ait pu nier cette triste réalité. Les enquêteurs n'ont trouvé aucun adepte du *statu quo*. Certains parents n'arrivent pas à croire qu'il faille attendre et voir leur enfant commettre un crime pour obtenir des services auprès du CJNB, ils admettent pourtant l'avoir fait. Les agents de la sécurité publique sont les premiers à admettre qu'ils ne sont pas des infirmières ou des infirmiers psychiatriques et qu'ils sont mal préparés pour offrir des services de santé mentale, mais ils reconnaissent avoir le devoir de fournir, au mieux de leurs moyens, ces services aux jeunes dont la garde leur est confiée par le système judiciaire pénal pour jeunes. Les juges répètent depuis des années que la place de ces enfants n'est pas dans les prisons, mais ils ne cessent de les y envoyer, car, lorsqu'ils doivent trancher un cas en particulier, ils n'ont pas d'autres solutions.

En tant que Défenseur des enfants et de la jeunesse, j'hésite à accorder plus d'importance à une recommandation qu'à une autre dans ce rapport. Selon moi, bon nombre des solutions proposées sont des éléments cruciaux d'un plan destiné à permettre au gouvernement provincial d'aller de l'avant dans son projet, soit de s'assurer que le bien-être des enfants passe avant tout. Cependant, comme point de départ, il serait opportun de fixer une limite et d'affirmer que nous allons arrêter de laisser le système judiciaire pénal être la solution provisoire pour nos manquements dans le domaine des services de santé mentale s'adressant aux enfants et à la jeunesse. La raison de cette mise en évidence est bien entendu l'ampleur de notre erreur, qui a permis à la situation actuelle de se poursuivre pendant tout ce temps. Ce n'est pas simplement une question de concevoir des solutions de santé mentale pour les patients en santé mentale, car, en toute honnêteté, cela est plus logique que de les traiter comme des criminels. Le problème, c'est que, lorsque nous faisons du système judiciaire pénal pour jeunes notre solution par défaut pour les enfants qui ont des besoins complexes, nous mettons délibérément les

jeunes enfants vulnérables en danger. L'approche est si fondamentalement contraire aux valeurs que le Canadien moyen serait stupéfait d'apprendre que cela arrive aussi couramment. Les risques que courent les enfants et les jeunes tels que Jasmine, Gabriel, William et Jacob sont très réels. L'histoire de Nicholas démontre très bien cette réalité.

*L'histoire de Nicholas*

**« J'ai été témoin du phénomène que j'appelle la 'criminalisation' des personnes souffrant de troubles de santé mentale. Bien que les causes de cette circonstance tragique soient nombreuses et complexes, nous avons, en tant que citoyens et dirigeants en matière de politiques, la responsabilité de comprendre les raisons de la criminalisation et ses conséquences tragiques. Nous avons le devoir de rectifier une situation qu'aucune société civilisée ne devrait tolérer. »**  
[traduction]

**Harold E. Shabo, juge en chef, services de la santé mentale, Cour supérieure de la Californie, Los Angeles County, Californie, novembre 2001**

Nicholas est le deuxième d'une famille de quatre enfants. On l'a diagnostiqué avec le syndrome d'Asperger à un jeune âge. Le syndrome d'Asperger est défini comme suit :

Les personnes touchées par le syndrome d'Asperger peuvent montrer une série de traits distinctifs et le trouble peut varier entre un état léger et grave. Ces personnes présentent des déficiences notoires en aptitudes sociales, ont des problèmes avec les transitions ou les changements et préfèrent la prévisibilité. Elles peuvent avoir des routines obsessionnelles et être préoccupées par un sujet d'intérêt particulier. Elles ont beaucoup de difficulté à déchiffrer les indices non verbaux (langage corporel) et à établir le bon espace corporel. Elles sont souvent très sensibles aux bruits, aux goûts, aux odeurs et aux images. Elles peuvent préférer des vêtements doux et certains aliments et peuvent être agacées par des sons ou des lumières que personne d'autre ne semble entendre ou voir. Il ne faut pas oublier que la personne souffrant du syndrome d'Asperger perçoit le monde très différemment. Par conséquent, bien des comportements qui semblent étranges ou bizarres sont attribuables à ces différences neurologiques et ne sont pas le résultat d'une violence intentionnelle ou d'un mauvais comportement, et surtout pas d'un mauvais « parentage ».

Par définition, les personnes atteintes du syndrome d'Asperger ont un quotient intellectuel normal et bien des personnes (quoique pas toutes) font montre d'aptitude ou de talent exceptionnels dans un domaine bien précis. En raison de leur niveau élevé de fonctionnalité et de leur naïveté, les personnes atteintes du syndrome d'Asperger sont souvent perçues comme étant excentriques ou étranges et peuvent facilement devenir victimes de taquineries et d'intimidation. » (OASIS)

Comme bien des enfants souffrant du syndrome d'Asperger, Nicholas était toujours très actif et dormait rarement plus de deux heures à la fois. Selon sa mère, cela a été une tâche éprouvante que de l'élever. À 3 ans, sa mère consulte son médecin de famille, car elle a le sentiment que quelque chose ne tourne pas rond. On lui dit de ne pas s'inquiéter, que cela partira avec l'âge. Elle remarque que Nicholas saute, grimpe et bouge constamment. Une

fois, il se fracture le bras à cause de sa turbulence et manifeste un seuil élevé à la douleur. Vers l'âge de 8 ans, Nicholas a l'habitude de s'arracher les cheveux, les dents et les ongles sans sentir de douleur apparente. Dès son jeune âge, il est fasciné par la nourriture. Toutefois, les médicaments qu'il prend au cours des années suivantes pour soigner certains comportements associés à son trouble entraînent une prise de poids importante. Jusqu'à tout récemment, Nicholas pesait près de 400 livres, ce qui ajoutait une difficulté en plus à résoudre.

Il est très évident dès son jeune âge que Nicholas a des problèmes lorsqu'il s'agit de surstimulation. Il peut rapidement devenir agressif si trop d'activités ont lieu autour de lui. Il peut réagir fortement à des gens qu'il croit parler fort quand ils ne le font pas. Il supporte très mal les étiquettes sur ses vêtements. Il a une fixation sur l'hymne national « Ô Canada » et veut le chanter à tout moment de la journée ou de la nuit. Il mémorise les numéros de l'annuaire téléphonique et des plaques d'immatriculation, particulièrement ceux des voitures de police et des camions d'incendie. Il est obsédé par les détails concernant les machines et les inventions ainsi que certains mots comme « Rubbermaid ». Il excelle dans la lecture et l'écriture. Les spécialistes recommandent une approche particulière pour Nicholas : une routine prévisible, un endroit tranquille où se détendre en cas de surstimulation (sorties discrètes), des pauses pendant la journée afin de se détendre et avoir plus de maîtrise, la récapitulation des lignes de conduite et des attentes avant de passer à une nouvelle activité, car il ne peut pas très bien composer avec les changements soudains.

Nicholas a sept ans et demi lorsque ses parents commencent à demander de l'aide des Services familiaux et communautaires. Cela marque le début d'une longue série de contacts avec les rouages du système. On envoie Nicholas subir une évaluation au Centre Pierre-Cassie à Moncton, un établissement provincial de six lits. L'évaluation est menée au cours d'une période de trois jours où on recommande à l'équipe locale de la santé mentale de se mettre en contact avec Nicholas et sa famille. Selon l'évaluation : ...c'est un enfant qui fait des crises de colère depuis longtemps, éprouve des difficultés et une sensibilité face au bruit ... il est possible que les stimuli environnementaux provoquent et précipitent ses crises de colère.

Ses parents se rappellent le moment où Nicolas a commencé l'école; il subit des tactiques d'intimidation, surtout dans l'autobus scolaire. Il est la cible de taquineries et de tourments de la part des autres enfants. En revanche, il vocifère des menaces et des injures. De la 1<sup>re</sup> à la 3<sup>e</sup> année, il a des problèmes de comportement à l'école. Nicholas a un rendement scolaire supérieur aux autres et on doit l'occuper constamment, sinon il perturbe la classe. Il a de la difficulté à rester assis pendant les 50 minutes d'une période de classe.

Nicholas a une très grande capacité à apprendre. Par contre, son apprentissage social (frontières, différence entre ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas par exemple) lui est très difficile et lui attire souvent des ennuis. Dès la 8<sup>e</sup> année, son horaire scolaire est modifié. Au cours des années qui suivent, il ne réintègre jamais l'école habituelle et manque beaucoup de temps à l'école. Toute l'éducation qu'il reçoit par la suite est en

dehors du système scolaire habituel. Même si son intelligence est évaluée de moyenne à supérieure, à ce jour il n'a toujours pas terminé son école secondaire.

Dès les premières années, des spécialistes sont consultés et des diagnostics sont établis, du syndrome de Tourette au trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, du trouble obsessionnel-compulsif au trouble oppositionnel avec provocation et au syndrome d'Asperger. Des médicaments lui sont prescrits en conséquence. Les parents indiquent être passés d'un spécialiste à l'autre, changeant ainsi de diagnostic et par conséquent de médicament. Confus, ils ne savent plus quels troubles de comportement il faut chercher chez leur fils et quels soins il faut lui fournir. Comme bien des parents d'enfants et de jeunes diagnostiqués avec une maladie mentale, les parents de Nicholas ont essayé de naviguer dans le système au mieux de leur possibilité. Au cours des premières années, comme tout parent, ils sont très ambivalents et, parfois, opposés au régime de médicaments imposé par les spécialistes que certains désignent comme camisoles de force chimiques. Les médicaments causent parfois des migraines et augmentent l'hyperactivité, l'agressivité et l'hypersensibilité de leur fils. Déjà, les spécialistes recommandent une approche multidisciplinaire pour Nicholas, c'est-à-dire des soins médicaux, une approche éducative, des soins de santé mentale et des services d'aide aux jeunes.

Malgré la participation de nombreux professionnels, malgré les évaluations et les recommandations des experts, le comportement de Nicholas continue de poser problème. Cela exerce énormément de pression sur ses parents et ses frères et sœurs. Les notes du dossier indiquent qu'il n'y avait aucune pénurie d'intervention professionnelle dans ce cas. À vrai dire, il y avait tant de professionnels concernés qu'il était parfois difficile d'établir des priorités à savoir quels services devaient être offerts en premier. Il semblait n'y avoir aucune approche coordonnée pour aider la famille. Lorsque les parents font connaître leur opposition à propos de l'ajout d'un autre service aux nombreux que leur fils reçoit déjà, on les qualifie de récalcitrants.

Une évaluation psychiatrique effectuée lorsque Nicholas avait 13 ans stipule : « La douceur est préférable à la colère pour travailler avec Nicholas. Je ne pense pas qu'il soit un enfant provocateur. J'estime que son manque d'adaptation est attribuable à son syndrome d'Asperger et non au fait qu'il soit un méchant garçon. » Malgré cette évaluation, Nicholas va d'un foyer de groupe à l'autre; il est fréquemment envoyé dans l'isolement cellulaire du détachement local de la GRC lorsque les interventions en situation de crise de la part du personnel du foyer de groupe ne réussissent pas.

Une nouvelle évaluation psychiatrique recommande qu'on le mette dans une petite classe, car il se laisse distraire facilement. Dans le dossier, on indique également que, lorsqu'il est à l'école, Nicholas aide les autres enfants en ce qui concerne la programmation informatique, car il est bon dans cette matière. Au cours des années, Nicholas affirme maintes fois qu'il aimerait se spécialiser dans la programmation informatique.

Lorsque Nicholas avait 14 ans, il y a des allégations voulant qu'il se soit exposé aux enfants. Les parents estiment qu'en signalant cet incident aux Services familiaux et communautaires, Nicholas recevrait les services dont il a besoin. À leur grande surprise,

on porte des accusations criminelles contre lui. Comme il a de jeunes frères et sœurs à la maison, Nicholas est pris en charge pas les soins de la protection de l'enfance. D'après ce que comprennent ses parents, ils sont confrontés à deux choix, soit ils acceptent un placement à l'extérieur de la maison pour Nicholas ou soit les Services familiaux et communautaires confieraient leurs trois autres enfants aux soins de la protection. C'est, d'après eux, le début du parcours de Nicholas dans le système, et ils remarquent dès lors des changements négatifs importants chez leur fils.

Dès le départ, les placements de Nicholas en foyer de groupe ou en foyer d'accueil ne vont pas bien. Son comportement est très conflictuel; il profère des menaces contre les autres et cause d'importants dégâts matériels. La police est appelée sur les lieux de nombreuses fois, surtout lorsque le personnel sent qu'il ne peut pas retenir Nicholas. En raison de sa taille de plus en plus imposante, les membres du personnel jugent que leur sécurité physique est compromise. Comme il a été diagnostiqué avec le syndrome d'Asperger, ses parents considèrent que ce dont il a besoin est une routine fixe et prévisible ainsi que de la stabilité dans ses conditions de logement. Le personnel au foyer de groupe change constamment, d'autres résidents arrivent et partent. Les approches utilisées par le personnel avec Nicholas sont inconséquentes et le niveau de bruit est élevé, ce qui déclenche souvent un comportement agressif. En outre, Nicholas n'a aucun endroit pour aller se calmer lorsqu'il sent son état émotionnel s'agiter. Conjugué au fait qu'il a de la difficulté à se maîtriser lorsqu'il se trouve dans une situation émotionnelle ou sociale éprouvante, ses placements sont, au mieux, difficiles.

Ses parents se rappellent avoir senti de la colère et de la déception, car ils espéraient que les professionnels pourraient répondre aux besoins de leur fils mieux qu'eux. Très souvent, le père de Nicholas est appelé au foyer de groupe pour maîtriser la dernière crise de Nicholas jusqu'à ce que celui-ci se calme. À ce jour, ils se demandent ce qui serait arrivé s'ils avaient maintenu la garde de leur fils sans l'intervention des services sociaux.

Entre juillet et novembre 2003, Nicholas accumule 16 accusations de voies de fait, de dégâts matériels et de manquement aux conditions rattachées à sa probation. À la lecture des notes provenant des lieux de placement, le lecteur est frappé par l'impuissance évidente ressentie par le personnel devant la situation de Nicholas. On n'a jamais donné suite aux recommandations formulées par certains professionnels au sujet de l'ergothérapie, de la formation en aptitudes sociales et de la gestion de la colère. Une des difficultés éprouvées pour prodiguer des services à Nicholas était le fait qu'on le déplaçait constamment d'un endroit à l'autre. Les thérapeutes et les plans d'intervention étaient constamment chambardés, mis en suspens ou interrompus à jamais à cause de ce va-et-vient.

Commencent alors pour Nicholas une série de placements dans les foyers de groupe des Services familiaux et communautaires, au foyer de ses parents, à l'Unité psychiatrique provinciale pour enfants et adolescents de l'Hôpital de Moncton et au CJNB (avec des déménagements fréquents même au sein du CJNB). Il est soumis au taser à deux reprises par la police. (Un fusil taser est utilisé par la police pour immobiliser un individu. Cette

arme relâche deux hameçons avec ardillon qui lancent des décharges électriques de plusieurs milliers de volts dans le corps.)

En septembre 2003, alors qu'il est âgé de 15 ans, on appelle le détachement de police local au cours d'une nuit durant laquelle il s'est mal conduit. On le met dans une cellule de détention provisoire pour la nuit, où le garde l'agresse sexuellement. Au cours des prochains mois, le même garde l'agresse sexuellement lorsqu'il retourne dans cette cellule. Nicholas a par la suite divulgué cette agression, et le garde a été inculpé. Le garde a plaidé coupable ultérieurement et a été condamné à une peine d'emprisonnement.

Dans les dossiers, la situation peut se résumer comme suit : Nicholas restait dans un foyer de groupe pendant quelques semaines, un conflit naissait alors entre lui et un autre résident (parfois en raison d'un incident aussi mineur que le fait que l'autre résident lui lance des insultes), Nicholas se fâchait, la situation empirait jusqu'à ce qu'il agresse l'autre résident et on appelait la police pour aider à le maîtriser. Souvent, les agents de police le plaçaient en garde à vue et il finissait par retourner au Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick. À son retour au foyer de groupe, il y avait de nouveaux résidents qui y habitaient. La situation était si chaotique que son comportement devenait progressivement plus difficile, à savoir une augmentation des agressions, d'autres accusations et un autre transfert au CJNB. Les membres du personnel écrivent qu'ils peuvent observer l'escalade chez Nicholas lorsque aucune intervention pertinente n'est mise en place. « Le fait de le réorienter lorsqu'il était en crise, comme l'envoyer dans sa chambre ou faire une promenade, fonctionnait parfois; néanmoins le vacarme, les bruits ou les disputes continus avec d'autres jeunes faisaient boule de neige et Nicholas finissait alors par avoir un épisode comportemental. » À la suite d'un tel épisode comportemental, il était généralement accusé et envoyé au CJNB. Les membres du personnel du CJNB ont documenté le fait qu'ils ne croient pas que la prison pour jeunes réponde adéquatement aux besoins de Nicholas, et que, réciproquement, les membres du personnel de cet endroit ne se sentent pas outillés pour faire face à un jeune qui souffre du syndrome d'Asperger. De décembre 2004 à décembre 2005, Nicholas est placé six fois. Compte tenu d'une instabilité aussi grande dans la vie de Nicholas et dans son lieu de résidence, il est facile de comprendre comment la continuité de son traitement a été difficile à maintenir.

Il est également important de noter le défi auquel faisait face le personnel des foyers de groupe et du CJNB. Nicholas mordait et agressait les membres du personnel et leur donnait des coups de pied. Il a causé des dommages matériels considérables en arrachant des portes et une toilette, en brisant des fenêtres et en faisant des trous dans les murs. Au fur et à mesure qu'il vieillissait, le défi devenait de plus en plus gigantesque en raison de l'augmentation spectaculaire de son poids et de sa force. Il est incontestable que les jeunes que nous avons rencontrés par l'intermédiaire de cet examen systémique présentent des défis importants pour les professionnels qui s'occupent d'eux. En fait, ils ont mis à l'épreuve tous les systèmes qui sont à leur disposition dans la province. Lorsqu'on examine les remarques au dossier et la correspondance échangée entre les membres du personnel du CJNB, il est manifeste que le personnel de première ligne exprime ses préoccupations au sujet du manque d'interventions réussies auprès de ce jeune.



Le 9 décembre 2003, Nicholas, 15 ans, comparaît devant la Cour provinciale, où le juge Henrik Tønning refuse de l'envoyer en prison. Il déclare que la cour criminelle n'est pas l'endroit qui convient aux jeunes qui présentent des troubles de comportement. Il est d'avis que la poursuite des déplacements d'un foyer de groupe à un autre sans s'attaquer aux causes des troubles du comportement crée une situation de « porte tournante ». Le juge Tønning déclare : « Vous l'avez mis dans un milieu inadéquat et il a réagi de la façon dont nous nous attendions qu'il réagisse. [...] Il est plutôt difficile d'évoquer la nature délictuelle de sa réaction. » [traduction]<sup>12</sup>

J'appuie l'évaluation du tribunal. Malheureusement, le point n'a peut-être pas atteint Nicholas qui, à 15 ans, est escorté afin de subir une évaluation rendue sur ordonnance judiciaire en ayant des chaînes aux pieds. De récentes études menées par des spécialistes en protection de l'enfance au Canada décrivent le taux élevé d'incarcération des jeunes Canadiens atteints de maladie mentale :

Les établissements de garde pour jeunes renferment principalement des jeunes marginalisés, dont les Autochtones, les personnes démunies et les personnes handicapées. On estime que jusqu'à 75 % des enfants détenus présentent une forme quelconque d'incapacité. La *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* ne comporte pas de dispositions qui traitent précisément de l'importance de répondre aux soins de santé spéciaux ou aux autres besoins des jeunes personnes en détention ou sous surveillance. [traduction]<sup>13</sup>

D'autres juges du Nouveau-Brunswick se sont plaints plus récemment de la même situation : « Les prisons sont devenues *de facto* des institutions de santé mentale. [...] le gouvernement doit mettre davantage de ressources en place pour que les personnes atteintes de maladies mentales reçoivent les traitements nécessaires et qu'elles n'aient pas à recourir au système judiciaire. » [traduction]<sup>14</sup>

À titre de société, il est honteux que nous nous soucions si peu de l'incidence et des résultats de notre approche en matière de services de santé mentale et de la façon dont nous traitons les personnes aux prises avec un handicap associé à la santé mentale. Nous devrions avoir doublement honte de traiter les enfants et les jeunes handicapés avec la même indifférence.

Lors d'une conférence de cas tenue le 14 décembre 2005 (Nicholas est alors âgé de 17 ans), les parents indiquent clairement que, selon eux, le retour à la maison de leur fils constitue la seule option envisageable étant donné que l'offre de service de SFC n'est possible que s'ils renoncent à leurs droits parentaux. Le personnel de SFC ne croit pas être en mesure d'offrir le niveau de service nécessaire pour que Nicholas puisse demeurer au sein de sa famille et de sa collectivité. Les parents ne sont pas prêts à renoncer à leurs droits parentaux et croient qu'il est déraisonnable qu'on leur demande de consentir à une

---

<sup>12</sup> Citation tirée du *Telegraph Journal* du 10 décembre 2003.

<sup>13</sup> *Children's Rights in Canada: A Question of Commitment*, 2007, p. 168.

<sup>14</sup> Citation du juge Irwin Lampert parue dans le *Moncton Times and Transcript* du 24 avril 2007.

ordonnance de tutelle permanente en faveur du ministre. Ils s'entendent finalement sur la prolongation de l'entente de garde déjà en place plutôt que sur le consentement à une ordonnance de tutelle.

En mars 2006, Nicholas comparait devant le tribunal pour adolescents pour répondre à des accusations associées à son comportement pendant qu'il habitait au CJNB et aux Foyers pour jeunes de Moncton. À ce moment-là, le dossier de Nicholas signale 38 infractions. Le responsable des Foyers pour jeunes de Moncton ne veut pas le reprendre, car il est d'avis que Nicholas constitue un danger pour les autres résidents du foyer. Dans un rapport psychiatrique dans lequel l'aptitude de Nicholas à subir un procès est évaluée, le psychiatre écrit : « Les facteurs déclenchant des épisodes comportementaux apparaissent en raison de sa difficulté à tolérer les bruits, le vacarme et les changements dans la routine. » À l'âge de 17 ans, Nicholas décrit sa situation à un psychiatre. Ce dernier écrit : « [...] lorsque d'autres jeunes sont en crise au foyer de groupe ou lui lancent des insultes, les bruits ou le vacarme assourdissants le rendent agité, nerveux et furieux. Il essaie parfois de maîtriser son tempérament et va dans sa chambre. Si la situation perdure, qu'il y a un changement dans sa routine ou qu'il reçoit des directives conflictuelles de la part du personnel, il se sent désorienté, anxieux et finit par avoir un épisode d'agression au cours duquel il martèle le mur à coups de poing ou détruit sa chambre. [...] il est très contrarié par ces épisodes qui persistent et qui occasionnent son retour au CJNB. » Un rapport dans lequel un psychiatre déclare que Nicholas est responsable de son comportement par moments est présenté à la cour. La Cour ordonne que Nicholas soit détenu au Centre hospitalier Restigouche, avec une population adulte, pour une période de 45 jours ou jusqu'à ce que la commission d'examen en santé mentale puisse le rencontrer.

Nicholas décrit à son intervenant le genre de vie qu'il menait au Centre hospitalier provincial Restigouche. L'intervenant écrit : « [...] sa journée consiste généralement à se lever le matin, à déjeuner, à prendre ses médicaments, à se coucher, à dîner, à se coucher et à attendre ensuite le souper. Il dit qu'il n'aime pas regarder la télévision et qu'il n'y a pas grand chose d'autre à faire. »

Bien qu'il soit âgé de 17 ans et qu'il ait le droit de recevoir des services éducatifs de la part du gouvernement du Nouveau-Brunswick, Nicholas n'a reçu aucun service éducatif durant cette période. Il croit qu'il a été « suspendu définitivement » par deux conseils scolaires différents en raison de son comportement.

Le 7 juin 2007, Nicholas comparaît devant la commission d'examen en santé mentale. Son nouveau psychiatre exprime quelques réserves au sujet de son syndrome d'Asperger. La commission ordonne à Nicholas de rester au Centre hospitalier Restigouche. La commission procéderait à l'examen de son cas dans 12 mois, ce qui donnerait ainsi le temps à SFC de planifier un placement convenable. Les membres du personnel du Centre hospitalier Restigouche affirment que cet établissement ne constitue pas un placement convenable pour Nicholas.

Lors du prochain examen de son cas par la commission d'examen en santé mentale, soit 12 mois plus tard, il est reconnu que, bien que le comportement de Nicholas se soit amélioré, il représente toujours une menace à la sécurité publique et que, par conséquent, il doit demeurer au Centre hospitalier. En octobre 2007, son dossier de protection de l'enfance est fermé par SFC puisqu'il va avoir 19 ans. Il cherche actuellement à obtenir

son diplôme de formation générale (diplôme d'études secondaires) et espère un jour avoir accès à un placement communautaire.

\* \* \*

La décriminalisation des jeunes qui souffrent de troubles de santé mentale est un sujet auquel le gouvernement doit s'attaquer de toute urgence. L'obligation pour les tribunaux d'ordonner des placements plus appropriés pourrait constituer une solution. Un refus net de la part des juges en vue de criminaliser ce type de comportement ou même d'adopter d'autres processus en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*, comme certains juges ont commencé à le faire, représente une première étape salutaire. Ces enfants ont besoin d'interventions et de traitements cliniques et non de justice réparatrice, d'ordonnances de services communautaires et de cercles de sentence. Toutefois, on peut se demander si les avocats de la défense ont soulevé devant le tribunal approprié la sagesse et la constitutionnalité de ces types de procédures. La criminalisation de l'inconduite de nos jeunes atteints de maladies mentales est-elle conforme aux garanties en matière d'égalité, de vie, de liberté et de sécurité de la personne et à ses divers droits légaux relativement à l'application régulière de la loi énoncés dans la *Charte canadienne des droits et libertés*? Afin de protéger les droits des enfants et des jeunes injustement accusés, les tribunaux peuvent-ils accorder des réparations efficaces en vue de protéger ces enfants et les collectivités dans lesquelles ils demeurent afin d'éviter une répétition des problèmes qui ont mené aux accusations criminelles à l'origine? Ce serait certainement une excellente nouvelle si nos tribunaux prenaient certaines initiatives et imposaient des solutions judicieuses à titre d'exemple dans des cas appropriés. La *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* encourage les juges à prendre des mesures proactives en vue d'éloigner les jeunes, dans l'ensemble, des procédures de justice pénale et d'explorer d'autres avenues. Les jeunes qui souffrent de troubles de santé mentale et qui présentent des troubles du comportement ne méritent rien de moins.

Le véritable problème réside évidemment dans le fait que le système judiciaire pénal a pris la relève, car nos systèmes de santé mentale et de bien-être à l'enfance ont failli à la tâche. Les juges peuvent déclarer qu'une loi est sans effet lorsqu'elle ne se conforme pas à notre constitution, mais ils ne sont pas des législateurs. Dans le cadre de cette rubrique, mes recommandations générales s'adressent donc principalement à l'Assemblée législative, au ministère de la Santé, aux régies régionales de la santé et seulement subsidiairement à nos tribunaux et à notre système de sécurité publique.

### 23. *Participation des régies régionales de la santé à titre de promotrices du changement*

Il est difficile à dire si le transfert récent des responsabilités des services de santé mentale du gouvernement central aux régies régionales de la santé améliorera la situation ou engendrera de nouvelles disparités dans les services. L'avantage de ce changement est qu'il devrait faciliter l'intégration des services et la formation d'équipes fonctionnelles entre les fournisseurs de soins en santé mentale, le système de soins de santé en général et les partenaires à l'échelle locale et régionale, tels que les districts scolaires, les bureaux

des services sociaux régionaux et d'autres partenaires communautaires. Il est recommandé toutefois que le ministre responsable de la coordination des services à l'enfance et à la jeunesse prenne des mesures pour veiller à la participation de toutes les régions régionales de la santé aux efforts en matière d'intégration des services, puisque ces participants seront les piliers de ce processus.

#### *24. Régionalisation des services psychiatriques et de santé mentale pour les enfants et les adolescents*

L'accroissement de la capacité de notre système hospitalier à gérer les besoins en matière de soins de courte durée des enfants et des jeunes ayant des besoins complexes est l'un des éléments clés de la réforme. Actuellement, le seul hôpital dans la province qui dispose d'une unité psychiatrique consacrée aux enfants et aux adolescents est l'Hôpital de Moncton, qui a une capacité de six lits. Les enfants ayant des besoins de soins de courte durée dans d'autres régions de la province doivent être transférés à Moncton (si des lits sont disponibles) ou confiés aux soins de leurs parents étant donné qu'ils ne peuvent être admis dans les ailes psychiatriques réservées aux adultes d'autres hôpitaux pour leur propre sécurité, qu'il arrive souvent qu'ils ne puissent être traités en toute sécurité dans les services de pédiatrie et qu'ils peuvent constituer un risque inacceptable pour les autres enfants qui s'y trouvent. Toutefois, il est souvent inacceptable de renvoyer un jeune psychotique chez lui à la suite d'une agression grave ou d'un autre incident traumatisant survenu au foyer. Il arrive trop souvent que les jeunes aux prises avec des troubles de santé mentale ayant des besoins de soins de courte durée au Nouveau-Brunswick soient confrontés au problème d'avoir nulle part où aller pour recevoir des traitements. Il est surprenant que, dans une ville de la taille de Fredericton, qui renferme un hôpital régional desservant l'une des populations les plus nombreuses de la province, on ne trouve aucune unité psychiatrique réservée aux enfants et aux adolescents. Les psychiatres de l'hôpital de Miramichi offrent des services aux jeunes du CJNB. La population en détention qui s'y trouve est connue pour avoir une incidence très élevée de troubles de la santé mentale et, pourtant, l'hôpital régional ne possède aucune unité sécuritaire pour traiter les enfants et les adolescents qui sont des patients psychiatriques. Le Centre hospitalier Restigouche de Campbellton est un établissement pour adultes, mais les jeunes Néo-Brunswickois ayant des problèmes de santé mentale y sont parfois placés aux fins d'observation, d'évaluation ou de résidence temporaire en raison du manque d'installations ailleurs. Chose étonnante, cet établissement ne comporte pas lui non plus de programme ou d'unité visant à traiter cette population particulière en santé mentale, et les enfants et les jeunes se joignent aux diverses populations adultes ou pire encore l'établissement les refuse carrément.

Il est recommandé que le ministère de la Santé, le ministre responsable de la coordination des services à l'enfance et à la jeunesse et les régions régionales de la santé élaborent un plan graduel pour l'implantation de services psychiatriques et de services de santé mentale pour les enfants et les adolescents dans chaque région régionale.

25. *Responsabilisation des régies régionales de la santé pour les soins après le congé*

Il se peut que tous les lits ne soient pas utilisés en tout temps et, évidemment, le manque de ressources dans les hôpitaux est tel que des pressions considérables peuvent être exercées pour fermer les lits inutilisés ou pour accorder le congé dès que possible aux enfants et aux jeunes atteints de maladies mentales. L'augmentation des responsabilités des régies régionales de la santé pour les soins après le congé de ces patients peut être le meilleur moyen de leur assurer l'accès et la continuité des soins garantis qu'ils méritent, étant donné leur vulnérabilité et leur exclusion. Malgré la nécessité générale de rationaliser les dépenses dans le secteur des soins de santé et malgré les dangers de dépendance accrue à l'égard des soins institutionnels, lorsqu'un enfant qui a des problèmes de santé mentale urgents est en crise, il est préférable d'offrir des soins et une surveillance cliniques dans un hôpital plutôt que d'envoyer l'enfant en prison ou de le détenir en milieu fermé dans un établissement correctionnel pour jeunes.

26. *Désignation d'installations à titre de sites d'observation approuvés en vertu du Code criminel*

Lorsqu'un adulte est accusé d'une infraction criminelle et que son avocat demande ou que la cour ordonne une évaluation, l'accusé n'est pas envoyé en prison pour l'évaluation. Cela arrive cependant souvent aux jeunes de cette province. Les juges envoient des enfants accusés en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* au CJNB aux fins d'une évaluation, parce qu'il n'y a aucun autre établissement hospitalier désigné où l'évaluation peut être réalisée. Certaines précautions doivent être prises lors de la conception et de l'élaboration de ces établissements régionaux afin de répondre aux normes appropriées de sorte que les établissements où se situent les unités puissent être reconnus comme un hôpital au sens du *Code criminel du Canada* et qu'ils puissent être désignés par le ministre de la Santé comme des hôpitaux aux fins d'évaluation en vertu du *Code*.

27. *Recrutement et maintien en poste des médecins*

La mise en place de ces établissements régionaux en vue d'offrir des services psychiatriques aux enfants et aux adolescents par l'entremise des régies régionales de la santé requerra nécessairement, dans certains cas, des efforts consacrés au recrutement et au maintien en poste des psychiatres pour enfants et adolescents et d'autres professionnels de la santé spécialisés. Nous avons remarqué au cours de notre enquête que peu de services psychiatriques dans la province possèdent un personnel spécialisé expérimenté pour desservir ce groupe de patients. Les psychiatres spécialisés pour les enfants et les adolescents dans la province ont tendance à être fraîchement diplômés et embauchés de l'extérieur de la province au début de leur carrière. Il est recommandé que le ministère de la Santé et les régies régionales de la santé collaborent afin de s'assurer que nous puissions retenir les services de psychiatres des enfants et des adolescents qualifiés et expérimentés, des psychologues et d'autres professionnels de la santé mentale et que le personnel embauché soient incités de façon adéquate à s'engager au travail à long terme dans cette province.

28. *Soutien des recherches sur la pharmacothérapie des enfants et des jeunes souffrant de troubles de santé mentale*

J'ai suivi avec intérêt pendant plusieurs années le débat public dans cette province au sujet du prétendu nombre excessif d'ordonnances émises pour le Ritalin. Les parents des jeunes décrits dans ce rapport étaient systématiquement d'avis que leurs enfants étaient victimisés à cause de l'approche essais-erreurs en rapport à de la pharmacothérapie recommandée par leurs psychiatres. Dans plusieurs cas, ils ont constaté de graves inquiétudes par rapport aux effets secondaires importants de certains médicaments, en particulier au niveau de la prise de poids et des sautes d'humeur, ainsi que la nécessité d'aider les jeunes et leurs familles à gérer ces risques. Il est recommandé que le centre provincial d'excellence pour les enfants et les jeunes ayant des besoins très complexes noue des partenariats au sein du gouvernement provincial et avec des organismes de recherche nationaux ainsi que des partenaires financiers pour appuyer la recherche qui aidera à faire progresser nos connaissances des avantages et des risques associés à l'utilisation d'une pharmacothérapie avec des psychotropes pour nos enfants et à déterminer sa prédominance dans notre société comparativement au counseling, à la psychothérapie et à d'autres interventions<sup>15</sup>. Au cours des 10 dernières années, il y a eu un vif intérêt pour les approches thérapeutiques multisystémiques dans le traitement des jeunes souffrant de troubles aigus du comportement<sup>16</sup>. Il est suggéré que le gouvernement

---

<sup>15</sup> Les premières études au sujet de la pharmacothérapie par opposition à la thérapie comportementale pour soigner l'hyperactivité avec déficit de l'attention suggèrent cependant que la pharmacothérapie utilisée seule a invariablement de meilleurs résultats : GREEN R.W. et ABLON J.S. « What Does the MTA Study Tell Us About Effective Psychosocial Treatment for ADHD? », *Journal of Clinical Child Psychology*, vol. 30, n° 1, p. 114-121 (2001).

<sup>16</sup> LITTELL J. H., M. POPA et B. FORSYTHE. « Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17 », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4, art. n° : CD004797 (2005). DOI : 10.1002/14651858.CD004797.pub4.

La thérapie multisystémique (TMS) est une intervention à domicile et dans la collectivité à volets multiples réalisée à court terme pour les familles de jeunes qui souffrent de graves problèmes psychosociaux et comportementaux. S'inspirant des théories des systèmes d'écologie sociale et des familles, ainsi que des recherches sur les causes et les corrélats d'un grave comportement antisocial chez les jeunes (Henggeler 1998, Henggeler 2002a), la TMS est destinée à résoudre les problèmes psychosociaux complexes et fournir des solutions de rechange au placement en foyer des enfants et des jeunes.

...

Selon ses créateurs (Henggeler 1998), la TMS utilise un « modèle de prestation de services de préservation de la famille » qui fournit des services limités dans le temps (de 4 à 6 mois) à la famille entière. Les équipes de traitement sont composées de thérapeutes professionnels et de travailleurs en service social individualisé en cas de crise, qui sont supervisés par des psychologues ou des psychiatres cliniques. Les thérapeutes sont des professionnels de la santé mentale qui sont titulaires de maîtrises ou de doctorats, ils ont un petit volume de cas et ils sont disponibles 24 heures par jour, sept jours par semaine pour les participants du programme. Le traitement est personnalisé pour traiter les besoins précis des jeunes et des familles, et comprend un effort de collaboration avec les autres systèmes sociaux, y compris les écoles et les groupes affinitaires (d'où le nom « multisystémique »). Le traitement peut être axé sur le changement cognitif ou comportemental, les aptitudes en communications, les compétences parentales, les relations familiales, les relations entre pairs, les résultats scolaires et les réseaux sociaux.

provincial pourrait y gagner en investissant plus de ressources dans ces dernières approches, bien qu'il faille reconnaître que de plus amples recherches sont requises.

*29. Mise en œuvre de pratiques efficaces relatives aux médicaments sur ordonnance dans tous les centres d'hébergement pour les jeunes*

Une autre plainte troublante exprimée par les parents était l'incapacité des soignants dans les milieux de soins en établissement, en particulier dans les milieux de détention tels que le CJNB, mais aussi dans les établissements de soins, à aider les enfants et les jeunes à respecter leur régime de pharmacothérapie. En milieu hospitalier, le personnel clinique a le choix d'imposer une pharmacothérapie non consensuelle si, par exemple, d'après le médecin, elle est nécessaire lorsqu'un patient traverse un épisode psychotique. Toutefois, le personnel clinique avec lequel nous nous sommes entretenus dans les hôpitaux nous a indiqué qu'il était à peine nécessaire de forcer un patient à prendre ses médicaments, car le patient peut presque toujours être amené à le faire volontairement. En revanche, lorsque nous avons demandé à des agents de la sécurité publique d'expliquer pourquoi les parents se plaignaient auprès de nous que les enfants placés aux CJNB n'étaient plus sous médicaments, les enquêteurs apprirent que le CJNB n'avait aucune autorité pour forcer une personne à l'instar d'un médecin à l'hôpital, que les tribunaux limitaient sérieusement le droit des gardiens à forcer un enfant à prendre ses médicaments et que bien trop souvent, d'après le personnel de garde, les résidents en milieu correctionnel transférés qui arrivaient du milieu hospitalier prenaient un tel cocktail de médicaments sur ordonnance qu'ils étaient à peine communicatifs.

Il est recommandé que le CJNB revoie ses pratiques et qu'il mette en œuvre des politiques en consultation avec les services de santé mentale provinciaux à l'égard du traitement pharmacologique des résidents qui doivent suivre un programme prescrit de pharmacothérapie avec des psychotropes, pour s'assurer que les jeunes en détention qui sont sous médicaments peuvent suivre leur traitement en accord avec l'avis de leur médecin. Il est recommandé ensuite que le ministère de la Santé, les régies régionales de la santé et le ministre responsable de la coordination des services à l'enfance et à la jeunesse élaborent une stratégie en consultation avec tous les intervenants, pour garantir que des pratiques efficaces en matière de prescription de médicaments soient mises en œuvre dans tous les milieux de placements résidentiels pour les enfants et les jeunes.

*30. Contraintes, menottes et fouilles à nu dans le cas d'enfants et d'adolescents qui souffrent de troubles de santé mentale*

Il est recommandé que le Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick cesse immédiatement ses pratiques de contrainte, de pose de menottes et de fouille à nu dans le cas d'enfants et d'adolescents qui souffrent de graves états de santé mentale, ainsi que le protocole nécessitant l'enregistrement sur bande vidéo de ce processus. Il est de plus recommandé que le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Justice s'entretiennent avec le ministère de la Santé et le ministre chargé de la coordination des services à l'enfance et à la jeunesse pour établir de nouveaux protocoles et lignes directrices pour le transport, la détention ou l'isolation sécuritaire des enfants et des



jeunes qui souffrent de graves troubles de santé mentale, tout comme pour les enfants et les jeunes en général, lorsqu'ils sont placés sous la garde du ministère de la Justice ou des Services correctionnels pour les jeunes.

31. *Éducation et promotion pour empêcher les mauvais traitements des jeunes vulnérables en détention*

Il est recommandé que le ministère de la Sécurité publique conçoive un programme éducatif destiné aux jeunes en détention et à leurs soignants au sujet des droits qui leur reviennent lorsqu'ils sont sous garde, ainsi que des procédures à suivre lorsqu'ils croient que leurs droits ont été violés. L'ensemble du personnel en milieu correctionnel devra être formé en matière de conseils à offrir aux jeunes au sujet des recours qui s'offrent à eux. Ce programme devra être réalisé en consultation avec le ministre responsable de la coordination des services à l'enfance et à la jeunesse et conjointement avec le Bureau du défenseur des enfants et de la jeunesse. Cela est nécessaire pour veiller à ce que les droits de la jeunesse, et particulièrement ceux des jeunes qui sont vulnérables, soient protégés contre l'éventualité de recevoir des mauvais traitements et que toutes les possibilités de recours leur soient offertes.

32. *Fin du regroupement des populations adultes et de jeunes au CJNB*

Lorsque j'ai fait référence ci-dessus au danger de mettre directement les jeunes vulnérables en péril, j'avais bien sûr à l'esprit les mauvais traitements terribles dont Nicholas avait souffert en proie à son gardien. Toutefois, de nombreux risques sont présents dans un établissement correctionnel, malgré nos meilleures précautions. Un domaine où les défenseurs des enfants ont réussi a été la promotion en tant que principe juridique international<sup>17</sup> de la norme selon laquelle les populations adultes et de jeunes dans le milieu correctionnel ne doivent pas cohabiter. Nonobstant ces exigences, en raison de la surpopulation de nos établissements correctionnels pour adultes au Nouveau-Brunswick, le Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick héberge à présent des contrevenants adultes de manière régulière et il y a parfois plus d'adultes que de jeunes contrevenants. Ils sont incarcérés dans des pavillons séparés, et des protocoles stricts sont en place pour éviter tout contact entre ces deux populations carcérales. J'estime que cela n'est pas suffisant. De nombreuses études ont démontré l'augmentation du risque de délinquance et de récidive qui se produit lorsque les jeunes contrevenants cohabitent avec des populations des contrevenants adultes<sup>18</sup> et cette pratique courante au Nouveau-Brunswick est un affront à la promesse de mesures proactives et à la philosophie de soins qui étaient destinées à être omniprésentes au CJNB. Il est recommandé que le ministre responsable des services à l'enfance et à la jeunesse et le ministre de la Sécurité publique prévoient des plans à court et à long terme pour mettre

---

<sup>17</sup> *Convention relative aux droits de l'enfant*. Adoptée et ouverte pour signature, ratification et adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 44/25 du 20 novembre 1989, article 37.

<sup>18</sup> PETROSINO A., C. TURPIN-PETROSINO et J. BUEHLER. « Scared Straight and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 2, art. n° : CD002796 (2002). DOI: 10.1002/14651858.CD002796.

un terme au placement des contrevenants adultes dans l'établissement provincial conçu pour les jeunes contrevenants.

33. *Mesures de rechange pour les jeunes à risque et les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes*

Chacun dans le système judiciaire pénal pour les jeunes nous a assuré avoir adopté un engagement professionnel pour prendre la législation envers les jeunes contrevenants à sa juste valeur et explorer utilement toutes les possibilités pour écarter les jeunes à risque du système judiciaire pénal et du système correctionnel. Il est difficile, cependant, de faire le rapprochement des résultats des cas que nous avons passés en revue durant cette enquête avec cet énoncé ou avec les dispositions de la *Loi sur le système de justice pénal pour les adolescents*, paragraphe 39(5) qui stipule que : « le placement sous garde ne doit pas se substituer à des services de protection de la jeunesse ou de santé mentale, ou à d'autres mesures sociales plus appropriées ». Nous connaissons parfaitement ces principes. Nous ne faisons pas un bon travail pour ce qui est de les mettre en pratique. En ce qui a trait aux « autres mesures sociales », tout le monde n'a pas la même propension à sortir des sentiers battus. Un des experts que nous avons rencontrés faisait part de son expérience en rapport aux pratiques de déjudiciarisation en Ontario et évoquait une situation où elle avait demandé à un juge, au sujet d'un adolescent prometteur, mais errant : « Sérieusement, Monsieur le juge, pourriez-vous simplement le condamner au hockey? »

Quant aux jeunes ayant des besoins complexes, le tribunal de la santé mentale à Saint John avait remporté un certain succès pour écarter les jeunes ayant des problèmes de santé mentale du système judiciaire-correctionnel traditionnel. Il serait bénéfique que ces processus judiciaires de substitution soient plus largement accessibles à travers la province et qu'ils soient conçus sans perdre de vue les besoins et les défis précis des jeunes. Quant aux jeunes condamnés à un séjour au CJNB, il est recommandé que le ministère de la Sécurité publique passe en revue sa politique relative aux accusations de l'institution dans le but d'évaluer l'efficacité de ces accusations sur les jeunes dont il a la garde. (Des accusations sont régulièrement portées contre des jeunes contrevenants au CJNB durant leur incarcération pour leur comportement "criminel". Par exemple une accusation de méfait publique peut être porter contre une jeune, pour avoir causé des dommages à sa cellule.)

Il est recommandé que le ministre chargé des services à l'enfance et à la jeunesse établisse, de concert avec des représentants désignés de la magistrature, du ministère de la Justice, du ministère de la Santé et du ministère de la Sécurité publique, un groupe de travail pour examiner les mesures de rechange actuellement d'usage au sein du système judiciaire et pour élargir l'adoption des meilleures pratiques définies en vue d'écarter du système judiciaire pénal les jeunes à risque et les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes. De façon précise, ce groupe devra examiner, par suite des recommandations issues de l'examen du régime d'aide juridique, des moyens d'améliorer la représentation juridique des jeunes dans toutes les instances et élaborer un projet pilote pour un tribunal de la santé mentale pour les jeunes, sur la base du projet du tribunal de la santé mentale à Saint John.

## **Chapitre 5 – Adaptation des services éducatifs pour les jeunes ayant des besoins complexes : *L'histoire de Benjamin***

Chaque histoire devrait avoir une fin heureuse et notre enquête a aussi eu ses bons côtés. L'histoire de Benjamin a aussi commencé par la recherche d'un placement résidentiel approprié. Même si nous étions en mesure, dans ce cas, de convaincre les fonctionnaires ministériels de la nécessité d'un tel placement en dehors de la province, l'établissement en Nouvelle-Écosse qui selon nous était appropriée donne la préférence aux résidents de cette province. En conséquence, ses représentants ont en fin de compte refusé le placement recommandé. En réalité, le résultat a été très positif, car les membres de l'équipe d'intervention de la ville natale de ce jeune ont été forcés de concevoir une solution propre au Nouveau-Brunswick, une solution qui soutenait la famille de l'enfant, qui était multidisciplinaire et qui a prouvé que, si on le veut, l'intégration des services peut très bien fonctionner et apporter des avantages à l'enfant.

Tous les cas examinés dans cette enquête n'ont pas eu de résultats éducatifs aussi positifs. Pour la majeure partie, notre enquête a confirmé que les jeunes à risque sont très souvent marginalisés par le système d'éducation et que les jeunes ayant les besoins les plus complexes ne se trouvent habituellement pas dans le champ de vision des services éducatifs dans cette province. Seul ministère du gouvernement dont l'objectif premier vise directement les enfants et les jeunes, le ministère de l'Éducation, de concert avec notre système scolaire public, peut jouer un rôle de leadership très significatif pour faire de la province un endroit où les enfants passent avant tout. La réponse du gouvernement face au rapport MacKay souligne son engagement envers cet objectif prioritaire de protection de l'enfance et le droit égal de chaque enfant à une éducation grâce à notre système scolaire public. Toutefois, selon nous, pour honorer cet engagement envers l'égalité dans l'éducation, il faut plus qu'une approche unidimensionnelle et il faut reconnaître que, dans certains cas, l'inclusion scolaire n'est pas une solution adéquate à court ou à moyen terme. Les services éducatifs spécialisés pour les enfants ayant des besoins extrêmement complexes sont très coûteux, que ce soit en salle de classe ou en dehors du cadre scolaire, mais ils doivent être fournis dans tous les cas et les efforts doivent être réitérés pour veiller à ce que ces cas très difficiles ne soient pas abandonnés par le système éducatif officiel. Un investissement adéquat dans les services éducatifs, dans un cadre de prestation de services intégrés, est le meilleur moyen de s'assurer que les enfants ayant des besoins complexes peuvent également atteindre leur potentiel maximal et minimise de ce fait les conséquences en matière de coût pour la province dans l'avenir. L'histoire de Benjamin est très convaincante sur ce point.

### *L'histoire de Benjamin*

**« Ce sont les gens, et non les programmes, qui changent les gens. » Dr Bruce Perry, pédopsychiatre**

Lorsque la mère de Benjamin était enceinte de lui, son mari et elle ne pouvaient demander mieux. Peut-être que chaque parent le ressent de cette manière, mais, pour ce

couple, cette nouvelle était encore plus importante. Après avoir affronté l'infertilité pendant des années, ce bébé était leur « bébé unique ».

Depuis qu'il est bébé, Benjamin est très actif et il nécessite une étroite surveillance. On soupçonne qu'il est atteint d'hyperactivité avec déficit de l'attention. En première année, il prend du Ritalin. Ensuite, on lui administre du Dexadrin. Déjà en troisième année, il prend des antidépresseurs pour ses migraines. Selon sa mère, ce nouveau médicament l'a changé. Il commence à faire des crises, à hurler et à rester éveillé durant la nuit. Ses parents ressentent que le neurologue qui soigne Benjamin n'accepte pas l'exactitude des comportements qu'ils lui décrivent. Chaque fois qu'ils expriment leurs inquiétudes au sujet de leur jeune fils et du régime d'antidépresseurs, il insinue que, s'ils ne sont pas d'accord avec cette médication, ils n'ont pas à le lui administrer. Prévoyant les types de comportements que cela engendrerait, les parents sont perplexes sur la manière dont ils peuvent aider leur fils. De plus, le neurologue leur dit qu'il s'agit d'un comportement acquis, et qu'il faut blâmer leurs piètres compétences parentales. Pour la famille, c'est le début des visites chez différents médecins (pédiatres, psychiatres et médecins généralistes), chacun ayant un diagnostic différent et prescrivant différents régimes de médicaments.

Lorsque Benjamin commence à afficher un comportement difficile en troisième année, l'école désigne un interventionniste dans cette classe. Le rôle d'un interventionniste est d'observer l'enfant dans la classe et d'émettre des suggestions à l'intention de l'enseignant sur la façon de composer avec le comportement de l'enfant. L'interventionniste peut aussi retirer l'enfant de la classe s'il est trop perturbateur. Cela permet à l'enseignant de continuer avec le reste du groupe et au travailleur de travailler individuellement avec l'enfant. La participation de l'interventionniste se veut une mesure à court terme, l'objectif étant de rétablir rapidement la situation. Dans le cas de Benjamin, l'interventionniste lui enseigne des techniques pour essayer de se calmer lorsqu'il sent la pression monter en lui. Il lui apprend les différents « moi » : le « moi bruyant », le « moi calme », etc., et il lui apprend à déterminer quel « moi » il est et comment atteindre un « moi » différent. À la fin de l'année, Benjamin se débrouille bien et il réussit son année sans difficulté.

La quatrième année (il a 9 ans) s'est avérée plus difficile. Il a différents interventionnistes dans sa classe, mais, cette fois, la maladie de Benjamin a fait surface de façon spectaculaire. Le comportement de Benjamin est si imprévisible que, d'après le personnel de l'école, il « perturbe le bâtiment de l'école au complet ». Il pleure, hurle, s'allonge au milieu de la classe, quitte la classe et quitte carrément l'école. Chaque fois qu'ils ne sont pas en mesure de maîtriser son comportement, les membres du personnel le mettent en isolement dans une pièce où on le laisse crier, parfois pendant deux heures, avant d'appeler ses parents. L'école utilise parfois un placard ou une salle d'entreposage pour y mettre Benjamin, puisque personne ne sait que faire de lui. Le directeur de l'école avoue avoir hurlé contre Benjamin une fois, et il insinue que c'est ce dont il avait besoin, étant donné que Benjamin avait effectivement arrêté de crier. Sa mère est horrifiée : Benjamin a arrêté de crier parce qu'il était pétrifié, pas parce que c'était une « bonne technique » à employer avec lui.

Il était évident que personne ne comprenait ce que le comportement de Benjamin signifiait. Un psychiatre recommande que Benjamin aille à l'école seulement trois heures par jour, comme une journée entière semble être plus qu'il ne peut supporter. L'école veut transférer Benjamin, qui a 9 ans à l'époque, au centre d'apprentissage, qui accueille principalement des adolescents mal adaptés ou qui ont des démêlés avec la justice. Ses parents s'y opposent de façon véhémente.

Les parents ont cherché désespérément de l'aide. Certains professionnels commencent à parler de psychose maniacodépressive précoce. Les visites et les séjours au IWK se multiplient. Du fait que cet établissement se trouve en Nouvelle-Écosse, la gestion du cas de Benjamin dans les situations d'urgence lorsqu'il vit à la maison devient difficile.

Un matin, alors que Benjamin est en quatrième année, ses parents reçoivent un appel de l'école. Ils doivent s'y rendre immédiatement. Lorsqu'ils arrivent, la classe a été évacuée. Benjamin se tient devant le tableau et écrit les mêmes chiffres à répétition. Il est incohérent. Il est en plein épisode psychotique. Ses parents prennent Benjamin et le portent dehors. Sur le pas de la porte, on dit à sa mère qu'elle doit revenir à deux heures pour une réunion, afin de discuter du comportement de Benjamin. Benjamin est emmené à l'urgence, où il est admis sans délai. Même si ses parents sont hors d'eux-mêmes, inquiets et horrifiés, la mère de Benjamin retourne à l'école pour la réunion. Le psychologue de l'école s'entretient avec elle. Elle insiste sur le fait qu'elle et son mari ne veulent pas que Benjamin soit pénalisé et retiré de l'école. Le psychologue est du même avis et il dit aux membres du personnel qu'ils doivent garder Benjamin à l'école.

En décembre de la même année, la psychose maniacodépressive est diagnostiquée chez Benjamin. Il est hospitalisé jusqu'en février. À son congé de l'hôpital, le psychiatre traitant, convaincu que la psychose maniacodépressive est un épisode isolé, le sèvre de ses médicaments. En mars, Benjamin est de retour à l'école. Il ne s'écoule que deux semaines avant un nouvel épisode sérieux. Son nouveau psychiatre rétablit sa pharmacothérapie, ce qui stabilise son comportement. L'école, estimant qu'elle n'est pas équipée pour s'occuper de ce garçon, dit aux parents que l'école n'est pas sa place. Ses parents insistent et essaient de ramener Benjamin. Sa mère retourne dans sa classe, en traînant Benjamin, dans l'espoir de pouvoir le réintégrer. Ben est tellement effrayé, il se cache dans le coin de la classe pendant toute la durée de la visite. Les parents, fatigués de lutter et épuisés sur le plan émotionnel, capitulent et inscrivent leur fils au centre d'apprentissage.

Benjamin souffre d'une maladie mentale. Il a une intelligence normale. À vrai dire, sur le plan scolaire, il a toujours obtenu de bons résultats. Chaque fois qu'il s'absente de l'école pendant de longues périodes, il se rattrape en un rien de temps, et réussit chaque année sans grande difficulté. En conséquence, il comprend l'impression que son comportement suscite chez ses camarades de classe. Il va sans dire qu'il n'a pas d'amis et qu'il pense toujours que les autres enfants le détestent. Bien qu'il soit souvent absent de l'école pendant de longues périodes, habituellement parce qu'il est hospitalisé, ses camarades ne lui ont jamais écrit une carte ni envoyé des vœux de prompt rétablissement. Il sait que cela est étrange, car d'autres enfants de sa classe ont été malades auparavant et tout le

groupe d'enfants a envoyé des cartes. Lorsqu'il est encore à l'école, un membre du personnel dit à sa mère que, lorsque Benjamin se trouve expulsé dans le couloir, elle arrive pour le serrer dans ses bras, pour essayer de le rassurer. On la somme de cesser cette pratique, car cette attention est perçue comme une récompense pour cet enfant, qui a eu un accès de colère. Il n'est pas surprenant que sa famille sente que personne ne comprend la maladie mentale de Benjamin et elle éprouve une profonde tristesse à cause du rejet.

Pour ces raisons, ses parents décident qu'en cinquième année ils allaient essayer une nouvelle école. Benjamin va à l'école pendant 2 heures le matin, rentre à la maison pour se reposer, puis se rend au centre d'apprentissage pour y passer 2 heures de plus. Il se débrouille très bien jusqu'en mars. Il a beaucoup de mal jusqu'à la fin de l'année, mais une fois de plus il parvient à réussir.

En sixième année, les parents de Benjamin l'inscrivent dans une école intermédiaire. Puisqu'il a maintenant reçu un diagnostic officiel, il bénéficie d'une aide-enseignante à plein temps. Il a une enseignante merveilleuse, qui en fait a deux frères souffrant de psychose maniacodépressive. Elle prend très bien Benjamin en charge, et elle contribue largement à sensibiliser tous ceux qui travaillent avec Benjamin au sujet de la psychose maniacodépressive. Benjamin est malade pendant une brève période, mais somme toute il passe une année géniale.

La septième année suit son cours jusqu'au printemps suivant. Dès lors, le poids de Benjamin a triplé (en partie à cause de ses médicaments). L'infirmière en santé mentale et ses parents sentent que quelque chose « se trame » avec Benjamin. Un jour, alors que Benjamin et sa mère rendent visite à l'infirmière en santé mentale à son bureau, il entre dans un grave état de crise. Il agresse gravement sa mère. Il est emmené à l'hôpital en ambulance. Selon sa mère, il y a eu une certaine ambivalence quant à son admission, en partie parce qu'on ne sait pas dans quelle unité le mettre dans l'hôpital. Devrait-il aller au service pédiatrique (après tout, il n'est encore qu'un enfant)? Cependant, en raison de son comportement violent, peut-être devait-il être placé dans un lit psychiatrique (avec les adultes). Il est finalement admis au service pédiatrique. Il y reste pendant deux semaines. Durant son séjour, bien qu'il soit surveillé, il parvient à sortir sur le terrain de jeux sur le toit et escalade le mur en plexiglas dans le but de sauter, pensant qu'il peut voler. Une infirmière lui porte secours juste à temps. Il est renvoyé à la maison, à ses parents, qui sont extrêmement inquiets sur la façon dont ils vont gérer le comportement de Benjamin. Du fait que le personnel de cette école comprend ce qu'est la psychose maniacodépressive, il reçoit des dessins et des vœux de prompt rétablissement de ses camarades de classe. Lorsqu'il rentre chez lui, certains d'entre eux lui rendent même visite. Benjamin fait la remarque suivante à sa mère : « Tu sais, maman, je pense qu'ils m'aiment bien ».

L'infirmière en santé mentale et ses parents tentent de mettre sur pied une équipe qui travaillerait avec Benjamin et sa famille et les soutiendrait. Les visites d'un spécialiste à l'autre se poursuivent (un des problèmes est le taux de roulement de ces spécialistes qui,

dans certains cas, ne restent au Nouveau-Brunswick que quelques mois). Le ministère des Services familiaux et communautaires refusent de s'engager.

À l'automne de 2005, alors que Benjamin a 13 ans et qu'il est en huitième année, il a une autre explosion de violence. Sa mère s'enferme dans la salle de bains pour assurer sa propre sécurité physique. Elle appelle les services sociaux d'urgence après les heures de travail de SFC. Le temps qu'on la rappelle plusieurs heures plus tard, Benjamin s'est calmé. Le travailleur social lui conseille d'appeler la police la prochaine fois. Il devient clair qu'un autre type de traitement est nécessaire pour répondre aux besoins de Benjamin, ainsi que pour assurer sa sécurité personnelle et celle de ses parents. Le personnel de SFC ouvre un dossier de protection de l'enfance au nom de la famille.

Sentant qu'ils n'ont pas le choix, une fois de plus, les parents se tournent vers l'IWK. Ils sont convaincus qu'à ce stade, leur fils nécessite un traitement spécialisé, qui dépasse leurs aptitudes. Étant donné que les parents ne peuvent pas obtenir des services au Nouveau-Brunswick, ils sont prêts à déménager à Halifax dans l'unique but de donner à leur fils les soins dont il a besoin. Au cours des quelques mois suivants, trois demandes sont effectuées vers des programmes spécialisés. Benjamin est refusé dans les trois cas, car on estime qu'il ne répond pas aux critères d'admissibilité.

Le Bureau de l'ombudsman est maintenant mêlé à l'affaire. Au même moment, et en raison de notre insistance, SFC demande au bureau local de la région où vit Benjamin d'offrir des services à la famille. Étant donné que la famille ne remplit pas les critères d'admissibilité pour un enfant qui a besoin de protection (ses parents refusent de déléguer la tutelle de leur fils à SFC), la seule option pour la famille est de recevoir l'aide du Programme de services communautaires à l'intention des personnes ayant des besoins spéciaux (même si Benjamin ne répondait et ne répond toujours pas aux critères d'admissibilité de ce programme non plus). Alors qu'une recherche de placement est toujours en cours, l'infirmière en santé mentale, le travailleur social de SFC et les parents de Benjamin luttent pour mettre en place un plan qui offrirait des services à Benjamin et assurerait la sécurité de chacun.

Jusqu'en janvier 2006, Benjamin est trop malade pour retourner à l'école. Son enseignant de 8<sup>e</sup> année est d'un très grand secours et l'aide à progresser jusqu'à ce qu'il ait atteint une charge de cours complète. Il bénéficie d'une aide-enseignante à plein temps.

À la maison, un conseiller en ressources humaines est engagé pour rester avec Benjamin 4 heures par jour, 5 jours par semaine. La structure, les aptitudes sociales et la formation en gestion de la colère fournies par les conseillers en ressources humaines contribuent à stabiliser la situation. Les parents recrutent une famille qui offrirait des soins de relève une fin de semaine par mois, aux frais de SFC. Il semble que le juste équilibre sur le plan de la médication a été trouvé. Pour la première fois depuis des années, les parents sentent qu'avec tous les professionnels engagés, peut-être peuvent-ils garder Benjamin à la maison et composer avec sa maladie. Les professionnels concernés, entre temps, concluent qu'en raison de l'absence de ressources spécialisées pour apporter des services

à ce garçon, ils ont mis en place une « équipe » qui peut bien être le remède, du moins pour le moment.

L'étape suivante pour Benjamin est l'école secondaire. Ses parents et son psychiatre veulent le retenir en 8<sup>e</sup> année pour lui donner l'occasion de se rattraper complètement. L'école pousse Benjamin à passer en 9<sup>e</sup> année. Lorsqu'il rend visite à son psychiatre en juin, tout le monde est tellement impressionné par ses excellents résultats scolaires qu'ils acceptent de le faire passer au niveau suivant.

En septembre 2006, Benjamin débute l'école secondaire. Il bénéficie d'une aide-enseignante à plein temps. Selon sa mère, il n'a toujours pas d'amis. « C'est une petite ville, dit-elle, les rumeurs se répandent rapidement. » « On ne lui donne pas de chance. » C'est l'un des éléments les plus difficiles pour Benjamin et ses parents.

À l'automne 2006, Benjamin fait une rechute. Néanmoins, tous les systèmes de soutien mis en place par l'infirmière en santé mentale et le travailleur social pour les besoins spéciaux le soutiennent, lui et sa famille, dans cette crise. Il poursuit sa scolarisation avec une aide-enseignante à plein temps et, à Noël, il visite Disneyland avec ses parents pendant une semaine, sans aucune difficulté.

En septembre 2007, il rentre en 10<sup>e</sup> année et ses résultats sont très bons. À cause de sa maladie mentale, Benjamin éprouve des tremblements. C'est pourquoi son écriture est instable. Les parents, l'école et le district préconisent un ordinateur portatif pour Benjamin, pour écrire ses tests d'aptitudes à lire et à écrire et ses tests provinciaux, mais le ministère de l'Éducation refuse cette requête de nombreuses fois, soi-disant parce que cette démarche ne s'inscrit pas dans la politique. L'école se montre conciliante à l'égard de Benjamin, en lui donnant un peu de temps supplémentaire pour les tests, et en lui permettant d'aller dans une pièce privée pour les passer. Benjamin a également le droit de dicter ses réponses et un adulte les met sur papier. Or, chacun s'accorde pour dire que l'utilisation d'un ordinateur portatif rendrait les choses beaucoup plus faciles. L'école a également mis ses cours obligatoires le matin, puisque c'est là le moment où il est bien reposé et plus réceptif. Il suit toutefois le même programme d'études que les autres. Depuis l'automne, Benjamin passe son heure de dîner à l'école. Il fait partie du club de vélo, où un élève de 12<sup>e</sup> année l'a pris sous son aile et l'aide lorsqu'ils font des promenades à vélo. Lorsqu'on lui demande ce qui a fonctionné pour Benjamin dans le système éducatif, sa mère réplique sans hésitation que le fait d'avoir une aide-enseignante empathique a énormément aidé. Lorsque Benjamin prend du retard sur des choses comme recopier des notes du tableau, elle lui prête main forte, en s'assurant qu'il dispose de toute l'information dont il a besoin. La communication avec les parents a été excellente. Ils sont informés de tous les devoirs pour assurer la continuité entre l'école et la maison. L'école insiste pour que tous les enseignants de Benjamin soient présents aux réunions. Ils sont disposés à apprendre des parents quelle est la meilleure façon de s'occuper de Benjamin. Il n'y a pas de compétition entre les adultes dans la vie de Benjamin, seulement de la coopération et de la compréhension. Les parents sont toujours à deux pas lorsqu'il devient agité ou que le personnel estime avoir besoin de soutien supplémentaire. Lorsqu'on demande au district scolaire ce qui contribue au succès de cette situation, on



affirme : « Un grand groupe de personnes très préoccupées qui s'unissent pour travailler pour le bien de Benjamin ».

Benjamin voudrait aller à l'école des arts culinaires et devenir chef une fois qu'il aura obtenu son diplôme. Il est déjà en quête des meilleures écoles. Ses parents sont convaincus qu'il réussira.

Après la rencontre de mon personnel avec l'infirmière en santé mentale qui travaille avec la famille, celle-ci a émis les constatations suivantes dans une lettre adressée à mon bureau :

Je crois que le succès pour Ben est attribuable au fait que les organismes se sont engagés à travailler ensemble pour trouver un programme innovateur, à vrai dire, beaucoup moins coûteux que le plan initial de traitement résidentiel mais, qui plus est, qui confiait Ben aux soins des personnes qui l'aiment le plus au sein de sa collectivité d'attache. Je ne pense pas que nous puissions même nous faire une idée du coût sur le plan émotionnel, psychologique et financier pour une famille lorsqu'elle doit prendre la décision d'envoyer son fils ailleurs pour qu'il bénéficie d'un programme approprié.

Ce qui est peut-être encore plus important, c'est que nous commençons à nous concentrer davantage sur les besoins du patient de façon holistique et à nous éloigner des soins axés sur des « critères ». Lorsque nous nous concentrons sur la satisfaction de critères pour accéder à un programme, nous semblons travailler très dur pour « exclure » des personnes et causer une aliénation, des douleurs et des souffrances inutiles à ceux qui luttent parce qu'ils sont « différents » ainsi qu'à leurs familles. Le cas de Ben est peut-être une exception, mais peut-être ne devrait-il pas l'être. À vrai dire, je soupçonne qu'il puisse y avoir bon nombre de situations qui seraient définies comme des « exceptions » et qui ont grand besoin de services tout aussi créatifs et homogènes de la part de divers organismes gouvernementaux.

Je sais que nous avons admis qu'il faille peut-être multiplier les ressources, mais j'avancerais qu'il est peut-être plus important de changer notre orientation au profit des enfants et de leurs besoins, de faire tomber les murs qui ont été érigés entre les organismes et d'espérer des activités et une programmation créatives. Par ailleurs, il semble que la simple multiplication des ressources sans changement d'optique ne parviendra probablement pas à changer grand-chose.

Une équipe complète a été fondée autour de cette famille, pour s'assurer que Benjamin reste avec ses parents dans sa collectivité. Ses symptômes sont maîtrisés la plupart du temps et il a réalisé et continue à réaliser d'importants progrès dans de nombreux domaines. Les représentants du gouvernement signalent que ce modèle de prestation de services est l'exception et ils laissent entendre qu'il devrait peut-être demeurer une exception. Je ne partage pas cette opinion.

Je suis d'accord avec l'évaluation de cette situation effectuée par l'infirmière en santé mentale : le modèle de prestation de services est créatif, axé sur l'enfant et va au-delà des critères du programme. Il a mis au défi différents ministères et professionnels de collaborer. Il a soutenu les intervenants principaux et les plus importants dans le scénario, en l'occurrence les parents de Benjamin, de façon qu'ils puissent s'acquitter de leur

responsabilité parentale envers leur fils. Chaque ministère est allé au-delà de ses « critères d'admissibilité au programme » respectifs afin d'offrir des services à cette famille et a pris les mesures nécessaires pour les faire fonctionner. Ces ministères doivent être félicités pour cela. Je crois que chaque famille avec un enfant ou un jeune qui présente certains problèmes identiques à ceux de Benjamin et à ceux des autres jeunes décrits dans ce rapport méritent le même niveau de service.

\* \* \*

Il y a un engagement admirable à l'égard des principes dans un système éducatif qui n'écarte aucun enfant et qui met en pratique la notion qu'il y a une place pour chaque enfant dans la salle de classe. On constate cependant que de nombreux enfants n'apprennent pas au rythme normal dans des milieux d'inclusion scolaire, et ils peuvent nécessiter des services éducatifs plus spécialisés ou personnalisés. Nous ne pouvons pas insister sur l'inclusion pour le simple plaisir de le faire, pas plus que nous pouvons nous permettre d'agir ainsi parce que c'est tout ce dont nous pouvons nous permettre. Si des services éducatifs personnalisés sont nécessaires pour aider un enfant à atteindre son potentiel, alors c'est la démarche que nous devons entreprendre, même si parfois elle est plus coûteuse. De plus, si les modèles d'inclusion scolaire doivent fonctionner au bénéfice d'enfants ayant des besoins extrêmement complexes, alors ils doivent intégrer les systèmes de soutien des services sociaux et des services de santé, sans oublier la famille, pour réussir.

Notre examen de ces divers cas laisse penser que de nombreux enfants ayant des besoins extrêmement complexes ont été abandonnés ou perdus de vue par notre système éducatif. Il faut mettre en place un objectif spécialisé renouvelé pour répondre aux besoins éducatifs de ces élèves dans leurs différents placements résidentiels. Ces services spécialisés pourraient être gérés à l'échelle provinciale ou régionale. Les enseignants et le personnel des services éducatifs doivent être formés au sujet des problèmes de santé mentale, de sorte que ces enfants dans le besoin puissent être dépistés, compris et orientés, et non exclus.

#### 34. *Une approche multidisciplinaire vis-à-vis de l'inclusion scolaire*

Notre analyse des problèmes dans le domaine des services éducatifs vient appuyer les recommandations énoncées ci-dessus vis-à-vis de l'intégration des services en matière de santé, de services sociaux et de services correctionnels, étant donné qu'une meilleure coordination des efforts contribuera largement à réduire les problèmes. L'histoire de Benjamin est la preuve vivante que, grâce à la coordination des efforts, même les élèves ayant des besoins très complexes peuvent réussir dans un modèle d'inclusion scolaire. Tous les efforts avaient été déployés pour placer Benjamin dans un programme éducatif spécialisé en dehors de la province. Finalement, une fois que toutes les approbations ont été obtenues, ses parents ont accepté, avec le temps, que ce placement en Nouvelle-Écosse soit reporté indéfiniment, malgré les promesses et l'encouragement des médecins qui s'y trouvaient, pour la simple raison qu'« il y aura toujours un résident de Nouvelle-Écosse avec des besoins équivalents ou plus importants ». En fin de compte,

l'exclusion du programme de la Nouvelle-Écosse était la meilleure chose qui puisse arriver à Benjamin, car elle a forcé, bien qu'en désespoir de cause, ses soignants à élaborer leur propre solution pour répondre à ses besoins éducatifs d'une manière qui privilégiait les soutiens solides offerts au sein de sa propre famille et ceux des professionnels au sein de son cercle de soins immédiat.

C'est de cette manière que l'inclusion scolaire est censée fonctionner. Elle requiert une volonté à adapter les programmes aux besoins de l'enfant ainsi qu'une approche multidisciplinaire. La manière d'atteindre ces objectifs n'est cependant pas la manière dont cette famille a dû le faire : au bord du désespoir et à l'aveuglette. Ces objectifs doivent être assimilés au système éducatif. Les lignes directrices nouvellement adoptées par la Commission des droits de la personne au sujet des mesures d'adaptation destinées aux personnes handicapées dans les services éducatifs constituent une ressource utile pour les administrateurs de districts dans cette optique<sup>19</sup>. Le travail effectué ailleurs au Canada, aux États-Unis et en Norvège à l'égard de cette thérapie multisystémique est également utile<sup>20</sup>. Enfin, les éducateurs confrontés à un comportement de plus en plus agressif ou perturbateur de la part des élèves doivent être prêts à intervenir immédiatement et efficacement pour réprimander un tel comportement, puisque des études ont montré que la passivité ne fait qu'exacerber le trouble du comportement.<sup>21</sup>

Il est recommandé que le ministère de l'Éducation réitère ses efforts pour favoriser et façonner des approches multidisciplinaires efficaces de l'inclusion scolaire et qu'il réitère ses efforts pour intervenir immédiatement pour réprimander toute mauvaise conduite violente ou agressive par les élèves.

Pour illustrer ce que nous proposons dans cette section et dans les sections précédentes du présent rapport, nous avons élaboré un tableau qui se trouve à l'annexe III et qui s'intitule « Diagramme de l'intégration des cas complexes (processus proposé). Ce tableau trace la feuille de route permettant d'identifier rapidement les cas complexes dans les quatre ministères qui œuvrent auprès des jeunes, de les orienter de façon adéquate et de leur offrir des services spécialisés. Cette structure, qui rendrait compte au ministre des services à l'enfance et à la jeunesse, permettrait d'assurer que tous les jeunes soient visibles et suivis en tout temps, dans tous les systèmes, ne laissant personne pour compte. Les services seraient coordonnés par les divers ministères, sous l'égide du ministre responsable de l'intégration de ces services.

Le processus proposé tient compte du succès du processus du Programme de traitement pour les jeunes et suggère une consolidation et une expansion de ce processus dans le but de couvrir tous les cas de besoins complexes et d'agir de façon proactive en faveur des

---

<sup>19</sup> <http://www.gnb.ca/hrc-cdp/f/Ligne-directrice-accommodement-etudiants-incapacite-Nouveau-Brunswick.pdf>, le 15 octobre 2007

<sup>20</sup> LITTELL J. H., M. POPA et B. FORSYTHE. « Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17 », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4, art. n° : CD004797 (2005). DOI:10.1002/14651858.CD004797.pub4.

<sup>21</sup> MYTTON, J., C. DIGUISEPPI, D. GOUGH, R. TAYLOR et S. LOGAN. « School-based secondary prevention programmes for preventing violence », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3, art. n° : CD004606 (2006). DOI : 10.1002/14651858.CD004606.pub2.

jeunes à risque. Un rôle révisé et élargi est également proposé pour la Commission de l'enseignement spécial des provinces de l'Atlantique (CESPA), comme le rapport le souligne ci-dessous. Les ministères de la Sécurité publique, de l'Éducation, de la Santé et des Services familiaux et communautaires créeraient des postes de gestionnaire des cas complexes de façon à ce que les enfants ayant les besoins les plus complexes puissent être soutenus durant leur années formatives par des gestionnaires de cas d'expérience, assurant ainsi une plus grande continuité dans les soins et une meilleure intégration des services.

Un des objectifs du gouvernement provincial doit être de déceler les problèmes lorsqu'ils se déclarent et d'éviter qu'ils ne s'aggravent. L'approche intégrée soulignée à l'annexe III doit viser, dans tous les cas, à traiter les enfants et les jeunes dans leur propre collectivité. Ils ne doivent pas être orientés à la légère vers un programme provincial seulement pour être placés et traités ailleurs. Ces cas devraient être orientés vers le Programme provincial de traitement des jeunes seulement si l'expertise locale (travailleurs sociaux, infirmières, psychologues, agents de probation, gestionnaires régionaux des cas complexes, coordonnateurs cliniques) ne peuvent pas fournir les soins appropriés.

### 35 *Élargissement du Programme de traitement pour les jeunes*

Un des efforts multidisciplinaires mis de l'avant parmi les ministères de la Santé, de l'Éducation, de la Sécurité publique et des Services familiaux et communautaires qui, dans certains cas, a produit des résultats positifs est le Programme de traitement pour les jeunes. Ce programme fonctionne à l'échelle locale et provinciale pour orienter les cas de jeunes ayant des besoins complexes vers un comité multiministériel qui mettra sur pied un plan de traitement intégré. L'initiative est largement menée par Services familiaux et communautaires. Une des lacunes du programme a été la participation irrégulière au processus de la part d'autres ministères ou organismes, y compris de la part des districts scolaires. En outre le programme est destiné uniquement à une série limitée de diagnostics, c.-à.-d. jeunes ayant un trouble de comportement ou de conduite. Nous recommandons que le Programme de traitement pour les jeunes ou un processus semblable à celui-ci, sans répétition inutile, soit élargi afin de couvrir une plus vaste gamme de diagnostics et que les autorités des districts s'assurent que des comités multiministériels sont établis dans chaque district et qu'ils soumettent les dossiers au comité provincial du PTJ. (Veuillez consulter le Tableau d'intégration des cas complexes (processus proposé) à l'annexe III.)

### 36. *Une commission de l'enseignement spécial pour les jeunes à risque et les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes*

Nous recommandons que le ministère de l'Éducation conçoive un nouvel objectif consacré aux enfants ayant des besoins complexes qui, pour quelque raison que ce soit, ne se trouvent plus dans le système scolaire traditionnel. Nous devons cesser de feindre que ces élèves ne sont pas là ou qu'ils sont si exceptionnellement rares qu'ils peuvent être laissés pour compte sans encombre. Nous devons également arrêter de dire, à nous-mêmes et à quiconque veut bien nous entendre, que les approches de l'inclusion

scolaire sont, dans toute situation, les plus concluantes. Ce dont ces élèves ont besoin, c'est qu'un enseignant les trouve et prenne soin de leurs besoins éducatifs, quels qu'ils puissent être. Qu'ils soient dans des centres de désintoxication, à l'hôpital, dans un établissement correctionnel ou à la maison et qu'ils soient incapables de fréquenter l'école pour une période provisoire ou prolongée, les services éducatifs ne doivent pas être interrompus ou gênés inutilement.

Le système éducatif a une obligation réglementaire envers chaque élève et doit suivre l'enfant et coordonner les services éducatifs, et ce, où que soit l'enfant. À aucun moment, un enfant ou un jeune ne devrait-il disparaître du champ de vision du système éducatif. Malheureusement, notre enquête a confirmé que c'est ce qui se produit couramment lorsque des enfants sont placés dans un hôpital ou dans un autre milieu institutionnel. Au CHR, par exemple, l'enseignant de Nicholas – un francophone unilingue qui a essayé de l'aider à se préparer en prévision de son test de connaissances générales en mathématiques et en anglais – est payé par l'hôpital. Le ministère de l'Éducation n'intervient aucunement. De même, le CJNB dépense plus d'un quart de million de dollars sur les services éducatifs chaque année pour les jeunes contrevenants du centre correctionnel pour jeunes. Cependant, un plus grand engagement et une plus grande surveillance des représentants des districts scolaires relativement à ces services éducatifs aux élèves du CJNB permettraient à ces enfants d'atteindre plus facilement leurs objectifs éducatifs après leur remise en liberté.

### *37. Commission de l'enseignement spécial pour les élèves à besoins complexes*

Chaque école et district devraient être en mesure de présenter le cas d'un élève ayant des besoins extrêmement complexes auprès d'un comité provincial ou d'une commission de l'enseignement spécial. Le financement de cette commission pourrait être assuré séparément par le ministère de l'Éducation dans le but d'offrir des services éducatifs au domicile de l'enfant ou dans la collectivité (à l'hôpital, dans un foyer de groupe, dans un foyer pour jeunes), sans interruption d'un placement à un autre, sur la base d'un plan éducatif personnel orienté vers les objectifs du programme de l'enfant et, accessoirement, vers sa réintégration fructueuse dans l'école publique. Il n'en demeure pas moins que les besoins éducatifs de jeunes tels que ceux dont le portrait est brossé dans ce rapport peut exiger des soutiens et des mesures d'adaptation considérables, qui peuvent facilement submerger les budgets des districts ou être négligés au profit des besoins de la majorité. Comme l'indique le Tableau d'intégration des cas complexes (processus proposé) l'intégration réussie de ces élèves dans l'enseignement traditionnel exigera invariablement une association avec les représentants des services sociaux et de santé mentale. Ce type de coordination dans des cas extrêmement complexes est mieux géré par l'intermédiaire d'une commission spéciale.

Le ministère de l'Éducation devrait étudier la possibilité de concevoir un programme régional pour la prestation de ce genre de services de concert avec les autres provinces, avec l'aide de la Commission de l'enseignement spécial des provinces de l'Atlantique (CESPA) ou sur la base d'un modèle de prestation de services semblable au sien.

La Commission de l'enseignement spécial des provinces de l'Atlantique (CESPA) est un organisme de coopération interprovinciale fondée en 1975 par une entente conjointe entre les ministres de l'Éducation du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard. L'entente prévoyait la création de la CESPA et l'autorisait à offrir des services, des programmes et des occasions sur le plan éducatif pour des personnes qui souffrent de déficiences sensorielles à faible incidence, et ce, depuis la naissance jusqu'à l'âge de 21 ans. Sont compris les enfants et les jeunes qui sont malentendants, malentendants et aveugles, aveugles ou qui ont une déficience visuelle et qui sont résidents du Canada atlantique. L'entente de la CESPA est unique en son genre au Canada et, à ce titre, elle peut servir de modèle pour la prestation de services à l'échelle régionale.

38. *Inclusion mesurée dans le meilleur intérêt de l'enfant*

Au cours de cette enquête, il y a eu d'importantes discussions au sujet de la création de classes d'éducation alternative dans certains districts. Bien que les parents les réclament, l'intérêt est sans l'ombre d'un doute associé au niveau d'attention et aux programmes personnalisés que leurs enfants reçoivent dans ce milieu. Je crois qu'il est possible de créer de telles occasions pour les élèves ayant des besoins spéciaux tout en respectant l'objectif d'inclusion du système éducatif. Un danger contre lequel il faut lutter est en fait une ségrégation institutionnalisée des élèves ayant des besoins spéciaux par rapport à leurs camarades, ce qui pourrait réduire les occasions pour l'apprentissage entre pairs, ou pire encore, mener à la stigmatisation d'un groupe de pairs par rapport à l'autre. Il s'agit de dangers très réels et toujours présents lorsqu'on s'occupe de jeunes enfants.

Il est recommandé que le gouvernement investisse dans des services éducatifs plus personnalisés, vraisemblablement hors site mais aussi dans des laboratoires personnalisés au sein des écoles, aux élèves ayant les besoins les plus complexes. Cet investissement, ainsi que la coordination de services au sein des services de santé mentale et du ministère des Services familiaux et communautaires pour un plus grand nombre d'enfants et de jeunes, devrait viser à réduire les revendications et les besoins croissants en matière de classes d'éducation alternative dans les districts scolaires.

39. *Milieus d'éducation alternative pour les jeunes à risque*

En même temps, je recommande que le ministère de l'Éducation envisage sérieusement de diriger d'autres programmes et milieux d'éducation alternative pour les jeunes à risque.

L'enseignement en plein air, l'enseignement par les arts et les programmes de formation professionnelle connaissent tous un regain d'intérêt dans les cercles éducatifs de nos jours. Le fait de créer une école résidentielle offrant un éventail de programmes de ce genre, pas une simple maison de correction, peut être un moyen utile de garder les jeunes à risque à l'école et de les concentrer sur leur apprentissage, plutôt que de perturber les classes dans des milieux éducatifs plus traditionnels.

40. *Formation réciproque entre les enseignants et le personnel scolaire et les services de santé mentale et sociaux*

Il est recommandé que le ministre chargé des services à l'enfance et à la jeunesse mette au point des programmes de formation où les enseignants et le personnel des services éducatifs peuvent apprendre aux côtés des employés de la santé mentale et des employés des services sociaux en vue :

- d'établir des contacts professionnels au sein d'une région parmi les fonctionnaires qui fournissent des services aux enfants et aux jeunes;
- d'informer tous les intervenants en ce qui concerne l'éventail de services disponibles pour aider les enfants et les jeunes ainsi que leur famille;
- d'améliorer le niveau des connaissances et la sensibilisation face aux différentes maladies mentales et à la manière qu'elles se répercutent sur l'apprentissage, la socialisation et le comportement d'un enfant;
- de concevoir des stratégies et des programmes afin de mieux intégrer et coordonner les efforts pour fournir des services à l'enfance et à la jeunesse, en particulier pour les jeunes qui ont des besoins extrêmement complexes et les jeunes à risque.

## **Chapitre 6 – Soutien aux familles des jeunes à risque et des enfants ayant des besoins complexes : *L'histoire de Samuel***

Tout au long des histoires prises séparément dans ce rapport, sauf une exception regrettable, j'ai été le témoin de récits remarquables de familles luttant pour triompher des défis causés par la maladie mentale de leurs jeunes. Les familles provenaient de divers horizons et de milieux très différents, mais leurs histoires étaient très semblables. Elles étaient épuisées. Elles avaient donné tout ce qu'elles pouvaient, en sacrifiant souvent considérablement leurs carrières, leur santé et leurs autres enfants, mais elles étaient disposées à donner plus. Les recommandations émises dans ce chapitre devraient peut-être avoir été présentées dès le début du rapport, étant donné que les soutiens aux familles sont à la fois l'impératif moral qui renforce bon nombre des autres recommandations et une étape suivante nécessaire sur la voie essentielle vers l'amélioration des services de bien-être à l'enfance dans cette province. J'avais cependant l'impression que les recommandations auraient plus de sens après avoir présenté toutes les histoires recueillies auprès des jeunes et de leurs familles. L'histoire qui est la plus tragique et qui illustre le mieux le rôle important que la famille pourrait jouer, si de meilleurs soutiens étaient offerts, est l'histoire de Samuel.

### *L'histoire de Samuel*

Samuel, un enfant unique, faisait la fierté et la joie de ses parents. De l'avis de tous, il menait une enfance heureuse et un développement normal. Il vivait avec ses parents, dans une petite collectivité côtière du Nouveau-Brunswick, où tout le monde connaît votre nom. C'était particulièrement vrai dans son cas, car son père était bien connu. C'était un bel adolescent, il avait énormément d'amis et il avait de bons résultats à l'école.

Vers l'âge de 16 ans, ses parents commencent à remarquer quelque chose de différent et d'inhabituel dans le comportement de Samuel. Pour la famille, les visites commencent à se succéder chez différents spécialistes. On diagnostique finalement une schizophrénie paranoïde chez Samuel. Son père décrit cette époque comme un moment de soulagement : au moins, ils savent ce qui ne va pas. Au moins, ils ont un nom à mettre sur cet « état ». Toutefois, ce n'est pas la fin de l'histoire. C'est la fin d'une vie tranquille et satisfaisante pour cette famille et le début de 10 années de tourments, pour tenter d'obtenir pour leur fils les soins nécessaires.

Après l'établissement du diagnostic, ainsi que le sentiment de soulagement initial, les parents commencent à se poser des questions sur la signification de ce diagnostic, sur la prochaine démarche à entamer, sur le type de soins à apporter à leur fils. Il est difficile d'obtenir des renseignements sur la maladie de leur fils. Il n'existe aucun processus, du moins il n'y en avait pas dans ce cas, par lequel des spécialistes rencontrent les parents et leur expliquent ce qui les attend. Samuel voit son psychiatre et on lui prescrit des médicaments pour aider à maîtriser ses symptômes. En raison de son âge, il a le droit de rencontrer le psychiatre seul, et les professionnels sont tenus par la confidentialité, même à l'égard des parents du patient. Samuel a aussi le droit de refuser de prendre ses médicaments. Personne ne peut l'obliger, sauf si on est en mesure de prouver qu'il constitue un danger pour lui-même ou pour quelqu'un d'autre. Il devient difficile pour ses parents de l'aider. Ils sont déçus du fait qu'il semble qu'un grave incident doive se produire pour que Samuel reçoive de l'aide et qu'aucune importance n'est accordée à la prévention. Samuel est déçu également. Un jour, il dit à ses parents : « Afin d'obtenir de l'aide, je vais devoir commettre un vol à main armée ».

Le père de Samuel raconte que la maladie mentale de son fils a changé leur vie. À cause de sa maladie mentale, Samuel ne peut pas, contrairement à ses amis, poursuivre des études postsecondaires. En fait, en raison de sa maladie, il doit abandonner ses études secondaires alors qu'il a besoin de quatre crédits seulement pour obtenir son diplôme, d'étude secondaire. Il reste à la maison pendant que ses parents continuent à travailler. La mère de Samuel a dû changer d'emploi pour être à la maison avec Samuel à une certaine période de la journée. Il est très difficile d'avoir une vie de famille normale. Tout tourne autour de Samuel et du traitement de sa maladie. Des précautions spéciales sont prises pour garder Samuel à l'intérieur de la maison, pour sa sécurité. Ils appellent tous deux fréquemment à la maison, la plupart du temps six fois par jour, pour parler à Samuel et vérifier s'il va bien. Lorsqu'il répond, ils peuvent pousser un soupir de soulagement. Lorsque le téléphone sonne plus de quelques fois, ils se tracassent et pensent : « Pourquoi ne décroche-t-il pas ? ». S'il ne répond pas, l'un des deux rentre à la maison pour voir pourquoi il n'a pas répondu à leur appel, craignant le pire. Finalement, le stress pèse lourdement sur les parents et l'état de Samuel empire, parce qu'il ne prend pas ses médicaments. Son père décide finalement d'abandonner sa carrière, car il faut surveiller Samuel jour et nuit. Il prend une retraite anticipée pour rester à la maison et s'occuper de son fils adulte.



Au cours des 10 années où Samuel est atteint de schizophrénie, il est admis à l'hôpital 14 fois, parfois de force, accompagné par la police. Chaque fois, ses parents sont là pour le soutenir.

Un jour, Samuel décide d'aller à la bibliothèque sur le campus universitaire non loin de la maison. Ses parents l'ont toujours encouragé à essayer de trouver de nouveaux champs d'intérêts. Il est parti de bonne heure ce matin-là, avec son sac à dos, et il arrive avant que la bibliothèque ouvre. Il décide d'attendre devant la porte d'entrée jusqu'à ce qu'elle ouvre. Quelqu'un dans un bâtiment adjacent trouve qu'il a l'air « suspect » et appelle la police. Samuel est rapidement encerclé par quelques policiers qui lui mettent des menottes et l'emmène au poste. Lorsque son père va le chercher, il trouve un jeune homme terrifié qui est stupéfait de la tournure des événements, alors qu'il n'a rien fait de mal et n'a eu aucune intention d'en faire. Ses parents n'ont jamais blâmé l'auteur de l'appel pour cet incident. Ils sont seulement très désolés que la maladie mentale effraie tellement les gens.

Une autre fois, la police est appelée lorsque Samuel a appris qu'une amie d'enfance enseigne maintenant à l'école qu'ils fréquentaient lorsqu'ils étaient plus jeunes. Samuel a toujours eu un faible pour elle et il décide de passer la voir pour lui offrir des fleurs. Samuel, étant un jeune adulte souffrant de schizophrénie, n'a pas encore affronté la stigmatisation associée à la maladie mentale. À sa grande surprise, la police est appelée, car certaines personnes à l'école estiment que Samuel représente une menace. Il est inculpé en raison de cet incident et il est finalement admis au Centre hospitalier provincial Restigouche pour une évaluation de 30 jours, étant donné qu'il a été jugé inapte à subir un procès. Le père de Samuel dit qu'il était soulagé à l'époque. Il pensait que maintenant que Samuel était dans le système, il allait recevoir l'aide dont il avait besoin. Le type d'aide spécialisée qu'ils ne pouvaient lui offrir.

Samuel s'adapte bien au Centre hospitalier provincial Restigouche. Il est moins isolé qu'à la maison. Il socialise avec le personnel et part en excursion avec d'autres résidents. À nouveau, Samuel souffre de la stigmatisation associée à la vie dans une institution de santé mentale. Il raconte à ses parents comment ils partaient en excursion, dans un autobus bleu portant l'inscription CENTRE HOSPITALIER RESTIGOUCHE en grosses lettres sur le flanc de l'autobus, comme si, selon Samuel, il fallait bien montrer que le groupe était du centre de santé mentale. Néanmoins, la famille ne se décontenance pas devant ces faits et elle maintient son attention concentrée sur Samuel pour lui offrir la vie la plus saine possible. Trente jours après son admission, le psychiatre de Samuel dit à la commission d'examen qu'il ne juge pas que son patient présente une menace pour lui-même ou pour les autres. Samuel est rendu aux soins de ses parents.

Le psychiatre de Samuel informe ses parents qu'il est admissible à une pension d'invalidité du gouvernement provincial, en vertu du programme d'aide au revenu. Il les informe également qu'ils peuvent présenter une demande de crédit d'impôt à l'Agence du revenu du Canada. Même s'ils sont heureux d'apprendre cette nouvelle, ils se demandent pourquoi on a mis si longtemps à les en informer (il était admissible à ces exonérations en souffrance depuis six ans).

Quelques années après son diagnostic, Samuel n'a aucun ami et très peu de contacts en dehors de sa famille immédiate et étendue. Avec l'argent qu'il reçoit du gouvernement provincial, il peut se payer une pizza le vendredi soir et s'acheter des livres.

Même s'il est schizophrène, Samuel est toutefois comme la plupart des jeunes adultes, il veut son indépendance. Lorsqu'il décide d'essayer de vivre dans une résidence en ville, ses parents l'appuient. Il se rend rapidement compte que ce milieu n'est pas pour lui. De plus, il refuse de prendre ses médicaments lorsqu'il vit là. Il appelle ses parents en pleurant au téléphone, en disant combien cela est difficile pour lui. Il y vit cinq ou six mois. Lorsque ses parents le reprennent (son père souligne qu'autrement il aurait été dans la rue), il n'hésite pas à retourner vivre chez eux.

En février 2006, Samuel reçoit une lettre indiquant qu'il doit 3 000 \$ en versements excédentaires au gouvernement. Il est admissible à recevoir moins que ce qu'il a perçu, parce qu'il vit toujours à la maison. En outre, son chèque mensuel serait réduit de 140 \$. Pour un jeune homme souffrant de schizophrénie paranoïde, qui prend ses médicaments de façon irrégulière, cette réclamation de versements excédentaires devient un stress important dans sa vie. D'après son père, Samuel est continuellement obsédé par ces événements. Ses parents, qui n'ont jamais hésité à soutenir leur fils, décident de déposer une requête devant la Commission d'appel sur la sécurité du revenu familial.

Dans sa requête pour obtenir une audience, le père écrit :

À la suite de la réception d'un avis de la part du ministère des Services familiaux et communautaires, je me suis chargé de mener quelques recherches concernant les coûts engagés par les contribuables pour les soins de quelqu'un comme Samuel lorsqu'il résidait dans des FOYERS DE GROUPE. Comme l'atteste le message du courriel ci-joint daté du 13 mars 2006, vous remarquerez que les coûts associés à un niveau 3 sont de 107,48 \$ par jour, ce qui se chiffre à 3 269,18 \$ par mois, contre 427,50 \$ lorsque ce même niveau 3 réside chez ses parents, qui apportent le même niveau de soins que les exploitants des foyers de groupe. Certaines personnes ont également suggéré que les soins des parents, lorsqu'ils sont disponibles, sont meilleurs pour le patient, une conception qui est également appuyée par des données de recherche. Si l'on doit prendre en considération les dépenses personnelles, cela laisse aux parents 317,50 \$ pour loger, nourrir et soigner leur être cher, contre 2 951,68 \$ si on le confie à de parfaits étrangers. Je ne pense pas avoir besoin d'entrer davantage dans les détails pour laisser entendre que des parents tels que mon épouse et moi, ainsi que d'autres gens comme nous, sommes victimes de discrimination évidente par le simple fait que notre seul lien envers une personne telle que Samuel est d'ordre génétique. Le montant restant chaque mois, ajouté au montant fourni par le gouvernement fédéral par l'intermédiaire de crédits d'impôt, n'approche pas du montant qui est nécessaire pour soigner des personnes comme Samuel.

... Je n'insinue pas... que ma femme et moi ... devons recevoir 3 269,18 \$ par mois pour prendre soin de notre fils. Après tout, Dieu nous a donné cet enfant et nous avons moralement l'intention de prendre soin de lui comme il est du devoir des parents... Les règlements et politiques actuels ne reconnaissent pas des personnes comme mon épouse et moi-même. Le système, ainsi que les personnes responsables de le rendre équitable, s'en moquent, c'est bien simple. Il est évident qu'à titre de parents responsables, on nous

refuse, sciemment ou non, un soutien, une reconnaissance et un respect élémentaire décents.

Le jour où ils comparaissent devant la Commission, Samuel est effrayé. En raison de sa schizophrénie paranoïde, le fait de rencontrer des représentants du gouvernement est pour lui source d'agitation et de stress. À l'audience, son père veut que son frère (l'oncle de Samuel) soit présent pour le soutenir. Le président déclare que si l'oncle du requérant est présent, alors le père doit s'en aller. À l'audience, le père de Samuel sent que la commission ne l'écoute pas. Plus tard, il souligne que c'est la façon caractéristique dont les représentants du gouvernement l'ont traité lui et sa famille au fil des ans. Il ne blâme pas les fonctionnaires. Il croit que c'est impossible de légiférer une attitude, un partenariat et la transparence.

En juin 2006, la commission d'appel envoie finalement sa décision à Samuel. La recommandation est la suivante :

Après avoir soigneusement examiné toutes les preuves présentées à l'audience, la Commission conclut que le ministère des Services familiaux et communautaires a agi en vertu des lignes directrices de la *Loi sur la sécurité du revenu familial*.

Toutefois, l'ensemble de la Commission éprouvait de la compassion pour [Samuel] et ses parents. La Commission est limitée et, à regret, elle ne peut annuler les versements excédentaires ni prendre des mesures à ce sujet.

Toutefois, la Commission recommande vivement que l'examen complet du dossier [de Samuel] soit effectué et que la présentation [de son père] soit déposée devant le ministre aussi rapidement que possible.

[Le père de Samuel] a fait comprendre très clairement qu'il ne s'agit pas seulement de son fils, mais de milliers d'autres jeunes comme Samuel et de parents qui n'ont peut-être pas autant de moyens financiers, de détermination et de foi en Dieu. Dès lors, nous recommandons ensuite que [le père de Samuel] soit autorisé à parler franchement et qu'il représente son fils et beaucoup d'autres jeunes comme son fils, ainsi que leurs parents. Le vœu du [père de Samuel] est de parler à quelqu'un au niveau du ministre ou du sous-ministre.

Le 2 septembre 2006, aucun message n'est encore parvenu de la part du gouvernement. Ce silence obsède Samuel. Il vérifie la boîte aux lettres trois fois par jour. Il veut savoir quand le ministre ou ses représentants appelleraient au sujet de cette affaire. Cet après-midi-là, son père travaille à l'extérieur; Samuel est très agité. Pour tenter de l'aider, son père appelle la ligne d'aide en santé mentale pour des conseils. Finalement, sa mère le calme. Elle a toujours su s'y prendre pour le calmer.

Ses parents avaient prévu sortir le soir. Samuel leur dit qu'il se débrouillerait bien tout seul. Lorsque ses parents rentrent à la maison, celle-ci est plongée dans l'obscurité totale. Ils pensent que Samuel est allé se coucher. Quelques minutes plus tard, son père découvre le corps de Samuel. Samuel avait mis fin à ses jours.

Lorsque mes enquêteurs ont rencontré le père de Samuel, il a fait la déclaration suivante au sujet de Samuel : « Il avait davantage conscience de notre mortalité que de la sienne. Je pense qu'il s'est suicidé parce qu'il avait peur d'être un fardeau pour nous. Il pensait que nous n'avions pas de vie. Mais nous en avons une. Nous avons une vie. Mais elle était consacrée à notre fils. »

Samuel est enterré le 5 septembre. Le 16 septembre, son père reçoit un appel téléphonique de la ministre des Services communautaires et familiaux de l'époque. Le gouvernement libéral est élu le 19 septembre. Trois jours après l'élection, le premier ministre Graham appelle le père de Samuel. D'après ses dires, il lui a promis que lorsqu'il aurait prêté serment, il mettrait un comité en place pour examiner l'approche du gouvernement provincial face à la maladie mentale. Le 25 octobre, il reçoit une lettre de la nouvelle ministre des Services familiaux et communautaires. Elle offre ses condoléances et expose les démarches que son gouvernement propose : un examen des prestations d'aide sociale actuelles et la création d'une stratégie provinciale sur les questions touchant les personnes handicapées.

Les parents de Samuel ont fait de leur mieux pour remettre de l'ordre dans leurs vies après avoir perdu leur unique enfant. Leur rêve serait que des résidences soient mises sur pied où les gens souffrant de maladies mentales pourraient vivre et être vraiment heureux. Ils regrettent le fait que tous les amis de Samuel l'aient abandonné lorsque le diagnostic a été établi. « Ce sont l'isolation et la stigmatisation qui ont tué Samuel. »

\* \* \*

J'ai fait part de cette histoire avec tous ses détails et toute l'émotion vive que le père de Samuel a communiqués à mes enquêteurs, car je crois qu'il s'agit d'un rappel à l'ordre irréfutable. À l'instar du système judiciaire pénal qui a été forcé de ramasser les morceaux des retombées d'un système de santé mentale chaotique, les parents et les membres de la famille des patients des services de santé mentale ont porté un fardeau très isolant et injuste au cours des années qui ont suivi la désinstitutionnalisation. Je crois que le gouvernement a exprimé son engagement à faire les choses différemment et mieux. Je crois que le gouvernement était sérieux lorsque la ministre a proposé d'entreprendre un examen des prestations d'aide sociale ainsi que l'élaboration d'une nouvelle stratégie sur les questions touchant les personnes handicapées. Cependant, il me semble plus clair que jamais, après l'enquête au cours de l'année dernière au sujet de ces différentes plaintes, qu'un remaniement approfondi de nos stratégies pour les jeunes à risque et les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes est nécessaire. Dans le cadre de ce processus de réforme, les parents et familles de ces enfants et de ces jeunes doivent être les protagonistes du processus et les bénéficiaires de nos réformes.

Les parents des jeunes présentés dans ce rapport ont fait tout ce qu'ils estimaient nécessaire et tout ce qu'ils étaient en mesure de faire pour soutenir leurs enfants et, lorsque cela occasionnait la séparation physique en raison de leur propre expérience d'abus de la part de leurs enfants, ils n'ont pas abandonné, mais plutôt persévéré. Ils ont redoublé d'efforts pour chercher des soutiens meilleurs et plus adéquats. Ils ont changé

leurs vies et leurs objectifs de carrière afin d'améliorer la qualité de vie de leur enfant. Ils ont dû contrebalancer les obligations parentales vis-à-vis de l'enfant ayant des besoins extrêmement complexes avec d'autres obligations parentales, souvent dans des circonstances très éprouvantes. Lorsque tout cela est pris en considération, les arguments rhétoriques et politiques en faveur du respect de la sphère privée et du maintien d'une norme standard selon laquelle les familles, plus précisément les parents, doivent porter leur propre fardeau financier et prendre soin d'elles-mêmes, sonnent très faux. Cela a plutôt le ton et la nature d'une litanie intéressée que les personnes saines d'esprit se répètent pour dissimuler les outrages imposés par la société sur ceux qui souffrent de problèmes de santé mentale, y compris les enfants et les jeunes.

Je recommande que le gouvernement prenne des mesures positives pour soutenir les familles d'enfants et de jeunes ayant des besoins extrêmement complexes, notamment : la création d'équipes mobiles en cas de crise, de meilleurs services d'orientation aux familles après le diagnostic, un programme de soutien continu aux familles après le retrait d'un enfant de son domicile, une reconnaissance juridique du rôle parental et familial dès le début de l'âge adulte et au-delà, et la fin de la pratique qui pénalise les parents qui s'occupent de leurs enfants handicapés chez eux.

#### *41. Équipes mobiles en cas de crise*

Actuellement, les conseils donnés aux parents lorsque le comportement d'un jeune atteint d'une maladie mentale aboutit à une situation de crise est d'appeler la police. Même dans les situations de crise, les enfants sont souvent placés sur des listes d'attente, alors que les parents luttent pour s'occuper d'eux. Nous recommandons que le gouvernement, par l'entremise des services de santé mentale dans les régies régionales de la santé, constitue des équipes mobiles en cas de crise pour intervenir lors des urgences au domicile familial. Des professionnels formés en techniques d'intervention pourraient s'occuper des besoins des familles, évaluer la situation et fournir le suivi immédiat et à court terme qui est nécessaire. Nous devons créer des environnements de soutien pour les parents qui veulent s'occuper de leurs enfants à la maison et qui choisissent cette option plutôt que de les pénaliser.

#### *42. Préférence pour les approches axées sur la famille*

Ce qui est ressorti de cette enquête m'a fermement convaincu que la place d'un enfant est à la maison, aux soins de sa mère et de son père, ou dans un autre milieu familial, à condition que des soutiens pertinents lui soient offerts. L'examen des sept dossiers dans cette étude de cas laisse entendre que la prestation de meilleurs soutiens plus précoces aux familles à leur domicile aurait pu s'avérer beaucoup plus bénéfique aux enfants concernés que la suite infortunée et perturbatrice de placements provisoires à l'hôpital, en milieu fermé, en foyer de groupe et en famille d'accueil qui se sont succédés dans presque tous les cas. Un examen récent de recherches cliniques dans ce domaine confirme que les interventions dans le milieu familial sont couronnées de succès et qu'elles écartent

vraiment de nombreux jeunes du système correctionnel<sup>22</sup>. Une option résidentielle devrait être envisagée uniquement lorsque les besoins de l'enfant dépassent l'aptitude de la famille et de la collectivité à s'occuper de lui soit de façon passagère, soit à plein temps. Je recommande donc que le gouvernement renforce son engagement à utiliser des approches et des interventions axées sur la famille en adoptant des lignes directrices qui obligerait les services sociaux et les services de santé mentale à explorer des soutiens raisonnables à la famille plutôt que des options de placement résidentiel.

#### 43. *Droit des parents de s'occuper d'un enfant qui a des problèmes graves de santé mentale*

J'ai exprimé, dans le chapitre 4, ma consternation relativement au récit de nombreux parents que leur enfant a dû commettre un crime pour avoir accès à des services. Un autre fait troublant est que bien des parents ont mentionné à mes enquêteurs le difficile choix auquel ils ont été confrontés : soit pourvoir aux besoins de leur enfant avec des soutiens inadéquats à la maison, soit abandonner leurs droits parentaux pour placer leur enfant sous la tutelle du ministre. Je ne peux pas imaginer une décision plus difficile pour un parent, et je ne peux pas comprendre pourquoi le gouvernement provincial puisse imposer à quiconque un tel dilemme.

Cette enquête, cependant, met en lumière le fait qu'à maintes reprises, des parents du Nouveau-Brunswick aient appelé les services sociaux pour de l'aide afin de placer leur

---

<sup>22</sup>WOOLFENDEN S. R., K. WILLIAMS et J. PEAT. « Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17 », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 2, art. n° :CD003015. DOI: 10.1002/14651858. CD003015 (2001). Suivant le résumé de l'étude, les auteurs en tirent les conclusions suivantes :

##### **Résultats principaux**

Des neuf cent soixante-dix titres définis au départ par l'intermédiaire de la stratégie de recherche, huit essais répondaient aux critères d'inclusion. Un total de 749 enfants ainsi que leurs familles ont été répartis au hasard pour recevoir une intervention familiale et parentale ou pour faire partie d'un groupe de contrôle. Dans sept des études, les participants étaient de jeunes délinquants avec leurs familles et dans une de ces études seulement, les participants étaient des enfants/adolescents souffrant d'un trouble du comportement qui n'avaient pas encore eu de contact avec le système judiciaire pour les jeunes.

Au cours du suivi, les interventions familiales et parentales ont considérablement réduit le temps passé par les jeunes délinquants dans les institutions (DMP de 51,34 jours, IC de 95 % : 72,52 à 30,16). Il y a également eu une importante diminution du risque d'arrestation des jeunes délinquants (RR = 0,66; IC de 95 % : 0,44 à 0,98) et du taux d'arrestations subséquentes sur une période de un à trois ans (DMN de -0,56; IC de 95 % : -1,100 à -0,03). Pour chacun de ces résultats, il y avait une hétérogénéité convaincante dans les résultats, ce qui suggérait un besoin de prudence lors de l'interprétation. À présent, il n'y a pas suffisamment de preuves selon lesquelles les interventions familiales et parentales réduisent le risque d'être incarcéré. (RR = 0,50; IC de 95 % : 0,20 à 1,21). Aucune différence importante n'a été relevée pour les résultats psychologiques tels que le fonctionnement de la famille et le comportement de l'enfant ou de l'adolescent.

##### **Conclusions des auteurs**

Les preuves suggèrent que les interventions familiales et parentales pour les jeunes délinquants et leurs familles ont des effets bénéfiques en réduisant le temps passé dans les institutions. Elles ont un avantage évident pour le participant et pour sa famille et peuvent entraîner une économie de coûts pour la société. Ces interventions peuvent aussi diminuer le taux d'arrestations subséquentes, mais actuellement, ces résultats doivent être interprétés avec circonspection, étant donné l'hétérogénéité des résultats.

enfant dans un environnement sécuritaire et aimant, doté des soutiens dont l'enfant a besoin, pour se faire dire qu'afin de recevoir un traitement approprié et des services de placement, ils doivent confier la garde de leur enfant au ministre. Autrement dit, ils doivent abandonner temporairement ou, dans certains cas, en permanence la garde de leur enfant, et tout droit parental; sans quoi, le placement n'est pas possible.

Bien des parents ont finalement signé une entente confiant la garde de leur enfant au ministre pour que des services de placement soient évalués, convaincus qu'ils agissaient ainsi par amour et dans le meilleur intérêt de leur enfant.

Les parents à qui nous avons parlé et qui se sont trouvés dans cette situation, ont exprimé un regret et continuent, plusieurs années plus tard, à se remettre en question et à se demander s'ils ont fait la bonne chose. Ils sentent qu'ils n'auraient pas dû avoir à céder leur enfant aux autorités simplement pour obtenir des services spécialisés qui répondent à ses besoins inhabituels. Ils ont exercé leur responsabilité de parents plus que jamais en cherchant à obtenir des services nécessaires, mais ils ont dû quand même céder la garde de leur enfant. Ils se sentaient coupables, honteux, tristes et vulnérables; ils avaient peur et étaient en colère.

A cet égard, le système actuel est inadmissible et doit changer. Oui, d'autres provinces canadiennes doivent composer avec les mêmes impasses législatives, mais cela ne veut pas dire que ce soit acceptable. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick peut faire preuve de leadership en corrigeant ce dilemme et en reconnaissant que les parents ont le droit de s'occuper de leurs enfants souffrant de graves problèmes de santé mentale avec le soutien de l'État. Les enfants ayant une incapacité mentale, pour leur part, ont droit à des services spécialisés qui répondent à leurs besoins et à une famille. Ils n'ont pas à échanger l'un pour l'autre. Cette situation a été dénoncée par plusieurs groupes de parents partout au Canada, et par bon nombre de représentants gouvernementaux. Si nous devons permettre aux familles de participer entièrement, d'être incluses et de s'investir à titre de fournisseurs de soins et de services de premier choix, si nous voulons sérieusement adopter des approches et des interventions basées sur la famille, cette pratique humiliante et paternaliste doit changer.

Il y aura toujours des situations où il est absolument nécessaire et approprié pour le gouvernement d'intervenir et d'enlever un enfant de la garde de ses parents. Lorsque des parents maltraitent ou négligent leur enfant, les autorités doivent le placer sous la tutelle du ministre. Ces pratiques doivent être maintenues dans tous les cas appropriés. Mais dans les cas où les enfants ou les jeunes concernés sont aux prises avec une maladie mentale qui dépasse les capacités des parents et de la collectivité de fournir les soins et les services essentiels, et où il est évident que les enfants n'ont pas besoin de protection contre les agissements de leurs parents ou un manque de soins, les parents ne devraient pas avoir à céder tous leurs droits parentaux simplement pour avoir accès aux services. Nous devons faire une distinction à cet égard.

Je recommande par conséquent que le gouvernement du Nouveau-Brunswick élabore un système de prestation de services qui fournit des services médicaux, thérapeutiques, de

réadaptation, résidentiel et de santé mentale aux enfants lorsque des préoccupations en matière de protection de l'enfance ne sont pas présentes. Les familles ne devraient pas devenir des cas de protection de l'enfance pour avoir accès aux services dont leurs enfants ont besoin.

#### 44. *Aide aux familles après le diagnostic*

Comme l'énonce le chapitre 2, de meilleurs services d'orientation sont nécessaires pour les familles après le diagnostic d'une maladie mentale chez leur enfant. À bien des égards, cela fait ressortir le besoin d'intégrer les services. L'intégration des services pourrait produire de meilleurs résultats en ce qui a trait à l'éducation en santé publique et aux autres formes d'aide aux familles après le diagnostic. Toutefois, les collectivités, tout comme les organismes sans but lucratif ainsi que les associations professionnelles, jouent un rôle important dans ce domaine également. Les parents doivent savoir à quoi ils peuvent s'attendre, quelle est la prochaine étape, de quelle façon naviguer le système. Les parents doivent recevoir un soutien continu, quelqu'un pour revenir vérifier avec la famille après l'établissement du diagnostic, ou pour les mettre en contact avec un groupe de soutien. Il est recommandé que le gouvernement crée des partenariats efficaces avec des intervenants de la collectivité tels que l'Association canadienne pour la santé mentale et Chimo, pour consolider le soutien aux familles des jeunes à risque et des jeunes ayant des besoins extrêmement complexes après le diagnostic.

#### 45. *Objectif pour la vie et l'espoir*

L'une des préoccupations constantes des parents d'enfants ayant des besoins extrêmement complexes, dont le cas de Samuel en témoigne, est de savoir ce qu'il adviendra de leur enfant quand ils ne seront plus là. Dans un contexte de désinstitutionnalisation et de prestation de soins familiaux et communautaires, il est important que le plan de traitement d'un enfant ayant des besoins extrêmement complexes adopte toujours une vision à long terme. Les cas examinés montrent que pour chacun des cas étudiés, aucune des interventions au Nouveau-Brunswick ne semblait voir au-delà de la crise immédiate. C'est le problème suivant qui revenait le plus souvent : comment faciliter au mieux le prochain placement. Nous avons également entendu des inquiétudes au sujet de la capacité des jeunes pris en charge à manipuler leurs comportements chaque fois qu'ils avaient envie d'un changement quant aux services en établissement. En revanche, l'objectif permanent de tous les membres de l'équipe d'intervention que nous avons rencontrés dans le Maine, qui venaient en aide aux résidents du Nouveau-Brunswick vivant là-bas, portait entièrement sur un apprentissage continu et une évolution progressive vers des objectifs en matière de communication, d'aptitudes à la vie quotidienne ou de qualité de vie. Leur vision misait beaucoup plus sur le long terme et les résidents là-bas semblaient disposer de deux avantages dont Nicholas et Jasmine manquaient au Centre hospitalier de Restigouche. Ils avaient de l'espoir et un but. Nous recommandons que le ministre des services à l'enfance et à la jeunesse prenne des mesures pour assurer la continuité des soins grâce à des équipes de traitement amenées à travailler avec des jeunes ayant des besoins extrêmement complexes et que des plans de



traitement pour ces jeunes soient élaborés, en vue de satisfaire leurs besoins à long terme et tout au long de leur vie.

46. *Maintien de la participation active des parents*

Nous devons faire tout notre possible pour conserver un contact et une participation active des parents dans la vie de leur enfant. Ce n'est pas une faiblesse de la part des parents s'ils n'ont pas été en mesure de soigner leur enfant à la maison. L'un des objectifs d'une structure régionalisée pour les établissements de soins communautaires est de faciliter l'établissement et le maintien de relations positives et saines entre un enfant ou un jeune dans le besoin et ses parents. Cette recommandation est conforme aux précédentes, qui privilégient l'offre de soutien à la famille et envisagent des options de soins en établissement en tant que dernier recours, et de préférence de façon temporaire. Toutefois, dans la plupart des cas, même lorsque les soins en établissement en dehors du domicile familial sont le placement le plus approprié, les parents peuvent continuer à être des soignants si les soutiens adéquats sont en place. En tout cas, un soutien devra être offert non seulement aux jeunes, mais à leurs familles également, lorsqu'un placement résidentiel sera effectué en dehors de la famille étendue.

47. *Soutien financier pour les parents qui choisissent de s'occuper de leurs enfants à la maison*

Le cœur de la bataille des parents de Samuel auprès de la Commission d'appel d'aide au revenu était d'obtenir un certain degré d'aide pour l'investissement et les soins qu'ils offraient. Comme de nombreux parents d'enfants handicapés, les parents de Samuel se trouvaient devant le choix très difficile de sacrifier leurs aspirations professionnelles et leur potentiel d'augmentation de salaire afin de s'occuper de leur enfant à la maison. Bien souvent, c'est ce qu'il y a de mieux en matière de soins offerts et c'est ce que le médecin recommande pour l'enfant, mais cela peut entraîner d'importants coûts financiers, affectifs et physiques pour les parents. Le même médecin de famille peut avoir un certain type d'avis pour l'enfant, et un avis distinct pour une mère ou un père. Chose curieuse, nos politiques d'aide au revenu exacerbent cette tension. Elles permettent que des investissements importants soient réalisés pour les jeunes, ou pour les adultes handicapés comme Samuel, qui vivent comme des pupilles de l'État dans des milieux institutionnels, mais il n'existe pratiquement aucun soutien financier pour les parents qui s'occupent de leurs enfants à la maison. Plus particulièrement, les règlements interdisent aux jeunes ou aux adultes handicapés d'embaucher leurs parents, frères ou sœurs à titre de soignants. Par conséquent, il est très difficile de trouver des soignants attentionnés et qualifiés, ce qui entraîne souvent les frères, sœurs et parents dans la pauvreté afin de soigner un enfant handicapé. Dans d'autres régions du Canada, des règlements semblables ont été abolis, car ils allaient à l'encontre des codes des droits de la personne en créant une discrimination sur la base de la situation familiale et du handicap<sup>23</sup>. Les parents au Nouveau-Brunswick ne peuvent présenter des causes similaires devant les tribunaux de la province, étant donné que le *Code des droits de la personne* du Nouveau-Brunswick n'interdit pas la discrimination sur la base de la situation familiale.

---

<sup>23</sup> *Hutchinson c. C.-B. (Ministre de la Santé)* 2004 BCHRT 58

Que cette loi soit changée un jour ou non, cette enquête laisse clairement entendre que de nouvelles approches sont nécessaires pour mettre fin au cycle de pauvreté qui suit trop souvent un diagnostic de maladie mentale et que les parents qui choisissent de soigner leur enfant à la maison doivent recevoir un niveau de soutien proportionné de même mesure que les services qu'ils apportent à la maison, plutôt que de chercher des soins en institution. Il est recommandé que le gouvernement mette fin à sa pratique de refuser les soutiens financiers aux frères, sœurs et parents qui fournissent des soins à domicile aux enfants handicapés qui, autrement, seraient admissibles aux soins institutionnels.

## **Chapitre 7 – Comblent l'écart : Élimination de la discrimination fondée sur l'âge dans les services aux jeunes**

Je conclus par un chapitre final portant sur les lacunes dans les services aux jeunes au Nouveau-Brunswick. Il n'y a pas de profil de jeune précis à communiquer. Si je commençais à illustrer ce point par des exemples des cas que j'ai vus cette année, la liste serait trop longue. Plusieurs cas illustrés dans ce rapport représentent les inquiétudes et les adaptations que connaissent les parents et les jeunes, lorsque l'enfant a reçu des services sociaux et que l'enfant atteint l'âge de 16 ans. Toutefois, les lacunes dans les services touchent bien plus d'enfants et de jeunes que ceux qui ont des besoins extrêmement complexes. Chaque enfant et chaque jeune qui reçoit des services sociaux sont touchés par la limite arbitraire qui définit les enfants comme ayant moins de 16 ans, lorsqu'ils approchent de leur seizième anniversaire, par laquelle les enfants se voient systématiquement refuser l'accueil par les services sociaux et d'autres services.

Il est difficile de déterminer exactement de quelle façon la loi gère ce désavantage pour les enfants ou les jeunes âgés de 16 à 18 ans, encore moins pourquoi la loi est ainsi rédigée. À première vue, la *Loi sur les services à la famille* fournit un éventail complet de services aux familles et plus précisément aux enfants depuis la naissance et avant la naissance d'ailleurs, jusqu'à l'âge de la majorité. L'autorité du ministre pour intervenir en faveur des enfants en vertu de la *Loi* est vraiment très grande. Le terme « enfant » est défini comme suit :

« enfant » désigne une personne effectivement ou apparemment mineure, sauf mention ou prescription contraire de la présente loi ou des règlements, et s'entend également

- a) d'un enfant à naître;
- b) d'un enfant mort-né;
- c) d'un enfant dont les parents ne sont pas mariés l'un à l'autre;
- d) d'un enfant pour lequel une personne agit *in loco parentis* si le conjoint de cette personne est un parent de l'enfant;
- e) d'une personne majeure, lorsque le mot est utilisé à propos du lien existant entre une personne adoptée et celle qui l'adopte, ou entre une personne et sa mère par le sang ou son père par le sang;

mais, aux fins d'une décision à rendre en application de la Partie VII, ne comprend pas une personne qui a été mariée.

La loi définit ensuite le terme « enfant pris en charge » comme suit :

« enfant pris en charge » désigne tout enfant d'un groupe d'âge prescrit par règlements, placé sous un régime de protection ou pris en charge par le ministre en vertu

- a) d'une entente de garde;
- b) d'une entente de tutelle;
- c) d'une ordonnance de garde;
- d) d'une ordonnance de tutelle; ou
- e) d'une ordonnance de surveillance;
- f) Abrogé : 1996, c.75, art.1.

Il y a ensuite de nombreuses dispositions en vertu de la *Loi* qui soutiennent les pouvoirs du ministre relativement à la protection de l'enfance, dont la plupart stipulent que la responsabilité d'un ministre au sujet d'un « enfant pris en charge » prend fin lors d'une entente (dans le cas de dispositions relatives à la garde), ou lors du mariage, du décès ou de l'adoption de l'enfant, ou « lorsque l'enfant atteint l'âge de la majorité ».

Toutefois, la mise en garde se trouve dans la formulation du *Règlement général d'application* en vertu de la *Loi*, Règlement du N.-B. 810132. Le règlement qualifie la définition conformément à la *Loi*, de la façon suivante :

**2(2)** Pour l'application de la Partie III de la *Loi* :

« enfant » désigne une personne effectivement ou apparemment de moins de seize ans et une personne handicapée effectivement ou apparemment de moins de dix-neuf ans.

Par la suite, l'article 13 du Règlement restreint la portée législative de la *Loi* de la façon suivante :

### **ENFANTS PRIS EN CHARGE**

**13(1)** Sous réserve du présent article, le ministre ne doit pas prendre en charge un enfant qui a effectivement ou apparemment seize ans ou plus, à moins que ce ne soit un enfant handicapé.

**13(2)** Le ministre peut, relativement à un enfant de seize ans ou plus, prolonger une entente de garde conformément au paragraphe 48(3) de la *Loi*.

**13(2.1)** Le Ministre peut, aux fins du paragraphe 49(5) de la *Loi*, continuer à fournir les soins et le soutien à un enfant qui

- a) est inscrit à un programme d'études, ou
- b) n'est pas indépendant en raison d'un handicap physique, mental ou émotionnel.

**13(3)** Le Ministre peut, relativement à un enfant de seize ans ou plus, demander à la cour de prolonger

- a) une ordonnance de surveillance prévue au paragraphe 54(2) de la *Loi*,
- b) une ordonnance de garde prévue au paragraphe 55(2) de la *Loi*, ou

c) une ordonnance d'intervention protectrice prévue au paragraphe 58(4) de la *Loi*.

vis-à-vis d'un enfant âgé de seize ans ou plus.

**13(4)** Le Ministre peut, par la conclusion d'une entente avec un représentant du chef de la Couronne d'une autre province ou un représentant de tout autre gouvernement, ou avec toute autre personne ou tout organisme agréé par le ministre, accepter le transfert d'une partie ou de tous les droits et responsabilités de parent à l'égard d'un enfant de seize ans ou plus qui fait l'objet d'une ordonnance mentionnée au paragraphe 62(1) de la *Loi*.

**13(5)** Le Ministre peut demander à la cour une ordonnance conformément au paragraphe 51(1)(a) de la *Loi* lorsqu'un enfant placé sous un régime de protection atteint l'âge de seize ans avant l'audition de la demande.

Par souci d'exhaustivité, je reproduis également ici la définition de « personne handicapée » mentionnée à l'article 1 de la *Loi*, comme suit :

« personne handicapée » désigne une personne qui, du fait d'une insuffisance physique ou mentale y compris une anomalie congénitale ou génétique, souffre d'une absence ou diminution de compétence fonctionnelle qui réduit substantiellement sa faculté d'accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne;

et également les dispositions pertinentes de l'autorité réglementaire comme suit :

143Le lieutenant-gouverneur en conseil peut établir des règlements

...

c) déterminant les groupes, établis selon l'âge ou le besoin, de personnes admissibles à la fourniture de services sociaux en application de la présente loi;

d) déterminant des groupes d'âge aux fins de la définition « enfant pris en charge »;

La Partie III de la *Loi* est bien sûr la partie de la *Loi* qui traite des services de protection des enfants et des adultes. L'effet des dispositions en vertu des règlements, selon la pratique ministérielle, est de refuser les services de protection de l'enfance aux enfants qui ont plus de 16 ans. En règle générale, à cet âge-là, les dossiers de protection de l'enfance sont fermés. Toutefois, on a fait des exceptions dans les cas de risques ou de besoins exceptionnels. En général, les enfants pris en charge qui atteignent l'âge de 16 ans ont le choix de maintenir leur prise en charge par le ministre. La *Loi* prévoit également qu'un comité d'examen médical puisse déterminer quelle personne est handicapée au sens de la *Loi*. Étant donné que le test prescrit par la *Loi* est un test de compétence fonctionnelle, il est tout à fait possible qu'un jeune, qui est déterminé comme n'étant pas tenu criminellement responsable et donc inapte à subir un procès à cause d'une incapacité mentale, pourrait néanmoins ne pas être une « personne handicapée » pour les besoins des services de protection de l'enfance. Finalement, il existe un règlement distinct qui régit la prestation de services de soins en établissement dans les installations de

placement communautaire de type résidentiel, mais les pensionnaires de ces établissements, d'après les définitions des règlements, doivent être des adultes<sup>24</sup>.

Conformément à un principe de droit général, l'organe exécutif ne peut pas adopter des règlements qui ont pour effet d'abroger les dispositions législatives qui régissent leur application. Par conséquent, il est très inhabituel que l'Assemblée législative définisse un terme dans la loi, puis que le Cabinet adopte un règlement indiquant que le mot comporte une nuance de moins. Il me semble que si l'intention du législateur est de ne fournir des services de protection de l'enfance qu'aux enfants de moins de 16 ans, la loi devrait l'indiquer clairement, plutôt que de donner l'impression de promettre le contraire.

En fait, j'ai plusieurs graves préoccupations : 1) au sujet de la façon dont le ministère des Services familiaux et communautaires a interprété et appliqué ces dispositions; 2) au sujet de la validité juridique de ces dispositions; 3) au sujet de leur validité constitutionnelle, et 4) si les Néo-Brunswickois devraient accepter ladite loi sans la modifier, et si elle est réellement valide et correctement appliquée.

Au cours de cette enquête, j'ai entendu de toutes parts que la loi était inexcusable et qu'elle devrait être changée. Les raisons pour lesquelles elle n'a pas été changée varient du manque de meilleures démarches ailleurs au manque de volonté politique, aux conséquences financières de la prestation de services égaux aux jeunes de 16 à 19 ans. Il est peut-être donc préférable de cibler les impératifs politiques pour conserver ce cadre de réglementation, plutôt que d'examiner minutieusement la légalité ou la validité du cadre législatif actuel. Je ne veux pas me lancer dans une analyse juridique détaillée des dispositions susmentionnées, mais je trouve cela utile, avant d'examiner les considérations politiques, de dresser au moins la liste des préoccupations suivantes :

- En vertu des dispositions actuelles, je mets en doute la réticence et l'hésitation des services de protection de l'enfance à continuer de participer à des cas comme des jeunes décrits dans ce rapport. Si effectivement on prévoit dans les règlements étendre la portée des services de protection de l'enfance dans le cas des jeunes handicapés, pourquoi autant de parents se sont-ils plaints en exprimant de l'inquiétude et de la crainte au sujet de la fin de la participation du ministre dans la prestation de services et de soins à leur enfant?
- En général, lorsque les droits sont touchés, l'expression de ces droits et les limites générales imposées sur ceux-ci par la loi devraient être exprimées dans une loi, pas dans un règlement ou un instrument de sous-réglementation. Cela soulève une question sérieuse quant à savoir si les règlements en vertu de la *Loi sur les services à la famille* sont correctement adoptés.
- Des droits importants sont énoncés dans cette loi, mais l'effet du règlement va à l'encontre de ces droits vis-à-vis d'un segment de la population privé de ses droits : les jeunes ayant besoin de protection entre 16 et 18 ans. Cela soulève des

---

<sup>24</sup> Voir à la section 1 la définition de « pensionnaire » en vertu du *Règlement relatif aux installations de placement communautaire de type résidentiel – Loi sur les services à la famille*, Règl. du N.-B. 83-77 : « pensionnaire » désigne un adulte nécessitant des services sociaux qui réside dans une installation de placement communautaire de type résidentiel.

questions au titre du droit administratif et de l'élaboration de lois qui touche à la légale validité du règlement. Le Cabinet peut-il adopter un règlement qui va à l'encontre de l'intention de l'Assemblée législative?

- La question générale qui vient d'être posée peut être reformulée et mise en doute également de la perspective de l'autorité réglementaire précise de la *Loi*. La définition d'« enfant » et les dispositions de la Partie III de la *Loi* envisagent clairement de mettre les services de protection de l'enfance à la disposition des jeunes jusqu'à l'âge de la majorité. Les règlements prévoient clairement une fin à l'âge de 16 ans. Apparemment, le règlement – qui fait autorité pour l'article 13 du Règlement général d'application – se trouve au paragraphe 143 *c)* ou *d)* de la *Loi* et il limite la définition d'« enfant » en vertu de la *Loi* selon la clause additionnelle qu'elle contient : « enfant » désigne une personne mineure, « sauf mention ou prescription contraire de la présente loi ou des règlements ». La question que je me pose est de savoir si la *Loi* donne au gouvernement une latitude suffisante dans ces dispositions pour dire que le terme « enfant » *dans la Loi* a une nuance de moins que ce que la *Loi* dit qu'il désigne.
- Les répercussions qu'entraîne ce règlement sont le refus d'offrir des services à un groupe vulnérable de la société sur un motif de discrimination. Cela soulève nécessairement des questions importantes au sujet de la validité du règlement par rapport à notre *Code des droits de la personne* provincial et à la *Charte canadienne des droits et libertés*, plus précisément au sujet des droits à l'égalité de l'article 15 qu'elle renferme et les garanties de l'article 7 relatives à « la vie, la liberté et la sécurité de la personne ».
- Les cas de discrimination fondée sur l'âge n'ont remporté qu'un succès relatif devant nos cours et tribunaux. Le *Code des droits de la personne* fournit des exceptions en matière de conditions relatives à l'âge qui sont énoncées dans les lois. Les cours de justice qui interprètent la *Charte* ont insisté sur le fait que, en particulier relativement aux critères législatifs en fonction de l'âge, pour être discriminatoire, la disposition législative doit constituer un affront à la dignité humaine. Il existe de nombreuses discussions à propos de la pertinence d'étendre l'analyse de la dignité humaine par les tribunaux à chaque cas de discrimination, mais je trouve utile, en ce qui nous concerne, de nous souvenir de ce que la Cour suprême du Canada a déclaré dans l'affaire *Nancy Law c. Canada*, qui a déterminé a priori qu'un affront envers la dignité humaine était un élément important pour prouver la discrimination :

La dignité humaine signifie qu'une personne ou un groupe ressent du respect et de l'estime de soi. Elle relève de l'intégrité physique et psychologique et de la prise en main personnelle. La dignité humaine est bafouée par le traitement injuste fondé sur des caractéristiques ou la situation personnelles qui n'ont rien à voir avec les besoins, les capacités ou les mérites de la personne. Elle est rehaussée par des lois qui sont sensibles aux besoins, aux capacités et aux mérites de différentes personnes et qui tiennent compte du contexte sous-jacent à leurs différences. La dignité humaine est bafouée lorsque des personnes et des groupes sont marginalisés, mis de côté et dévalorisés, et elle est rehaussée lorsque les lois reconnaissent le rôle à part entière joué par tous dans la société canadienne. Au sens de la garantie d'égalité, la dignité humaine n'a rien à voir avec le statut ou la

position d'une personne dans la société *en soi*, mais elle a plutôt trait à la façon dont il est raisonnable qu'une personne se sente face à une loi donnée. La loi traite-t-elle la personne injustement, si on tient compte de l'ensemble des circonstances concernant les personnes touchées et exclues par la loi?

En examinant ensuite les considérations de politique, je demeure préoccupé en tant que défenseur des enfants et de la jeunesse chaque fois que les travailleurs sociaux et les fonctionnaires me font comprendre : « Nous voudrions pouvoir aider cet enfant, mais malheureusement la loi nous empêche de le faire ». Ceci est le dilemme auquel sont confrontés les jeunes de 16 à 18 ans chaque fois qu'ils doivent accéder aux services sociaux. Au-delà des dispositions énoncées ayant trait aux services de protection de l'enfance, les jeunes dans cette tranche d'âge sont désavantagés lorsqu'il s'agit de demander une aide au logement et les services sociaux leur disent parfois qu'ils n'ont pas l'âge légal pour passer un contrat, ils ne peuvent donc pas conclure un contrat de location. De la même façon, s'ils quittent leur domicile et qu'aucun établissement de soins pour bénéficiaires internes ne leur est accessible à cause de leur âge, souvent ils ne peuvent pas obtenir d'adresse permanente, et sans adresse permanente, ils ne peuvent pas demander d'aide au revenu. Leur admissibilité à l'aide au revenu tiendrait compte de leur âge ainsi que de la capacité et de l'obligation de leurs parents de leur prodiguer des soins, ce qui, s'ils ont fui leur domicile à la suite d'un conflit familial, peut ne pas être en leur faveur.

La fin de l'adolescence est une étape difficile de la vie, même dans les meilleures conditions. Nos lois et règlements en matière de sécurité sociale contribuent néanmoins très peu à améliorer le sort des jeunes pris entre l'enfance et l'âge adulte.

Il peut y avoir certaines raisons politiques légitimes à l'origine de cette situation, mais elles ne sont pas apparentes dans la *Loi* ou dans le rapport législatif. Certains peuvent être d'avis qu'étant donné l'autonomie relative dont jouissent souvent les jeunes dans cette tranche d'âge, s'ils veulent faire valoir leur autonomie à partir d'un âge précoce, ils feraient mieux d'être capables de le faire à leur façon. À cet égard, l'insuffisance de fonds intentionnelle du filet de la sécurité sociale offre une plus grande motivation pour les jeunes à demeurer à leur domicile familial ou dans leur famille d'accueil et à l'école. Aucune des personnes que j'ai consultées n'a défendu cette opinion. Même si elle avait du mérite, l'adoption d'une position de principe stricte à ce sujet, sans aucun compromis pour les cas authentiques de risques, d'épreuves et de négligences, est à peine défendable. La politique sociale dans une démocratie libérale avancée telle que la nôtre peut certainement faire mieux pour nos jeunes que de les laisser se débrouiller face aux dures réalités de la vie.

Il est essentiel que le gouvernement prenne en considération les différentes recommandations présentées dans ce rapport conjointement avec la nécessité d'investir davantage de ressources, et ce, de façon importante, afin de rectifier ce déséquilibre historique entre les programmes de sécurité sociale offerts aux enfants et aux adultes vulnérables d'une part, et d'autre part ceux qui sont offerts – ou non, selon le cas – aux jeunes qui se trouvent dans l'écart d'âge entre les deux. Tandis que les demandes des jeunes ayant des besoins extrêmement complexes peuvent être exigeantes en matière de

ressources, par rapport au nombre relativement peu élevé de personnes qui peuvent en bénéficier, la rectification de l'écart discriminatoire dans les services aux jeunes de 16 à 18 ans s'avérera également coûteuse. Cette enquête m'a convaincu, cependant, que les coûts économiques de laisser ces deux groupes de jeunes en suspens sont beaucoup plus importants.

De plus, si le gouvernement hésite à appliquer ces réformes, il est fort probable que les tribunaux interviendront pour protéger les droits des jeunes vulnérables dans les deux groupes. Bien sûr, il serait de loin préférable de décider en tant que société de rectifier ces injustices et de progresser ensemble vers l'autosuffisance, et de ce fait récolter les bénéfices que la planification et la rationalisation appropriées de nos programmes pourraient apporter. Néanmoins, au bout du compte, en l'absence d'une politique sociale et d'une réforme du droit significatives à court terme, des solutions élaborées par un juge seraient de loin préférables au *statu quo*.

#### 48. *Comblent l'écart*

Il est recommandé que le gouvernement prenne des dispositions immédiates pour réduire les répercussions discriminatoires des règlements actuels qui créent des lacunes dans les services aux jeunes de 16 à 18 ans. Je conseille ensuite que des modifications à la *Loi sur les services à la famille*, et aux règlements y afférents, soient apportées dès que possible afin de mettre un terme au refus des services sociaux aux jeunes qui sont vulnérables.

### **Conclusion**

Une réforme du droit et des programmes est nécessaire immédiatement dans cette province, afin de fournir des règles du jeu équitables aux enfants et aux jeunes du Nouveau-Brunswick. Les jeunes à risque du groupe d'âge de 16 à 18 ans sont désavantagés injustement et expressément par nos lois et nos programmes sociaux. Tous les enfants et les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes sont trop souvent négligés.

Les problèmes exposés dans chacun des cas examinés dans ce rapport ne sont pas nouveaux. Bien qu'ils soient surprenants et pénibles, ils n'étonnent guère les personnes qui travaillent au sein du système. Les mêmes problèmes ont été soulevés bien des fois dans le passé, par tous les ministères touchés.

J'ai tenté, dans les recommandations énoncées dans ce rapport, de fournir une feuille de route pour le processus de transformation sociale requise. Je suis convaincu que ces réformes, même si elles ne sont nullement suffisantes, constituent une condition nécessaire pour l'autosuffisance à laquelle le gouvernement actuel s'est engagé. Une société autonome veille nécessairement d'abord aux besoins de ses enfants et de ses jeunes. Tous les enfants doivent être représentés, tous leurs besoins doivent être pris en compte et traités, autrement, nous ne pouvons pas atteindre notre but.



Néanmoins, la transformation ne peut avoir lieu qu'en présence d'une forte volonté politique pour garantir que les enfants passent avant tout. De nombreux gouvernements, passés et présents, se sont engagés envers ce principe, mais les droits des enfants nécessitent plus que des vœux pieux. Une démonstration concrète de cette volonté politique fera l'affaire, et je crois qu'un catalyseur et garant nécessaire de la transformation sociale et administrative requise serait la désignation d'un ministre responsable des services à l'enfance et à la jeunesse, sur la base des modèles de l'Ontario et d'ailleurs.

La tâche et la fonction principale de ce ministre serait de surveiller l'intégration de tous les services publics aux enfants et aux jeunes. Je recommande que le gouvernement entreprenne cette tâche de façon structurée et déterminée, et qu'il conçoive des façons de négocier les conflits au sujet des dépenses et d'enrayer la résistance à l'échange d'information.

Les domaines de réformes que je recommande à l'attention urgente du gouvernement visent à traiter l'insuffisance critique d'options résidentielles pour les jeunes à risque et les jeunes ayant des besoins complexes et, à titre de corollaire nécessaire de ces efforts, de cibler la décriminalisation des jeunes souffrant de troubles de santé mentale. Il est logique de dépenser nos dollars sur des mesures de prévention proactives pour soutenir nos jeunes, plutôt que de dépenser davantage dans les services juridiques et dans les services correctionnels. Les méthodes correctionnelles sont réactives plutôt que préventives, elles sont coûteuses et ne sont pas conçues pour traiter les besoins des jeunes à risque et des jeunes souffrant de troubles de santé mentale.

Enfin, ce réinvestissement dans les services en santé mentale et dans les services sociaux pour les jeunes doit être coordonné avec les soutiens institutionnels principaux aux enfants et aux jeunes : les écoles et les familles. Ceci est ma recommandation évidente et essentielle : la place d'un enfant est dans un environnement familial stable et plein d'amour, peu importe la définition de cette famille. Le gouvernement doit donner priorité à cette relation dans toutes ses interventions avec des enfants et des jeunes. Pour sa part, le système scolaire public est l'allié et le soutien principal des parents pour satisfaire les besoins éducatifs, physiques, sociaux et de développement de leur enfant. En cas de crise, des interventions d'urgence des services en santé mentale et des services sociaux sont nécessaires et doivent être préférées aux mesures traditionnelles de sécurité publique. Toutes les mesures pour soutenir la famille doivent être épuisées avant d'envisager d'autres placements, en gardant toujours à l'esprit les meilleurs intérêts de l'enfant. Les options de services résidentiels doivent demeurer une solution de dernier recours. Idéalement, les services de soins en établissement ne seront accessibles que de manière provisoire, en tant que transition en cas de crise et de changements importants au sein de la famille. Le soutien aux résidents ainsi qu'à leurs familles est essentiel dans ces cas.

Certaines des recommandations exposées dans ce rapport peuvent être mises en œuvre sans devoir réaliser nécessairement de nouveaux investissements importants. Dans bien des cas, il peut être suffisant de réorienter nos ressources et notre énergie. Il est probable que plusieurs recommandations, si elles sont mises en œuvre avec succès, consolideront

les familles et les collectivités et elles auront pour résultat d'alléger le fardeau de l'État. Il faut reconnaître que plusieurs recommandations auront d'importantes conséquences financières pour le gouvernement. Toutefois, à certains égards, les demandes d'impartialité et d'égalité sont telles que nous n'avons pas d'autre choix que de réaliser ces investissements.

Étant donné que cette enquête était en grande partie fondée sur des études de cas, elle avait pour but principal de sensibiliser. Il reste beaucoup de travail à accomplir afin de déterminer le nombre de jeunes touchés et de leur tendre la main. Les contacts avec les représentants laissent entendre que les cas décrits ici ne représentent qu'un échantillon parmi de nombreux autres, qu'ils sont représentatifs d'autres cas plus troublants d'enfants qui passent dans les mailles du filet. Ces aveux m'inquiètent profondément. Il reste beaucoup de travail à accomplir pour obtenir le portrait et la situation réels des enfants et des jeunes de cette province; combien d'enfants et de jeunes sont sans-abri, abandonnés ou atteints d'une maladie mentale? Combien d'entre eux sont pris en charge par le ministre, se trouvent dans le système correctionnel ou vivent toujours avec leurs familles? Dans chaque cas, de quelle manière répond-on à leurs besoins éducatifs? Le gouvernement doit exercer un leadership à propos de ces questions, pour fournir de meilleurs rapports et pour obtenir la participation de l'ensemble de la société à ces questions importantes de bien-être à l'enfance.

J'ai bon espoir que malgré les nombreuses priorités que ce gouvernement a fixées, il répondra favorablement à ces recommandations. Il n'y a pas de récompense immédiate dans la boîte de scrutin pour les soins apportés aux personnes privées de leurs droits, mais selon mon expérience en politique, c'est en réalité pour faire une différence à propos de questions comme celles-ci que la plupart des représentants élus recherchent une instance politique. C'est pourquoi j'espère que ces recommandations serviront de catalyseur en vue d'atteindre un consensus politique et social, pour faire avancer fermement le gouvernement provincial, avec le soutien de tous les partis politiques, de la presse et de la société civile, en matière de bien-être à l'enfance.

La défense de bien-être à l'enfance peut être troublante et alarmante, mais elle est rarement pénible. Elle nous stimule et nous motive, tous autant que nous sommes. Saint-Exupéry, l'auteur du Petit Prince, reproduit très bien ce sentiment dans les paragraphes de la conclusion de son roman intitulé : Terre des Hommes. Le héros de ce passage était un pilote des services postaux au début de l'ère de l'aviation civile et il rentrait chez lui en train dans l'Europe de l'après-guerre, après avoir effleuré à nouveau la mort. Son regard se promène dans l'autorail bondé et se pose sur le couple et l'enfant devant lui. Il est frappé par la grâce de l'enfant qui se blottit contre les formes épuisées et hagardes de ses parents. Il se dit qu'il pourrait être Mozart enfant, un fruit doré rare, une belle promesse de la vie, comme les « petits princes » des légendes d'antan : « Quand il naît par mutation dans les jardins une rose nouvelle, voilà tous les jardiniers qui s'émeuvent. On isole la rose, on cultive la rose, on la favorise. Mais il n'est point de jardinier pour les hommes. »

Nous sommes face à un choix. Nous ne voulons laisser aucun enfant, encore moins ceux qui ont les besoins les plus complexes, broyer du noir dans le cercle vicieux du système

incohérent des soins de l'État. Nous pouvons plutôt être le jardinier ou l'éducateur qui conduit un enfant vers la maturité. Cette enquête a permis de confirmer la différence que les parents, mais aussi chaque fonctionnaire, peuvent faire pour faire progresser ou entraver le bien-être d'un enfant. Je crois que nous devons célébrer les personnes dans la vie de Benjamin, les travailleurs sociaux qui sont intervenus en faveur de William, Gabriel et Jacob, pour qu'ils obtiennent le niveau de soins qu'ils reçoivent actuellement.

Chacun d'entre nous a un rôle important à jouer dans la vie des enfants au sein de nos familles et de nos collectivités. Le titre du rapport, Connexions et déconnexion, vient d'un jeu d'enfant qui permet à un enfant de créer une image et de découvrir le monde autour de lui. Il cible la façon dont notre esprit travaille et les défis auxquels nous faisons face lorsque nos facultés cognitives sont mises à l'épreuve. Il s'agit également d'un rappel de la nécessité de collaborer dans l'intérêt des enfants et des jeunes et d'une invitation à établir ou rétablir des liens avec les enfants et les jeunes au sein de nos vies.

Ce rapport d'enquête est donc une occasion pour chacun de nous de réfléchir à notre rôle, et à ce que nous pouvons faire de plus. Toutefois, en collaborant au sein de la société – et les recommandations de ce rapport ne constituent que les premières étapes éventuelles dans cette direction – nous pouvons faire une différence encore plus appréciable en matière de bien-être à l'enfance dans cette province et contribuer à préparer la voie à de véritables changements transformationnels.

## ANNEXE I

### TABLEAU DES RECOMMANDATIONS

Responsabilité	Recommandations
<b>Orientation et responsabilisation politiques</b>	
Bureau du défenseur des enfants et de la jeunesse	1. <i>Une présence active, accessible aux enfants et aux jeunes</i> : Il est recommandé que le Bureau du défenseur des enfants et de la jeunesse poursuive et valorise les visites régulières du personnel aux enfants qui reçoivent des soins et aux enfants sous garde ainsi que dans d'autres milieux institutionnels et résidentiels, pour atteindre un nombre croissant de visites en milieu résidentiel chaque fois que cela sera possible, chaque semaine ou, du moins, tout aussi régulièrement.
Bureau du défenseur des enfants et de la jeunesse	2. <i>Contrôle des services aux enfants</i> : Il est recommandé que le Bureau du défenseur des enfants et de la jeunesse dirige régulièrement des contrôles des services aux enfants et à la jeunesse fournis par le gouvernement du Nouveau-Brunswick par l'intermédiaire d'exploitants publics ou privés. Ces contrôles peuvent inclure des fonctions de vérification sociale, telles que des demandes régulières aux autorités pour obtenir le nombre d'enfants qui reçoivent des soins, qui sont sous garde, dans des complexes hospitaliers ou dans des programmes éducatifs spécialisés, ou encore des comparaisons d'année en année des dépenses réalisées pour de tels services.
Ministère de la Sécurité publique  Ministère des Services familiaux et communautaires	3. <i>Accès privilégié aux dossiers électroniques</i> : Il est recommandé que les membres désignés du personnel d'enquête du défenseur des enfants et de la jeunesse bénéficient d'un accès direct aux dossiers correctionnels des jeunes ou aux dossiers de protection des enfants, aux fins de contrôles et afin de faciliter la prestation opportune de services de défense au nom des enfants; par souci de clarté, cet accès privilégié devra être prévu par la loi, grâce à des amendements à la <i>Loi sur le Défenseur des enfants et de la jeunesse</i> , à la <i>Loi sur les services à la famille</i> et au besoin à la <i>Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents</i> .

Bureau du défenseur des enfants et de la jeunesse	<p>4. <i>Supervision réglementée des enfants dans les foyers de groupe et les maisons de transition</i> : Il est recommandé que la <i>Loi sur le Défenseur des enfants et de la jeunesse</i> soit modifiée, pour garantir que les fonctions de supervision et le mandat du défenseur comprennent expressément des services aux enfants et à la jeunesse dans des foyers de groupe, des maisons de transition pour les jeunes, des familles d'accueil ou d'autres milieux institutionnels, exploités à titre privé, où ils pourraient être placés.</p>
Gouvernement du Nouveau-Brunswick	<p>5. <i>Un ministre responsable</i> : Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick nomme parmi ses ministres influents un ministre chargé des services à l'enfance et à la jeunesse disposant d'un mandat législatif, pour assurer l'intégration des services aux enfants et à la jeunesse dans tous les ministères et organismes gouvernementaux.</p>
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	<p>6. <i>Le mandat et l'autorité du ministre</i> : Le mandat du ministre devra inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'élaboration d'une approche axée sur l'enfant pour la prestation de services publics, afin de répondre aux besoins des enfants et de la jeunesse;</li> <li>• l'élaboration d'ententes au sein des ministères pour compléter cette approche par l'intermédiaire d'un financement conjoint de programmes et de services et de l'échange d'information;</li> <li>• l'autorité pour conclure des accords avec les autres provinces et les niveaux du gouvernement pour perfectionner la prestation de services aux enfants et à la jeunesse;</li> <li>• une responsabilité administrative pour les différents organismes, comités et programmes instaurés pour réaliser l'intégration et la coordination des services aux enfants et à la jeunesse.</li> </ul> <p>Il est recommandé que des précautions soient prises pour doter adéquatement en ressources la fonction d'intégration et de coordination des services, tout en respectant le pouvoir d'application des fonds et les investissements exigés par les ministères et organismes des intervenants du gouvernement.</p>

Gouvernement du Nouveau-Brunswick	<p>7. <i>Promotion d'une défense de protection de l'enfance comme vertu civique</i> : Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick encourage de manière active des investissements volontaires, professionnels et communautaires dans la protection de l'enfance, en admettant la responsabilité primordiale du gouvernement provincial dans les affaires de protection de l'enfance, mais en contrebalançant cette considération avec la valeur ajoutée que les organismes sans but lucratif, les associations professionnelles, les municipalités et d'autres peuvent offrir dans la conception de forts partenariats d'entraide pour les enfants et la jeunesse.</p>
<b>Intégration des services</b>	
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	<p>8. <i>Un modèle de prestation de services axé sur l'enfant</i> : Il est recommandé que le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse élabore des lignes directrices et des programmes de formation pour la totalité du personnel de première ligne pour faire passer les fournisseurs de services publics d'un système d'exclusion à travers des programmes axés sur des critères vers un système de prestation de services fondé sur l'évaluation des besoins d'un enfant.</p>
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	<p>9. <i>Adoption d'une loi sur le partage des ressources dans les affaires de protection de l'enfance</i> : Il est recommandé que le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse reçoive le pouvoir d'ordonner la contribution financière ou le paiement des services par un ministère donné en cas d'accès contesté aux services, afin de s'efforcer d'atteindre les objectifs de prestation de services. Le ministre devra également avoir le pouvoir de réclamer certaines dépenses extraordinaires au Trésor public, de façon que le développement des services à l'enfance et à la jeunesse ne se produise pas au détriment d'autres programmes publics au sein d'un ministère donné.</p>
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	<p>10. <i>Adoption d'une loi sur la coordination interministérielle dans les affaires de protection de l'enfance</i> : Il est recommandé qu'un comité directeur des sous-ministres de l'Éducation, de la Santé, de la Sécurité publique et des Services familiaux et communautaires soit formé et se réunisse tous les trimestres, pour ensuite rendre</p>

	<p>compte de ses discussions aux Services à l'enfance et à la jeunesse. Ce dernier devra être secondé dans cette tâche par un directeur général qui relèvera directement de lui et qui agira en qualité de secrétaire pour le comité des sous-ministres.</p>
<p>Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse</p>	<p>11. <i>Adoption d'une loi sur l'échange d'information dans les affaires de protection de l'enfance</i> : Il est recommandé qu'un cadre législatif soit mis en place pour assurer entre les ministères la circulation de renseignements concernant un enfant qui reçoit des services gouvernementaux. Bien que la protection de la vie privée de l'enfant soit un droit important, l'obligation de partager des renseignements avec d'autres fournisseurs de services publics qui peuvent en avoir besoin pour en faire bénéficier l'enfant est une préoccupation primordiale.</p>
<p>Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse</p>	<p>12. <i>Échange d'information grâce aux moyens technologiques pour la protection de l'enfance</i> : Il est recommandé que le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse constitue un groupe d'étude pour rendre compte du moyen le plus approprié d'échanger l'information entre les ministères, y compris la prise en compte de l'utilisation potentielle du dossier de santé électronique par les intervenants dans la protection de l'enfance et de l'éventuelle mise sur pied d'un système de gestion conjointe des dossiers électroniques pour les enfants et les jeunes dans le besoin. Après cette étude, le ministre doit mettre en œuvre des mesures pour s'assurer que la libre circulation de l'information entre les organismes gouvernementaux cherchant à protéger les intérêts de la protection d'un enfant en particulier devienne la pratique réelle, et non simplement la politique du gouvernement.</p>
<p>Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse</p>	<p>13. <i>Un seul point d'entrée pour l'accès à l'information et aux services pour les familles</i> : Il est recommandé que le gouvernement investisse de nouvelles ressources importantes dans le développement de systèmes d'information ouverts en matière de santé publique pour aider et guider les parents et les familles à travers la gamme de programmes et de services qui peuvent aider leur enfant après le diagnostic d'un état de santé mentale. Les partenaires dans ce processus doivent inclure les régies régionales de la santé, les gestionnaires des</p>

	Services de santé mentale, le défenseur des patients souffrant de maladies mentales, le défenseur des enfants et de la jeunesse et l'Association canadienne pour la santé mentale.
<b>Établissements de soins communautaires</b>	
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	14. <i>Un centre provincial d'excellence pour les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes</i> : Il est recommandé que le gouvernement crée un centre provincial d'excellence pour les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes. Ce centre d'excellence devra être situé dans une collectivité de la province et mandaté pour recruter et retenir les services d'experts en audiologie, en psychiatrie pour enfants et adolescents, en psychologie du développement et d'autres services de soutien en matière de protection de l'enfance.
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	15. <i>Un centre provincial d'excellence pour les jeunes à risque</i> : Il est recommandé que le gouvernement crée un centre provincial d'excellence distinct pour les jeunes à risque. Le centre devra être créé et devra fonctionner avec la collaboration d'organismes communautaires dans une localité donnée au sein de la province, et il sera mandaté pour développer et diriger des approches innovatrices ainsi que la meilleure pratique dans le domaine des services de protection de la jeunesse.
Ministère des Services familiaux et communautaires	16. <i>Soutien du rôle des maisons de transition pour les jeunes</i> : Il est recommandé que le ministère des Services familiaux et communautaires mette en place un programme permettant de garantir un financement de base stable aux maisons de transition pour les jeunes et d'aider les organismes communautaires ailleurs dans la province à l'échelle régionale pour implanter des maisons similaires, afin de répondre aux besoins en matière de logement des jeunes gens qui, autrement, pourraient vivre dans la rue.
Ministère des Services familiaux et communautaires	17. <i>Investissement dans le personnel des maisons de transition pour jeunes et dans l'échange d'information</i> : Il est recommandé que les maisons de transition pour jeunes bénéficient d'une aide pour recruter et embaucher un personnel spécialisé pour répondre aux besoins de leurs patients, que le personnel de ces maisons soit compris dans le cercle des soins aux



	jeunes y étant placés et que la circulation de l'information à partir de dossiers publics qui peuvent aider à prodiguer des soins à ces jeunes soit facilitée au mieux des intérêts de l'enfant.
Ministère des Services familiaux et communautaires	18. <i>Un groupe de maisons de transition pour les jeunes ayant des besoins complexes</i> : Il est recommandé que la collectivité choisie comme étant le centre provincial d'excellence, pour les enfants et les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes, dispose d'un nombre approprié de résidences qui puissent être mises à la disposition de ces enfants et jeunes à titre de modèles de foyers de soins spéciaux à emploi rotationnel et qu'un groupe particulier soit aménagé pour fournir un logement et un abri pouvant accueillir jusqu'à huit jeunes ayant des besoins extrêmement complexes, de manière transitoire. Les unités doivent être toutes indépendantes les unes des autres et permettre un effectif dans une proportion de deux pour un et elles doivent être dotées en permanence par des soignants qualifiés.
Ministère des Services familiaux et communautaires	19. <i>Formation du personnel pour les foyers de groupe et les maisons de transition pour jeunes</i> : Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick investisse de façon importante dans la formation continue, dans le soutien clinique et dans des salaires plus avantageux pour le personnel des foyers de groupe et des maisons de transition pour jeunes, personnel qui possède des compétences manifestes.
Ministère des Services familiaux et communautaires	20. <i>Un cadre clinique comme premier intervenant</i> : Il est recommandé qu'un cadre clinique solide et un soutien de supervision adéquat soient mis en place pour intervenir de façon rapide et adéquate dans les foyers de groupe, tout particulièrement après les heures d'ouverture.
Ministère des Services familiaux et communautaires	21. <i>Amélioration du financement pour la stratégie sur l'autisme et pour les centres communautaires pour les autistes</i> : Il est recommandé que le gouvernement renouvelle son investissement dans la stratégie d'intervention pour les autistes d'une manière qui cadre avec les besoins définis et que la proportion du financement allouée au soutien des centres communautaires pour l'autisme dans la province soit augmentée. De plus, il est recommandé que le

	<p>gouvernement envisage la réaffectation de son investissement dans des programmes de formation vers des composants plus généraux ou de formation en ligne pour aider les soignants, les travailleurs sur le terrain, les infirmières, les enseignants et les aides-enseignants, plutôt que de simplement former davantage de travailleurs de soutien aux autistes.</p>
<p>Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse</p>	<p>22. <i>Continuité des soins et des relations stables</i> : Il est recommandé que le gouvernement fasse de cet élément sa priorité dans l'ensemble du service public en vue d'offrir un service axé sur l'enfant, une continuité des soins et d'encourager le développement de relations stables autour des jeunes souffrant de troubles de santé mentale, en particulier les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes.</p>
<p><b>Décriminalisation des jeunes qui souffrent de troubles de santé mentale</b></p>	
<p>Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse</p> <p>Ministère de la Santé</p>	<p>23. <i>Engagement des régies régionales de la santé pour cautionner le changement</i> : Il est recommandé que le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse prenne des mesures pour veiller à la participation de toutes les régies régionales de la santé aux efforts déployés en matière d'intégration des services, puisque ces participants seront les piliers de ce processus.</p>
<p>Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse</p> <p>Ministère de la Santé</p>	<p>24. <i>Régionalisation des services psychiatriques et de santé mentale pour les enfants et les adolescents</i> : Il est recommandé que le ministère de la Santé, le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse et les régies régionales de la santé élaborent un plan graduel pour l'implantation de services psychiatriques et de services de santé mentale pour les enfants et les adolescents dans chaque régie régionale pour assurer ainsi un accès rapide aux services par les enfants et les jeunes dans leur région de services de santé.</p>
<p>Ministère de la Santé</p>	<p>25. <i>Responsabilisation des régies régionales de la santé au niveau des soins après le congé</i> : Il est recommandé que l'on augmente la responsabilité des régies régionales de la santé pour les soins après le congé des enfants et des jeunes qui souffrent de troubles de santé mentale dans le</p>

	<p>but de leur assurer l'accès et la continuité des soins garantis qu'ils méritent, étant donné leur vulnérabilité et leur exclusion. Les régies régionales de la santé travaillant en collaboration avec les collectivités et les médecins de famille devront remplacer les travailleurs de la sécurité publique et de protection de l'enfance en leur qualité de premiers intervenants pour les jeunes ayant des besoins complexes.</p>
Ministère de la Santé	<p>26. <i>Désignation des établissements comme des sites d'observation approuvés en vertu du Code criminel</i> : Il est recommandé de prendre certaines précautions lors de la conception et de l'élaboration des ces établissements régionaux afin de répondre aux normes appropriées de sorte que les établissements où se situent les unités puissent être reconnus comme des hôpitaux au sens du <i>Code criminel du Canada</i> et qu'ils puissent être désignés par le ministre de la Santé comme des hôpitaux aux fins d'évaluation en vertu du <i>Code</i>.</p>
Ministère de la Santé	<p>27. <i>Recrutement de professionnels de la santé mentale</i> : Il est recommandé que le ministre de la Santé et les régies régionales de la santé collaborent afin de s'assurer que nous puissions embaucher des psychiatres, psychologues et autres professionnels de la santé mentale qualifiés et chevronnés pour les enfants et les adolescents et que le personnel engagé soit pertinemment incité à s'engager au travail à long terme dans cette province.</p>
Ministère de la Santé	<p>28. <i>De plus amples recherches sur la pharmacothérapie par opposition au counseling et à d'autres thérapies</i> : Il est recommandé que le centre provincial d'excellence pour les enfants et les jeunes ayant des besoins très complexes noue des partenariats au sein de la province et avec des organismes de recherches nationaux ainsi que des partenaires financiers pour appuyer la recherche qui aidera à faire progresser nos connaissances des avantages et des risques associés à l'utilisation d'une pharmacothérapie avec des psychotropes pour nos enfants et à déterminer sa prédominance dans notre société comparativement au counseling, à la psychothérapie et à d'autres interventions.</p>
Ministère de la Santé	<p>29. <i>Mise en œuvre de pratiques efficaces relatives aux médicaments sur ordonnance dans tous les placements des jeunes</i> : Il est recommandé que le ministre de la</p>

Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	Santé, les régies régionales de la santé et le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse prennent des mesures adéquates, y compris le recours aux mesures législatives si besoin est, pour s'assurer que tous les enfants bénéficiant de soins et tous les enfants sous garde reçoivent le programme de pharmacothérapie prescrit par leurs médecins et il est par ailleurs recommandé qu'une stratégie soit élaborée pour encourager les familles et les jeunes eux-mêmes à suivre leur programme de pharmacothérapie prescrit pour leur état de santé mentale.
Ministère de la Sécurité publique	30. <i>Contrainte, pose des menottes et fouille à nu dans le cas d'enfants et d'adolescents qui souffrent de troubles de santé mentale</i> : Il est recommandé que le Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick cesse immédiatement ses pratiques de contrainte, de pose de menottes et de fouille à nu dans le cas d'enfants et d'adolescents qui souffrent de graves troubles de santé mentale, ainsi que le protocole nécessitant l'enregistrement sur bande vidéo de ce processus, et que le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Justice s'entretiennent avec le ministère de la Santé et le ministre chargé de la coordination des Services à l'enfance et à la jeunesse pour établir de nouveaux protocoles et lignes directrices pour le transport, la détention ou l'isolation sécuritaire des enfants et des jeunes qui souffrent de graves troubles de santé mentale, tout comme des enfants et des jeunes en général, lorsqu'ils sont placés sous la garde du ministère de la Justice ou des Services correctionnels pour les jeunes.
Ministère de la Sécurité publique	31. <i>Éducation et promotion pour empêcher les mauvais traitements des jeunes vulnérables sous garde</i> : Il est recommandé que le ministère de la Sécurité publique conçoive un programme éducatif destiné aux jeunes sous garde et à leurs soignants au sujet des droits qui leur reviennent lorsqu'ils sont sous garde, ainsi que des procédures à suivre lorsqu'ils croient que leurs droits ont été violés. Ce programme devra être réalisé en consultation avec le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse et conjointement avec le Bureau du défenseur des enfants et de la jeunesse. Un tel programme est nécessaire pour garantir que les droits de la jeunesse, particulièrement ceux des jeunes qui sont vulnérables, sont protégés contre l'éventualité de

	recevoir des mauvais traitements et que toutes les possibilités de recours leur sont offertes.
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse Ministère de la Sécurité publique	32. <i>Fin du regroupement des populations adultes et de jeunes au CJNB</i> : Il est recommandé que le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse et le ministre de la Sécurité publique prévoient des plans à court et à long terme pour mettre un terme au placement des contrevenants adultes dans l'établissement provincial conçu pour les jeunes contrevenants.
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse Ministère de la Justice Ministère de la Santé Ministère de la Sécurité publique	33. <i>Mesures de rechange pour les jeunes à risque et les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes</i> : Il est recommandé que le ministre chargé des Services à l'enfance et à la jeunesse établisse, de concert avec des représentants désignés de la magistrature, du ministère de la Justice, du ministère de la Santé et du ministère de la Sécurité publique, un groupe de travail pour examiner les mesures de rechange actuellement d'usage au sein du système judiciaire et pour élargir l'adoption des meilleures pratiques définies en vue d'écarter du système judiciaire pénal les jeunes à risque et les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes. De façon précise, ce groupe devra examiner, par suite des recommandations issues de l'examen du régime d'aide juridique, des moyens d'améliorer la représentation juridique des jeunes dans toutes les instances et développer un projet pilote pour un Tribunal de la santé mentale pour les jeunes, sur la base du projet de Tribunal de la santé mentale à Saint John.
<b>Adaptation du système éducatif aux besoins des enfants ayant des besoins complexes</b>	
Ministère de l'Éducation	34. <i>Une approche multidisciplinaire de l'inclusion scolaire</i> : Il est recommandé que le ministère de l'Éducation réitère ses efforts pour favoriser et façonner des approches multidisciplinaires efficaces de l'inclusion scolaire et qu'il réitère ses efforts pour intervenir immédiatement pour éliminer toute mauvaise conduite violente ou agressive par les élèves.
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	35. <i>Élargissement du Programme de traitement pour les jeunes</i> : Il est recommandé que le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse élargisse le Programme de traitement pour les jeunes pour couvrir une plus vaste

	<p>gamme de diagnostics et que le programme soit doté d'un représentant désigné pour chaque ministère, les autorités des districts doivent s'assurer que des comités multiministériels sont établis dans chaque district et qu'ils soumettent les dossiers au comité provincial du Programme de traitement pour les jeunes (PTJ). Les régies régionales de la santé, les autorités correctionnelles pour les jeunes et les bureaux régionaux des services à la famille doivent aussi garantir une participation locale.</p>
Ministère de l'Éducation	<p>36. <i>Éducation des enfants ayant des besoins complexes qui ne sont plus dans l'enseignement traditionnel</i> : Il est recommandé que le ministère de l'Éducation conçoive un nouvel objectif consacré aux enfants ayant des besoins complexes qui, pour quelque raison que ce soit, ne se trouvent plus dans le système scolaire traditionnel, afin de veiller à ce que ces élèves continuent à bénéficier de services éducatifs, quelle que soit la situation de leur placement.</p>
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse  Ministère de l'Éducation	<p>37. <i>Une Commission de l'enseignement spécial pour les élèves ayant des besoins complexes</i> : Il est recommandé que le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse et le ministre de l'Éducation envisagent la création d'une Commission de l'enseignement spécial pour coordonner les services aux élèves ayant des besoins extrêmement complexes à l'échelle provinciale et éventuellement à l'échelle régionale, en collaboration avec le modèle de la Commission de l'enseignement spécial des provinces de l'Atlantique ou conformément à ce modèle.</p>
Ministère de l'Éducation	<p>38. <i>Inclusion mesurée au mieux des intérêts de l'enfant</i> : Il est recommandé que le gouvernement investisse dans des services éducatifs plus personnalisés, susceptibles d'être hors site, mais aussi dans des laboratoires personnalisés au sein des écoles, pour les élèves ayant les besoins les plus complexes. Cet investissement, jumelé à la coordination des services au sein des services de santé mentale et des Services familiaux et communautaires pour permettre l'accès d'un plus grand nombre d'enfants et de jeunes, devra être destiné à réduire la demande et la nécessité de nouvelles classes d'éducation alternative dans les districts scolaires.</p>

Ministère de l'Éducation	39. <i>Milieus d'éducation alternative pour les jeunes à risque</i> : Il est recommandé que le ministère de l'Éducation envisage sérieusement de diriger d'autres programmes et milieux d'éducation alternative pour les jeunes à risque. L'enseignement en plein air, l'enseignement par les arts et les programmes de formation professionnelle connaissent tous un regain d'intérêt dans les cercles éducatifs de nos jours. Le fait de créer à un autre emplacement une école offrant avec un éventail de programmes de ce genre, pas une simple maison de correction, peut être un moyen utile de garder les jeunes à risque à l'école et de les concentrer sur leur apprentissage, plutôt que de perturber les classes dans des milieux éducatifs plus traditionnels.
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	40. <i>Formation réciproque entre le personnel scolaire et le personnel des services familiaux et de la santé</i> : Il est recommandé que le ministre chargé des Services à l'enfance et à la jeunesse mette au point des programmes de formation où les enseignants et le personnel des services éducatifs peuvent apprendre aux côtés des employés de la santé mentale et des employés des services sociaux en vue : <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'établir des contacts professionnels au sein d'une région parmi les fonctionnaires qui fournissent des services aux enfants et aux jeunes;</li> <li>• d'informer tous les intervenants en ce qui concerne l'éventail de services disponibles pour aider les enfants et les jeunes ainsi que leur famille;</li> <li>• d'améliorer le niveau des connaissances et la sensibilisation face aux différentes maladies mentales et à la manière dont elles affectent l'apprentissage, la socialisation et le comportement d'un enfant;</li> <li>• de concevoir des stratégies et des programmes afin de mieux intégrer et coordonner les efforts pour fournir des services à l'enfance et à la jeunesse, en particulier ceux qui ont des besoins extrêmement complexes et les jeunes à risque.</li> </ul>

<b>Soutien aux familles des jeunes à risque et des enfants ayant des besoins complexes</b>	
Ministère de la Santé	41. <i>Équipes mobiles en cas de crise</i> : Il est recommandé que les Services de santé mentale dans les régions régionales de la santé constituent des équipes mobiles en cas de crise pour intervenir lors des urgences au domicile familial. Des professionnels formés en techniques de désescalade pourraient s'occuper des besoins des familles et évaluer la situation et le suivi immédiat et à court terme qui est nécessaire.
Ministère des Services familiaux et communautaires  Ministère de la Santé	42. <i>Préférence pour les approches axées sur la famille</i> : Il est recommandé que le gouvernement renforce son engagement à utiliser des approches et des interventions axées sur la famille en adoptant des lignes directrices qui exigent que les services sociaux et les services de santé mentale explorent des soutiens raisonnables à la famille plutôt que des options de placement résidentiel.
Ministère de la Santé	43. <i>Aide aux familles après le diagnostic</i> : Il est recommandé que le gouvernement crée des partenariats efficaces avec des intervenants communautaires, tels que l'Association canadienne pour la santé mentale et Chimo, pour consolider le soutien aux familles des jeunes à risque et des jeunes ayant des besoins extrêmement complexes après le diagnostic.
Ministère des Services familiaux et communautaires	44. <i>Droit des parents de s'occuper d'un enfant qui a des problèmes graves de santé mentale</i> : Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick prenne des mesures visant à protéger le droit des enfants ayant une déficience mentale à l'accès aux services sans avoir à briser les liens familiaux qui les unissent à leurs parents. Plus précisément, il est recommandé que le gouvernement élabore un système de prestation de services qui permette au ministre de fournir des services médicaux, thérapeutiques, de réadaptation, résidentiels et de santé mentale aux enfants et aux jeunes lorsque des préoccupations en matière de protection de l'enfance ne sont pas présents, sans que les parents aient à céder la garde légale, de façon temporaire ou permanente, au ministre.
Ministre des services à	45. <i>Un objectif pour la vie et l'espoir</i> : Il est recommandé que le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse



l'enfance et à la jeunesse	<p>prenne des mesures pour assurer la continuité des soins grâce à des équipes de traitement amenées à travailler avec des jeunes ayant des besoins extrêmement complexes et que des plans de traitement pour ces jeunes soient développés en vue de satisfaire leurs besoins à long terme et tout au long de leur vie.</p>
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	<p>46. <i>Maintien de la participation active des parents</i> : Il est recommandé que le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse prenne des mesures pour veiller à ce que les programmes à l'échelle du gouvernement déploient tous les efforts possibles pour renouer, entretenir et favoriser le contact et la participation active des parents dans la vie de leur enfant. Ce n'est pas une faiblesse de la part des parents s'ils n'ont pas été en mesure de soigner leur enfant chez eux.</p>
Ministère des Services familiaux et communautaires	<p>47. <i>Soutien financier pour les parents qui choisissent de soigner leurs enfants à la maison</i> : Il est recommandé que le gouvernement mette fin à sa pratique de refuser le soutien financier aux frères, sœurs et parents qui fournissent des soins à domicile aux enfants handicapés qui, autrement, seraient admissibles aux soins institutionnels.</p>
<p><b>Comblent l'écart : Élimination de la discrimination fondée sur l'âge dans les services aux jeunes</b></p>	
Ministère des Services familiaux et communautaires	<p>48. <i>Comblent l'écart</i> : Il est recommandé que le gouvernement prenne des dispositions immédiates pour réduire les répercussions discriminatoires des règlements actuels qui créent des lacunes dans les services aux jeunes âgés de 16 à 19 ans. Je recommande par ailleurs que les amendements à la <i>Loi sur les services à la famille</i>, et aux règlements y afférents, soient apportés dès que possible afin de mettre un terme au refus des services sociaux aux jeunes qui sont vulnérables.</p>

**Annexe II**  
**Connexions et déconnexion :**  
**Liste des personnes interrogées et des contributeurs**

**Parents**

Mère de Benjamin  
Père de Samuel  
Mère et père de Nicholas  
Mère de Jasmine  
Père de William  
Mère de Jacob

**Jeunes**

Nicholas  
Jacob  
William  
Gabriel  
Benjamin

**Installations de traitement**

Spurwink  
  
Centre hospitalier Restigouche  
  
Unité psychiatrique pour enfants et adolescents  
PEEL Children's Center  
Centre de réadaptation Stan Cassidy  
Maison Chrysalis

**Professionnels**

Sandra Barton, travailleuse sociale  
France Allain, travailleuse sociale  
Patricia Deitch, infirmière psychiatrique  
Denis Jalbert, travailleur social

**Organismes**

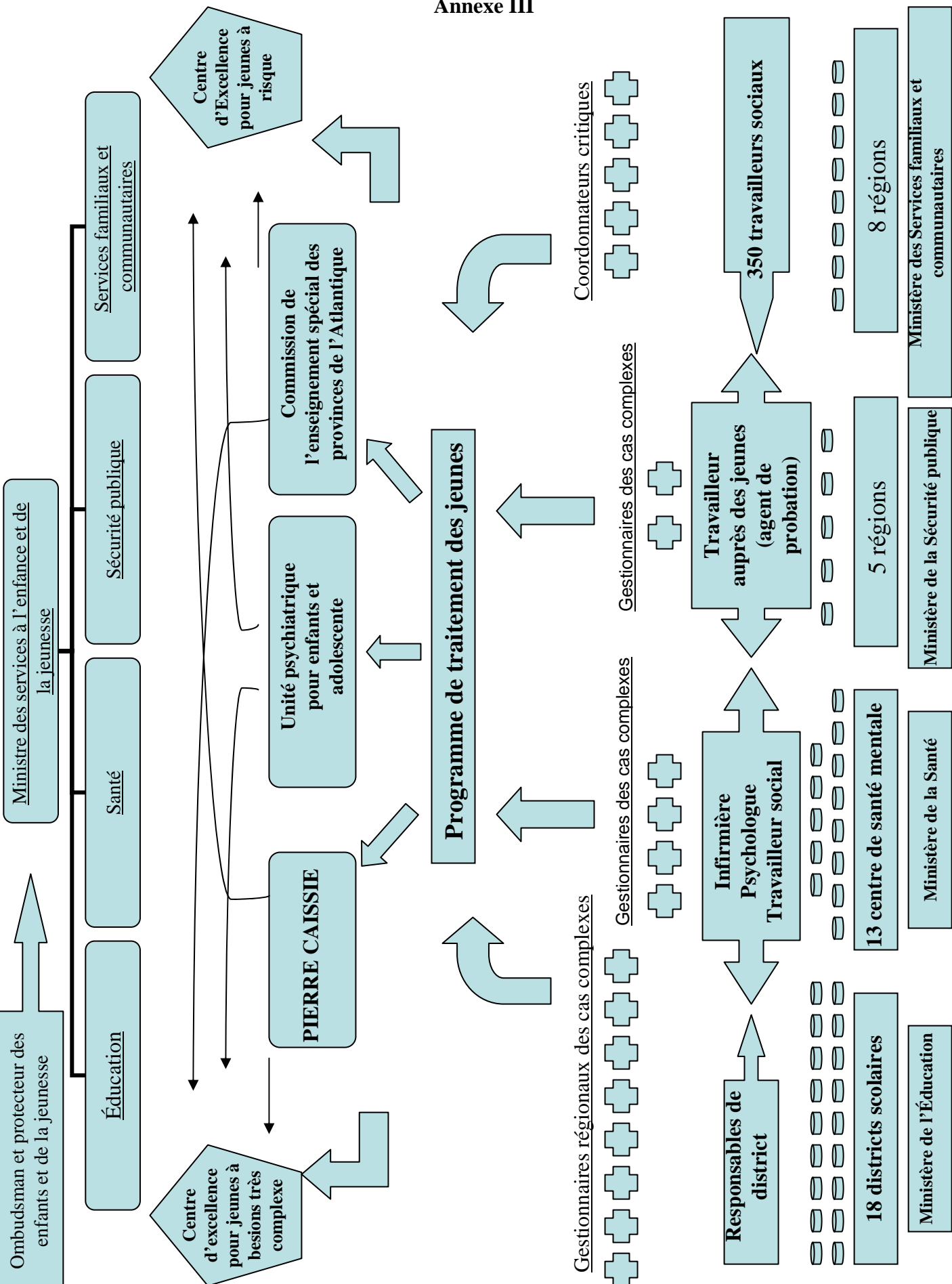
Fredericton Emergency Shelter  
Community Autism Center Inc.

**Représentants du gouvernement**

Barbara Whitenect  
Yvette Doiron-Brun  
Joan Mix  
Gina Atkinson  
Brian Kelly  
Bob Gerard  
Len Davies  
Mike Boudreau  
Gina St-Laurent  
Ian Walsh  
Faye Morehouse  
Bob Eckstein

**Rechercheurs**

Nicole Létourneau (Chaire de recherche du Canada en développement sain de l'enfant à l'Université du Nouveau-Brunswick)  
Susan Reid (Centre for Research on Youth at Risk)  
Hélène Albert, École de travail social, Université de Moncton



## Annexe IV

### Bibliographie

Becker, D., Hogue, A., et H.A. Liddle. *Methods of Engagement in Family-Based Preventive Intervention* Child and Adolescent Social Work Journal, avril 2002, Vol. 19, N° 2, 163-179.

Bryson, Susan. *Our Most Vulnerable Citizens: Report of the Adult Task Force*, publié pour l'Autism Society of Ontario, Guelph, Ontario, Canada, novembre 1991, ISBN : 0-88955-287-8.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérance, Rapport sommaire*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, [2006].

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/mental\\_health\\_summary\\_aug22\\_2007\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/mental_health_summary_aug22_2007_f.pdf)

*Convention relative aux droits de l'enfant*, adoptée et ouverte à la signature, ratification et adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 44/25 du 20 novembre 1989.

[http://www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/k2crc\\_fr.htm](http://www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/k2crc_fr.htm)

Chapel Hill TEACCH Center. *A Family's Reference Guide to Services For Youth and Young Adults with Autism*, University of North Carolina.

[http://www.teacch.com/info\\_family.html](http://www.teacch.com/info_family.html)

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada, 2006*, [Ottawa], Agence de santé publique du Canada, 2006, ISBN : 978-0-662-09544-6 (PDF). [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/humain-humain06/pdf/human\\_face\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/humain-humain06/pdf/human_face_f.pdf)

RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA. *Le bien-être des jeunes enfants au Canada : rapport du Gouvernement du Canada 2006*, [Ottawa], Développement des ressources humaines Canada, 2007.

[http://www.socialunion.ca/well\\_being/2007/fr/index.shtml](http://www.socialunion.ca/well_being/2007/fr/index.shtml)

Greene, R.W., Biederman, J., S. Zerwas, M.C. Monuteaux, J.C. Goring et S.V. Faraone. S.V. *Psychiatric Comorbidity, Family Dysfunction, and Social Impairment in Referred Youth With Oppositional Defiant Disorder*. (American Journal of Psychiatry 2002; 159:1214–1224).

Greene, R.W. et al. *A transactional model of oppositional behavior: Underpinnings of the Collaborative Problem Solving approach*, *Journal of Psychosomatic Research* 55 (juillet 2003) p. 67– 75.

Greene R.W. et J.S. Ablon. *What Does the MTA Study Tell Us About Effective Psychosocial Treatment for ADHD?*, *Journal of Clinical Child Psychology*, 2001, Vol. 30, N° 1, p. 114–121.

Keys, S. G., Bemak, F., S.L. Carpenter, et M.E. King-Sears. *Collaborative Consultant: A new role for counselors serving at-risk youth*, *Journal of Counseling and Development*, printemps 1998, Vol. 76, 123-133.

Littell JH, M. Popa, B. Forsythe. « Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17 ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, Numéro 4, Art. n° CD004797. DOI : 10.1002/14651858.CD004797, pub. 4.

MACKAY, A. Wayne. *Relier le soin et les défis : utiliser notre potentiel humain : l'inclusion scolaire : étude des services en adaptation scolaire au Nouveau-Brunswick*, [Halifax, N. S.], AWM Legal Consulting, 2006.

McCain, M.N., J.F. Mustard, S. Shanker. *Early Years Study 2: Putting Science into Action*, Council for Early Child Development, Toronto, mars 2007.

Mustard, J.F. *Early Child Development and Experience-based Brain Development - The Scientific Underpinnings of the Importance of Early Child Development in a Globalized World*, Canadian Institute for Advanced Research, février 2006.

Petrosino A, C. Turpin-Petrosino, J. Buehler. “Scared Straight” and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, Numéro 2, Art. n° CD002796. DOI: 10.1002/14651858.CD002796.

Province of Manitoba. *Strengthen The Commitment : An External Review of the Child Welfare System*, Coprésidents : Michael Hardy, directeur général, Tikinagan CFS, Billie Schibler, protecteur des enfants, Irene Hamilton, ombudsman du Manitoba, septembre 2006.

NOUVEAU-BRUNSWICK. MINISTÈRE DES SERVICE FAMILIAUX ET COMMUNAUTAIRES. *Normes relatives aux services de familles d'accueil*, janvier 2005, [Fredericton], le Ministère, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES COMMUNAUTAIRES DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Les enfants priment tout: projet d'étude et de refonte*

*globales des services en matière de bien-être à l'enfance, rapport*, [Fredericton, N.-B.], Le Ministère, 2000.

Schoen, Alexis A. *What Potential Does the Applied Behavioral Analysis Approach Have for the Treatment of Children and Youth with Autism?*, juin 2003, Journal of Instructional Psychology, Vol. 30, n° 2, p. 125-132.

CANADA. PARLEMENT. SÉNAT. COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES DROITS DE LA PERSONNE. *Les enfants : des citoyens sans voix : mise en œuvre efficace des obligations internationales du Canada relatives aux droits des enfants : rapport final*, [Ottawa], Comité sénatorial permanent des droits de la personne, [2007]. <http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/com-f/huma-f/rep-f/rep10apr07-f.htm>

CANADA. PARLEMENT. SÉNAT. COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE. *Payer maintenant ou payer plus tard : les familles d'enfants autistes en crise : rapport final sur l'interpellation au sujet du financement pour le traitement de l'autisme*, [Ottawa], Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2007. [http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/collection\\_2007/sen/YC17-391-1-01F.pdf](http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/collection_2007/sen/YC17-391-1-01F.pdf)

Stahmer, A.C., N.M. Collings, et L.A. Palinkas. *Early Intervention Practices for Children With Autism: Descriptions From Community Providers*, Focus On Autism And Other Developmental Disabilities, été 2005, Vol. 20, n° 2, p. 66–79.

Stathopulu E, M. Zwi, A. York. Parent-training intervention in school-aged children with autistic spectrum disorders. (Protocol), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, Numéro 3, Art. n° CD004255, DOI: 10.1002/14651858.CD004255.

Woolfenden S.R., K. Williams, J. Peat. Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17, 2001, *Cochrane Database of Systematic Review*, Numéro 2, Art. n° CD003015, DOI: 10.1002/14651858.CD003015.

Zanglis, I., M.J. Furlong, et J.M. Casas. *Case study of a community mental health collaborative: Impact on identification of Youths with Emotional or Behavioural Disorders* Behavioral Disorders, août 2000, 25, 4, p. 359- 371.