

Conseil canadien des défenseurs des enfants et des jeunes – Déclaration sur la santé mentale des enfants et des jeunes

TORONTO, le 5 mai 2016 – Les 11 membres du Conseil canadien des défenseurs des enfants et des jeunes (CCDEJ) se sont exprimés pour faire connaître la 65e Semaine de la santé mentale de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), qui se déroule du 2 au 8 mai 2016.

Les membres du CCDEJ saluent la force et le courage dont les enfants et les jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale font preuve partout au pays. Chaque jour, ils viennent nous parler, et nous connaissons les difficultés qu'ils doivent surmonter.

Le CCDEJ reconnaît que le public est de plus en plus sensibilisé à la santé mentale des enfants et des jeunes du Canada, dont il se soucie davantage. Pour répondre à ses préoccupations, le gouvernement fédéral ainsi que celui de plusieurs provinces et territoires ont mis en place des plans d'action, des stratégies et des politiques visant à améliorer la santé mentale de nos enfants et de nos jeunes. Pourtant, malgré toutes ces mesures et initiatives, beaucoup d'entre eux ne reçoivent pas les services en santé mentale dont ils ont besoin.

Les enfants, les jeunes et leurs familles nous confient directement les problèmes et les obstacles auxquels ils sont confrontés lorsqu'ils veulent obtenir de l'aide. La plupart d'entre eux ne savent tout simplement pas où en trouver, et dans certaines régions, aucun service n'est offert. Dans d'autres, il est impossible d'obtenir une évaluation psychologique ou de recevoir certains traitements localement; les enfants et les jeunes doivent donc quitter leur famille et leur localité natale pour suivre le traitement dont ils ont besoin, ce qui peut aggraver leur état de santé mentale. Dans bon nombre de régions, le délai d'attente des services peut atteindre plusieurs mois, ou même des années; pendant ce temps, le trouble de l'enfant ou du jeune n'est pas traité et son état peut se détériorer. Dans plusieurs provinces et territoires, les services offerts aux enfants et aux adultes sont séparés, et les jeunes qui atteignent l'âge de la majorité perdent parfois dans la transition l'accès à des services dont ils ont besoin. Il est souvent difficile de s'y retrouver dans le système, et les services ainsi que leurs fournisseurs ne sont pas suffisamment coordonnés.

Malheureusement, ce sont les enfants et les jeunes canadiens les plus vulnérables qui en souffrent le plus. Beaucoup d'enfants pris en charge par le gouvernement ont des besoins en matière de santé mentale complexes et difficiles à satisfaire, qui ne sont pas comblés. Les jeunes autochtones, qui sont surreprésentés dans les organismes de protection de la jeunesse, souffrent donc également davantage du manque de services et de la difficulté d'accès aux programmes, puisque beaucoup d'entre eux vivent dans le Nord ou dans des réserves, là où le manque de services est le plus criant.

Le document d'information ci-joint rassemble des exemples donnés par les membres du CCDEJ, qui décrivent ce que vivent les enfants et les jeunes partout au Canada lorsqu'ils essaient d'avoir accès à des services en santé mentale.

L'expérience concrète des enfants et des jeunes atteints de troubles de santé mentale diffère radicalement des promesses et des déclarations de principes du gouvernement. Même si de plus en plus de gens sont sensibilisés à l'importance d'une bonne santé mentale et connaissent les conséquences des problèmes de santé mentale non traités, beaucoup d'enfants et de jeunes ne reçoivent pas les services dont ils ont besoin.

Il faudra un effort concerté et des mesures concrètes pour faire en sorte que les services nécessaires soient offerts : promotion de la santé mentale et du bien-être, intervention précoce, évaluations rapides et mise en place de services adaptés à la culture et offerts près de la maison et de la localité. Le CCDEJ demande aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de collaborer pour combler le gouffre entre les promesses et la réalité. Les enfants canadiens méritent d'être heureux et en santé.

La santé mentale des enfants et des jeunes au Canada

On estime que 10 à 20 % des jeunes canadiens seraient atteints d'un trouble de santé mentale. Un nombre bouleversant de jeunes entre 12 et 19 ans – 3,2 millions – sont susceptibles de faire une dépression, et 5 % des jeunes hommes et 12 % des jeunes femmes ont vécu un épisode dépressif majeur. Le suicide est la deuxième cause de décès chez les Canadiens de 15 à 24 ans, derrière les accidents. Le taux de suicide chez les jeunes au Canada est le troisième en importance parmi les pays industrialisés. De plus, de nombreux problèmes de santé mentale se manifestent durant l'enfance ou l'adolescence; 70 % des jeunes adultes atteints de troubles de santé mentale se souviennent que leurs symptômes sont apparus pendant l'enfance.ⁱ

L'état de santé mentale s'inscrit dans un continuum : les problèmes de santé mentale se transforment en troubles de santé mentale débilissants, et peuvent nuire au développement normal des enfants et des jeunes, à leur vie à l'école ainsi qu'aux relations qu'ils entretiennent avec les gens qui les entourent (dont les membres de leur famille et leurs amis), les empêchant de réaliser pleinement leur potentiel. Sans une intervention précoce efficace, les problèmes de santé mentale apparaissant à l'enfance et à l'adolescence peuvent avoir des effets à long terme qui touchent également les familles et communautés des personnes atteintes.

Il est crucial de poursuivre la lutte contre les troubles de santé mentale des enfants et des jeunes, et de promouvoir leur bien-être. Pour que leur santé mentale s'améliore, nous devons absolument encourager la prévention en faisant la promotion de la santé mentale et effectuer des interventions précoces pour traiter les problèmes de santé mentale dès leur apparition. Une bonne santé mentale aide à faciliter le passage de l'enfance à l'âge adulte, à relever avec succès les défis de l'adolescence, et à établir des bases solides sur lesquelles bâtir sa vie. La détection précoce des problèmes de santé mentale et un soutien adéquat aident les enfants et les jeunes à avoir une meilleure qualité de vie, toute leur vie.

On estime que seulement un enfant canadien sur cinq obtient les services de santé mentale dont il a besoin.ⁱⁱ

-30-

ⁱ Association canadienne pour la santé mentale, <http://www.cmha.ca/news/cmhas-62nd-annual-mental-health-week/#.VxZorqu9dUM>

ⁱⁱ Ibid.

À propos du Conseil canadien des défenseurs des enfants et des jeunes

Le Conseil canadien des défenseurs des enfants et des jeunes est une alliance d'intervenant-e-s en faveur des droits des enfants et des jeunes mandatés à ce titre par la loi. Ces intervenant-e-s peuvent s'acquitter de leurs fonctions à divers titres (p. ex. défenseur, représentant, ombudsman, commissaire), mais tous sont des représentants officiels de leur province ou de leur territoire respectif. Tous les membres du CCDEJ sont des titulaires de charge publique indépendants qui relèvent directement de l'assemblée législative de leur province ou de leur territoire respectif. Aux termes de la loi les régissant, chacun des bureaux des membres du CCDEJ est indépendant de l'autorité ou du contrôle du gouvernement. Le Conseil compte des membres provenant de neuf provinces : Alberta, Colombie-Britannique, Manitoba, Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve et Labrador, Nouvelle-Écosse, Ontario, Québec et Saskatchewan, et de deux territoires : Nunavut et Yukon.

ALBERTA

Défenseur des droits des
enfants et des jeunes

Tél. : 780 644-8281
Télec. : 780 644-8833

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Représentant de l'enfance et
de la jeunesse

Tél. : 250 356-6710
Télec. : 250 356-0837

MANITOBA

Défenseur des droits des
enfants

Tél. : 204 988-7440
Télec. : 204 988-7472

NOUVEAU-BRUNSWICK

Bureau de l'ombudsman
Défenseur des droits des
enfants et des jeunes

Tél. : 506 453-2789
Télec. : 506 453-5599

NOUVELLE-ÉCOSSE

Bureau de l'ombudsman
Services aux jeunes

Tél. : 902 424-6780
Télec. : 902 424-6675

NUNAVUT

Représentant de l'enfance et
de la jeunesse

Tél. : 867 975-5090
Télec. : 867 979-0444

ONTARIO

Intervenant provincial en
faveur des enfants et des
jeunes

Tél. : 416 325-5669
Télec. : 416 325-5681

QUÉBEC

Commission des droits de la
personne et des droits de la
jeunesse

Tél. : 514 873-5146
Télec. : 514 873-2373

SASKATCHEWAN

Défenseur des droits des
enfants

Tél. : 306 933-6700
Télec. : 306 933-8406

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Défenseur des droits des
enfants et des jeunes

Tél. : 709 753-3888
Télec. : 709 753-3988

YUKON

Défenseur des droits
des enfants et des jeunes

Tél. : 867 456-5575
Télec. : 867 456-5574

Conseil canadien des défenseurs des enfants et des jeunes

Déclaration sur la santé mentale des enfants et des jeunes – Document d'information

Expériences vécues par des enfants et des jeunes de partout au Canada qui ont besoin de services en santé mentale

5 Mai 2016

Alberta

En 2013, Catherine, 17 ans, a mis fin à ses jours. Catherine souffrait de problèmes de santé mentale depuis de nombreuses années. Quand Catherine avait 10 ans, ses parents ont demandé de l'aide aux services en santé mentale pour enfants. Puis, entre l'âge de 10 ans et de 17 ans, elle a subi de multiples interventions en santé mentale et a eu recours à tout un éventail de services; elle a aussi été admise dans un centre de traitement en établissement à deux reprises. Malgré de courtes périodes de stabilité, son état s'est détérioré tout au long de son adolescence; c'est à ce moment qu'elle a commencé à s'automutiler et à s'éloigner de sa famille. Dans ses derniers mois, Catherine était perturbée. Elle a brièvement été hospitalisée une première fois après avoir tenté de se suicider, puis une deuxième fois après une collision de la route qu'elle affirmait être un accident.

Voyant la santé mentale de Catherine continuer de se dégrader, ses parents ont communiqué avec les services d'intervention auprès des enfants à deux reprises pour obtenir de l'aide et assurer la sécurité de leur fille. La première fois, on les a aiguillés vers les services en santé mentale, auxquels ils avaient déjà eu recours. La deuxième fois, ils ont rencontré des membres du personnel et leur ont confié que leur fille avait des comportements suicidaires et qu'ils s'inquiétaient pour elle. Un dossier a été ouvert, et des travailleurs sociaux ont commencé à recueillir des renseignements. Quelques jours plus tard, Catherine s'enlevait la vie.

Catherine et sa famille ont eu recours à de nombreux services afin d'obtenir l'aide nécessaire pour répondre aux besoins complexes en matière de santé mentale de la jeune fille. À court de ressources, ses parents se sont tournés vers les services d'intervention auprès des enfants pour assurer la sécurité de leur fille. Mais la coopération et la coordination des différents fournisseurs de services étaient déficientes : ils savaient qu'ils s'occupaient tous de Catherine, mais ils ne communiquaient que rarement les uns avec les autres. Ils n'ont pas cherché à savoir si l'aide reçue était efficace, ou si les services et le soutien recommandés avaient effectivement été mis en place. Les parents de Catherine ont lutté sans relâche pour leur fille, mais ils ont dû apprendre seuls à trouver leur chemin dans les dédales d'un vaste système.

Colombie-Britannique

Le 22 mai 2011, une jeune Autochtone s'est pendue dans le jardin de ses grands-parents dans une réserve des Premières Nations en zone rurale. Elle avait alors 14 ans, et avait traversé des années d'épreuves grâce à une résilience impressionnante. Lorsque les systèmes arrivent à protéger les enfants, à soutenir les familles et à réduire les risques de violence et de traumatisme, ils peuvent améliorer la capacité des jeunes à affronter de nombreuses difficultés. Tout dépend du type de service, de l'approche utilisée et de la fréquence à laquelle l'efficacité des services est évaluée; certains enfants et jeunes requièrent des services considérables, adaptés à leurs besoins. Toutefois, les problèmes de cette jeune fille ont été la plupart du temps négligés et ses besoins n'ont pas été comblés.

Sa famille était déjà gouvernée par le chaos à sa naissance. La santé mentale de sa mère a joué un rôle déterminant dans la tragédie, non seulement par ses effets sur la jeune fille, mais aussi sur ses grands-parents et sa petite sœur, qui vivaient tous ensemble. Peu après la naissance de la jeune Autochtone, sa mère a reçu un diagnostic de schizophrénie. Elle a consulté de nombreux médecins, infirmières et psychiatres, mais aucun d'entre eux n'a vraiment évalué les risques physiques et émotionnels que sa maladie posait pour les autres membres de sa famille. Elle leur a confié entendre des voix, des voix qui lui ordonnaient de faire du mal à sa fille, de lui « tordre le cou ». L'enfant s'enfermait dans sa chambre avec sa petite sœur pour échapper au comportement imprévisible de sa mère, qui l'avait déjà menacée avec un couteau.

La jeune fille était aux prises avec ses propres troubles cognitifs, qui se sont manifestés au début de son parcours scolaire. Personne n'a toutefois cherché à connaître les raisons de sa déficience intellectuelle ni à évaluer son cas. Elle n'a pas pu bénéficier d'une aide réelle ni des services de qualité promis par les lois et les politiques, en partie parce que nos systèmes de services ignorent beaucoup de jeunes filles comme elle.

Cette enfant a été victime de violence physique et psychologique de la part de sa famille et de sa communauté, et elle a probablement été agressée sexuellement par au moins un adulte plus âgé et un de ses pairs. Le plus souvent, elle devait s'en sortir seule.

En grandissant, elle a dû affronter ses propres problèmes de santé mentale; elle a alors commencé à devenir agressive avec les gens qui l'entouraient et à s'infliger des blessures qui témoignaient de la profondeur de son désespoir. On la punissait souvent pour ses accès d'humeur, et elle a été renvoyée de l'école à quelques reprises. Personne n'a vraiment cherché à savoir ce qui se passait dans sa vie ou à comprendre ses réactions et sa situation, ni ne s'est inquiété de sa sécurité personnelle. Victime de nombreuses agressions et de violence de la part de sa famille et de sa communauté, née dans une famille instable, elle s'est battue pour continuer à avancer. Elle voulait mener une bonne vie; mais parce qu'elle n'a pas bénéficié du soutien et des services dont elle aurait eu besoin, elle s'est donné la mort.

Manitoba

Kate a commencé à avoir des hallucinations et à connaître des distorsions cognitives à l'âge de 16 ans. Son enfance avait été marquée par de nombreux séjours en foyers d'accueil; la jeune fille a confié avoir été victime d'agression sexuelle dans l'un d'entre eux alors qu'elle avait 7 ans. À 17 ans, elle a accouché de son premier enfant, qui a dû être pris en charge par le gouvernement.

Pendant sa grossesse, Kate a fréquenté un établissement de soins de santé parce qu'elle souffrait d'hallucinations et de psychose. Toutefois, lorsqu'elle a obtenu son congé, elle est retournée vivre dans sa localité rurale natale avec sa mère sans recevoir aucun suivi, et elle a arrêté de prendre ses médicaments. La situation est devenue critique lorsque Kate, en rendant visite à son enfant, s'est montrée émotive, puis violente; elle avait peur qu'il ne soit maltraité par sa famille d'accueil. La police est intervenue et Kate a été arrêtée pour comportements violents répétés.

La jeune fille a ensuite été incarcérée au Manitoba Youth Centre, à Winnipeg, pendant une période prolongée. Elle a continué à manifester des symptômes de trouble mental : pour elle, les gens étaient tous couverts de poussière et de saleté. Elle voyait des particules flotter dans l'air et refusait d'aller à la toilette ailleurs que sur le sol. Ces comportements lui ont valu d'être placée en isolation, dans une cellule aux murs en blocs de mâchefer.

Lorsqu'elle est sortie du Manitoba Youth Centre, elle a été placée dans un établissement non spécialisé de sa localité natale, qui offrait peu de soutien et de supervision. Elle avait été incarcérée plus longtemps que nécessaire en raison d'un manque de coordination entre les fournisseurs de services et de disponibilité des services en santé mentale : Kate avait et a toujours besoin de services spécialisés, mais sa localité n'en offre aucun.

Nouveau-Brunswick

La mère de Sarah a téléphoné au Bureau du Défenseur des enfants et de la jeunesse pour discuter des problèmes de son enfant : au cours des six derniers mois, sa fille avait commencé à fumer de la marijuana et à boire tous les jours. Elle avait également commencé à faire l'école buissonnière et à passer son temps dans la forêt avec des consommateurs de drogue intraveineuse, et arrêté le basketball, alors qu'elle était une athlète d'élite. Le directeur d'école et le conseiller d'orientation avaient tous deux tenté de parler à Sarah, mais la jeune fille ne s'était pas présentée aux rendez-vous.

Ses amis ne comprenaient absolument pas ce changement de comportement et avaient arrêté de la fréquenter. Ses parents avaient tenté d'avoir accès à des services en santé mentale en passant par son école et par son médecin de famille, mais ils étaient sur une liste d'attente depuis trois mois.

Après plusieurs appels et visites, Sarah a finalement accepté de rencontrer un représentant du Bureau; elle est toutefois restée distante et agitée, refusant de se confier. Elle a indiqué se sentir fatiguée et nerveuse à cause du stress occasionné par l'école. Elle a également mentionné souffrir de maux de tête, de problèmes intestinaux et de douleurs musculaires diffuses. Après quelques questions supplémentaires, elle a fini par avouer qu'elle se sentait coupable de l'intimidation et des moqueries dont elle était victime à l'école depuis sa rupture avec son petit ami, qui avait envoyé des sextos la concernant à plusieurs autres élèves. L'alcool et la marijuana l'aidaient à se détendre, à se sentir mieux et à surmonter ses problèmes au quotidien. Sans eux, elle ne pouvait plus dormir et passait des heures chaque nuit à ruminer; elle a confié avoir eu des idées suicidaires. Dans les jours qui ont suivi, Sarah a cherché du soutien auprès de sa mère.

Le représentant du Bureau a réuni un groupe consultatif constitué de Sarah, de ses parents, du conseiller d'orientation, de son enseignant, du directeur d'école adjoint, des services de traitement des dépendances et de la santé mentale ainsi que de la protection de l'enfance de la région. La jeune fille a pu y parler de ses problèmes, et le groupe a établi pour elle un plan d'action comprenant un suivi immédiat avec les services de traitement des dépendances et de la santé mentale et un soutien actif pour son retour à l'école, compte tenu des cours qu'elle avait manqués. Le système de jumelage de l'école collaborera avec Sarah et son équipe afin de l'aider à mettre fin à l'intimidation dont elle était victime.

Terre-Neuve-et-Labrador

Tout le monde savait que Maggie, 15 ans, avait besoin d'aide, mais il était difficile d'en obtenir pour répondre à ses besoins particuliers. Elle avait reçu un diagnostic de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité et de trouble d'opposition avec provocation. Elle manifestait un clair retard cognitif, mais ses problèmes de comportement et d'attention rendaient difficile toute évaluation officielle. Fugueuse, elle saisissait la moindre occasion d'échapper à la supervision des adultes et s'attirait souvent des ennuis, même lorsqu'elle ne se soustrayait

à l'œil vigilant de sa mère que pendant quelques minutes. Elle prenait des médicaments, et les Services de protection de l'enfance lui offraient de l'aide en gestion du comportement; pourtant, rien ne semblait fonctionner. Son travailleur social et sa mère voulaient qu'elle fasse l'objet d'une évaluation psychiatrique complète, mais les professionnels de la santé qui la côtoyaient considéraient que ses problèmes étaient essentiellement comportementaux.

Maggie a finalement fait l'objet d'une évaluation psychiatrique en vertu d'une ordonnance d'un tribunal. Elle avait été inculpée après de nombreuses altercations avec la police, survenues lors de ses fugues. Durant la période d'évaluation, elle a été placée dans un établissement de garde en milieu fermé de la province, car il était clair qu'elle s'enfuirait de nouveau et ferait vraisemblablement face à de nouvelles accusations. Elle y a été incarcérée, même si tous étaient convaincus qu'elle n'y avait pas sa place. Elle avait besoin d'être placée sous supervision constante et qu'on lui offre du soutien tout au long de l'évaluation et du traitement; toutefois, certains professionnels pensaient que les services offerts par l'établissement psychiatrique en milieu hospitalier de la province ne lui seraient d'aucune utilité en raison de ses aptitudes cognitives limitées. Heureusement, après avoir rencontré Maggie quelques fois, le psychiatre responsable de l'évaluer a estimé que le traitement lui serait bénéfique. La jeune fille a donc été admise au centre de traitement en vertu d'une ordonnance d'un tribunal. Une équipe multidisciplinaire supervise maintenant Maggie, évalue son comportement au sein de l'établissement et étudie les meilleurs moyens de la réinsérer dans sa collectivité.

Nouvelle-Écosse

Daisy, 14 ans, a d'abord reçu un diagnostic de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (lorsqu'elle était au primaire), puis de trouble d'opposition avec provocation et d'anxiété. Pour traiter ses symptômes, elle a essayé les psychorégulateurs, les narcotiques, les dépresseurs, les stimulants et les antipsychotiques, mais selon les parents, rien n'y faisait.

Comme Daisy avait du mal en classe dans le système scolaire public, elle a été envoyée dans une école privée pour les élèves ayant des besoins particuliers en matière d'éducation, mais ses comportements difficiles ont entraîné son renvoi : dans une lettre, le spécialiste en comportement a précisé qu'elle abimait ou volait des biens, prétendait communiquer avec les morts et avait des accès de colère, des tendances paranoïaques et des hallucinations. Par ailleurs, elle s'automutilait et avait déjà attaqué et blessé des membres de sa famille; elle était sujette à des accès de violence et s'en prenait physiquement à ceux qui l'entourent. Elle avait menacé et tenté de se suicider à plusieurs reprises.

Récemment, Daisy a commencé à se prostituer et à consommer de la drogue. Elle a participé à plusieurs programmes et services en santé mentale, mais aucun ne semble approprié pour elle, ce qui a provoqué sa frustration et celle de ses proches.

La famille de Daisy souhaite qu'elle soit admise dans un programme involontaire, si c'est ce qu'il faut faire pour la sevrer et évaluer précisément ses besoins en matière de santé mentale. Malheureusement, l'établissement psychiatrique pour les jeunes les a avisés que certains services n'étaient plus offerts, conformément à un modèle de soins axé sur les pratiques exemplaires.

Lorsque le pédiatre de Daisy a demandé à ce qu'elle ait accès à des services en santé mentale à l'extérieur de la province, on lui a répondu que les services offerts en Nouvelle-Écosse répondaient aux besoins estimés de la jeune fille. Ironiquement, Daisy a été forcée de quitter le programme de la Nouvelle-Écosse pour avoir refusé de se conformer à la politique « antiparfums » et attaqué des membres du personnel, ce qui lui a valu de se faire menotter par la police.

Récemment, Daisy a cherché à obtenir de l'aide en santé mentale aux urgences de l'hôpital pour enfants, mais

le personnel l'a renvoyée chez elle après avoir conclu que comme elle ne présentait un danger ni pour elle-même ni pour les gens qui l'entouraient, elle ne serait pas hospitalisée. Non seulement on lui a refusé des soins, mais elle a été arrêtée après son expulsion de l'établissement par la sécurité. Elle a alors été placée en observation au poste de police, le personnel jugeant qu'elle pouvait représenter un danger pour elle-même. Le même jour, elle a été arrêtée une deuxième fois en vertu de la loi sur le traitement psychiatrique obligatoire (Involuntary Psychiatric Treatment Act), et elle est retournée à l'hôpital pour une nouvelle évaluation. Elle y a alors été admise; ses parents affirment qu'elle reçoit aujourd'hui des soins en santé mentale, mais ils savent qu'elle aura encore beaucoup d'épreuves à surmonter. Ce qui les a particulièrement contrariés, c'est d'avoir dû faire des pieds et des mains pour que leur fille puisse finalement bénéficier des services dont elle avait besoin. Daisy est consciente qu'elle ne peut s'en sortir seule : « J'ai besoin d'aide, je ne veux pas finir pendue à un arbre » a-t-elle confié.

Nunavut

Un adolescent de 15 ans vivait avec sa mère et ses trois petites sœurs dans une collectivité éloignée du Nunavut qui n'est accessible que par avion. Comme il y avait peu d'habitants, tout le monde se connaissait, et beaucoup voyaient en lui un modèle. Peu savaient qu'il souffrait de dépression; l'année précédente, son père s'était suicidé, et six mois plus tôt, il s'était séparé de sa petite amie.

Un jour, il s'est mis à déambuler dans la localité, visiblement agité, en menaçant de se suicider. La GRC est venue le chercher. Il aurait eu besoin d'une évaluation psychiatrique, mais personne n'avait les compétences requises pour l'effectuer. Dans son état, il n'avait nulle part où aller. La GRC l'a mis en communication avec le seul travailleur social de la localité, à qui il a confié vouloir se suicider dès qu'il serait de nouveau libre. La mère de l'adolescent a alors donné son accord pour que son fils soit transféré à Iqaluit, la capitale du Nunavut, où il pourrait être hospitalisé et évalué par un infirmier psychiatrique. Elle devait toutefois rester à la maison pour s'occuper de ses trois filles.

Le voyage à Iqaluit inquiétait l'adolescent, qui n'avait jamais quitté sa localité. Dans la capitale, l'infirmier psychiatrique a conclu que le jeune nourrissait toujours des pensées suicidaires. Il est resté à l'hôpital une semaine, loin de sa famille et de ses amis, en attendant qu'une place se libère dans un hôpital du sud du Canada, où il pourrait recevoir une évaluation psychiatrique complète et les soins de santé mentale dont il avait besoin. Ce type d'établissement et de programmes spécialisés pour les jeunes n'existe pas au Nunavut.

L'adolescent a ensuite passé six semaines dans un pavillon de psychiatrie pour les jeunes, à Ottawa, période au cours de laquelle il a régulièrement rencontré les professionnels d'une équipe multidisciplinaire. Son état a commencé à s'améliorer, mais il se sentait souvent seul. Même s'il parlait à sa mère plusieurs fois par semaine, il s'ennuyait de sa famille, de sa langue maternelle et des chasses avec ses amis.

Une fois l'évaluation terminée, l'adolescent a reçu son congé et a repris l'avion pour retourner chez lui. Il était content de revenir, mais ne savait pas trop comment la communauté réagirait à son retour, après ce qui s'était passé. Il aurait voulu en parler à quelqu'un, mais le travailleur social à qui il s'était confié avant son départ avait déménagé et n'avait toujours pas été remplacé. À l'atterrissage, il est longtemps resté assis en se demandant comment il allait réussir à s'en sortir.

Ontario

Ici en Ontario, notre système de santé mentale pour les enfants fait parfois penser à une vieille blague de Woody Allen. Un touriste dans un centre de villégiature à Haliburton fait remarquer à un autre touriste : « La nourriture est vraiment épouvantable ici. » L'autre répond : « Ouais, et les portions sont minuscules! »

En tant qu'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes, je me suis rappelé cette blague alors que j'étais à Guelph, en Ontario, avec un groupe de jeunes gens qui se considèrent tous aux prises avec des problèmes de santé mentale. Lorsqu'ils sont entrés dans la salle, ils se sont salués et se sont mutuellement serrés dans les bras. Ils semblaient unis par un fort esprit de famille; c'est d'ailleurs ainsi qu'ils se sont décrits par la suite. Au début de la réunion, alors qu'ils ont commencé à parler de leur expérience avec les services en santé mentale, leurs visages sont soudainement devenus sérieux. Ils ont parlé des salles d'attente dans les hôpitaux. « J'aimerais que les salles d'attente ne soient pas le premier service vers lequel se tournent les jeunes en situation de crise, a confié une jeune femme. Elles ne nous offrent pas grand-chose. On attend. Parfois on est admis, d'autres fois non. Mais elles ne nous offrent pas grand-chose. » Il ont aussi parlé de sortes de « salles d'attente virtuelles », comme l'a décrit un jeune homme : « On attend, encore et encore et encore, et quand on a finalement accès à un service, il ne correspond pas à nos besoins ou ne dure pas assez longtemps. Ça sert à quoi? Je me demande parfois si je ne préférerais pas une absence de services à ces faux espoirs. » Ils ont parlé de leur famille. Certains auraient aimé que leurs parents les comprennent mieux : « Je ne suis pas aussi fragile que mes parents le croient. Je sais qu'ils ont peur et qu'ils ne savent pas quoi faire. Ils n'ont personne, eux non plus. » Ils ont surtout parlé de l'école. J'imagine que j'aurais dû m'y attendre : les jeunes auraient voulu que l'école soit un endroit sécuritaire, où ils pourraient être acceptés tout en restant eux-mêmes. Mais ce n'était pas le cas.

Je les ai aussi entendus dire que ce groupe était pour eux un véritable refuge. « Sans toi, a confié une jeune femme à une autre, je ne sais pas où je serais aujourd'hui. Probablement morte. » Une autre a dit : « Nous pouvons compter les uns sur les autres, et sur ces réunions. Ici, on est compris, on se sent chez nous. C'est un moment à nous. »

Je me suis souvenu de parents qui avaient trouvé leur garçon de 12 ans pendu à un arbre dans leur cour, dans une petite ville du sud de l'Ontario. Plus de neuf services et trois secteurs s'occupaient de ce très jeune garçon juste avant sa mort; pourtant, ses parents se sentaient seuls. J'ai pensé aux 11 tentatives de suicide qui avaient eu lieu le même samedi soir dans une petite localité des Premières Nations isolée, au nord de l'Ontario. J'éprouvais de la reconnaissance que les jeunes avec qui j'étais se soient trouvés, et je les ai quittés en pensant : « nous devons faire mieux ».

Québec

Pendant sa dernière année au secondaire, Julia est entrée en conflit avec certaines personnes de son entourage. Après avoir consulté les services de première ligne, elle a reçu un diagnostic de dépression et a commencé à prendre des médicaments. Le médecin a également observé qu'elle présentait des symptômes de trouble de la personnalité limite, mais il devait attendre qu'elle ait 18 ans avant de pouvoir confirmer son diagnostic.

Julia a été hospitalisée à de nombreuses reprises à cause de sa dépression. Au cours d'un épisode particulièrement difficile, pendant lequel elle a pensé à se suicider et avait l'impression que ses médicaments n'étaient plus appropriés, elle s'est tournée vers un hôpital de sa région qui offrait des services psychiatriques aux enfants. Mais comme la liste d'attente était longue, elle a dû patienter plus de trois mois avant de recevoir de l'aide. Même si elle en avait vraiment besoin, elle ne pouvait pas avoir immédiatement accès aux services qui lui auraient permis de se sentir mieux et d'améliorer sa situation.

Après sa dernière hospitalisation, elle a finalement bénéficié de services de psychologie, qui ont été interrompus à ses 18 ans. Cette année-là, elle a reçu son diagnostic officiel de trouble de la personnalité limite; malheureusement, elle a été placée sur une liste d'attente et a dû y faire face seule pendant plusieurs mois avant de pouvoir bénéficier d'une thérapie de groupe dans un service de première ligne.

Saskatchewan

Le Défenseur des droits et des enfants de la Saskatchewan a été avisé qu'une fille de 13 ans, originaire d'une localité du Nord de la Saskatchewan, avait tenté de se suicider à plusieurs reprises. Une fois, son état était si critique qu'elle a dû être transportée par voie aérienne dans une zone urbaine pour y recevoir des soins. Depuis une précédente tentative pour laquelle elle avait aussi dû être hospitalisée, elle y était suivie par un psychiatre; mais six mois se sont écoulés depuis le plus récent incident, et elle n'a toujours pas accès à de véritables services de counseling parce que sa région n'en offre aucun. Toutefois, grâce aux efforts inlassables de sa mère, elle a obtenu d'un travailleur en toxicomanie qu'il suive bénévolement la jeune fille. Ce travailleur ne possède malheureusement pas la formation et les compétences nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins complexes en matière de santé mentale de cette jeune fille, qui sont l'une des raisons de ses tentatives de suicide répétées.

Divers professionnels travaillant dans des collectivités du Nord et des zones rurales de la Saskatchewan nous rappellent continuellement l'absence de services en santé mentale de ces régions; même lorsque des services sont offerts, ils sont limités. Par conséquent, des enfants et des jeunes vulnérables sont placés sur des listes d'attente interminables, ou reçoivent une aide insuffisante. Dans une autre collectivité boréale, par exemple, les délégués à la jeunesse chargés de mettre en œuvre des plans d'intervention chez les jeunes qui ont des démêlés avec la justice se sont plaints qu'il n'y ait qu'un seul travailleur en santé mentale pour une vaste zone géographique. De plus, les jeunes aiguillés vers les services en santé mentale doivent souvent être pris en charge par des travailleurs en toxicomanie, faute de mieux. Nous avons également appris que les services en santé mentale de la région ne sont pas offerts aux jeunes ayant commis des infractions sexuelles, même si une ordonnance d'un tribunal ou un plan d'intervention individuel l'exige.

Les enfants et les jeunes ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible, sans être discriminés d'aucune façon que ce soit. Cela veut dire qu'ils ont droit à une évaluation de leurs besoins en matière de santé mentale, peu importe qui ils sont et où ils vivent; cela permet de veiller à leur état de santé, à leur bien-être et à leur sécurité en général. Les obstacles que doivent surmonter les enfants et les jeunes qui désirent avoir accès à des services en santé mentale dans certaines régions représentent une violation de leurs droits; les jeunes qui ont besoin de soins, leur famille et les collectivités de la province en payent le prix.

Yukon

Jenny, 14 ans, vient d'une petite localité rurale à la culture très traditionnelle. Elle a vécu chez sa mère, chez sa grand-mère, en foyer d'accueil et, récemment, dans un foyer collectif à Whitehorse. On l'a évalué à plusieurs reprises pour des troubles de l'attachement, de l'anxiété et des problèmes d'autorégulation des émotions. Elle a commencé à consommer de l'alcool et des drogues avant d'avoir 12 ans et est maintenant dépendante à la cocaïne, à la marijuana et à l'alcool. On l'a envoyée consulter un conseiller, mais elle n'aimait pas l'idée de parler de ses problèmes, surtout dans un bureau.

Lorsqu'un travailleur du foyer collectif a remarqué une coupure sur son bras, Jenny a été emmenée à l'hôpital pour y être évaluée. Elle a confié au médecin des urgences qu'elle avait perdu l'envie de vivre, mais qu'elle était contrariée qu'ils associent les coupures sur son bras à des envies de suicide; elle s'automutilait justement pour ne pas se suicider. Jenny a ensuite été admise dans une unité médicale sécurisée et placée dans une pièce aux murs nus fermée par deux verrous, dans laquelle il n'y avait qu'un matelas posé sur le sol. Elle a alors entendu son travailleur social dire que les jeunes s'automutilaient pour avoir de l'attention. Après deux jours, on l'a renvoyée dans son foyer collectif.

Jenny a déjà été accusée de vol. Elle se tient avec des hommes dans la trentaine qui l'aident à se procurer de la drogue. À cause de ses abus de substances, elle n'assiste pas à tous ses cours, manque des rendez-vous avec son conseiller et retourne rarement chez elle, au foyer collectif. Elle aurait besoin d'une identité culturelle

positive, et elle s'ennuie du caractère familial de sa localité. Lorsqu'on lui a dit qu'elle quitterait le territoire deux jours plus tard pour recevoir un traitement dans une province du sud, elle s'est fâchée. Elle n'avait jamais quitté le Yukon; elle ne voulait pas partir et le voyage lui faisait peur.

Elle est montée dans l'avion avec le sentiment d'être rejetée et s'est demandé si le personnel du centre de traitement allait la déclarer folle. Elle ne sait pas combien de temps elle sera partie, ni ce qu'elle devra faire pour retourner chez elle ou quand elle pourra revoir les habitants de sa localité. Elle se demande également comment elle pourra se procurer de la drogue. Elle se sent brisée, submergée par la douleur de sa solitude. Munie d'un objet tranchant, elle s'enferme dans la salle de bains pour s'automutiler.

