

juillet 2025

**Compte-rendu du
sujet : traitement en
établissement dans le
secteur de la santé
mentale et des
dépendances chez les
enfants et les jeunes de
l'Ontario**



Knowledge Institute
Institut du savoir



Remerciements

Ce compte-rendu du sujet a été élaboré grâce au soutien et à l'expertise de nombreuses personnes. Nous remercions nos partenaires de nous avoir fait part de leurs précieux points de vue tout au long du processus de consultation. Leur ouverture et leurs connaissances ont été essentielles à la création du contenu de ce compte-rendu. Nous sommes également reconnaissant.e.s pour la contribution des membres du personnel de l'Institut du savoir, qui ont consacré leur temps, leurs réflexions et leurs compétences à l'examen, la révision et l'élaboration de ce document.

Référence suggérée :

Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes (2025). *Compte-rendu du sujet : Traitement en établissement dans le secteur de la santé mentale et des dépendances chez les enfants et les jeunes de l'Ontario*. <https://www.cymha.ca/fr/projects/quality-standards.aspx>



Table des matières

Introduction	4
Contexte	4
Approche.....	9
Pourquoi cette norme de qualité est-elle nécessaire?	12
Justification de l'amélioration	25
Principes fondamentaux	26
Portée proposée et public cible.....	30
Éléments importants à considérer.....	32
Composition proposée du CCNQ.....	37
Produits livrables proposés.....	37
Références.....	39
Annexe A : Glossaire.....	47



Introduction

Le présent compte-rendu donne un aperçu de l'approche adoptée par l'Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes (l'Institut du savoir) pour l'élaboration d'une norme de qualité, ainsi que des résultats d'une recherche exhaustive sur l'établissement de la portée des traitements en établissement chez les enfants et les jeunes. L'objectif de ces activités d'établissement de la portée est de suggérer la portée, le calendrier, les publics cibles et les principes fondamentaux pour la nouvelle norme de qualité pour le traitement en établissement dans le secteur de la santé mentale, de la santé liée à l'usage de substances et des dépendances chez les enfants et les jeunes (le secteur) en Ontario.

Il est important de noter que ce compte-rendu du sujet n'est pas une norme de qualité. Il s'agit plutôt d'un document fondamental qui vise à appuyer l'établissement de la portée et à favoriser les discussions sur ce à quoi devrait ressembler la norme de qualité. Plus précisément, ce document :

1. présentera aux membres du comité consultatif sur les normes de qualité (CCNQ) des renseignements généraux aux fins de discussion et de décision;
2. permettra de déterminer les personnes et les organismes devant participer à l'élaboration et à l'adoption des normes de qualité.

Les renseignements présentés ici seront modifiés au fur et à mesure que nous continuerons à établir la portée de la littérature, que nous discuterons avec des spécialistes du sujet et que nous commencerons à rédiger la norme de qualité.

Contexte

L'Institut du savoir a investi dans l'élaboration de normes de qualité provinciales pour le secteur en Ontario. En 2018 et 2019, nous avons élaboré nos premières normes de qualité et commencé à peaufiner nos processus. En 2021, notre conseil consultatif stratégique avec le consortium des organismes responsables du soutien en santé mentale chez les enfants et les jeunes, et des représentant.e.s de Santé Ontario et du ministère de la Santé ont convenu à l'unanimité que l'Institut du savoir continuerait à diriger l'élaboration de normes de qualité pour éclairer la prestation de soins dans notre secteur.



En 2022, nous avons publié notre [processus d'élaboration de normes](#), qui sera mis à jour régulièrement à mesure que nous élaborons des normes (Institut du savoir, 2022). Ce processus rigoureux en quatre phases repose sur les forces de l'Institut du savoir, soit la qualité de la recherche et de l'engagement, la science de la mise en œuvre, la mobilisation des savoirs, ainsi que l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité.

Notre norme de qualité sur les niveaux de soins sera publiée à l'été 2025. Le sujet pour notre prochaine norme de qualité, soit le traitement en établissement, a été choisi de façon unique en collaboration avec les travaux du Modèle ontarien pour l'accès au traitement intensif (MOATI). Le processus d'élaboration de la norme de qualité pour le traitement en établissement a commencé par la phase de détermination de la portée en septembre 2024.

Pour en savoir plus sur notre travail sur les normes de qualité, veuillez consulter la [page des normes de qualité](#) sur notre site Web.

Modèle ontarien pour l'accès au traitement intensif

Le gouvernement de l'Ontario a investi des ressources pour combler les lacunes du système et faire progresser la transformation de ce dernier en matière de traitement intensif en santé mentale pour les enfants et les jeunes en Ontario en établissant le MOATI en 2024. L'objectif de ce dernier est de créer un modèle dirigé à l'échelle provinciale et offert dans chaque région pour traiter les enfants et les jeunes ayant des besoins intensifs en santé mentale. Les organismes des centres régionaux coordonneront jusqu'à six réseaux régionaux de traitement intensif et appliqueront les normes provinciales à leur contexte local. Ainsi, l'élaboration d'une norme de qualité est importante pour la réussite de l'ensemble du travail du MOATI.

Le MOATI se concentrera d'abord sur le traitement en établissement. Cette orientation précise est conforme à l'engagement du gouvernement dans le cadre du plan *Vers le mieux-être* (ministère de la Santé de l'Ontario, 2020) et du rapport sur les priorités provinciales du Consortium des organismes responsables (Consortium des organismes responsables, 2021), qui a cerné le besoin d'une norme de qualité pour le traitement en établissement. Les services intensifs ont également été désignés comme l'une des cinq principales priorités, présélectionnés pour l'élaboration des normes tout au long du processus de sélection des sujets de l'Institut du savoir (janvier 2023). De plus, il a été demandé à



l'Institut du savoir de mener divers aspects de l'initiative du MOATI, notamment l'élaboration de la norme de qualité. Par conséquent, le traitement en établissement a été choisi comme sujet pour la prochaine norme de qualité de l'Institut du savoir (2024-2026).

Le plan pour un processus parallèle dirigé par les Autochtones présente un intérêt particulier pour la relation de cette norme avec le MOATI. Depuis le début, ce dernier appuie les services dirigés par des Autochtones afin d'élaborer un modèle de traitement intensif particulier qui répond aux besoins des enfants et des jeunes autochtones. Pour cette norme de qualité, nous mettrons l'accent sur l'équité, la diversité, l'inclusion, l'accessibilité et l'antiracisme (EDIA-R), ainsi que sur les considérations relatives à l'équité en matière de santé conformément à notre processus d'élaboration de normes. De plus, nous chercherons à collaborer avec les partenaires autochtones du MOATI et à suivre leur exemple pour intégrer des pratiques adaptées à la culture et améliorer l'applicabilité large et souple de la norme de qualité. Cette collaboration entre l'équipe des normes et les partenaires autochtones du MOATI intègre les pratiques d'EDIA-R et d'équité en matière de santé, ainsi que les considérations tout au long du processus d'élaboration des normes, en plus de comprendre des consultations et des partenariats continus avec les groupes prioritaires. Nous ne prévoyons pas élaborer une norme de qualité distincte, mais nous confirmerons que la norme de qualité est significative et pertinente pour l'ensemble des communautés par l'intermédiaire de consultations continues.

Que sont les normes de qualité?

Une norme de qualité est une ressource qui présente des énoncés clairs, pratiques et ambitieux, qui décrivent les pratiques, les processus et les mesures de soutien, fondés sur les meilleures données probantes disponibles, qui sont nécessaires pour assurer des soins de la plus haute qualité. Ensemble, ces énoncés forment une norme de qualité unifiée qui comprend des pratiques exemplaires, ainsi que des indicateurs pour démontrer les progrès et l'incidence de chacun d'entre eux. Les normes de qualité sont essentielles à un système qui repose sur la responsabilisation et l'amélioration continue.

Il existe des différences importantes entre les normes de qualité et les normes cliniques ou opérationnelles. Ces dernières décrivent les mesures et les processus particuliers qui doivent être pris pour répondre aux exigences minimales de prestation de services. Ces normes proposent principalement des directives détaillées et précises aux prestataires de services sur la façon d'offrir un traitement. Les normes de qualité, elles, sont composées d'énoncés de qualité regroupés par principes



fondamentaux. Elles proposent une base souple pour comprendre, cibler et promouvoir des traitements et des soins de la plus haute qualité. Les normes de qualité s'appliquent aux décideur.euse.s, aux dirigeant.e.s organisationnel.le.s, aux prestataires de services et aux utilisateur.rice.s de services à l'échelle des systèmes, et peuvent être utilisées par l'ensemble de ces personnes. En plus de cette norme de qualité, qui est un livrable du MOATI, des normes cliniques et opérationnelles seront également créées pour définir les détails précis des modèles de pratique clinique et des normes opérationnelles pour les traitements intensifs.

Étant donné que nos normes de qualité sont fondées sur des principes, les personnes ou les communautés qui les mettent en œuvre doivent faire preuve de jugement pour appliquer le principe à leur milieu. Ainsi, les normes fondées sur des principes offrent de la souplesse et permettent une approche axée sur la personne ou la communauté. Les communautés de l'Ontario sont diversifiées en ce qui a trait aux forces, aux besoins et aux défis. Une approche uniforme n'est ni appropriée ni efficace pour mettre en œuvre des initiatives au niveau du système et améliorer les soins en matière de santé mentale, de santé liée à l'usage de substance et de traitements contre les dépendances chez les enfants et les jeunes.

Nous reconnaissons l'importance de normes de qualité souples qui peuvent être adaptées à diverses communautés. C'est pourquoi nous élaborons nos normes de qualité au moyen d'énoncés fondés sur des principes, en accordant une attention particulière à la mise en œuvre et à l'évaluation. Cette souplesse permettra aux communautés d'utiliser la norme comme guide et d'adapter les énoncés de qualité au milieu, aux besoins et aux valeurs communautaires.

Calendrier

Phase	Activités
Portée De septembre 2024 à avril 2025	<ul style="list-style-type: none">• Établir le CCNQ.• Préparer un compte-rendu du sujet, une justification de l'amélioration, un cadre d'indicateurs, un cadre de mise en œuvre et une évaluation des besoins, ainsi qu'une ébauche du plan de mobilisation des savoirs.



Consultations du CCNQ D'avril 2025 à juin 2026	<ul style="list-style-type: none">• Les membres du CCNQ participent aux réunions et contribuent aux délibérations et aux commentaires liés aux sujets principaux, aux énoncés et aux indicateurs de qualité, aux commentaires et aux modifications du public, à la mise en œuvre, ainsi qu'à la mobilisation des savoirs.
Rédaction D'avril 2025 à août 2026	<ul style="list-style-type: none">• Rédiger l'ébauche de la norme.• Solliciter de multiples séances de rétroaction, notamment celle du public.• Réviser la norme au moyen de plusieurs itérations.• Valider le processus d'élaboration des normes.• Achever la norme.
Mobilisation Septembre 2026	<ul style="list-style-type: none">• Diffuser la norme.• Mobiliser la norme conformément aux plans de communication et de mobilisation des savoirs.• Mettre en œuvre la norme et la maintenir.
Entretien Septembre 2026 et par la suite	<ul style="list-style-type: none">• Réviser la norme pour en déterminer la pertinence et les mises à jour nécessaires.



Approche

Pour réaliser la phase d'établissement de la portée de l'élaboration de la norme, nous avons créé un cadre analytique (un plan exhaustif) afin de diviser les données provenant de revues de la littérature, d'analyses environnementales et de consultations avec des spécialistes. Entre septembre 2024 et février 2025, nous avons examiné la littérature académique et grise (n = 67), analysé l'information publique disponible sur 51 programmes de traitement en établissement pour les enfants et les jeunes en Ontario et organisé des consultations semi-structurées (n = 86) auprès de 126 personnes. Les consultations ont été menées auprès des jeunes, des aidant.e.s, des chercheur.euse.s, des clinicien.ne.s-chercheur.euse.s, des dirigeant.e.s de systèmes, des dirigeant.e.s d'organismes, des prestataires de services et des représentant.e.s communautaires. Ces discussions ont permis à notre équipe d'apprendre des personnes qui étudient, utilisent et mettent en œuvre les traitements en établissement, et qui y ont accès. Ces personnes ont fourni des renseignements sur l'état actuel du traitement en établissement et ont fait part de leurs points de vue sur les lacunes, les besoins et les considérations importantes propres au secteur en Ontario.

État de la littérature et terminologie

Puisque l'état de la littérature et le cadre analytique de délimitation pour ce compte-rendu ont été effectués en anglais seulement, nous voulions tout d'abord fournir quelques explications au sujet du terme français sélectionné, soit « traitement en établissement », pour la traduction de « live-in treatment ». Suite à des discussions avec des gens du secteur qui travaillent sur le terrain, nous avons pu observer que de nombreuses agences semblent avoir une préférence pour le terme « traitement en établissement » afin d'éviter toute confusion sur l'endroit où sont fournis les soins, c'est-à-dire à l'extérieur de la résidence d'une personne. Veuillez noter que l'usage du terme « traitement en établissement » ne semble pas être utilisé par tous les organismes avec qui nous travaillons, puisque certains utilisent plutôt « traitement en résidence ». Toutefois, nous espérons que ce terme pourra faire consensus au fur et à mesure que notre travail dans ce domaine évolue.

Dans notre cadre analytique d'établissement de la portée, effectué en anglais seulement, nous avons défini des termes de recherche de base pour le traitement en établissement, notamment « live-in care », « residential treatment » et « residential services », ainsi que « bed-based services », qui sont fréquemment utilisés (en anglais) dans la littérature sur la santé liée à l'usage de substances et aux



dépendances. Notre examen de la littérature académique (en anglais) nous a permis de trouver divers autres termes utilisés pour décrire le traitement en établissement, comme « therapeutic residential care », « residential mental health care », « residential mental health treatment », « residential mental health facility » et « residential treatment center ». Toutefois, très peu d'articles universitaires utilisent le terme « live-in treatment ». En Ontario, on a récemment délaissé le terme « residential treatment » au profit du terme « live-in treatment » pour reconnaître les torts continus causés aux peuples autochtones par le système des pensionnats (soit « residential schools » en anglais) (Burman et coll., 2024; Consortium des organismes responsables, 2019 et 2021; O'Leary et coll., 2024). Toutefois, ce changement est encore nouveau et n'est pas largement reflété dans la littérature académique (en anglais). Nous avons effectué des recherches en utilisant l'ensemble des termes connexes et avons retenu « mental health » (santé mentale), « substance use health » (santé liée à l'usage de substances) et « addictions » (dépendances) de concert avec ces variations.

Les groupes dont il est question dans la littérature académique sont également variés. Certains articles, qui portent précisément sur les enfants et les jeunes placés en groupe ou en famille d'accueil, définissent le traitement en établissement comme un placement pour les enfants et les jeunes sous la protection de l'enfance qui ont besoin de logement. De plus, les articles portant uniquement sur la protection de l'enfance sans aborder la santé mentale, la santé liée à l'usage de substances ou le traitement lié aux dépendances ont été exclus de notre examen. Toutefois, des articles portant à la fois sur l'ensemble de ces sujets ont également été inclus. Ces derniers soulignent la conversation en cours au sujet de la distinction entre les soins et les traitements, ainsi que la façon dont ils sont abordés par des programmes de traitement en établissement¹.

Dans la littérature grise, plusieurs examens et rapports effectués au cours des 10 dernières années ont préconisé l'amélioration des traitements en établissement et des soins hors du domicile en Ontario :

- Strengthening children's mental health treatment through evidence and experience (Johnson et coll., 2015).
- Residential treatment: Working towards a new system framework for children and youth with severe mental health needs (Santé mentale pour enfants Ontario [SMEO], 2016).

¹ Les soins et les traitements sont étroitement liés, et une norme de qualité axée sur le traitement en établissement doit tenir compte de la façon dont ils sont intégrés. Ainsi, le langage utilisé pour définir les soins et les traitements évolue et continuera de changer tout au long de l'élaboration de la norme.



- Parce que les jeunes comptent : Rapport du Comité d'examen des services en établissement (ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016).
- Residential Treatment Working Group: Final report (Residential Treatment Working Group, 2017).
- Rapports sur les priorités provinciales (Consortium des organismes responsables, 2019 et 2021).
- Cadre de normes de qualité du ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, 2020).

En outre, de nombreux organismes ont mené leurs propres examens internes et initiatives d'amélioration de la qualité pour leurs programmes de traitement en établissement. Cet ensemble de travaux reflète des efforts de base importants visant à comprendre le paysage actuel, à cerner les défis et à façonner une vision pour améliorer le traitement en établissement en Ontario, ce qui aidera à éclairer l'élaboration de cette norme de qualité. Les résultats tirés de ces littératures académiques et grises sont intégrés dans les sections ci-dessous.



Pourquoi cette norme de qualité est-elle nécessaire?

Qu'est-ce que le traitement en établissement?

Les services essentiels en matière de santé mentale, de dépendances et de santé liée à l'usage de substances de l'Ontario sont offerts selon un continuum qui comprend divers types et intensités de soins afin de répondre aux besoins, aux objectifs et aux préférences des enfants, des jeunes et des aidant.e.s. Ces niveaux de soins comprennent 1) le bien-être, la promotion de la santé, la prévention et le dépistage précoce à tous les niveaux pour l'ensemble des enfants, des jeunes et des prestataires de soins dans la communauté (prévention ciblée, comme la littératie en santé); 2) les soins de faible intensité (ressources autoguidées, soutien par les pairs, services brefs); 3) soins d'intensité modérée (psychothérapie, thérapie de groupe, médication, services à la famille); 4) soins d'intensité modérée à élevée (consultation spécialisée, services d'hospitalisation psychiatrique, soins actifs); et 5) soins intensifs hautement spécialisés (hospitalisation avec des équipes multidisciplinaires, services de traitement intensif) (Institut du savoir, 2025; ministère de la Santé de l'Ontario, 2024). De plus, le traitement intensif comprend un ensemble de services, notamment des traitements communautaires ou de jour, des services à domiciles et des services hors du domicile (traitement en établissement) (ministère de la Santé de l'Ontario, 2024).

À l'heure actuelle, le traitement en établissement peut être défini comme un « traitement dans le cadre d'un placement 24 heures sur 24 hors du domicile prodigué par une équipe interprofessionnelle et multidisciplinaire qui utilise le milieu de vie quotidienne à des fins thérapeutiques » [traduction] (Consortium des organismes responsables, 2021). Le traitement en établissement est un élément important d'un continuum de soins complet destiné aux enfants et aux jeunes qui ont besoin d'un niveau de soutien plus élevé que celui qu'on peut leur offrir dans un contexte moins restrictif (Harper et coll., 2019; Herbell et coll., 2024a; Herbell et Ault, 2021; Lanier et coll., 2020; Liddle et coll., 2018; Lynch et coll., 2017; Roy et coll., 2020; Theall et coll., 2022; Vogelsang et coll., 2024; Yeheskel et coll., 2020). Les enfants et les jeunes qui ont accès à un traitement en établissement ont des problèmes importants et complexes de santé mentale, de santé liée à l'usage de substances ou de dépendances, et ont souvent des antécédents de traumatisme qui influent sur leur capacité de fonctionner à la maison, à l'école ou dans la communauté (Bryson et coll., 2017; Coll et coll., 2019; Evans et coll., 2020; Frensch et coll., 2022; Good et Mishna, 2021; Grosset et coll., 2018; Herbell et coll., 2024a; Herbell et



Ault, 2021; Liddle et coll., 2018; Matte-Landry et Collin-Vézina, 2022; O'Leary et coll., 2024; Preyde et coll., 2020; Roy et coll., 2021; Vogelsang et coll., 2024).

De plus, le traitement en établissement est un traitement volontaire visant à aider à stabiliser et à atténuer les symptômes au moyen de modalités de traitement clinique fondées sur des données probantes, tout en offrant aux enfants et aux jeunes la possibilité d'acquérir et de mettre en pratique des capacités d'adaptation et des habiletés de la vie quotidienne dans le but de passer graduellement à des services moins intensifs (Grosset et coll., 2018; Herbell et coll., 2024a; Preyde et coll., 2018 et 2020; Theall et coll., 2022; Vogelsang et coll., 2024).

Cette norme de qualité se veut applicable, pertinente et significative pour l'ensemble des programmes de traitement en établissement de l'Ontario. Nous avons inclus la santé liée à l'usage de substances et les dépendances, ainsi que notre mention de la santé mentale tout au long de ce compte-rendu du sujet. Cette approche vise à répondre à l'appel visant à coordonner et à intégrer les services de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances dans le secteur, et à inclure les services liés aux dépendances pour les enfants et les jeunes dans le nouveau cadre des services essentiels (Bureau du vérificateur général de l'Ontario, 2025). Enfin, il reste à déterminer la façon dont cette norme de qualité s'appliquera aux programmes de traitement en établissement (ou avec hébergement) propres à la santé liée à l'usage de substances et aux dépendances. Nous étudierons davantage cette question tout au long du processus d'élaboration de la norme.

Quel est l'état actuel?

Grâce à nos activités pour établir la portée et à la synthèse des données recueillies, nous avons appris que les programmes de traitement en établissement en Ontario varient dans leurs approches, comportant ainsi divers critères d'admission, processus d'admission et de congé, groupes d'âge desservis, durées de séjours et modalités de traitement clinique². Même si le ministère de la Santé décrit les attentes minimales des programmes de traitement en établissement, les approches

² Le rapport provincial sur le paysage intensif (Capitaliser pour les enfants, 2025) donne un aperçu quantitatif du traitement en établissement en Ontario.



particulières relèvent de chaque organisme (Johnson et coll., 2015; ministère de la Santé de l'Ontario, 2024). Malgré ces différences, il existe des éléments communs entre les programmes.

- Les équipes interdisciplinaires offrent des traitements et des soins aux enfants, aux jeunes et aux aidant.e.s, ainsi qu'au réseau de soutien.
- La planification des congés commence le plus tôt possible, souvent au moment même de l'admission.
- Le traitement comprend une combinaison de thérapie individuelle et de groupe, de thérapie familiale ou de psychoéducation, ainsi que d'acquisition de compétences.
- Les aidant.e.s sont fortement encouragé.e.s à participer au traitement, et sont parfois requis.e.s de le faire.

Secteurs connexes

Le paysage actuel des programmes de traitement en établissement en Ontario comporte une interaction complexe avec d'autres secteurs, notamment les soins actifs, l'éducation, la justice pour les jeunes et la protection de l'enfance. À la lumière de nos consultations et de notre revue de la littérature, il est clair qu'il n'est pas possible d'obtenir un portrait complet du traitement en établissement sans tenir compte de son interaction avec ces secteurs.

Les établissements d'hospitalisation offrent une stabilisation à court terme aux enfants et aux jeunes en situation de crise. Une fois que les besoins immédiats des jeunes en matière de santé mentale, de dépendances et de santé liée à l'usage de substances sont pris en compte, il faut souvent leur offrir un traitement continu pour soutenir un rétablissement à long terme. Ainsi, les programmes de traitement en établissement constituent un pont important dans ce processus, en offrant un environnement moins restrictif pour le traitement continu (SMEO, 2016; van Dorp et coll., 2023; Woody et coll., 2019). Certains hôpitaux de l'Ontario utilisent un modèle « relais-départ » qui permet aux enfants et aux jeunes de faire la transition entre les soins hospitaliers actifs et le traitement en établissement, puis de réintégrer la communauté (Capitaliser pour les enfants, 2025).

Les enfants et les jeunes poursuivent leurs études pendant qu'ils suivent un traitement en établissement. Certain.e.s participent à des travaux de cours sous la direction d'un.e enseignant.e inscrit.e au programme en établissement, tandis que d'autres continuent de recevoir une éducation dans leur école régulière (Gutterswijk et coll., 2020). Il est important que les prestataires de traitement en établissement travaillent en étroite collaboration et maintiennent une communication ouverte avec les conseils scolaires de district, les administrations scolaires, les responsables de la liaison en



éducation et les enseignants. Cette collaboration permet de s'assurer que les enfants et les jeunes obtiennent le soutien éducatif dont ils ont besoin pendant le traitement et aide à planifier leur retour à l'école par la suite (ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, 2020).

Les enfants et les jeunes ayant des problèmes de santé mentale, qui se sont fait du mal à eux-mêmes ou à d'autres personnes, ou qui ont tenté de le faire, peuvent recevoir un traitement dans le cadre des programmes de traitement en milieu fermé. L'admission à ces programmes se produit lorsque les enfants et les jeunes ont de graves problèmes de santé mentale et des comportements qui présentent un risque important pour eux-mêmes ou pour les autres, et que leurs comportements ne peuvent pas être gérés en toute sécurité par d'autres services dans leur situation de vie actuelle ou d'autres placements hors du domicile (Schutte et coll., 2022). Les programmes de traitement en milieu fermé sont régis par la loi et exigent une ordonnance du tribunal pour l'admission, cette dernière étant habituellement obligatoire (Schutte et coll., 2022). Ils visent à stabiliser les enfants et les jeunes dans un environnement hautement supervisé, dans le but de leur permettre de progresser suffisamment avant de faire la transition vers des options de traitement moins restrictives. Les programmes de traitement en établissement jouent souvent un rôle essentiel dans cette transition, puisqu'ils servent de programme de « départ » où les enfants et les jeunes peuvent poursuivre leur traitement dans un milieu moins restrictif (Johnson et coll., 2015).

Le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires supervise les programmes gérés par les sociétés de l'aide à l'enfance, notamment les placements en famille d'accueil et les soins de groupe. Ces endroits offrent un milieu de vie sécuritaire aux enfants et aux jeunes qui ne peuvent pas rester avec leur famille et se concentrent sur la prestation de soins de base plutôt que sur le traitement. De plus, certains enfants et jeunes pris en charge par les services de protection de l'enfance ont d'importants problèmes de santé mentale, de dépendances et de santé liée à l'usage de substances, et peuvent nécessiter un traitement en établissement (Consortium des organismes responsables, 2019).

Quels sont les défis liés au traitement en établissement?

Grâce à la littérature et à nos consultations, nous avons constaté des lacunes et des défis notables dans les programmes de traitement en établissement notamment :



- des défis liés à la main-d'œuvre;
- un manque de critères d'admissibilité clairs et cohérents;
- des défis liés à la participation des aidant.e.s;
- divers modèles de programmes cliniques et pratiques fondées sur des données probantes;
- des difficultés liées à la transition hors du traitement en établissement.

Défis liés à la main-d'œuvre

L'un des défis les plus importants relevés dans les consultations et la littérature est celui qui touche la main-d'œuvre. Les environnements de traitement en établissement sont parmi les plus exigeants du secteur. Du personnel est présent en tout temps dans un environnement où s'enchaînent les quarts de travail auprès d'enfants et de jeunes aux besoins parmi les plus complexes à satisfaire (Consortium des organismes responsables, 2019).

Compte tenu de la complexité des besoins des enfants et des jeunes qui ont accès à un traitement en établissement, et du fait que ces services sont offerts 24 heures sur 24 hors du domicile, les programmes de traitement en établissement se composent habituellement d'équipes interdisciplinaires ayant des antécédents scolaires et des champs d'exercice différents, comme les travailleur.euse.s auprès des enfants et des jeunes, les psychologues, les psychiatres et les travailleur.euse.s sociaux.ales. Cependant, la formation du personnel interne pour le traitement en établissement n'est pas réglementée en Ontario (ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016; O'Leary et coll., 2024). Certaines situations, comme l'intervention en situation de crise, nécessitent une formation annuelle. Toutefois, il n'y a pas de formation normalisée ou obligatoire, ainsi que spécialisée pour l'ensemble du personnel sur les approches de traitement (ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016; O'Leary et coll., 2024). Par exemple, les travailleur.euse.s auprès des enfants et des jeunes, qui passent plus de temps avec ces derniers que les autres prestataires de services et qui les observent souvent dans le milieu et en période de crise, reçoivent habituellement une formation limitée sur des modalités de traitement particulières (Consortium des organismes responsables, 2019; O'Leary et coll., 2024). De plus, les programmes d'étude postsecondaire de soins aux enfants et aux jeunes offrent une vaste formation, mais ne mettent pas beaucoup l'accent sur les théories psychologiques et la santé mentale, la santé liée à l'usage de substances et le traitement contre les dépendances. Ce fait contraste avec la formation plus spécialisée reçue par le personnel clinique, comme les travailleur.euse.s sociaux.ales et les psychologues. Ainsi, l'absence d'une formation de base uniforme pour l'ensemble personnel a des répercussions sur les normes de soins que reçoivent les enfants et les jeunes (ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016; O'Leary et coll., 2024). Cette absence signifie également que les compétences des travailleur.euse.s auprès des enfants et des



jeunes sont souvent sous-utilisées, ce qui entraîne des occasions manquées d'intégrer délibérément le traitement clinique et la thérapie par le milieu, notamment l'intégration du soutien au traitement dans le milieu.

En outre, le travail de traitement en établissement est exigeant sur le plan émotionnel. Sans une formation, une supervision et un soutien adéquats, les prestataires de services directs peuvent avoir du mal à répondre aux exigences de ces environnements intensifs, ce qui mène souvent à l'épuisement professionnel (Geoffrion et coll., 2021; Kor et coll., 2021). Malgré la nature difficile du travail, le personnel des services directs est souvent sous-payé, ce qui pousse beaucoup de gens à chercher des occasions de travail mieux rémunérées ailleurs. Le traitement en établissement est souvent décrit comme un « tremplin » vers d'autres carrières, contribuant à des taux de roulement élevés et exacerbant la pénurie de personnel (ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016). De plus, le taux de roulement élevé complique davantage le problème en exerçant des pressions sur les ressources de formation. Les organismes sont confrontés au défi logistique de fournir une formation continue tout en veillant à ce que les quarts de travail soient couverts (ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016; O'Leary et coll., 2024). Enfin, la combinaison d'une formation insuffisante, d'une rémunération inadéquate et d'un taux de roulement élevé crée un défi cyclique et complexe.

Manque de critères d'admissibilité clairs et cohérents

À l'heure actuelle, il n'y a pas de critères diagnostiques ou d'indicateurs cliniques uniformes pour déterminer l'admissibilité à un traitement en établissement ou sa pertinence. Sans un profil clinique bien défini et à jour, il devient difficile de déterminer quels enfants et jeunes ont besoin d'un traitement en établissement et pour lesquels il serait bénéfique, quelle est la meilleure approche de traitement pour eux et leur compatibilité avec les autres participant.e.s au programme (Evans et coll., 2020; Johnson et coll., 2015; Consortium des organismes responsables, 2019; Optimus SBR, 2025; Theall et coll., 2022).

Il n'y a pas d'outils ou de lignes directrices d'évaluation communs en place pour aider à déterminer quand le traitement en établissement est la meilleure option et quel programme est la meilleure option (Johnson et coll., 2015, Consortium des organismes responsables, 2019). Le traitement en établissement est destiné aux enfants et aux jeunes qui sont aux prises avec les problèmes les plus complexes et les plus graves en matière de santé mentale, de santé liée à l'usage de substances et de dépendances. Les profils cliniques sont donc diversifiés. Cette diversité soulève la question de savoir



comment cerner avec exactitude les personnes qui tireraient le plus parti de ce niveau de traitement et qui répondraient à ses critères.

En l'absence d'outils d'évaluation normalisés, de critères pour faire correspondre les besoins aux modèles de programme clinique les mieux adaptés ou de critères pour définir qui sont les personnes admissibles au traitement en établissement, il est difficile de s'assurer que ce type de traitement est réellement la meilleure option pour les enfants et les jeunes qui y ont accès (Johnson et coll., 2015; Consortium des organismes responsables, 2019). De plus, le fait de se concentrer uniquement sur les présentations cliniques des enfants et des jeunes qui suivent actuellement un traitement en établissement ne donne aucune information sur le profil clinique des personnes qui n'ont pas accès à ce traitement, et qui pourraient également en tirer parti (Consortium des organismes responsables, 2021). Sans profils cliniques clairs, il est difficile de déterminer quels enfants et jeunes tireraient le plus parti d'un traitement en établissement par opposition à d'autres services intensifs. Le MOATI appuie actuellement les travaux visant à déterminer la population clinique du traitement en établissement (Optimus SBR, 2025). Ainsi, des profils cliniques clairs et une évaluation normalisée permettraient d'adapter les besoins à l'intensité et aux modalités de traitement appropriées.

Le fait que l'admission aux programmes de traitement en établissement est souvent fondée sur la disponibilité des lits plutôt que sur l'adéquation entre les besoins des enfants et des jeunes, et les caractéristiques d'un programme (modèle de programme clinique) représente un autre défi. Ce défi peut donner lieu à une situation où un lit est occupé par un.e patient.e dont les soins du programme ne sont pas le mieux adaptés à ses besoins, ce qui retarde non seulement l'accès d'autres personnes qui pourraient en profiter davantage, mais laisse également les besoins actuels de la ou du patient.e insatisfaits (SMEO, 2016; Evans et coll., 2020; Johnson et coll., 2015; Consortium des organismes responsables, 2021; ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016; Optimus SBR, 2025; Yeheskel et coll., 2020). Par ailleurs, certains programmes peuvent refuser l'admission d'enfants ou de jeunes s'ils ne sont pas en mesure de répondre efficacement à ses besoins. Il en résulte que les lits demeurent inoccupés et qu'il n'existe aucun autre programme qui pourrait mieux répondre aux besoins des enfants ou des jeunes vers lequel les aiguiller (Johnson et coll., 2015). Ce défi découle de



l'absence d'une variété de modèles de programmes cliniques définis et de niveaux conformes de traitement en établissement dans l'ensemble de la province³.

La compatibilité représente également un élément important du processus d'admission. Les responsables de programmes doivent examiner attentivement la façon dont les enfants ou les jeunes interagiront avec les autres patient.e.s du programme afin de prévenir une dynamique négative du groupe et de réduire au minimum le risque d'entraver la progression du traitement (Gutterswijk et coll., 2020; Johnson et coll., 2015; Kor et coll., 2021).

Parfois, les enfants ou les jeunes peuvent avoir besoin d'un endroit sûr où rester et d'un soutien en matière de santé mentale, de santé liée à l'usage de substances et de dépendances, sans avoir besoin du niveau de traitement intensif offert par les programmes de traitement en établissement. En raison d'une pénurie d'options de logement sûr et avec des services de soutien, ainsi que des voies d'accès à des niveaux appropriés de soins, il se peut que l'on recherche un lit en traitement en établissement même si le placement ne correspond pas aux besoins des enfants ou des jeunes en question. Ce défi de placement découle souvent d'un manque de clarté en matière de critères et des attentes du programme de traitement en établissement. À l'inverse, il existe des cas où les enfants et les jeunes pris en charge par la protection de l'enfance ont besoin d'un traitement intensif en santé mentale, mais ne sont pas en mesure d'accéder à un lit dans le cadre d'un traitement en établissement (Consortium des organismes responsables, 2019). Dans les deux cas, il y a un écart entre les besoins des enfants et des jeunes, ainsi que le placement offert.

Défis liés à la participation des aidant.e.s

La littérature met l'accent sur l'importance de la participation active des aidant.e.s comme facteur essentiel du succès du traitement en établissement chez les enfants et les jeunes. Néanmoins, la capacité des aidant.e.s à participer peut varier pour plusieurs raisons.

- Les enfants et les jeunes peuvent suivre des programmes de traitement en établissement qui sont situés loin de chez eux. Cette distance peut rendre la présence des aidant.e.s difficile et limiter les occasions de communication et les visites à domicile.

³ Plusieurs rapports ont décrit la nécessité d'un modèle de traitement à plusieurs niveaux en Ontario (SMEO, 2015; 2016; Johnson et coll., 2015; Consortium des organismes responsables, 2021; Residential Treatment Working Group, 2017).



- Les relations entre les enfants, les jeunes et les aidant.e.s peuvent être tendues, et les personnes concernées pourraient avoir besoin d'un répit.
- Les aidant.e.s peuvent également être aux prises avec leurs propres problèmes de santé mentale, de santé liée à l'usage de substances et de dépendances, ce qui peut nuire à leur capacité de participer.
- Les enfants et les jeunes qui ont recours aux services d'aide sociale à l'enfance et de protection de l'enfance peuvent avoir peu de rapports avec leurs aidant.e.s.

Certains programmes exigent que les aidant.e.s participent au traitement, tandis que d'autres encouragent fortement la participation de ces derniers et s'y attendent, mais ne l'exigent pas. L'accent mis sur la participation des aidant.e.s est fondé sur les données probantes selon lesquelles le traitement en établissement est plus efficace lorsque ces derniers participent activement à l'ensemble des aspects du programme (SMEO, 2016; Coll et coll., 2019; Herbell et coll., 2024a et 2024b; James, 2017; Johnson et coll., 2015; Ninan et coll., 2014; Patel et coll., 2019; Residential Treatment Working Group, 2017; Whittaker et coll., 2016; Woody et coll., 2019). Pour que les enfants ou les jeunes puissent maintenir les progrès réalisés pendant le traitement, leur environnement familial doit évoluer en même temps qu'eux (Herbell et coll., 2024a et 2024b; Johnson et coll., 2015). Pour ce faire, les aidant.e.s doivent recevoir du soutien parallèlement aux enfants et aux jeunes (Institut du savoir, 2025).

Divers modèles de programmes cliniques et pratiques fondées sur des données probantes

En Ontario, les approches de traitement des programmes de traitement en établissement varient considérablement, puisqu'il n'existe aucune norme exigeant la mise en œuvre de modèles de programme clinique enracinés dans les modalités de traitement qui constituent une pratique exemplaire pour le traitement en établissement. Ainsi, il n'existe aucune modalité de traitement normalisée dans l'ensemble des programmes. Cette souplesse est également importante parce qu'elle permet d'adopter différentes approches cliniques pour répondre aux divers besoins des enfants et des jeunes. Les organismes conçoivent et élaborent habituellement des programmes en fonction de leur expertise, de leurs philosophies et de leurs priorités (Consortium des organismes responsables, 2019). Toutefois, des défis surviennent parce que certains programmes ne suivent pas un modèle clinique particulier et s'appuient plutôt uniquement sur la thérapie par le milieu. Même si certains considèrent cette thérapie comme une forme de traitement, un traitement efficace devrait être guidé par un modèle clinique fondé sur des données probantes, dont le milieu sert d'environnement favorable au traitement. Ainsi, il est essentiel que les programmes de traitement en établissement mettent en œuvre des modèles fondés sur des données probantes avec fidélité et démontrent que leur approche mène à des résultats cliniques importants.



De plus, le personnel du secteur fait face à des défis liés à l'évaluation de l'efficacité des programmes. En effet, il n'existe pas de système normalisé de mesure du rendement pour évaluer les résultats des traitements en établissement ni de méthode fiable pour effectuer le suivi des résultats à long terme (Johnson et coll., 2015; ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016; Theall et coll., 2022). De plus, les mécanismes et les approches de collecte des données varient grandement d'un programme à l'autre. En raison de la diversité des modèles de programme, il est également difficile de tirer des conclusions des recherches existantes sur les interventions les plus efficaces. Ainsi, même si les programmes de traitement en établissement sont exigeants sur le plan des ressources et très coûteux, il est difficile d'en tirer des preuves convaincantes de leurs effets positifs et durables pour les enfants et les jeunes après leur congé (Grosset et coll., 2018; Consortium des organismes responsables, 2019; Theall et coll., 2022).

Difficultés liées à la transition après le traitement en établissement

De nombreux enfants et jeunes qui ont accès à un traitement en établissement présentent des améliorations au moment du congé, mais ont souvent de la difficulté à maintenir ces gains à long terme (SMEO, 2016; Frensch et coll., 2022; Givetash et coll., 2017; Johnson et coll., 2015; ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016; Optimus SBR, 2025; Preyde et coll., 2018; 2020; Tran et coll., 2017; Vogelsang et coll., 2024). L'un des principaux défis est le retour à la maison, ce qui peut avoir contribué à leurs problèmes initiaux en matière de santé mentale, de santé liée à l'usage de substances et de dépendances. Le traitement en établissement offre un espace structuré et thérapeutique pour recevoir des traitements et perfectionner des compétences, mais il peut être difficile de soutenir les progrès si les aidant.e.s n'ont pas participé activement au processus de traitement ou s'ils n'ont pas eux-mêmes reçu du soutien (Johnson et coll., 2015; Preyde et coll., 2020).

De plus, la capacité des programmes de traitement en établissement en Ontario d'offrir du soutien après le congé varie, car les services de transition et de suivi ne sont généralement pas financés, ce qui complique le retour à la maison (Johnson et coll., 2015). En outre, le traitement en établissement a toujours fonctionné de manière isolée par rapport aux autres services communautaires. Même si les services de santé mentale des enfants et des jeunes, de santé liée à l'usage de substances et de dépendances existent dans un continuum, le traitement en établissement est souvent considéré comme un dernier recours plutôt qu'un élément d'un plan de traitement complet. Cette approche fragmentée apporte des défis au moment du congé, où une solide collaboration avec les partenaires communautaires est essentielle à une transition en douceur. Sans effort coordonné entre les services et les secteurs, il existe souvent des écarts dans la continuité des soins, ce qui rend plus difficile pour



les enfants, les jeunes et les aidant.e.s d'appuyer les progrès réalisés pendant le traitement (Consortium des organismes responsables, 2019; ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016; Patel et coll., 2019; Preyde et coll., 2018; Vogelsang et coll., 2024).

Autres défis

Voici d'autres défis mentionnés dans la littérature et les consultations :

- Le traitement en établissement est l'un des services les plus **exigeants en ressources** dans le secteur, ce qui nécessite d'importants investissements financiers (Coll et coll., 2019; Herbell et coll., 2024a; Theall et coll., 2022). Cependant, la hausse de l'inflation, l'augmentation des coûts opérationnels et de dotation, ainsi que la complexité croissante des besoins dépassent les modèles de financement existants (SMEO, 2016; Johnson et coll., 2015; Consortium des organismes responsables, 2019).
- **Les exigences universelles en matière de permis** créent d'importants défis pour le traitement en établissement. De plus, les approches actuelles en matière de permis ne font pas de distinction entre les services accrédités et les traitements accrédités en santé mentale lorsqu'un traitement fondé sur des données probantes est requis. Même si certaines conditions requises pour la délivrance d'un permis s'appliquent à l'ensemble des environnements hors du domicile, il doit y avoir des considérations particulières de la santé mentale, de la santé liée à l'usage de substances et du traitement contre les dépendances pour les contextes uniques hors du domicile, ainsi que pour les caractéristiques et les besoins uniques des traitements et des modèles de programmes particuliers (SMEO, 2016; Johnson et coll., 2015; Consortium des organismes responsables, 2019).
- La **géographie de l'Ontario crée des obstacles à un accès équitable** au traitement en établissement. Les enfants et les jeunes qui vivent dans des collectivités rurales, éloignées et du Nord doivent souvent quitter ces régions pour recevoir un traitement, ce qui entraîne une séparation de leur réseau de soutien qui ne peut pas participer étroitement à leur traitement. À leur retour, leurs communautés pourraient ne pas avoir les ressources nécessaires pour soutenir le traitement continu (SMEO, 2016; Consortium des organismes responsables, 2019; ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016).

Au-delà de ces défis, les traitements en établissement font parfois l'objet d'examen plus approfondi. En outre, certains organismes ont décidé de mettre fin à leurs programmes de traitement en établissement et de réaffecter les fonds à d'autres services intensifs. Les préoccupations portent souvent sur l'incidence du retrait des enfants et des jeunes de leur foyer, plus particulièrement celles et ceux qui sont âgés de 0 et 12 ans, ainsi que sur les coûts importants de ces programmes sans qu'il soit toujours possible d'obtenir des résultats cliniques clairs (Gutterswijk et coll., 2020; James, 2017; Liddle et coll., 2018; Lynch et coll., 2017; Strickler et coll., 2016; Whittaker et coll., 2016; Woody et coll., 2019). Malgré les défis et les critiques, le traitement en établissement demeure un élément essentiel d'un continuum de soins complet.



Quelle est la vision idéale pour les traitements en établissement?

De nombreux enfants et jeunes peuvent recevoir des soins intensifs en santé mentale tout en habitant avec leurs aidant.e.s (traitement de jour, traitement à domicile). Cependant, certains auront des besoins graves et complexes qui exigent des soins intensifs 24 heures sur 24. Dans certains cas, les placements en traitement en établissement sont nécessaires en raison des environnements familiaux difficiles qui ne peuvent pas soutenir un traitement intensif en santé mentale (Johnson et coll., 2015; Consortium des organismes responsables, 2019). Un système complet et communautaire en matière de santé mentale des enfants et des jeunes, de santé liée à l'usage de substances et de dépendances propose un continuum complet de service, allant des services brefs aux traitements intensifs. Il est également conçu pour soutenir le petit pourcentage d'enfants et de jeunes qui pourraient tirer parti d'un traitement en établissement. Les renseignements tirés des consultations et de la littérature ont contribué à façonner la vision idéale suivante pour les traitements en établissement.

L'admission à un traitement en établissement commence par une compréhension claire des enfants et des jeunes qui tireront le plus parti de ce type de traitement. À l'appui de cette vision, le MOATI appuie actuellement les travaux visant à définir la population clinique pour les traitements en établissement en Ontario (Optimus SBR, 2025), et ce rapport sera ensuite communiqué à l'Institut du savoir afin d'éclairer les discussions futures. De plus, des évaluations normalisées sont effectuées afin d'harmoniser le meilleur traitement avec les besoins et les objectifs des enfants et des jeunes. S'il est déterminé que le traitement en établissement est la meilleure option, les enfants et les jeunes en question seront aiguillés vers le programme qui peut le mieux soutenir leurs besoins en santé mentale, en santé liée à l'usage de substances et en dépendances.

Lorsque des enfants et des jeunes sont admis, les programmes de traitement en établissement doivent :

- soutenir le réseau de soutien en plus des enfants et des jeunes, en veillant à ce qu'ils participent activement et de façon significative à chaque étape du programme (SMEO, 2016; Coll et coll., 2019; Frensch et coll., 2022; Herbell et coll., 2024a et 2024b; James, 2017; Johnson et coll., 2015; Ninan et coll., 2014; Patel et coll., 2019; Preyde et coll., 2020; Residential Treatment Working Group, 2017; Whittaker et coll., 2016; Woody et coll., 2019).
- inclure une équipe interdisciplinaire de professionnel.le.s qui reçoivent un soutien, une formation et une supervision clinique continue pour appuyer le modèle du programme clinique (Coll et coll., 2019; Johnson et coll., 2015; O'Leary et coll., 2024);



- intégrer de façon réfléchie et délibérée un traitement fondé sur des données probantes (thérapie comportementale dialectique [TCD], thérapie cognitivo-comportementale [TCC] et autres) adéquatement adapté à la thérapie par le milieu et aux activités, comme l'activité physique, les loisirs et l'acquisition de compétences afin d'offrir des soins holistiques (Coll et coll., 2019; Frensch et coll., 2022; Johnson et coll., 2015);
- préparer les enfants, les jeunes et les aidant.e.s à leur congé tôt dans le processus (Johnson et coll., 2015; Woody et coll., 2019);
- mesurer régulièrement les progrès et les résultats afin d'éclairer les plans de traitement personnalisés et de s'assurer que les enfants et les jeunes progressent vers l'atteinte de leurs objectifs (soins fondés sur des mesures) (Theall et coll., 2022; Yeheskel et coll., 2020);
- offrir un soutien spécialisé aux enfants et aux jeunes ayant des besoins complexes et concomitants, soit par l'intermédiaire de leur équipe interdisciplinaire ou en collaboration avec d'autres services (Woody et coll., 2019).

Lorsque les enfants et les jeunes sont prêts à recevoir leur congé, ils ont accès à des services de soutien après le traitement pour maintenir les progrès réalisés pendant le traitement. Ces services comprennent une collaboration coordonnée entre les organismes communautaires de services liés à la santé mentale, à la santé liée à l'usage de substances et aux dépendances, ainsi que d'autres secteurs afin d'assurer une transition en douceur vers des niveaux inférieurs de soins et la réintégration dans la communauté (SMEO, 2016; Coll et coll., 2019; ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016; Woody et coll., 2019).

Dans l'ensemble des aspects du processus, de l'admission au congé :

- les patient.e.s sont toujours au cœur de la prise de décisions, avec leurs besoins, leurs objectifs, leurs expériences et leur capacité à recevoir des soins étant reconnus et respectés (Ninan et coll., 2014; Woody et coll., 2019);
- les traitements et les soins sont adaptés à la culture, fondés sur l'affirmation de l'identité et sûrs (Johnson et coll., 2015, Residential Treatment Working Group, 2017).
- la gestion continue des cas assure la continuité des soins et aide à jumeler les enfants et les jeunes au bon niveau de soins et aux traitements en établissement qui correspondent à leurs besoins et à leurs objectifs (SMEO, 2016; Herbell et coll., 2024a; Johnson et coll., 2015).



Justification de l'amélioration

D'importants travaux fondamentaux ont été réalisés pour cerner les défis et élaborer une vision visant à améliorer le traitement en établissement en Ontario. Même s'il y a un dévouement commun à offrir des traitements en établissement de qualité supérieure, la mise en œuvre d'un tel traitement fondé sur des données probantes dans l'ensemble de la province est incohérente. La mise en œuvre d'une norme de qualité pour le traitement en établissement est importante pour le succès des initiatives provinciales visant à proposer un accès équitable aux traitements intensifs fondés sur des données probantes dans l'ensemble de la province, à améliorer l'uniformité des services et des résultats du traitement, et à établir des voies d'accès aux traitements claires. Une norme de qualité s'appuiera sur les forces et le travail du secteur pour améliorer la qualité des soins intensifs en santé mentale, en santé liée à l'usage de substances et pour le traitement contre les dépendances en corrigeant les incohérences, en améliorant la clarté et la fiabilité, et en établissant un ensemble fondamental de principes fondés sur les données probantes qui encouragent la responsabilisation, l'évaluation et l'amélioration continue.



Principes fondamentaux

Nous reconnaissons qu'une approche universelle ne répond pas aux divers besoins des communautés de l'Ontario. Ainsi, la norme de qualité permettra de déterminer les principes fondamentaux (ou les thèmes) qui représentent les considérations les plus importantes pour les traitements en établissement. Dans cette dernière, chaque principe fondamental est accompagné d'énoncés de qualité particuliers. Ces énoncés ambitieux, mais réalistes, qui sont fondés sur les meilleures données probantes disponibles, décrivent un traitement en établissement optimal et de la plus haute qualité.

Les principes fondamentaux et les énoncés de qualité sont définis en consultation avec le CCNQ. Pour amorcer ce processus, nous avons cerné des thèmes préliminaires à examiner en fonction de nos revues de la littérature et de nos consultations.

Veillez noter qu'à ce stade du processus, les thèmes ci-dessous visent uniquement à éclairer les conversations sur les principes fondamentaux de la norme de qualité. Certains thèmes comprendront des concepts qui se répéteront ou se chevaucheront. Ils peuvent également inclure des concepts ou des détails qui devraient être considérés comme un principe fondamental. Veuillez lire les thèmes pour déterminer quels sont, selon vous, les détails les plus importants, significatifs et pertinents pour une norme de qualité pour le traitement en établissement.

Soins personnalisés et axés sur les patient.e.s

- Une évaluation normalisée détermine les besoins de traitement uniques de chaque enfant et jeune, en veillant à ce que les plans de traitement soient fondés sur les forces et adaptés aux besoins individuels (SMEO, 2016; Johnson et coll., 2015). De plus, les évaluations continues et les mises à jour régulières de ces plans aident le traitement à évoluer en fonction des besoins changeants des enfants et des jeunes (soins fondés sur la mesure) (SMEO, 2016; Theall et coll., 2022; Yeheskel et coll., 2020).
- Les enfants et les jeunes sont au premier plan de la prise de décisions et collaborent avec les prestataires de services pour prendre des décisions concernant leur traitement et leurs soins (ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, 2020; ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016; Ninan et coll., 2014; Woody et coll., 2019).
- La gestion continue des cas aide à cerner les bons niveaux de soins et à jumeler les enfants, les jeunes et les aidant.e.s avec ceux qui correspondent à leurs besoins, leurs préférences et leurs objectifs, et appuie l'orientation et la continuité des soins (SMEO, 2016; Herbell et coll., 2024a; Johnson et coll., 2015; Kanter, 1989).



Participation des aidant.e.s

- Les aidant.e.s sont encouragé.e.s à participer activement à l'ensemble des aspects du programme, notamment l'admission, la planification du traitement, le traitement et le congé (SMEO, 2016; Coll et coll., 2019; Herbell et coll., 2024a et 2024b; James, 2017; Johnson et coll., 2015; ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016; Ninan et coll., 2014; Patel et coll., 2019; Residential Treatment Working Group, 2017; Whittaker et coll., 2016; Woody et coll., 2019).
- Le réseau de soutien reçoit de l'appui parallèlement aux enfants et aux jeunes, notamment des possibilités de communication collaborative, d'information et d'éducation, de soutien par les pairs et, dans la mesure du possible, de participation à la thérapie individuelle ou familiale (Coll et coll., 2019; Frensch et coll., 2022; Herbell et coll., 2024a et 2024b; Johnson et coll., 2015; Ninan et coll., 2014; Preyde et coll., 2020; Residential Treatment Working Group, 2017).
- Les programmes aident les enfants, les jeunes et les aidant.e.s à renforcer leurs relations familiales et à créer un milieu familial plus favorable (Furtado et coll., 2016; Grosset et coll., 2018; Johnson et coll., 2015; Optimus SBR, 2025; Patel et coll., 2019; Whittaker et coll., 2016).
- Les obstacles à la participation des aidant.e.s (p. ex. l'emplacement) sont déterminés et atténués dans la mesure du possible (SMEO, 2016; Herbell et coll., 2024a et 2024b; Johnson et coll., 2015; Ninan et coll., 2014).

Équité, diversité, inclusion, accessibilité et antiracisme

- Les considérations relatives à l'EDIA-R sont intégrées dans l'ensemble des aspects des traitements en établissement, notamment l'admission, l'évaluation, la planification du traitement et la planification du congé, ainsi que la formation et les compétences du personnel. Ces considérations permettent de s'assurer que les traitements tiennent compte du contexte culturel et comprennent l'accès à des approches et à des perspectives particulières à la culture (SMEO, 2015; Johnson et coll., 2015; ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016).
- Des voies d'accès à des soins adaptés sur le plan culturel et linguistique sont offertes grâce à des partenariats importants et à une dotation culturellement diversifiée (Johnson et coll., 2015; ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, 2020).
- Le personnel participe au renforcement continu des capacités afin d'accroître ses connaissances et ses compétences dans la prestation de soins anti-oppressifs, antiracistes, et tenant compte des traumatismes et de la culture (Johnson et coll., 2015).
- La mesure du rendement comprend des mesures de diversité pour évaluer l'équité et les résultats parmi les groupes culturels (Johnson et coll., 2015; ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016; Residential Treatment Working Group, 2017).

Mise en correspondance avec les bons services

- Les traitements en établissement représentent un élément important du continuum de soins pour les enfants et les jeunes ayant des besoins complexes. Le traitement est prodigué au départ dans l'environnement le moins restrictif, puis le traitement en établissement est offert aux enfants et aux jeunes ayant besoin d'un niveau de soutien plus élevé que ce qui peut être offert dans un milieu moins exigeant en ressources (Gutterswijk et coll., 2020; James, 2017; Johnson et coll., 2015; Liddle et coll., 2018; Lynch et coll., 2017; Whittaker et coll., 2016; Woody et coll., 2019).
- Une évaluation complète et normalisée est effectuée afin que les besoins des enfants et des jeunes soient mis en correspondance avec les bons niveaux de soins et un programme de



traitement en établissement adéquat (SMEO, 2016; Coll et coll., 2019; Johnson et coll., 2015; Stewart et coll., 2023; Theall et coll., 2022).

Troubles concomitants et besoins complexes

- Les enfants et les jeunes ayant des besoins complexes en santé mentale, notamment des troubles concomitants (problèmes concomitants de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances ou de dépendances) et des diagnostics mixtes (déficiences développementales et problèmes de santé mentale concomitants), reçoivent des soins intégrés spécialisés (Woody et coll., 2019).
- Des partenariats et des voies d'accès sont établis avec des services qui peuvent proposer un soutien spécialisé.

Modèles de programmes cliniques fondés sur des données probantes et modalités de traitement

- Une approche interdisciplinaire est adoptée pour les traitements afin de répondre aux besoins complexes des enfants et des jeunes et de proposer des soins holistiques (O'Leary et coll., 2024; Ninan et coll., 2014). Les traitements sont personnalisés et souples, et reposent sur une compréhension biopsychosociale afin de répondre aux besoins uniques des enfants, des jeunes et des aidant.e.s (Kvamme et coll., 2024; Ninan et coll., 2014).
- Les modèles de traitement fondés sur des données probantes (TCD, TCC) servent à définir les modèles de programme clinique (James, 2017; O'Leary et coll., 2024; Ninan et coll., 2014) et à éclairer les plans de traitement personnalisés, comme les types d'interactions avec les clinicien.ne.s et la fréquence de ces dernières (O'Leary et coll., 2024).
- Les traitements tiennent compte des traumatismes (Bryson et coll., 2017; Burman et coll., 2024; Coll et coll., 2019; James, 2017; Johnson et coll., 2015; Kor et coll., 2021; ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, 2020; Ninan et coll., 2014; Optimus SBR, 2025; Stewart et coll., 2023) et de l'attachement (Ninan et coll., 2014; Preyde et coll., 2018), et mettent l'accent sur la sécurité et la fiabilité (Burman et coll., 2024).
- Les traitements en établissement offrent des occasions continues de choix, de collaboration et d'établissement de liens entre les patient.e.s, et accorde la priorité aux approches fondées sur les forces et à l'acquisition de compétences complémentaires (Burman et coll., 2024).
- Les programmes de traitement en établissement font appel à des soins fondés sur des mesures ainsi que des évaluations routinières effectuées à des moments clés (admission, congé) pour éclairer la planification du traitement personnalisé, déterminer si les enfants et les jeunes progressent vers l'atteinte de leurs objectifs de traitement et évaluer l'efficacité des modalités de traitement (Theall et coll., 2022; Yeheskel et coll., 2020).

Intégration délibérée du traitement et des soins

- Les soins et les traitements sont étroitement liés (voir la section « Éléments importants à considérer » ci-dessous). Les enfants et les jeunes obtiennent de meilleurs résultats lorsque les soins et les traitements fonctionnent ensemble et sont intégrés de façon délibérée. Par exemple, le fait d'associer la TCC à une thérapie par le milieu ou de former le personnel à utiliser des techniques de TCC dans ses interactions quotidiennes rend l'approche plus holistique, en combinant délibérément l'environnement thérapeutique à des traitements efficaces (Creed et coll., 2021).
- Les traitements en établissement vont au-delà de la prestation d'un traitement fondé sur des données probantes; ils mettent l'accent sur l'importance d'un milieu thérapeutique, où le



contexte physique, les relations et les interactions quotidiennes favorisent la croissance et la guérison (Gharabaghi, 2024). De plus, le traitement fondé sur des données probantes (TCC, TCD) est intégré de façon réfléchi à des activités complémentaires comme les loisirs, l'acquisition des aptitudes à la vie quotidienne et les approches thérapeutiques non occidentales pour fournir un soutien holistique (Coll et coll., 2019; Frensch et coll., 2022; Johnson et coll., 2015).

Environnement de traitement

- Les traitements en établissement offrent un environnement chaleureux et réceptif. Ce type d'environnement est fondamental pour établir un sentiment de sécurité et de résilience, et pour que les enfants et les jeunes apprennent à y faire confiance en tant qu'espace plus sûr qui favorise la croissance et la guérison (Frensch et coll., 2022; Gharabaghi, 2024; ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, 2020).
- Le personnel établit des alliances thérapeutiques et des relations avec les enfants et les jeunes. Ces liens sont essentiels pour améliorer les résultats en matière de santé mentale pendant les traitements en établissement (Frensch et coll., 2022; Gharabaghi, 2024; Johnson et coll., 2015; ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, 2020; Vogelsang et coll., 2024).
- Les établissements de traitement en établissement sont dotés d'un espace physique accueillant et semblable à celui d'une maison offrant un accès à la nature et aux espaces verts, dans la mesure du possible.
- *Ce sujet peut être combiné à l'intégration délibérée des traitements et des soins.*

Capacité, compétences, bien-être et maintien du personnel

- Les équipes interdisciplinaires, notamment les travailleur.euse.s auprès des enfants et des jeunes, les psychologues, les psychiatres, les travailleur.euse.s sociaux.ales, les infirmier.ère.s et les médecins, collaborent pour fournir des traitements et des soins (SMEO, 2016; Johnson et coll., 2015; O'Leary et coll., 2024; Ninan et coll., 2014; Residential Treatment Working Group, 2017; Woody et coll., 2019).
- L'ensemble du personnel reçoit une formation continue sur les modalités de traitement du programme (O'Leary et coll., 2024) et les soins tenant compte des traumatismes (Coll et coll., 2019; Stewart et coll., 2023). Il est également appuyé par une supervision clinique pour la prestation de traitements et de soins (Coll et coll., 2019; Johnson et coll., 2015; ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016; O'Leary et coll., 2024).
- Les organismes soutiennent le bien-être du personnel par une rémunération équitable, une formation complète, une supervision régulière et un climat d'équipe positif (Geoffrion et coll., 2021; James, 2017; Kor et coll., 2021). Enfin, accorder la priorité au bien-être du personnel améliore la satisfaction en milieu de travail et renforce le maintien en poste.

Transitions vers la fin des traitements

- La planification du congé commence dès le début du traitement des enfants et des jeunes (Johnson et coll., 2015; Woody et coll., 2019).
- Le soutien après les soins adaptés aux besoins des enfants et des jeunes est important pour maintenir les gains réalisés dans le cadre du traitement en établissement et pour assurer une réintégration réussie à un niveau de soins inférieur (SMEO, 2016; Coll et coll., 2019; Woody et coll., 2019). Les organismes communautaires de santé mentale et les secteurs, notamment l'éducation, la justice pour les jeunes, la protection de l'enfance, les soins primaires, la santé mentale des adultes, la santé liée à l'usage de substances et les dépendances, se coordonnent



et collaborent (Johnson et coll., 2015; ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016; Patel et coll., 2019).

- Le réseau de soutien joue un rôle essentiel pour assurer une transition en douceur des enfants et des jeunes qui quittent le traitement en établissement et pour soutenir leur progression. Les plans de transition intègrent le soutien aux aidant.e.s, notamment le soutien à domicile (Herbell et coll., 2024b; Preyde et coll., 2020), et aident à renforcer les relations, à rétablir la confiance et à créer un milieu familial favorable (Patel et coll., 2019; Preyde et coll., 2018).

Collaboration et partenariats

- Les traitements en établissement font partie d'un continuum complet de soins et sont intégrés aux services communautaires de santé mentale (Johnson et coll., 2015; Whittaker et coll., 2016).
- Des partenariats et une collaboration solides entre les organismes et l'ensemble des secteurs (éducation, justice pour les jeunes, protection de l'enfance, soins primaires, santé mentale des adultes, santé liée à l'usage de substances et dépendances), ainsi qu'entre les organismes communautaires fournissent des soins intégrés, holistiques et adaptés à la culture afin de répondre aux besoins complexes (SMEO, 2015; 2016; Johnson et coll., 2015; Ninan et coll., 2014; Residential Treatment Working Group, 2017; Woody et coll., 2019).
- Ces relations appuient la continuité des soins et facilitent les transitions à l'admission et au congé du traitement en établissement (SMEO, 2015; 2016; Kor et coll., 2021; ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016).

Amélioration continue de la qualité

- Les programmes de traitement en établissement sont continuellement évalués afin de cerner les lacunes et les défis, et de tirer parti des forces et des possibilités d'amélioration (SMEO, 2016; Johnson et coll., 2015; ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016; Residential Treatment Working Group, 2017).
- Des indicateurs sont établis pour mesurer les progrès, et il existe des mécanismes de collecte, d'évaluation et de publication des données (SMEO, 2016; Johnson et coll., 2015; ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016; Residential Treatment Working Group, 2017).

Portée proposée et public cible

Une norme de qualité pour le traitement en établissement dans le secteur communautaire de la santé mentale des enfants et des jeunes, de la santé liée à l'usage de substances et des dépendances en Ontario sera élaborée. Celle-ci sera axée sur les enfants et les jeunes de 25 ans et moins. L'Institut du savoir reconnaît les besoins uniques des enfants et des jeunes à tous les stades de leur développement, de la petite enfance (moins de 6 ans) jusqu'au passage à l'âge adulte (18 à 25 ans). Aider les aidant.e.s à favoriser le développement social et affectif des enfants tôt dans la vie aide à établir une base pour le bien-être tout au long de la vie. De plus, l'accès continu aux services après l'âge de 18 ans est également important pour maintenir le bien-être jusqu'à l'âge adulte. Ainsi, cette norme de qualité mettra l'accent sur la collaboration intersectorielle nécessaire pour soutenir les enfants et les jeunes tout au long de leur développement.



Le public principal de cette norme est les dirigeant.e.s de systèmes et d'organismes, et les prestataires de services. Cette norme devrait également être accessible et pertinente pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s. Même si les services en matière de santé mentale, de santé liée à l'usage de substances et de dépendances peuvent également s'étendre à d'autres contextes (p. ex. l'éducation et les soins primaires), l'établissement de cibles pour cette norme s'adresse aux organismes communautaires de services liés à la santé mentale, à la santé liée à l'usage de substances et aux dépendances chez les enfants et les jeunes. Enfin, la norme n'est pas explicitement élaborée pour être utilisée par les personnes des secteurs connexes, mais elle peut aider les organismes communautaires à favoriser les partenariats avec des organismes des secteurs connexes

Tableau 2 : inclusion et exclusion proposées dans la norme de qualité.

	Inclusion proposée	Exclusion proposée
Critère	<ul style="list-style-type: none">• Sujet : traitements communautaires en établissement liés à la santé mentale, à l'usage de substances et aux dépendances.• Âge : enfants et jeunes de 25 ans et moins.• Milieu : organismes communautaires de services liés à la santé mentale, à la santé liée à l'usage de substances et aux dépendances chez les enfants et les jeunes.• Public<ul style="list-style-type: none">• Les professionnel.le.s, dont des clinicien.ne.s, des chercheur.euse.s, des dirigeant.e.s de systèmes et d'organismes, des prestataires de services et décideur.euse.s.• Les enfants, les jeunes et les aidant.e.s.	<ul style="list-style-type: none">• Milieux à l'extérieur des organismes communautaires de services liés à la santé mentale, à la santé liée à l'usage de substances et aux dépendances chez les enfants et les jeunes de l'Ontario.



Éléments importants à considérer

La littérature et nos consultations ont mis en évidence des groupes et des communautés d'enfants et de jeunes qui font face à des obstacles supplémentaires pour recevoir des services de traitement en établissement qui peuvent répondre à leurs besoins uniques. Par exemple :

- Même si la participation au traitement en établissement est volontaire, certains enfants et jeunes peuvent tenter de s'enfuir (Preyde et coll., 2020). Ces incidents exercent une pression considérable sur les ressources communautaires, comme les services d'urgence.
- La littérature et les preuves anecdotiques tirées des consultations indiquent que certains enfants et jeunes qui suivent un traitement en établissement ont été victimes de traite de personnes (ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, 2020; ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016).
- Les enfants et les jeunes ayant les besoins les plus complexes peuvent adopter des comportements qui nécessitent des interventions physiques, comme la contention. Toutefois, cette pratique devrait être minimisée autant que possible et utilisée seulement dans les situations où des interventions moins restrictives n'ont pas réussi à favoriser la sécurité (Braun et coll., 2020; Johnson et coll., 2015; Mathieu et Geoffrion, 2023; Matte-Landry et Collin-Vézina, 2022; Ninan et coll., 2014). De plus, cette pratique peut entraîner des résultats défavorables pour les enfants, les jeunes et le personnel (Braun et coll., 2020; Geoffrion et coll., 2021; 2022; Johnson et coll., 2015; Mathieu et Geoffrion, 2023; Matte-Landry et Collin-Vézina, 2022; Roy et coll., 2020).

Ces défis mettent encore plus l'accent sur la nécessité d'une approche tenant compte de traumatismes pour les traitements en établissement. D'autres domaines sont présentés ici aux fins d'examen.

Enfants de moins de 12 ans

Certains programmes de traitement en établissement desservent les enfants âgés de 6 à 12 ans, souvent appelés « programmes de période de latence ». Ces programmes mettent fortement l'accent sur la participation des familles. Cependant, les points de vue exprimés au cours de nos consultations variaient. Certains participants ont fait part de leurs inquiétudes à l'égard du retrait de jeunes enfants de leur foyer, tandis que d'autres ont signalé de façon anecdotique que les enfants de ce groupe d'âge ont tendance à obtenir de meilleurs résultats dans le traitement en établissement que les jeunes pendant l'adolescence (Optimus SBR, 2025). Ainsi, les programmes doivent adapter leurs approches de traitement au stade du développement, en tenant compte des besoins cognitifs, sociaux et affectifs distincts pour offrir le meilleur soutien possible aux jeunes, et plus particulièrement aux enfants de moins de 12 ans.



Jeunes de 19 à 25 ans

Les programmes de traitement en établissement desservent habituellement les jeunes jusqu'à l'âge de 18 ans, ce qui crée des difficultés pendant le passage à l'âge adulte (de 18 à 25 ans). Lorsque les jeunes atteignent l'âge de 18 ans, ils ne sont souvent plus en mesure d'avoir accès aux services à l'intention des jeunes. La transition vers le système pour adultes peut être complexe en raison des lacunes dans la communication et la collaboration entre les services. De plus, les programmes pour adultes ne sont pas toujours conçus pour répondre aux besoins particuliers des jeunes de 19 à 25 ans. Pour combler ces lacunes, les programmes de traitement en établissement peuvent faire en sorte que les jeunes de 18 ans reçoivent le soutien dont ils ont besoin pour faire la transition vers le système pour adultes, notamment l'accès à l'éducation, à l'aide à l'emploi, aux logements avec services de soutien ou aux logements de transition, au besoin (SMEO, 2016).

Jeunes enceintes ou jeunes parents

La grossesse et la parentalité à un jeune âge peuvent avoir une incidence importante sur le développement du parent et de son ou de ses enfants. Au cours de la dernière décennie, le nombre de jeunes de moins de 25 ans ayant des problèmes de santé mentale pendant leur grossesse a presque doublé (Burman et coll., 2024). De plus, les jeunes qui sont enceintes ou qui sont parents et qui ont des problèmes de santé mentale nécessitent un soutien spécialisé (SMEO, 2015 et 2016). Un examen récent des programmes de traitement en établissement pour les jeunes enceintes et les jeunes parents en Ontario a permis de cerner plusieurs points à améliorer : 1) améliorer le maintien en poste du personnel et offrir une formation spécialisée relative aux approches axées sur les points forts et tenant compte des traumatismes pour travailler auprès des jeunes enceintes et des jeunes parents; 2) adapter les critères d'admissibilité afin de mieux soutenir les jeunes avant que leurs besoins ne dégénèrent en crise et les mettre en contact avec d'autres services lorsque leur âge les oblige à quitter les programmes; 3) délaissier les programmes en établissement de type institutionnel au profit de modèles communautaires de soutien et de logements de transition axés sur les services globaux (« wraparound ») ou de modèles de type carrefour (Burman et coll., 2024).

Besoins complexes et concomitants

Les preuves anecdotiques tirées des consultations montrent que de nombreux enfants et jeunes qui cherchent à recevoir un traitement en établissement ont des besoins complexes et concomitants, comme des problèmes de santé liés à l'usage de substances, des problèmes de santé physique, des troubles alimentaires et des troubles du développement (p. ex. troubles du spectre de l'alcoolisation



foetale et troubles du spectre de l'autisme. Cette information sera confirmée par le travail sur les profils cliniques du MOATI.) Cependant, de nombreux programmes ne sont pas équipés pour répondre à ces besoins complexes. Les organismes n'ont pas la capacité de soutenir les enfants et les jeunes ayant des problèmes de santé liés à l'usage de substances qui ont besoin d'un soutien médical pour la gestion du sevrage. Même si les responsables de programmes peuvent envisager chaque cas individuellement, la santé liée à l'usage de substances devient souvent un facteur d'exclusion lorsqu'elle est la principale préoccupation. Un récent audit de performance du secteur en Ontario a révélé qu'environ 70 % des organismes qui ont répondu ont déclaré que leurs services ne répondaient pas aux besoins des enfants et des jeunes ayant des problèmes concomitants (Bureau du vérificateur général de l'Ontario, 2025).

De même, la plupart des programmes ne peuvent pas accepter les patient.e.s dont la principale préoccupation sont les troubles alimentaires, car ils n'ont pas les ressources nécessaires pour fournir un soutien médical. De plus, bon nombre d'enfants et de jeunes ayant des diagnostics mixtes participent à des programmes de traitement en établissement axés sur la prestation de traitements en santé mentale plutôt que sur le soutien en cas de troubles du comportement dont ils ont besoin. Les responsables des organismes font souvent remarquer qu'ils « ne peuvent pas donner tous les services à tout le monde », ce qui souligne l'importance d'effectuer des évaluations exhaustives afin de s'assurer que les enfants et les jeunes sont jumelés aux programmes qui répondent le mieux à leurs besoins.

Équité, diversité, inclusion, accessibilité et antiracisme

Les programmes de traitement en établissement qui intègrent des approches antiracistes, anticoloniales et anti-oppressives peuvent offrir des soins adaptés à la culture et à la langue qui respectent et affirment les diverses identités des jeunes et de leurs aidant.e.s (ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, 2020). Cette approche peut créer des occasions significatives pour les jeunes d'établir des liens avec l'histoire, le patrimoine, la culture, l'ethnie, la religion et la langue de leur famille et de leurs aidant.e.s (ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, 2020). Les considérations relatives à l'EDIA-R peuvent être appliquées pendant l'évaluation, les décisions de placement, la planification du traitement et la planification des congés pour veiller à ce que les services répondent aux besoins et à la culture des jeunes et des aidant.e.s (Johnson et coll., 2015; ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, 2020; ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016). L'établissement de partenariats avec des groupes communautaires particuliers sur le plan culturel et



ethnique peut aider à mettre les jeunes et les aidant.e.s en contact avec du soutien pendant le traitement et au moment du congé (Johnson et coll., 2015). De plus, l'embauche de membres du personnel qui reflètent les identités et la diversité culturelle des jeunes (Johnson et coll., 2015; ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, 2020), ainsi que l'offre de formation, de supervision, de mentorat et d'encadrement en matière d'antiracisme et d'anti-oppression peuvent améliorer la capacité des programmes de traitement en établissement à affirmer et à mieux servir les patient.e.s issu.e.s de divers milieux (Johnson et coll., 2015).

La mesure du rendement devrait également comprendre des mesures de diversité pour évaluer l'équité et les résultats parmi les différents groupes culturels (Johnson et coll., 2015; ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2016; Residential Treatment Working Group, 2017). Enfin, les jeunes et les aidant.e.s qui ont une expertise en raison de leurs expériences vécues peuvent participer de façon significative à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des traitements en établissement tant au niveau organisationnel que systémique, et leurs commentaires peuvent être utilisés pour favoriser des améliorations (Institut du savoir, 2025; Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents, 2021a et 2021b).

Intégration du traitement et des soins

Il existe une distinction importante entre les termes « traitement » et « soins », plus particulièrement lorsqu'on parle de traitement en établissement. Le terme « soins » peut englober une vaste gamme de services axés sur le soutien du bien-être des enfants, des jeunes et des aidant.e.s en veillant à ce que les besoins quotidiens des enfants et des jeunes soient satisfaits tout en créant un environnement stable et favorable. Le terme « traitement » désigne explicitement des interventions fondées sur des données probantes (TCC, TCD) qui portent sur des problèmes et des symptômes de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances (troubles liés à l'usage d'une substance psychoactive, dépression, anxiété).

Dans le cadre d'un traitement en établissement, de soins avec hébergement ou d'un établissement hospitalier, les soins et les traitements sont étroitement liés. Les soins sont axés sur le milieu, c'est-à-dire l'environnement, les gens qui y vivent et leurs interactions, et ils sont souvent prodigués dans le cadre d'une thérapie par le milieu. De plus, la littérature fait état de meilleurs résultats lorsque les soins et les traitements fonctionnent ensemble (Creed et coll., 2021). La prestation de soins de grande qualité est le fondement de la création d'un environnement qui soutient des traitements de santé



mentale de haute qualité. Par conséquent, une norme de qualité axée sur le traitement en établissement doit tenir compte de l'intégration intentionnelle des soins et du traitement.

Il existe un cadre de normes propre aux soins en établissement en Ontario : Le [Cadre de norme de qualité de l'Ontario : Guide de ressources pour améliorer la qualité des soins fournis aux enfants et adolescents placés dans les services en établissement agréés](#) du ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, 2020). Ce cadre de normes est un document axé sur les *soins* en établissement, c'est-à-dire les services courants de soins offerts dans *l'ensemble* des établissements agréés de *tous* les secteurs. Il s'agit d'une norme fondamentale pour l'ensemble des établissements de soins hors du domicile, notamment les placements en famille d'accueil, les soins de groupe, les traitements en milieu fermé et les traitements en établissement. Le cadre des normes de qualité du ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires indique que l'élaboration de normes pour d'autres services et mesures de soutien offerts dans des établissements agréés, notamment les traitements en santé mentale, dépasse la portée de la norme (ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, 2020). Ainsi, notre norme de qualité complétera le cadre des normes de qualité en mettant l'accent plus particulièrement sur les traitements en santé mentale fournis dans des établissements de traitement en établissement.



Composition proposée par le comité consultatif sur les normes de qualité (CCNQ)

Le CCNQ agit à titre de comité consultatif spécialisé pour proposer des commentaires et de la rétroaction sur la norme de qualité de l'Institut du savoir sur les traitements en établissement tout au long d'un cycle du processus d'élaboration des normes (Institut du savoir, 2022).

L'objectif principal de ce CCNQ est de proposer des commentaires et de la rétroaction sur la norme de qualité pour le traitement en établissement de l'Institut du savoir. Le comité propose également des commentaires sur des domaines relatifs à la qualité, des indicateurs connexes, le soutien à la mise en œuvre et les efforts de mobilisation des savoirs. Les membres du CCNQ joueront le rôle de champion.ne.s de la norme finale dans leurs collectivités et favoriseront son adoption et sa mise en œuvre.

De plus, le CCNQ pour le traitement en établissement est composé de 39 membres, dont deux coprésident.e.s, qui sont des spécialistes dans leur domaine et qui représentent divers points de vue, ainsi que 11 membres d'office. Les membres du comité représenteront un éventail de professions qui étudient, mettent en œuvre, planifient et fournissent des services, en plus de recevoir des soins selon des programmes de traitement en établissement. Ces personnes comprennent des clinicien.nes-chercheur.euse.s, des chercheur.euse.s, des dirigeant.e.s d'organismes et de systèmes et des prestataires de services, ainsi que des jeunes et des aidant.e.s ayant une expertise en raison de leurs expériences vécues. Un processus d'engagement particulier fondé sur notre [norme de qualité pour l'engagement des jeunes](#) et notre [norme de qualité pour l'engagement des familles](#) sera mis en œuvre tout au long de l'élaboration de cette norme.

Enfin, nous nous efforçons de créer un CCNQ qui est représentatif de la diversité de l'Ontario, notamment entre les régions géographiques (p. ex. Centre, Ouest, Est et Nord de l'Ontario, ainsi que Toronto), les identités raciales, les orientations sexuelles et les identités de genre.

Produits livrables proposés

- Norme de qualité pour le traitement en établissement
- Cadre d'indicateurs et manuel



- Ressources de mise en œuvre
- Plan de mobilisation des savoirs
- Ressources d'évaluation

ÉBAUCHE



Références

- Association communautaire d'entraide par les pairs contre les addictions. (2023). [Comprendre la santé en matière de l'usage de substances : une question d'équité](#).
- Braun, M. T., Adams, N. B., O'Grady, C. E., Miller, D. L. et Bystrynski, J. (2020). [An exploration of youth physically restrained in mental health residential treatment centers](#). *Children and Youth Services Review*, 110, article 104826.
- Bryson, S. A., Gauvin, E., Jamieson, A., Rathgeber, M., Faulkner-Gibson, L., Bell, S., Davidson, J., Russel, J. et Burke, S. (2017). [What are effective strategies for implementing trauma-informed care in youth inpatient psychiatric and residential treatment settings? A realist systematic review](#). *International Journal of Mental Health Systems*, 11(36).
- Bureau du vérificateur général de l'Ontario. (2025). [Programmes communautaires de santé mentale pour les enfants et les jeunes : Rapport de l'auditeur indépendant](#).
- Burman, A., Denberg, H., Gnat, L., Khalil, J., Mina, M., O'Neill, L., Panchal, Z., Wells, M. et Morton Ninomiya, M. E. (2024). Building strong foundations: Recommendations based on the current state of live-in/intensive day programs for pregnant and parenting youth, their infants and children in Ontario [Policy Brief]. Université Wilfrid-Laurier.
- Capitalize for Kids. (2025). *Provincial intensive landscape report*. Modèle ontarien pour l'accès au traitement intensif.
- Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (2021a). [Norme de qualité pour l'engagement des familles](#).
- Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (2021b). [Norme de qualité pour l'engagement des jeunes](#).
- Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (s. d.). *Evaluation and performance measurement* [présentation PowerPoint].



- Creed, T. A., Waltman, S. H. et Williston, M. A. (2021). [Establishing a collaborative care CBT milieu in adolescent inpatient units](#). *Cognitive Therapy and Research*, 45(3), p. 428-438.
- Evans, N., Edwards, D. et Carrier, J. (2020). [Admission and discharge criteria for adolescents requiring inpatient or residential mental health care : A scoping review](#). *JBI Evidence Synthesis*, 18(2), p. 275-308.
- Frensch, K., Ashbourne, G., MacLeod, K., Bartlett, D. et Preyde, M. (2022). [Better than expected: Young adults' perceptions of community living after children's residential mental health treatment](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 39(1), p. 57-80.
- Furtado, J., Tran, A., Currie, V. et Preyde, M. (2016). [Exploration of coping strategies of youth accessing residential and day treatment programs](#). *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 38(1), p. 108-118.
- Geoffrion, S., Lamothe, J., Drolet, C., Dufour, S. et Couvrette, A. (2022). [Exploring reasons motivating the use of restraint and seclusion by residential workers in residential treatment centers: A qualitative analysis of official reports](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 39(4), p. 416-436.
- Geoffrion, S., Lamothe, J., Fraser, S., Lafortune, D. et Dumais, A. (2021). [Worker and perceived team climate factors influence the use of restraint and seclusion in youth residential treatment centers: Results from a mixed-method longitudinal study](#). *Child Abuse & Neglect*, 111, article 104825.
- Gharabaghi, K. (2024). [Quality care in residential care and treatment settings in North America: From complex research to four everyday principles for practice](#). *Youth*, 4(1), p. 244-259.
- Givetash, S., Head, S., Frensch, K., Cameron, G. et Preyde, M. (2017). [Exploring perceptions of social and emotional health in socially isolated emerging adults who accessed residential treatment](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 34(3-4), p. 339-352.



- Good, B. et Mishna, F. (2021). [“Double-edged sword” of digital media use among youth in residential treatment: Perspectives of service providers.](#) *Residential Treatment for Children & Youth*, 38(2), p. 198-222.
- Grosset, C., Frensch, K., Cameron, G. et Preyde, M. (2018). [Perceptions of long-term community adaptation of delinquent young adults who graduated from children’s residential mental health treatment.](#) *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35(3), p. 231-241.
- Gutterswijk, R. V., Kuiper, C. H. Z., Lautan, N., Kunst, E. G., van der Horst, F. C. P., Stams, G. J. J. M. et Prinzie, P. (2020). [The outcome of non-residential youth care compared to residential youth care: A multilevel meta-analysis.](#) *Children and Youth Services Review*, 113, article 104950.
- Harper, N. J., Mott, A. J. et Obee, P. (2019). [Client perspectives on wilderness therapy as a component of adolescent residential treatment for problematic substance use and mental health issues.](#) *Children and Youth Services Review*, 105, article 104450.
- Herbell, K. et Ault, S. (2021). [Differences in treatment approaches by residential treatment facilities.](#) *Residential Treatment for Children & Youth*, 38(3), p. 224-247.
- Herbell, K., Breitenstein, S. M., Ault, S. et Price, M. (2024a). [Variation in evidence-based practices among youth-serving residential treatment facilities.](#) *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 30(3), p. 503-517.
- Herbell, K., McNamara, P., Cresswell, C., Price, M., Sweeney, M. et Bellonci, C. (2024b). [Are we practicing what we preach? Family partnership in therapeutic residential care for children and youth.](#) *Residential Treatment for Children & Youth*, 41(1), p. 2-23.
- Huefner, J. et Ainsworth, F. (2021). [Commentary: Recognizing the value of the milieu in therapeutic residential care for children and youth.](#) *Residential Treatment for Children & Youth*, 38(3), p. 324-335.
- Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes. (2025). Norme de qualité sur les niveaux de soins : Faire correspondre les soins aux besoins et aux objectifs.



Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes. (2024a).

[Comprendre les troubles concomitants.](#)

Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes. (2024b).

[Donner vie à ses idées : une trousse d'outils de mise en œuvre.](#)

Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes. (2024c). [Le](#)

[processus d'évaluation et le processus d'amélioration de la qualité : Des approches complémentaires pour améliorer vos programmes.](#)

Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes. (2023).

[Étendre sa portée : un guide concis pour planifier votre initiative de mobilisation des savoirs.](#)

Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes. (2022).

[Processus d'élaboration des normes – Résumé.](#)

James, S. (2017). [Implementing evidence-based practice in residential care: How far have we come?.](#)

Residential Treatment for Children & Youth, 34(2), p. 155-175.

Johnson, L. L., Van Wagner, V., Sheridan, M., Paul, C., Burkholder, R. et Evans, R. (2015).

[Strengthening children's mental health residential treatment through evidence and experience.](#)

Kinark Child and Family Services.

Kanter, J. (1989). [Clinical case management: Definition, principles, components.](#) *Hospital & Community*

Psychiatry, 40(4), p. 361-368.

Kor, K., Fernandez, E. et Spangaro, J. (2021). [Practitioners' experience of implementing therapeutic](#)

[residential care: A multi-perspective study.](#) *Children and Youth Services Review*, 131,

article 106301.

Kvamme, L. S., Keles, S., Nes, R. B., Vaskinn, L., Waaler, P. M., Wentzel-Larsen, T. et Kjøbli, J.

(2024). [Common practice elements in treatment programs for adolescents with externalizing](#)

[and internalizing problems: A meta-analysis.](#) *Residential Treatment for Children & Youth*, 41(2),

p. 152-182.



Lanier, P., Jensen, T., Bryant, K., Chung, G., Rose, R., Smith, Q. et Lackmann, L. (2020). [A systematic review of the effectiveness of children's behavioral health interventions in psychiatric residential treatment facilities](#). *Children and Youth Services Review*, 113, article 104951.

Le Consortium des organismes responsables du soutien en santé mentale chez les enfants et les jeunes. (2021). [Mieux ensemble : renforcer le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances de l'Ontario pour les enfants, les jeunes et leurs familles](#).

Le Consortium des organismes responsables du soutien en santé mentale chez les enfants et les jeunes. (2019). [Réaliser le potentiel : renforcer le système de santé mentale de l'Ontario pour les enfants, les jeunes et leurs familles](#).

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Rowe, C. L., Henderson, C., Greenbaum, P., Wang, W. et Alberga, L. (2018). [Multidimensional family therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders](#). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 90, p. 47-56.

Lynch, S., Teich, J. et Smith, K. (2017). [Psychiatric residential treatment centers for children and adolescents: Modeling variation in facility definition type](#). *Journal of Child & Family Studies*, 26(4), p. 1219-1229.

Mathieu, C. A. et Geoffrion, S. (2023). [Individual and environmental characteristics of residential workers using restraint and seclusion in youth treatment centers](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 40(2), p. 238-260.

Matte-Landry, A. et Collin-Vézina, D. (2022). [Patterns of change in restraints, seclusions and time-outs over the implementation of trauma-informed staff training programs in residential care for children and youth](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 39(2), p. 154-178.

Ministère de la Santé de l'Ontario. (2024). [Description des services en santé mentale pour les enfants et les jeunes 2024-25](#).

Ministère de la Santé de l'Ontario. (2020). [Vers le mieux-être : un plan pour bâtir le système ontarien de santé mentale et de lutte contre les dépendances](#).



Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. (2016). [Parce que ce sont les jeunes qui comptent : Rapport du Comité consultatif pour les services en établissement.](#)

Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires. (2020). [Cadre de normes de qualité de l'Ontario : Guide de ressources pour améliorer la qualité des soins fournis aux enfants et adolescents placés dans les services en établissement agréés.](#)

Ninan, A., Kriter, G., Steele, M., Baker, L., Boniferro, J., Crotogino, J., Stewart, S. L. et Dourova, N. (2014). [Developing a clinical framework for children/youth residential treatment.](#) *Residential Treatment for Children & Youth*, 31(4), p. 284-300.

O'Leary, S., McGill, C. E., Nagar, P. M., Colasanto, M., Trull, G. et Phythian, K. (2024). [Working together: Interdisciplinary training within live-in treatment.](#) *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 9(3), p. 429-438.

Optimus SBR (2025). *Ontario Intensive Treatment Pathway: Clinical populations report.* Modèle ontarien pour l'accès au traitement intensif.

Patel, M., Head, S., Dwyer, J. et Preyde, M. (2019). [Youth transition home from residential mental health treatment: Caregivers' perspective.](#) *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36(5), p. 485-494.

Preyde, M., Bartlett, D., Carter, J., Walraven, K., Ogilvie, S. et Ashbourne, G. (2018). [Exposing challenges in transitioning post residential mental health treatment: The case of the "poster child."](#) *Residential Treatment for Children & Youth*, 35(4), p. 336-349.

Preyde, M., MacLeod, K., Bartlett, D., Ogilvie, S., Frensch, K., Walraven, K. et Ashbourne, G. (2020). [Youth transition after discharge from residential mental health treatment centers: Multiple perspectives over one year.](#) *Residential Treatment for Children & Youth*, 37(1), p. 65-89.

Residential Treatment Working Group: East Metro Youth Services & Moving on Mental Health Toronto. (2017). [Residential treatment working group: Final report.](#)



- Roy, C., Castonguay, A., Fortin, M., Drolet, C., Franche-Choquette, G., Dumais, A., Lafortune, D., Bernard, P. et Geoffrion, S. (2021). [The use of restraint and seclusion in residential treatment care for youth: A systematic review of related factors and interventions](#). *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(2), p. 318-338.
- Roy, C., Morizot, J., Lamothe, J. et Geoffrion, S. (2020). [The influence of residential workers social climate on the use of restraint and seclusion: A longitudinal study in a residential treatment center for youth](#). *Children and Youth Services Review*, 114, article 105035.
- Santé mentale pour enfants Ontario (s. d.). [Ontario's child and youth mental health agencies](#).
- Coll, K. M., Sawyer, S., Scholl, S. et Hauser, N. (2019). [A logic model development for an adolescent based intervention to improve benefits from Therapeutic Residential Care \(TRC\)](#). *Evaluation and Program Planning*, 76, article 101678.
- Santé mentale pour enfants Ontario. (2016). *Residential treatment: Working towards a new system framework for children and youth with severe mental health needs*.
- Santé mentale pour enfants Ontario (2015). *Envisioning a future residential system of care: A summary of key feedback and suggestions for system improvement from stakeholders across Ontario*.
- Schutte, V., Danseco, E., Lucente, G. et Sundar, P. (2022). [Programmes de traitement de la santé mentale en milieu fermé pour les enfants et les jeunes : que montrent les données probantes?](#). Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes
- Stewart, S. L., Thornley, E., Lapshina, N., Vingilis, E., Erickson, P., Hamilton, H. A., Abbas, S. et Semovski, V. (2023). [Care planning needs for youth in custody, inpatient and outpatient settings](#). *Children and Youth Services Review*, 152, article 107082.
- Strickler, A., Mihalo, J., Bundick, M. et Trunzo, A. (2016). [Relationship between time in residential treatment and youth outcomes: Results from a cross-site 5-year analysis](#). *Journal of Child & Family Studies*, 25(6), p. 1860-1870.



- Theall, L., Arbeau, K., Willoughby, K., St. Pierre, J., Ng, G. et Stewart, S. L. (2022). [Assessing needs and outcomes of children and youth receiving intensive services](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 39(1), p. 16-33.
- Tran, A., Preyde, M., Frensch, K. et Cameron, G. (2017). [Perceptions of emerging adults who accessed residential treatment and entered a parental role](#). *Social Work in Mental Health*, 15(2), p. 184-208.
- University of British Columbia (s. d.). [Equity and inclusion glossary of terms](#).
- van Dorp, M., Nijhof, K.S., Popma, A. et Mulder, E. A. (2023). [Common elements to reduce seclusion in child and adolescent residential care settings: A synthesis of literature and semi-structured interviews](#). *Children and Youth Services Review*, 155, p. 1-12.
- Vogelsang, A. M., McGill, C. M., Caraway, S. J., Dorn-Medeiros, C. M. et Vinzant, R. C. (2024). [Narrative inquiry describing young adult perspectives about leaving residential treatment as a child](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 42(1), p. 80-98.
- Whittaker, J. K., Holmes, L., del Valle, J. F., Ainsworth, F., Andreassen, T., Anglin, J., Bellonci, C., Berridge, D., Bravo, A., Canali, C., Courtney, M., Currey, L., Daly, D., Gilligan, R., Grietens, H., Harder, A., Holden, M., James, S., Kendrick, A., Knorth, E., ... Zeira, A. (2016). [Therapeutic residential care for children and youth: A consensus statement of the International Work Group on Therapeutic Residential Care*](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 33(2), p. 89-106.
- Woody, C., Baxter, A., Wright, E., Gossip, K., Leitch, E., Whiteford, H. et Scott, J. G. (2019). [Review of services to inform clinical frameworks for adolescents and young adults with severe, persistent and complex mental illness](#). *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(3), p. 503-528.
- Yehekel, A., Jekielek, A. et Sandor, P. (2020). [Taking up residence: A review of outcome studies examining residential treatment for youth with serious emotional and behavioural disorders](#). *Children and Youth Services Review*, 111, article 104842.



Annexe A : Glossaire

Aidant.e.s

Les aidant.e.s sont des personnes qui se soutiennent et veillent les unes sur les autres. Ces personnes peuvent être liées par des liens familiaux, biologiques, émotionnels, culturels ou juridiques. Le terme inclut également les personnes reconnues par le ou la patient.e comme étant importantes pour son bien-être (Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents, 2021a; 2021b). Les aidant.e.s peuvent être des membres de la famille comme les parents, les grands-parents, les tantes et les oncles, les frères et sœurs, ainsi que d'autres personnes qui offrent du soutien, comme les partenaires, les aîné.e.s, les mentor.e.s, les pairs et les tuteurs.trices légaux.ales. Un groupe de personnes liées par le soutien, les soins et la supervision d'une personne est appelé « réseau de soutien ».

Amélioration de la qualité

L'amélioration de la qualité consiste à prendre des mesures pour accroître l'efficacité et l'efficacé des processus et des activités au sein de votre organisme. Il s'agit d'un effort continu visant à améliorer uniformément les programmes afin d'obtenir de meilleurs résultats pour l'ensemble des partenaires (Institut du savoir, 2024).

Enfants et jeunes

Les enfants et les jeunes comprennent les nourrissons, les enfants, les adolescent.e.s et les jeunes adultes, de la naissance à l'âge de 25 ans. Nous utilisons le terme « enfants » pour désigner les jeunes de 12 ans et moins, et « jeunes » pour désigner les jeunes de 13 à 25 ans. S'il y a lieu, nous précisons qu'il s'agit de nourrissons et d'enfant de la petite enfance (de 0 à 6 ans).

Équité

L'équité peut être définie à la fois comme un processus et un résultat. Pour promouvoir l'équité, il faut reconnaître, nommer et démanteler les systèmes oppressifs et les obstacles qui renforcent les inégalités historiques et actuelles. Ces systèmes et obstacles limitent l'accès à des possibilités comme recevoir des soins de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances ainsi que des soins liés aux dépendances. L'équité est un processus qui peut être favorisée de nombreuses façons, notamment en élaborant conjointement avec les communautés les politiques et les pratiques qui ont une incidence sur leur vie ou en adoptant une optique d'équité pour les programmes et les services. Le



résultat de l'équité est l'absence de différences dans les résultats en fonction des caractéristiques sociales, économiques, démographiques ou géographiques. Il est important de souligner que l'équité n'est pas la même chose que l'égalité (Université de la Colombie-Britannique, s.d.).

Indicateurs clés de rendement

Les indicateurs clés de rendement sont des paramètres mesurables et objectifs qui permettent d'évaluer le rendement d'un programme, d'un organisme ou d'un système. Ils nous permettent de voir de manière claire et quantifiable les progrès accomplis vers la réalisation d'un objectif.

Mesure du rendement

La mesure du rendement consiste à recueillir régulièrement des renseignements afin de suivre l'évolution d'une politique, d'un programme ou d'une initiative à un moment donné. Elle permet de faire un suivi de la réalisation des résultats prévus et d'observer les tendances en matière de rendement dans le temps.

Mise en œuvre, mettre en œuvre

La « mise en œuvre » consiste à donner vie à un plan, à une chose ou à une idée (Institut du savoir, 2024b).

Mobilisation des savoirs

La mobilisation des savoirs vise à garantir que les données probantes sont accessibles, compréhensibles et pratiques pour les personnes qui en ont besoin. Elle aide les organismes en leur donnant accès aux meilleures données probantes disponibles pour orienter leur travail. Elle consiste également à engager activement les partenaires pour combler le fossé entre les nouvelles recherches et leur application dans la pratique (Institut du savoir, 2023a).

Norme de qualité

Une norme de qualité est une ressource qui présente des énoncés clairs, pratiques et ambitieux, qui décrivent les pratiques, les processus et les mesures de soutien, fondés sur les meilleures données probantes disponibles, qui sont nécessaires pour assurer des soins de la plus haute qualité. Les normes de qualité sont essentielles à un système qui repose sur la responsabilisation et l'amélioration continue. Les normes de qualité contribuent à réduire les inégalités systémiques et à améliorer la qualité des services ainsi que les résultats pour les enfants, les jeunes et les aidant.e.s.



Organismes communautaires de services liés à la santé mentale, à la santé liée à l'usage de substances et aux dépendances chez les enfants et les jeunes

Pour s'y retrouver dans le système ontarien de services de santé mentale, de santé liée à l'usage de substances et de dépendances chez les enfants et les jeunes, il est possible de faire appel à bon nombre de prestataires et d'organismes de divers secteurs, qui se consacrent à la prestation de services de santé mentale, de santé liée à l'usage de substances et de dépendances chez les enfants, les jeunes et les aidant.e.s. Les organismes communautaires de services liés à la santé mentale et aux dépendances chez les enfants et les jeunes de l'Ontario sont financés par le secteur public et fonctionnent dans 33 zones de service dans cinq régions (SMEO, s. d.). Au total, 31 organismes responsables desservent les 33 zones de service de l'Ontario afin d'améliorer les soins dans leur zone grâce à des efforts de planification locale, en collaboration avec plus de 190 prestataires de services essentiels qui prodiguent également des soins partout en Ontario. Les organismes responsables travaillent ensemble en tant que groupe, connu sous le nom de Consortium des organismes responsables, pour planifier et assurer un leadership à l'échelle provinciale (Consortium des organismes responsables, 2019).

Soins

Le terme « soins » peut englober une vaste gamme de services axés sur le soutien du bien-être des enfants, des jeunes et des aidant.e.s en veillant à ce que les besoins quotidiens des enfants et des jeunes soient satisfaits tout en créant un environnement stable et favorable. Le terme « **traitement** » désigne explicitement des interventions fondées sur des données probantes (TCC, TCD) qui portent sur des problèmes et des symptômes de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances (troubles liés à l'usage d'une substance psychoactive, dépression, anxiété). Les soins sont axés sur le milieu, c'est-à-dire l'environnement, les gens qui y vivent et leurs interactions, et sont souvent prodigués dans le cadre d'une thérapie par le milieu.

Soins/traitement adaptés à la culture

Les soins ou les traitements adaptés à la culture s'entendent des soins qui intègrent et respectent les besoins, les valeurs et les pratiques du groupe, et qui sont adaptés aux besoins uniques d'un groupe culturel particulier dès le départ. D'autres termes sont souvent utilisés pour décrire des approches semblables en matière de soins et de traitements, notamment des soins « d'affirmation culturelle », « pertinents sur le plan culturel » et « respectueux de la culture ». Nous utilisons le terme « adapté à la



culture » pour mettre en évidence que les soins et les traitements qui correspondent à la culture d'un.e patient.e ne sont pas une réflexion après coup, mais une priorité intégrée dès le départ.

Thérapie par le milieu

La thérapie par le milieu est une approche qui vise à créer un environnement structuré, favorable et sécuritaire pour promouvoir le bien-être. Elle tire parti des routines, des activités et des interactions quotidiennes afin que les enfants et les jeunes acquièrent et mettent en pratique leurs des capacités d'adaptation et des habiletés de la vie (Huefner et Ainsworth, 2021).

Traitement en établissement

« Traitement dans le cadre d'un placement 24 heures sur 24 hors du domicile prodigué par une équipe interprofessionnelle et multidisciplinaire qui utilise le milieu de vie quotidienne à des fins thérapeutiques » (Consortium des organismes responsables, 2021). *Remarque : il s'agit d'une définition ad hoc qui sera révisée pour la norme de qualité.* En Ontario, on a récemment délaissé le terme « traitement en établissement » au profit du terme « traitement en établissement » pour reconnaître les torts continus causés aux peuples autochtones par le système des pensionnats (Burman et coll., 2024; Consortium des organismes responsables, 2019 et 2021; O'Leary et coll., 2024).

Troubles concomitants

On parle de troubles concomitants lorsqu'une personne présente à la fois des problèmes de santé mentale et de santé liée l'usage de substances. Par exemple, une personne atteinte de schizophrénie qui souffre d'un trouble lié à l'utilisation de cannabis (Institut du savoir, 2024a).

Usage de substances et dépendances

La santé liée à l'usage de substances est le continuum de l'usage de substances et de l'expérience de ces substances que vivent les gens. L'absence d'usage de substances se trouve à une extrémité du continuum et les troubles liés à l'usage de substances, à l'autre extrémité. La santé liée à l'usage de substances reconnaît que, dans le continuum, il y a des effets sur la santé, des risques et des avantages associés à l'usage de substances, et que la stigmatisation peut être ressentie à n'importe quel point du continuum (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023). Les dépendances s'entendent des dépendances comportementales, comme les jeux d'argent.